



Revista Española de Salud Pública

ISSN: 1135-5727

resp@msc.es

Ministerio de Sanidad, Servicios Sociales e
Igualdad
España

Carmona, Rocío; Alcázar-Alcázar, Raimundo; Sarria-Santamera, Antonio; Regidor, Enrique
Frecuentación de las consultas de medicina general y especializada por población inmigrante y
autóctona: una revisión sistemática

Revista Española de Salud Pública, vol. 88, núm. 1, enero-febrero, 2014, pp. 135-155

Ministerio de Sanidad, Servicios Sociales e Igualdad
Madrid, España

Disponible en: <http://www.redalyc.org/articulo.oa?id=17030519007>

- Cómo citar el artículo
- Número completo
- Más información del artículo
- Página de la revista en redalyc.org

redalyc.org

Sistema de Información Científica

Red de Revistas Científicas de América Latina, el Caribe, España y Portugal

Proyecto académico sin fines de lucro, desarrollado bajo la iniciativa de acceso abierto

REVISIÓN SISTEMÁTICA**FRECUENTACIÓN DE LAS CONSULTAS DE MEDICINA GENERAL Y ESPECIALIZADA POR POBLACIÓN INMIGRANTE Y AUTÓCTONA: UNA REVISIÓN SISTEMÁTICA**

Rocío Carmona (1), Raimundo Alcázar-Alcázar (1), Antonio Sarriá-Santamera (1, 2, 3) y Enrique Regidor (4, 5).

(1) Agencia de Evaluación de Tecnologías Sanitarias. Instituto de Salud Carlos III. Ministerio de Economía y Competitividad.

(2) Departamento de Medicina Preventiva y Salud Pública. Universidad de Alcalá. Alcalá de Henares. Madrid.

(3) Red de Investigación en Servicios de Salud y Enfermedades Crónicas (REDISSEC). Madrid.

(4) Departamento de Medicina Preventiva, Salud Pública e Historia de la Ciencia. Universidad Complutense de Madrid.

(5) CIBER Epidemiología y Salud Pública (CIBERESP). Madrid.

No existen conflictos de interés

RESUMEN

Fundamentos: España pasó a ser en 2006 el país europeo con mayor saldo migratorio. Un aspecto poco estudiado es el acceso y utilización de los servicios sanitarios de esta población. El objetivo de este estudio fue describir la evidencia científica sobre si existen diferencias en la utilización de los servicios de medicina general y especializada entre la población inmigrante con respecto a la autóctona.

Métodos: Revisión sistemática. Se llevó a cabo una búsqueda de la literatura científica nacional e internacional de estudios que comparaban la utilización de los servicios de medicina general y especializada entre inmigrantes y autóctonos desde 1994 hasta 2013. Se utilizó para ello la base de datos MEDLINE además de una búsqueda manual, sin límite de lengua ni tipo de estudio. Se evaluó la calidad metodológica de los 29 trabajos finalmente incluidos. Se recopilaron características de los sujetos, del contexto, metodológicas y extrínsecas para comparar los estudios incluidos.

Resultados: Se seleccionaron 29 estudios relativos a consulta de medicina general (9 realizados en España) y 15 sobre consulta a especialistas (7 de España) los cuales utilizan principalmente las encuestas de salud como fuente de información. Analizaron tanto la frecuentación como el contacto con el médico general y/o especialista según la nacionalidad o el país de nacimiento (entre otros), ajustando en su mayoría por variables de necesidad y/o socioeconómica.

Conclusiones: En líneas generales, en España la población inmigrante hace el mismo uso de los servicios de medicina general que la autóctona y un menor o igual uso de los servicios de medicina especializada. Los resultados de los estudios realizados en otros países van en la misma línea.

Palabras clave: Revisión sistemática. Emigrantes e inmigrantes. Accesibilidad a los Servicios de Salud.

Correspondencia

Rocío Carmona

Agencia de Evaluación de Tecnologías Sanitarias. Instituto de Salud Carlos III

Avenida Monforte de Lemos n.º 5. Pabellón 4

Madrid 28029. España

rocio.carmona@isciii.es

ABSTRACT -**Use of Health Services for Immigrants and Native Populations: a Systematic Review**

Background: Spain was among the top immigration destinations globally between 1990 and 2005, becoming in 2006 in the European country with the highest net migration. As a result of the migration process and the living conditions in the host countries, immigrants' health may be affected. Limited research has investigated access and use of health services for this population. The aim of this study was to describe the scientific evidence on the use of general and specialist medical services for the immigrant population compared to the native.

Methods: Systematic review. It has carried out a search of the national and international scientific literature of comparative studies on the use of general and specialist medical services among immigrant and native since 1994-2013. It was used the MEDLINE database as well as a manual search, no language limit or type of study. The methodological quality of the 29 studies included was evaluated. Subject, context, methodological and extrinsic characteristics were collected for comparison of the included studies.

Results: We selected 29 studies on the general practitioners' (9 from Spain) and 15 of specialist physician (7 from Spain), they mainly used health surveys as a source of information. Analyze both the attendance and contact with the general practitioner / specialist by nationality or country of birth (among others), mostly by adjusting variables of need and / or socioeconomic.

Conclusion: Overall, the immigrant population in Spain have a similar use of general medical services than the native population, and less or similar use of the specialist physician services. These results are in line with studies in other countries.

Keyword: Systematic review. Emigrants and Immigrants. Health Services Accessibility.

INTRODUCCIÓN

La inmigración es un fenómeno que ha ido en aumento en España desde la década de los noventa. Según los datos proporcionados por el Instituto Nacional de Estadística (INE), el porcentaje de extranjeros se incrementó de un 1,6% en 1998 a un 12,2% a 1 de enero de 2011¹, convirtiéndose España en el año 2006 en el país de la Unión Europea con mayor saldo migratorio².

Este hecho pone de manifiesto la necesidad de tener un mejor conocimiento de la situación de esta población a nivel demográfico, económico, socio-sanitario y epidemiológico³. La literatura de otros países sugiere que las personas que emigran suelen ser sanas^{4,5} aunque su salud se puede ver afectada por distintos factores de riesgo al llegar al país de destino, lo cual ocurre principalmente en los procedentes de países más desfavorecidos^{3,6}. Uno de los factores es su desconocimiento del funcionamiento de los servicios sanitarios⁷. Así, existen estudios que indican que el uso de servicios sanitarios por parte de la población inmigrante es relativamente menor que en la población autóctona y que parte de las posibles diferencias en salud entre ambas poblaciones podrían tener relación con un acceso diferente al sistema sanitario y un uso menor de las actividades preventivas por parte de la población inmigrante⁸.

Igualmente, en España, algunos autores^{5,6,9} han descrito que la población inmigrante utiliza con menor frecuencia que la autóctona la mayoría de los servicios sanitarios y acude cuando las enfermedades se encuentran más avanzadas¹⁰. No obstante, es preciso introducir matices en los resultados en función del tipo de servicio estudiado (atención primaria, especializada, hospitalizaciones y urgencias), del colectivo de inmigrantes estudiado y del ámbito geográfico considerado. Por ejemplo, Aerny¹¹ halló una relación entre el tiempo de residencia en España y la frecuentación en

medicina general, incrementándose esta al aumentar el tiempo de residencia, igualando e incluso superando a la de los autóctonos. Un estudio en Canadá llegó a las mismas conclusiones¹².

El objetivo de este estudio fue describir la evidencia científica sobre si existen diferencias en la utilización de los servicios de medicina general y especializada entre la población inmigrante con respecto a la autóctona.

MATERIAL Y MÉTODOS

Se realizó una revisión sistemática de la literatura científica en España y en otros países publicada que comparara la utilización de los servicios de medicina general y especializada entre inmigrantes y autóctonos desde el año 1994 hasta 2013.

Los trabajos seleccionados para la revisión debían cumplir los siguientes requisitos: (1) estudios sin límite de idioma ni tipo de estudio; (2) Con fechas de publicación entre enero de 1994 y septiembre de 2013; (3) los sujetos estudiados podían ser de cualquier etnia y sexo y no limitarse a población infantil; (4) ser estudios comparativos entre población inmigrante y nativos de la región estudiada, quedando claramente definidos ambos grupos poblacionales; (5) que analizaran como variable dependiente la utilización de los servicios sanitarios de medicina general y especializada. Además, se seleccionaron los trabajos incluidos en una revisión previa más amplia⁶ siempre que cumplieran los criterios de inclusión, aunque sus límites temporales fueron entre 1994 y 2007. Se excluyeron los estudios restringidos a pacientes con patologías concretas.

La estrategia de selección de los estudios consistió en una búsqueda bibliográfica exhaustiva en la base de datos electrónica Medline a través de Pubmed (realizada por uno de los autores en calidad de documentalista, siguiendo los criterios establecidos por

los autores) y una búsqueda manual a partir de las referencias de los artículos seleccionados para localizar estudios no hallados en la búsqueda anterior (llevada a cabo por otro de los autores). Se realizó una búsqueda en junio 2013 para el período 01/01/1994 a 01/06/2013 y una búsqueda de actualización final para el período 01/06/2013 a 01/09/2013.

Se llevaron a cabo dos estrategias de búsqueda, una para la localización de estudios comparativos sobre consultas realizadas en medicina general y otra para las realizadas en especializada (anexos 1 y 2).

Para obtener en las búsquedas los estudios que relativos a España se aplicó un filtro geográfico específico desarrollado a partir del creado por Valderas¹³ (anexo 3).

Tras las búsquedas, se procedió a la eliminación de artículos que no cumplían los criterios de inclusión, tanto a través de la lectura del título y del resumen como de la lectura crítica completa de los trabajos potencialmente relevantes. Dos autores (RC y ER) llevaron a cabo este proceso de forma independiente. Se seleccionó un total de 44 estudios, 29 sobre consultas en medicina general (9 de España) y 15 estudios sobre consultas a medicina especializada (7 de España) que cumplían los criterios de inclusión (figura 1). Los estudios incluidos fueron valorados en cuanto a su calidad metodológica a través de las recomendaciones de la iniciativa STROBE con una evaluación de tipo cualitativa (sí/ no) que llevaron a cabo dos autores de forma independiente (RC y AS).

Se determinaron las variables a recopilar de cada uno de los estudios para su posterior comparabilidad. Así, se registraron características de los sujetos (edad de la población estudiada), del contexto (país y año de realización del estudio), metodológicas (tamaño muestral del estudio, fuente de información, estudio longitudinal o transversal, frecuen-

cia en la utilización de los servicios sanitarios investigados, clasificación del sujeto como autóctono o inmigrante, ajuste por variables de necesidad y/o socioeconómicas, principales resultados) y extrínsecas (autor y año de publicación).

RESULTADOS

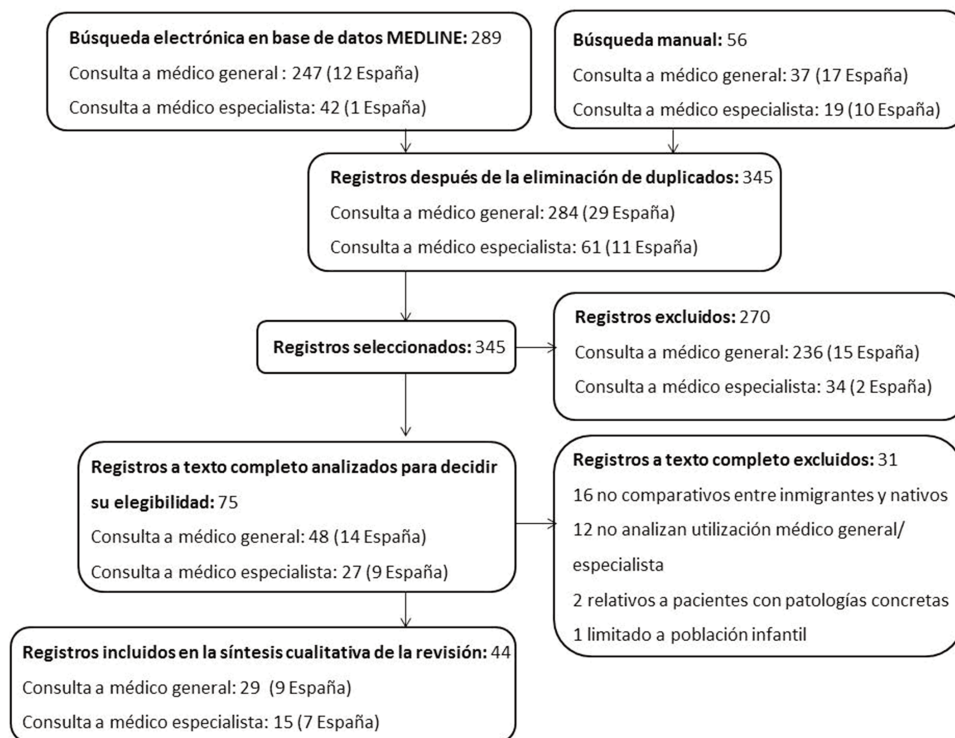
Las tablas 1 y 2 recogen los trabajos de investigación que en otros países analizaron las consultas realizadas en medicina general y especializada, respectivamente, por inmigrantes y autóctonos.

Fueron estudios anglosajones y del norte de Europa e Italia, que utilizaron como fuente de información la proporcionada por el propio individuo a través de encuestas de salud principalmente (análisis transversal) llevadas a cabo entre 1990 y 2007 (excepto un estudio¹⁴ que utilizó información del año 1985) y cuya variable dependiente (número de consultas/visitas a medicina general/especializada) varió en cuanto a la referencia temporal entre el mes anterior y los últimos doce meses. La pregunta se formuló tanto de forma continua (especificar número de consultas) como binaria (si tuvo o no algún contacto previo con medicina general).

Los autores de los estudios estimaron resultados a nivel global (5 estudios de 21 encontrados), esto es, comparando la población inmigrante definida previamente frente a la nativa del país correspondiente y/o desglosando por alguno de los criterios siguientes: inmigrante de primera o segunda generación (2), tiempo en el país de residencia (3), raza o etnia (11) y país de nacimiento (3).

Las publicaciones incluidas en la revisión compararon la utilización de los servicios de medicina general y especializada por ambos colectivos a través de análisis descriptivos (contraste de medias y porcentajes) y de modelos de regresión logística

Figura 1
Búsqueda bibliográfica de los estudios incluidos en la revisión sistemática



binaria ajustando los resultados por variables de necesidad (salud percibida, enfermedades crónicas), posición socioeconómica (educación, ocupación, ingresos) o por ambas. Otras variables de ajuste de los modelos fueron el estado civil, la limitación de la actividad diaria, ser fumador, ser bebedor, realizar ejercicio físico, tiempo de residencia en el país y cobertura sanitaria.

De esta búsqueda con datos de otros países se obtuvo, en líneas generales, que la población inmigrante hace igual uso de los servicios de medicina general y un menor o igual uso de las especialidades.

Los inmigrantes de origen marroquí en Italia y Ámsterdam, los chipriotas e irlandeses en Reino Unido, los nativos no blancos y los inmigrantes con mayor tiempo de resi-

dencia en Canadá y los inmigrantes de primera generación en Alemania, presentaron mayor utilización de los servicios de medicina general con respecto a los nativos en Italia, Ámsterdam y Reino Unido, nativos blancos y de menor tiempo de residencia en Canadá, y nativos e inmigrantes de segunda generación en Alemania, respectivamente. Mientras que asiáticos y nacionalizados de primera generación en Italia, no blancos mayores de 65 años y nativos de EEUU no blancos en EEUU, negros nacidos fuera de EEUU, afroamericanos e hispanos en EEUU, presentaron una menor utilización de los servicios de medicina general con respecto a los nativos de Italia, nativos blancos de EEUU, blancos o negros de EEUU y blancos americanos de EEUU, respectivamente.

Tabla 1

Estudios que analizan las diferencias en el uso de servicios de medicina general entre inmigrantes y autóctonos en el contexto internacional

Referencia	Lugar y año	Población estudiada	Tipo de estudio	Variable dependiente	Variable independiente	Control necesidad	Control posición Socioeconómica	Principales resultados
De Luca et al ²¹ , 2013	Italia 2004-2005	102857 ≤ 64 años	Transversal (Encuesta de Salud)	Consulta al médico general (sí/no) y n.º de visitas en las últimas 4 semanas.	Nacionalidad (nativos, inmigrante de 1 y 2 generación, nacionalizados), país de nacimiento de los inmigrantes de 1 generación.	Salud percibida, enfermedades crónicas, discapacidad, fumador, control del peso, actividad deportiva	Riqueza del hogar (subjética), educación, ocupación	Inmigrantes menor probabilidad (no significativa) de consultar al médico general vs nativos. Marroquíes y asiáticos de 1 generación de inmigrantes presentaron una mayor/menor probabilidad vs nativos. Igual frecuencia de consultas entre inmigrantes y nativos. Los nacionalizados e inmigrantes asiáticos 1 generación menor frecuencia que los nativos.
Muggah et al ²² , 2012	Canadá 2005-2006	5269 18 años	Transversal (Encuesta)	N.º de visitas al médico general en el último año	País de nacimiento (no nacido en Canadá)	Salud percibida, número de años como paciente	No	Los inmigrantes que llevan <5 años en Canadá presentaron mayor media de consultas vs nativos y que los de mayor tiempo. Inmigrantes mayor o igual utilización de servicios médico general tras ajuste.
Glaesmer et al ²³ , 2011	Alemania 2007	2510 14-93 años	Transversal (Encuesta)	Consulta al médico general último año y número de visitas	País de nacimiento	No	No	La primera generación de inmigrantes utilizó con mayor frecuencia los servicios de médico general que la población nativa y que la segunda generación de inmigrantes.
Setia et al ¹⁹ , 2011	Canadá 1994-2006	7272 18 años	Longitudinal (Encuestas de Salud)	Consulta al médico general	País de nacimiento (no nacido en Canadá) y raza	Enfermedades crónicas	Educación, ingresos	No hubo diferencias estadísticamente significativas en las consultas al médico general entre los inmigrantes (blancos y no blancos) vs nativos por sexo.
Lum et al ²⁴ , 2010	EEUU 1992	7345 70 años	Transversal (Encuesta)	Consulta al médico general los últimos 12 meses	País de nacimiento (no nacido en EEUU), raza y etnia	No	Educación, ingresos	No hubo diferencias estadísticamente significativas en la utilización del médico general entre autóctonos e inmigrantes.
Prus et al ²⁵ , 2010	Canadá y EEUU 2002	8688 45 años	Transversal (Encuesta de Salud)	Acceso a un médico general	País de nacimiento (no nacido en Canadá) y raza	No	Educación, ingresos, cobertura sanitaria	Los inmigrantes no blancos 65 años en EEUU presentaron 4 veces más probabilidad de no tener acceso al médico general vs blancos nativos. No diferencias significativas para otras edades, inmigrantes blancos ni en Canadá.

Tabla 1 (continuación)

Referencia	Lugar y año	Población estudiada	Tipo de estudio	Variable dependiente	Variable independiente	Control necesidad	Control posición Socioeconómica	Principales resultados
Newbold ¹⁸ , 2009	Canadá 1994-2001	8409 20 años	Longitudinal Encuesta Salud (análisis transversal para 1994-95 y 2000-01)	Consulta al médico general el año previo	País de nacimiento (no nacido en Canadá) y raza	Fumador, bebedor	Educación, ingresos	No hay diferencias significativas en la utilización del médico general entre población inmigrante (no nacida en Canadá) y nativa.
Peters et al ²⁶ , 2009	Inglaterra -	516 16 años	Transversal (Encuesta)	Consulta al médico general año previo	Grupo étnico	No	No	No diferencias significativas entre africanos/caribeños ni musulmanes/paquistaníes vs autóctonos.
Hargreaves S ²⁷ , 2006	Londres	1611 Todas edades	Transversal	Contacto permanente con el médico general	País de nacimiento y Nacionalidad	No	No	No diferencias entre británicos e inmigrantes (de países que generan refugiados políticos).
Lasser et al ²⁸ , 2006	Canadá y EEUU 2002	8688 18 años	Transversal (Encuesta de Salud)	Consulta al médico en último año	País de nacimiento y raza	No	Ingresos	Menor uso en inmigrantes vs población nativa, significativo en EEUU pero no en Canadá. No significativo entre razas.
Quan et al ²⁹ , 2006	Canadá 2001	121312 12 años	Transversal (Encuesta de Salud de Canadá)	Consulta al médico general último año	Raza, país de nacimiento	Salud percibida, enfermedades crónicas	Educación, ingresos	Mayor uso del médico general por parte de minorías étnicas con respecto a población blanca.
Newbold ¹² , 2005	Canadá 1994-2001	1305 Todas edades	Longitudinal Encuesta Salud 1994-1995 2000-1 (transversal 1994-95 y 2000-01)	Consulta al médico general último año	País de nacimiento	No	No	Mayor uso del médico general en los inmigrantes que en la población autóctona. Este uso fue mayor cuanto mayor fue el tiempo de residencia del inmigrante.
Lucas et al ³⁰ , 2003	EEUU 1997-2000	97345 Hombres 18 años	Transversal (Encuesta de Salud)	Tiempo desde la última consulta al médico general	Grupo étnico (autoreportado) y país de nacimiento	No	No	Menor uso del médico en sujetos negros nacidos fuera de EEUU que en blancos o negros nacidos en EEUU.

Tabla 1(continuación)

Referencia	Lugar y año	Población estudiada	Tipo de estudio	Variable dependiente	Variable independiente	Control necesidad	Control posición Socioeconómica	Principales resultados
Livingston et al ³¹ , 2002	Londres	1085 65 años	Transversal (Encuesta)	Consulta médico general últimos 3 meses	País de nacimiento	Problemas de salud, Limitación actividades de la vida diaria	No	Mayor uso del médico general en sujetos de origen chipriota e irlandés respecto a los nacidos en el Reino Unido.
Stronks et al ³² , 2001	Amsterdam 1992-1993	2012 16-64 años	Transversal (enlace registros)	Consulta médico general últimos 2 meses	País de nacimiento	Salud percibida, enfermedad crónica	Educación, ocupación, ingresos	Mayor uso del médico en inmigrantes, sólo significativo en marroquíes.
Hjern et al ³³ , 2001	Suecia 1996	4342 27-60 años	Transversal (Encuesta)	Consulta al médico 3 meses anteriores	País de nacimiento	Salud percibida	Educación, ocupación	No hubo diferencias entre suecos e inmigrantes al ajustar por nivel socioeconómico y necesidad.
Hargraves JL et al ³⁴ , 2001	EEUU 1996-1997	41927 ≤ 65 años	Transversal (Encuesta hogares)	Consulta al médico último año	Raza	No	No	Afro-Americanos e Hispanos menor uso del médico general que los blancos Americanos.
Laroche M ¹⁴ , 2000	Canadá 1985/1991	13124 15 años	Transversal (Encuesta)	N de visitas al médico general en el último año	País de nacimiento	No	Ingresos, educación ocupación	Menor uso del médico general en inmigrantes.
Reijneveld ³⁵ , 1998	Amsterdam -	3296 16-64 años	Transversal (Encuesta)	Consulta al médico general en los últimos 2 meses	País de nacimiento (grupo étnico)	Salud percibida	Educación, ocupación, ingresos	No diferencias en uso del médico al ajustar por necesidad y nivel socioeconómico.
Leclerc et al ³⁶ , 1994	EEUU 1990	18 años	Transversal (Encuesta de Salud)	Número de contactos con el médico general último año.	Raza y País de nacimiento	Enfermedad crónica	Ingresos, educación	Menor uso del médico en la población inmigrante que la autóctona. Éstas se redujeron al aumentar el tiempo de residencia. Los sujetos de raza blanca utilizaron más el médico general.

Tabla 2**Estudios que analizan las diferencias en el uso de servicios de medicina especializada entre inmigrantes y autóctonos en el contexto internacional**

Referencia	Lugar y año	Población estudiada	Tipo de estudio	Variable dependiente	Variable independiente	Control necesidad	Control posición Socioeconómica	Principales resultados
De Luca et al ²¹ , 2013	Italia 2004-2005	102857 ≤ 64 años	Transversal (Encuesta de Salud)	Consulta al médico especialista (sí/no) y n de visitas en las últimas 4 semanas	Nacionalidad (nativos, inmigrante de 1 y 2 generación, nacionalizados), país de nacimiento de los inmigrantes de 1 generación	Salud percibida, enfermedades crónicas, discapacidad, fumador, control del peso, actividad deportiva	Riqueza del hogar (subjetiva), educación, ocupación	Menor probabilidad de tener una consulta con el médico especialista entre los inmigrantes vs nativos. Menor probabilidad entre los inmigrantes de 1 y 2 generación vs nativos. Menor probabilidad de consultar entre los inmigrantes de 1 generación procedentes de Albania, Rumanía, no UE, otros africanos, Asia. Inmigrantes igual frecuencia de visitas vs nativos. Inmigrantes de 1 y 2 generación e inmigrantes de 1 generación de Marruecos y Rumanía, menor frecuencia vs nativos.
Glaesmer et al ²³ , 2011	Alemania 2007	2510 14-93 años	Transversal (Encuesta)	Consulta al médico especialista último año	País de nacimiento	No	No	La primera generación de inmigrantes menor utilización del médico especialista que la segunda generación de inmigrantes y que los nativos, controlando por edad y sexo.
Quan et al ²⁹ , 2006	Canadá 2001	121312 12 años	Transversal (Encuesta de Salud de Canadá)	Consulta al médico especialista último año	Raza y País de nacimiento	Salud percibida, Enfermedades crónicas	Educación, ingresos	No hubo diferencias significativas entre blancos y minorías étnicas en cuanto a la utilización de los servicios del médico especialista.
Burt et al ³⁷ , 2004	EEUU 1999-2000	295221 -	Transversal (Encuesta Salud)	Consulta al médico especialista	Raza	Número de enfermedades	Educación, ingresos, cobertura sanitaria	Los individuos de raza negra o Afro-Americanos menor uso de los servicios del médico especialista que los de raza blanca.
Livingston et al ³¹ , 2002	Londres (Islington)	1085 Todas las edades	Transversal (Encuesta)	Consulta al médico especialista	País de nacimiento	Salud percibida	No	Los individuos de origen Chipriota tuvieron un mayor uso de los servicios del médico especialista que los nativos nacidos en el Reino Unido.

Tabla 2
(continuación)

Referencia	Lugar y año	Población estudiada	Tipo de estudio	Variable dependiente	Variable independiente	Control necesidad	Control posición Socioeconómica	Principales resultados
Hargraves JL et al ³⁴ , 2001	EEUU 1996-1997	41927 ≤ 65 años	Transversal (Encuesta hogares)	Consulta al médico especialista último año	Raza	No	No	Hispanos menor uso del médico especialista que Afro-Americanos y blancos Americanos.
Stronks et al ³² , 2001	Amsterdam 1992-1993	2012 16-64 años	Transversal (enlace registros)	Médico especialista últimos dos meses	País de nacimiento	Salud percibida, enfermedad crónica	Educación, ocupación, ingresos	Menor uso estadísticamente significativo de este tipo de servicios en los inmigrantes respecto a los nativos holandeses.
Laroche M ¹⁴ , 2000	Canadá 1985/1991	13124 15 años	Transversal (Encuesta)	Número visitas especialista en el año anterior	País de nacimiento	No	Ingresos, educación, ocupación	No hubo diferencias entre inmigrantes y población nativa.

De los 20 estudios que analizaron el uso de los servicios del médico general, 14 estudios ajustaron los resultados por alguna variable de necesidad y/o posición socioeconómica (2 estudios por variables de necesidad, 4 por variables de nivel socioeconómico y en 8 por ambas). En cuanto al uso de las especialidades hubo 8 estudios, de los cuales 6 proporcionaron resultados ajustados (1 por variables de necesidad, 1 por las variables de nivel socioeconómico y 4 por ambas). Las conclusiones de los estudios que no proporcionaron ningún tipo de ajuste no variaron con respecto a los que sí lo hicieron.

Las tablas 3 y 4 recogen los trabajos de investigación realizados en España que analizaron las diferencias en el uso de las consultas en medicina general y especializada entre inmigrantes y autóctonos respectivamente.

La fuente de información en general fue común en todos los artículos: Encuesta Nacional de Salud o Encuestas regionales (Comunidad de Madrid, Cataluña, Canarias, Comunidad Valenciana), excepto en el trabajo de López et al.⁹ que fusionó dos bases de datos de registros administrativos procedentes del Servicio Murciano de Salud, en el trabajo de Soler et al.¹⁵ que utilizó la información de los pacientes atendidos por 15 médicos de atención primaria en 5 áreas básicas de salud de la ciudad de Lleida de marzo a agosto de 2005, y en el trabajo de Muñoz et al.¹⁶ que obtuvo la información de los registros electrónicos de la población atendida entre 2005 y 2008 en centros sanitarios de atención primaria de una comarca de Barcelona.

La variable dependiente se analizó desde distintas perspectivas: si consultó o no en medicina general/especializada, frecuencia en medicina general/ especializada y tiempo desde la última consulta en medicina general, variando en cuanto a la referencia temporal entre las dos últimas semanas y los

cinco últimos años en los estudios relativos a medicina general y en el último año en los relativos a especializada.

Se encontraron 10 estudios realizados en España de los cuales 6 comparaban a la población inmigrante de manera global *versus* la autóctona, 3 que proporcionaban resultados desglosados según el país de nacimiento del sujeto, 2 según país de origen (uno de ellos consideraba solo los de renta media/baja), 2 según nacionalidad y 1 según tiempo de residencia en España de los inmigrantes que habían nacido en países de renta media/baja.

La metodología utilizada consistió en análisis descriptivos^{5,11, 15-17, 38-41} (contraste de medias y porcentajes), descomposición de Oaxaca^{9, 38}, modelos de regresión binomial⁵, binomial negativa³⁹, Poisson multinivel¹⁶, logística binaria^{17,38,40} y multinomial¹⁵. Los modelos se ajustaron por las mismas variables que las de los estudios realizados en otros países, incluyendo además la clase social, metros cuadrados de la vivienda, región de residencia, médicos por mil habitantes de la provincia de residencia, tamaño del municipio de residencia, y nunca se tuvo en cuenta el estado civil.

Así, de los 9 estudios que analizaron el uso de los servicios del médico general, 6 de ellos ajustaron sus resultados (1 estudio por variables de necesidad¹⁶ y 5 por variables de necesidad y posición socioeconómica^{5,17, 38-40}). En cuanto a las especialidades, los 5 estudios de 7 que proporcionaron resultados ajustados lo hicieron por variables de necesidad y nivel socioeconómico^{5,17, 38-40}. Los estudios que no ajustaron por ninguna de estas variables mostraron conclusiones en el mismo sentido que los que sí lo hicieron.

En líneas generales, los estudios indicaron ausencia de diferencias estadísticamente significativas entre ambas poblaciones en cuanto al uso de los servicios de medicina general y un menor uso de los servicios de

Tabla 3

Estudios que analizan las diferencias en el uso de servicios de medicina general entre inmigrantes y autóctonos en el contexto nacional

Referencia	Lugar y año	Población estudiada	Tipo de estudio	Variable dependiente	Variable independiente	Control necesidad	Control posición socioeconómica	Principales resultados
Muñoz et al ¹⁶ , 2012	España 2008	63257 15 años	Transversal (Registro electrónico de población atendida en AP de una comarca de Barcelona)	Número de consultas solicitadas con el médico general	País de origen	Número de problemas de salud	No	De forma general, mayor utilización de los servicios del médico general por la población inmigrante (mayor utilización: Magreb, resto de África y América Latina; menor utilización: Asia y Europa del Este).
Sanz et al ¹⁷ , 2011	España 2006	26728 16-74 años	Transversal (Encuesta Nacional de Salud 2006)	Consulta al médico general últimas 4 semanas	País de nacimiento	Salud percibida, número de enfermedades crónicas	Educación, clase social, ingresos, tipo de cobertura sanitaria	No hubo diferencias estadísticamente significativas entre los hombres inmigrantes y los autóctonos, excepto para Europa del Este con una menor utilización que los españoles. Las mujeres de África Sub-sahariana tuvieron mayor uso que las españolas.
Jiménez et al ¹⁸ , 2011	España 2003 y 2006	51086 16 años	Transversal (Encuesta Nacional de Salud 2003 y 2006)	Número de visitas al médico general en últimas 2 (ENS-2003) y 4 semanas (ENS-2006)	Nacionalidad	Salud autopercebida, limitación, enfermedades crónicas, accidente	Ingresos, educación, ocupación, cobertura sanitaria	Inmigrantes menor probabilidad de utilizar médico general que españoles.
Aerny et al ¹¹ , 2010	España 2007	12190 16 años	Transversal (Encuesta Regional de Salud de la CM)	Ha consultado al médico general en las últimas: 2 semanas, un mes, año, 5 años, más de 5 años/ nunca.	País de nacimiento	No	No	En ambos sexos, los que llevan menos tiempo de residencia en España acuden con menos frecuencia que los autóctonos, mientras que los de mayor tiempo igualan e incluso superan la frecuentación de los nacidos en España.
Muñoz de Bustillo et al ¹⁹ , 2010	España 2006	24206 16 años con única cobertura sanitaria la Seguridad Social	Transversal (Encuesta Nacional de Salud 2006)	Número de visitas al médico general en el último mes	País de nacimiento	Enfermedades crónicas, accidente el último año	Educación, ocupación	Ausencia de diferencias significativas entre inmigrantes latinoamericanos y la población local en relación con las visitas al médico de familia.

Tabla 3
(continuación)

Referencia	Lugar y año	Población estudiada	Tipo de estudio	Variable dependiente	Variable independiente	Control necesidad	Control posición Socioeconómica	Principales resultados
Hernández et al ⁴⁰ , 2009	España 2003 y 2006	51086 16 años	Transversal (Encuesta Nacional de Salud 2003 y 2006)	Número de visitas al médico general en últimas 2 y 4 semanas	Nacionalidad	Salud autopercebida, limitación, enfermedades crónicas, accidente	Ingresos, educación, ocupación, cobertura sanitaria	Africanos mayor probabilidad de utilizar médico general que españoles. Europeos y Norte Americanos menor probabilidad de utilizar médico general que españoles.
Regidor et al ⁵ , 2009	España 2004 - 2006	29379 16 años	Transversal (Encuestas de Salud de Cataluña 2006, Ciudad de Madrid 2005, Canarias 2004, Comunidad Valenciana 2005)	Consulta al médico general (Encuesta Salud Cataluña y Madrid: últimos 15 días; Canarias y C. Valenciana: últimos 12 meses)	País de nacimiento y nacionalidad (si no se recogía el país de nacimiento)	Percepción subjetiva de la salud, limitación de la actividad diaria por problema de salud en el último año	Clase social, educación	El uso de los servicios de médico general en conjunto de población inmigrante es muy similar o ligeramente inferior al de la población española. La población africana presenta el patrón más heterogéneo: en Madrid utiliza más que la española el médico general, Cataluña menos, y Canarias y C. Valenciana es similar.
Soler et al ¹⁵ , 2008	España 2005	5755 Todas edades	Transversal (Población atendida en AP)	Frecuentación al médico general últimos 6 meses	País de origen de renta baja/media	No	No	Los inmigrantes mayor probabilidad de realizar de 3 a 11 visitas a AP vs 1 ó 2 de nativos. Latinoamericanos y magrebíes mayor probabilidad de realizar más visitas vs autóctonos.
Carrasco-Garrido et al ⁴¹ , 2007	España 2003	1506 16 años	Transversal (Encuesta Nacional de Salud 2003)	Tiempo desde la última consulta al médico general	Nacionalidad	No	No	No se encontraron diferencias entre la frecuencia de visitas al médico general de la población inmigrante y la española si bien los resultados no se ajustaron por ninguna variable sociodemográfica ni de necesidad.

Tabla 4

Estudios que analizan las diferencias en el uso de servicios de medicina especializada entre inmigrantes y autóctonos en el contexto nacional.

Referencia	Lugar y año	Población estudiada	Tipo de estudio	Variable dependiente	Variable independiente	Control necesidad	Control posición Socioeconómica	Principales resultados
Sanz et al ¹⁷ , 2011	España 2006	26728 16-74 años	Transversal (Encuesta Nacional de Salud 2006)	Consulta al médico especialista últimas 4 semanas	País de nacimiento	Salud percibida, número de enfermedades crónicas	Educación, clase social, ingresos, tipo de cobertura sanitaria	Los hombres inmigrantes utilizan menos los servicios del médico especialista que los nativos, excepto los de frica Sub-sahariana (mayor utilización). Las mujeres inmigrantes utilizan menos (Latino-américa, frica del Norte) o igual el médico especialista, excepto las de frica Sub-sahariana (mayor utilización).
Jiménez et al ³⁸ , 2011	España 2003 y 2006	51086 16 años	Transversal (Encuesta Nacional de Salud 2003 y 2006)	Número de visitas al médico especialista en últimas 2 y 4 semanas	Nacionalidad	Salud autopercebida, limitación, enfermedades crónicas, accidente	Ingresos, educación, ocupación, cobertura sanitaria	Inmigrantes menor probabilidad de utilizar médico especialista que los españoles.
Muñoz -de Bustillo et al ³⁹ , 2010	España 2006	24206 16 años con única cobertura sanitaria la Seguridad Social	Transversal (Encuesta Nacional de Salud 2006)	Número de visitas al médico especialista en el último mes	País de nacimiento	Enfermedades crónicas, accidente el último año	Educación, ocupación	Ausencia de diferencias significativas entre inmigrantes latino-americanos y la población local en relación con las visitas al médico especialista.
Hernández et al ⁴⁰ , 2009	España 2003 y 2006	51086 16 años	Transversal (Encuesta Nacional de Salud 2003 y 2006)	Número de visitas al médico especialista en últimas 2 y 4 semanas	Nacionalidad	Salud autopercebida, limitación, enfermedades crónicas, accidente	Ingresos, educación, ocupación, cobertura sanitaria	Los inmigrantes presentan menor probabilidad de visitar al médico especialista que los españoles. Los procedentes de América Latina, Asia y UE tienen menor probabilidad de visitar al médico especialista que los españoles.
López et al ¹⁹ , 2009	España 2005	1333810 Todas las edades	Transversal (fusión de dos ficheros de registros administrativos del Servicio Murciano Salud)	Número de consultas externas último año	Nacionalidad	No	No	Las tasas de utilización de las consultas externas de los autóctonos superan las correspondientes tasas de los inmigrantes. Igual ocurre al estratificar por sexo, edad y nacionalidad.

Tabla 4
(continuación)

Referencia	Lugar y año	Población estudiada	Tipo de estudio	Variable dependiente	Variable independiente	Control necesidad	Control posición Socioeconómica	Principales resultados
Regidor et al ⁵ , 2009	España 2004-2006	29379 16 años	Transversal (Encuesta de salud de Cataluña 2006, Ciudad de Madrid 2005, Canarias 2004, C. Valenciana 2005)	Consulta al médico especialista (sí/no) (Encuesta de Salud de Cataluña y Madrid: últimos 15 días; Canarias y C. Valenciana: últimos 12 meses)	País de nacimiento y nacionalidad (si no se recogía el país de nacimiento)	Percepción subjetiva de la salud, limitación de la actividad diaria por problema de salud en el último año	Clase social, educación	El uso de los servicios de médico especialista en el conjunto de la población inmigrante es inferior al de la población española en todos los ámbitos geográficos, excepto los procedentes de América Central y del Sur en la C. Valenciana.
Soler et al ¹⁵ , 2008	España 2005	5755 Todas edades	Transversal (población atendida en AP)	Frecuentación al médico especialista últimos 6 meses	País de origen de renta baja/media	No	No	Los inmigrantes mayor probabilidad que los autóctonos de realizar de 1 a 3 visitas al médico especialista.

especializada por la población inmigrante. Aunque al tener en cuenta el tiempo de estancia en el país, cuando era menor se asoció a menor frecuentación en medicina general con respecto a los nativos, mientras que a medida que se incrementaba el tiempo se igualaba e incluso superaba la frecuentación de los autóctonos. También se hallaron diferencias entre los sujetos procedentes de América Latina y África con respecto a los autóctonos, con una mayor utilización por parte de los primeros. Destacó un estudio en el que las mujeres de África Subsahariana presentaban una probabilidad muy superior a las nativas de utilizar los servicios de medicina general¹⁷ y otro en el que esta población presentó un patrón muy heterogéneo, variando en función de la comunidad autónoma de residencia⁵. Concretamente, en Cataluña se observó una menor frecuentación, en Madrid mayor frecuentación y en Canarias y Comunidad Valenciana fue similar a la de la población nativa. Se observó una menor frecuentación en medicina general por los inmigrantes procedentes de Asia, Europa del Este y América del Norte.

Sanz et al.¹⁷ y Regidor et al.⁵ hallaron una mayor utilización de los servicios de especialidades por parte de ciertos grupos de inmigrantes. Los de África Subsahariana, tanto hombres como mujeres, considerando la población española como referencia¹⁷ y los de América Central y del Sur en la Comunidad Valenciana⁵. Además, Soler et al.¹⁵ hallaron una mayor probabilidad de realizar más visitas a los especialistas en los inmigrantes que en los autóctonos, aunque estos resultados no se ajustaron por ninguna variable.

Globalmente, existe una discrepancia moderada respecto a los principales ítems evaluados para determinar la calidad de los estudios incluidos en la revisión. Así, tanto las variables de respuesta, la definición de inmigrante y las variables de ajuste consideradas quedaron claramente descritas en los estudios, aunque existió heterogeneidad

entre ellos por analizar diferentes tipos de variables. Por otra parte, los estudios basados en encuestas en general proporcionaron tasas globales de respuesta del cuestionario, pero sin desglosarlas en función de las variables de interés principal, por lo que no se dispone de información sobre ellas. Tampoco se indicó si se llevó a cabo algún método estadístico para el tratamiento de los datos ausentes. El tamaño de la muestra para ciertos colectivos de inmigrantes es poco representativo, ofreciéndose estimaciones con intervalos de confianza amplios afectando a la precisión y comparabilidad de los resultados.

DISCUSIÓN

En líneas generales, tantos los estudios realizados en España como los realizados en otros países, muestran que, con respecto a la población autóctona, la población inmigrante realiza una utilización similar de los servicios de medicina general, pero un menor uso de los servicios de las especialidades.

Es importante señalar que en la mayoría de las investigaciones sobre utilización de los servicios sanitarios por parte de la población inmigrante predomina la falta de explicaciones a los resultados obtenidos. Esto lleva a los autores incluidos en esta revisión a plantear como hipótesis la existencia de otros factores que no han podido controlar, debido a la ausencia de información y que podrían estar afectando el patrón de utilización de los servicios de medicina general y especializada. Entre ellos hay que destacar a los siguientes:

a) Factores geográficos y culturales: en España, la proximidad cultural de los inmigrantes procedentes de América Latina puede que condicione la mayor frecuencia de consultas a medicina general, mientras que en los de Asia y Europa del Este las diferencias culturales pueden suponer una menor frecuentación. En cuanto a la pobla-

ción africana, la mayor utilización puede ser debida a mayores problemas de salud los cuales no se han recogido adecuadamente con las variables analizadas. En otros países se ha señalado que pueden existir igualmente diferencias culturales en cuanto a la percepción del estado de salud y que colectivos como los asiáticos pueden estar recurriendo a otras formas de atención de la salud (medicina tradicional, apoyo familiar)¹⁸. Otros factores, como la imposibilidad de ser atendido por un médico que entienda el idioma puede conducir a estas desigualdades, principalmente en atención especializada¹⁸.

b) Diferencias socioeconómicas: las condiciones laborales de los inmigrantes a causa de su peor cualificación puede conducir a determinados colectivos, como los asiáticos, a la pérdida de las citas previas, explicando así la menor frecuentación tanto de los servicios de medicina general como especializada.

c) Desconocimiento de la organización del sistema sanitario del país de acogida.

d) Tiempo de residencia: un mayor tiempo en el país puede asociarse a mayor integración y conocimiento del sistema sanitario¹⁹. Además, con el tiempo la población inmigrante puede presentar peor salud autopercebida y mental, lo que puede representar mayor necesidad y utilización de los servicios sanitarios¹⁸. Este puede ser un factor que explique las diferencias halladas en los resultados entre los distintos autores.

En cuanto a las limitaciones de esta investigación hay que tener en cuenta que se excluyeron estudios que no eran comparativos por lo que se pudo perder información relevante del colectivo inmigrante no recogida en los estudios de la revisión y que posiblemente ayuden a explicar algunos de los resultados obtenidos en los mismos.

La búsqueda bibliográfica se llevó a cabo solo en una base de datos, Medline, aunque se completó con una búsqueda manual y se incluyeron trabajos que procedían de una revisión anterior. La estrategia de búsqueda llevada a cabo cubrió prácticamente la totalidad de los artículos que habían sido seleccionados en la revisión anterior.

No se tuvieron en cuenta los estudios de especialidades concretas en la revisión, aunque las estrategias de búsqueda quedaron abiertas a este tipo de estudios, aunque se descartaron posteriormente debido tanto a sus características como al elevado número de estudios hallados de diferentes especialidades, cuya inclusión podría implicar tal grado de heterogeneidad entre los mismos que afectara a la comparabilidad y consistencia de los resultados.

Tampoco hay que olvidar el posible sesgo de representatividad en los estudios que utilizan como fuente de información encuestas de salud. En ellos se ha observado una baja representación de la población inmigrante, variando entre el 5 y el 15%, presentando además ciertos colectivos de inmigrantes un pequeño tamaño de muestra, lo que podría sesgar los resultados al compararlos con los nativos. También hay que tener en cuenta que en dichas encuestas de salud la variable operativa para clasificar a los individuos no es homogénea. Así, en España se ha considerado tanto el país de nacimiento como la nacionalidad (según el año de realización) mientras que en otros países identificaron a los sujetos inmigrantes a través del país de nacimiento e incorporaron otras variables de clasificación tales como la raza y la etnia. Además, las encuestas de salud que utilizan el padrón municipal de habitantes como marco muestral para seleccionar al informante, dejan fuera a los inmigrantes que se encuentran en situación irregular¹¹. También se ha observado una infrarrepresentación de la población inmigrante con menos recursos económicos en algunas encuestas de salud³⁸.

Los estudios incluidos en la revisión analizaron poblaciones de países con sistemas sanitarios diferentes, por lo que es difícil llevar a cabo una comparación sobre la utilización de los servicios sanitarios. Además, dichos estudios están condicionados por el diseño y el cuestionario utilizados en la mayoría de ellos, por lo que el uso de los servicios sanitarios queda fundamentalmente limitado a lo que considera el entrevistado cuando se le pregunta si va al médico de familia/médico general *versus* especialista.

Los estudios revisados se caracterizan, por tanto, por la heterogeneidad existente entre los mismos, principalmente debido a las diferentes metodologías empleadas. Sería recomendable que estos estudios mejoraran la calidad general mediante la inclusión de información más completa, tanto descriptiva como metodológica, sobre los datos ausentes de las variables de interés y que consideraran muestras más representativas tanto de la población inmigrante como de ciertos colectivos.

En cuanto a las limitaciones de los resultados de los estudios incluidos en la revisión hay que tener en cuenta principalmente la subjetividad que conlleva trabajar con encuestas, donde las respuestas de los entrevistados están basadas en lo que recuerdan en el momento de su realización.

Solo se ofrecieron resultados desagregados por sexo en 3 de los 10 estudios realizados en España, de manera que la influencia de esta variable se ha podido ver enmascarada al dar resultados globales. Por otro lado, en la mayoría de los estudios se utilizó a toda la población sin tener en cuenta la estructura de edad de la población inmigrante. En muchos estudios era población mayoritariamente en edad laboral, por lo que la comparación con el conjunto de la población autóctona puede distorsionar los resultados.

Los trabajos incluidos en la revisión analizaron el uso de los servicios sanitarios desde diferentes perspectivas, principalmente de forma binaria (si se consultó o no) y como frecuentación al médico general/ especialista, lo cual podría influir en los resultados. Sin embargo, se ha comprobado que los estudios de otros países consideraron generalmente la variable dependiente de forma binaria (16 de 20 relativos al médico general y 7 de 8 relativos a las consultas de especialistas) mientras que los de España a través de la frecuentación (5 estudios de 9 relativos a medicina general y 5 estudios de 7 relativo a medicina especializada), sin que los resultados variaran en líneas generales con respecto a la minoría de estudios que la analizaron desde la otra óptica.

En los estudios incluidos en la revisión predomina la falta de explicaciones a los resultados obtenidos, probablemente por limitaciones de las fuentes de información utilizadas. Estudios con otras fuentes de información, como los registros clínicos-administrativos, permitirían obtener mayor representatividad de ciertos colectivos de población inmigrante.

En conclusión, los resultados de la revisión indican que, tanto en España como en otros países, la población inmigrante hace igual uso de los servicios de medicina general, mientras que este es menor o igual en cuanto a las especialidades, aunque existan diferencias respecto a los sistemas sanitarios y los colectivos de inmigrante considerados. Con la entrada en vigor en España del nuevo Real Decreto-ley 16/2012²⁰ se deja de ofrecer atención sanitaria con carácter universal a los inmigrantes no regularizados, interponiendo barreras de acceso a los servicios sanitarios a los colectivos más vulnerables y marginados, de manera que los resultados aquí mostrados pueden variar en el futuro.

BIBLIOGRAFÍA

1. INE. Padrón municipal. Disponible en: <http://www.ine.es/prensa/np648.pdf>.
2. EUROSTAT. Disponible en: <http://epp.eurostat.ec.europa.eu/portal/page/portal/eurostat/home/>.
3. Jansà JM. Immigration of foreigners into Spain. Public health considerations. *Rev Esp Salud Publica*. 1998;72(3):165-8.
4. Berra S, Elorza-Ricart JM, Bartomeu N, Hausmann N, Serra-Sutton V, Rajmil L. Necessitats en salut i utilització dels serveis sanitaris en la població immigrant a Catalunya. Revisió exhaustiva de la literatura científica. Barcelona: Agència d'Avaluació de Tecnologia i Recerca Mèdiques CatSalut Departament de Sanitat i Seguretat Social Generalitat de Catalunya; 2004.
5. Regidor E, Sanz B, Pascual C, Lostao L, Sanchez E, Diaz Olalla JM. Health services utilization by the immigrant population in Spain. *Gac Sanit*. 2009;23 Suppl 1:4-11.
6. Regidor E, Diaz Olalla JM, Lostao L. Diferencias en la utilización de servicios sanitarios entre la población inmigrante y la población española. Madrid: Fundación de Ciencias de la Salud; 2008.
7. Fuertes C, Martín Laso MA. The immigrant in primary care consultations. *An Sist Sanit Navar*. 2006;29 Suppl 1:9-25.
8. Berra S, Elorza-Ricart JM. Salud y uso de los servicios sanitarios en población inmigrante y autóctona de España. Colección: Informes, estudios e investigación. Ministerio de Ciencia e Innovación / Informes de Evaluación de Tecnologías Sanitarias; AATRM 2007/08 Barcelona: Agència d'Avaluació de Tecnologia i Recerca Mèdiques de Catalunya; 2009.
9. López NA, Ramos Parreño JM. Utilización de servicios sanitarios por parte de las poblaciones inmigrante y nativa en la Región de Murcia. *Gac Sanit*. 2009;23 Suppl 1:12-8.
10. Díaz Olalla JM. Podrá la población inmigrante superar el impacto de nuestro nivel de salud? *Aten Primaria* 2005;36(Supl 1):38-9.
11. Aerny Perreten N, Ramasco Gutierrez M, Cruz Maccin JL, Rodríguez Rieiro C, Arabato Gonzalez S, Rodríguez Laso A. La salud y sus determinantes en la población inmigrante de la Comunidad de Madrid. *Gac Sanit* 2010;24(2):136-44.
12. Newbold B. Health status and health care of immigrants in Canada: a longitudinal analysis. *J Health Serv Res Policy*. 2005 Apr;10(2):77-83.
13. Valderas JM, Mendivil J, Parada A, Losada-Yanez M, Alonso J. Development of a geographic filter for PubMed to identify studies performed in Spain. *Rev Esp Cardiol* 2006;59(12):1244-51.
14. Laroché M. Health status and health services utilization of Canada's immigrant and non-immigrant populations. *Can Public Policy*. 2000;26(1):51-73.
15. Soler-Gonzalez J, Serna AC, Rue MM, Bosch GA, Ruiz Magaz MC, Gervilla CJ. Use of primary care resources by immigrants and the autochthonous persons who contact the care services in the city of Lleida, Spain. *Aten Primaria*. 2008;40(5):225-31.
16. Munoz MA, Pastor E, Pujol J, Del Val JL, Cordomi S, Hermosilla E. Primary health care utilization by immigrants as compared to the native population: a multilevel analysis of a large clinical database in Catalonia. *Eur J Gen Pract*. 2012;18(2):100-6.
17. Sanz B, Regidor E, Galindo S, Pascual C, Lostao L, Diaz 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(5):567-76.
18. Newbold KB. Health care use and the Canadian immigrant population. *Int J Health Serv* 2009;39(3):545-65.
19. Setia MS, Quesnel-Vallee A, Abrahamowicz M, Toussaint P, Lynch J. Access to health-care in Canadian immigrants: a longitudinal study of the National Population Health Survey. *Health Soc Care Community*. 2011;19(1):70-9.
20. Real Decreto-ley 16/2012, de 20 de abril. Disponible en: <http://www.boe.es/boe/dias/2012/04/24/pdfs/BOE-A-2012-5403.pdf>.
21. De Luca G, Ponzo M, Andrés AR. Health care utilization by immigrants in Italy. *Int J Health Care Finance Econ*. 2013;13(1):1-31.
22. Muggah E, Dahrouge S, Hogg W. Access to primary health care for immigrants: results of a patient survey conducted in 137 primary care practices in Ontario, Canada. *BMC Fam Pract*. 2012;28:13:128.
23. Glaesmer H, Wittig U, Brähler E, Martin A, Mewes R, Rief W. Health care utilization among first and second generation immigrants and native-born Germans: a population-based study in Germany. *Int J Public Health*. 2011;56(5):541-8.

24. Lum TY, Vanderaa JP. Health disparities among immigrant and non-immigrant elders: the association of acculturation and education. *J Immigr Minor Health*. 2010;12(5):743-53.
25. Prus SG, Tfaily R, Lin Z. Comparing racial and immigrant health status and health care access in later life in Canada and the United States. *Can J Aging*. 2010;29(3):383-95.
26. Peters J, Parry GD, Van CP, Moore J, Cooper CL, Walters SJ. Health and use of health services: a comparison between Gypsies and Travellers and other ethnic groups. *Ethn Health*. 2009;14(4):359-77.
27. Hargreaves S, Friedland JS, Gothard P, Saxena S, Millington H, Eliahoo J, et al. Impact on and use of health services by international migrants: questionnaire survey of inner city London A&E attenders. *BMC Health Serv Res*. 2006;6:153.
28. Lasser KE, Himmelstein DU, Woolhandler S. Access to care, health status, and health disparities in the United States and Canada: results of a cross-national population-based survey. *Am J Public Health* 2006;96(7):1300-7.
29. Quan H, Fong A, De Coster C, Wang J, Musto R, Noseworthy TW, et al. Variation in health services utilization among ethnic populations. *CMAJ*. 2006;14;174(6):787-91.
30. Lucas JW, Barr-Anderson DJ, Kington RS. Health status, health insurance, and health care utilization patterns of immigrant Black men. *Am J Public Health*. 2003;93(10):1740-7.
31. Livingston G, Leavey G, Kitchen G, Manela M, Sembihi S, Katona C. Accessibility of health and social services to immigrant elders: the Islington Study. *Br J Psychiatry*. 2002;180:369-73.
32. Stronks K, Ravelli AC, Reijneveld SA. Immigrants in the Netherlands: equal access for equal needs? *J Epidemiol Community Health*. 2001;55(10):701-7.
33. Hjern A, Haglund B, Persson G, Rosen M. Is there equity in access to health services for ethnic minorities in Sweden? *Eur J Public Health*. 2001;11(2):147-52.
34. Hargraves JL, Cunningham PJ, Hughes RG. Racial and ethnic differences in access to medical care in managed care plans. *Health Serv Res*. 2001;36(5):853-68.
35. Reijneveld SA. Reported health, lifestyles, and use of health care of first generation immigrants in The Netherlands: do socioeconomic factors explain their adverse position? *J Epidemiol Community Health*. 1998;52(5):298-304.
36. Leclere FB, Jensen L, Biddlecom AE. Health care utilization, family context, and adaptation among immigrants to the United States. *J Health Soc Behav*. 1994;35(4):370-84.
37. Burt CW, Schappert SM. Ambulatory care visits to physician offices, hospital outpatient departments, and emergency departments: United States, 1999-2000. *Vital Health Stat* 13. 2006;(159):1-66.
38. Jimenez-Rubio D, Hernandez-Quevedo C. Inequalities in the use of health services between immigrants and the native population in Spain: what is driving the differences? *Eur J Health Econ*. 2011;12(1):17-28.
39. Munoz-de BR, Anton Perez JI. Use of public health services by Latin American immigrants in Spain. *Salud Publica Mex*. 2010;52(4):357-63.
40. Hernandez-Quevedo C, Jimenez-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(3):370-8.
41. Carrasco-Garrido P, De Miguel AG, Barrera VH, Jimenez-Garcia R. Health profiles, lifestyles and use of health resources by the immigrant population resident in Spain. *Eur J Public Health*. 2007;17(5):503-7.

Anexo 1

Estrategia de búsqueda para la localización de estudios comparativos sobre consultas realizadas al médico general

1. Health Services Needs and Demand/
2. Health Status/
3. Health Services Accessibility/
4. 1-3 / OR
5. health care[Title]
6. health disparities[Title]
7. access to care[Title]
8. health resources[Title]
9. health profiles[Title]
10. health status[Title]
11. health services[Title]
12. 5 11/ OR
13. 4 and 12
14. Emigration and Immigration/
15. Emigrants and Immigrants/
16. 14 or 15
17. immigrant*[Title]
18. migrant*[Title]
19. Ethnic Groups[Title]
20. 17-19 / OR
21. 16 and 20
22. Health AND utilization AND immigrant*[Title]
23. 13 AND 21
24. 22 or 23

Anexo 2

Estrategia de búsqueda para la localización de estudios comparativos sobre consultas realizadas al médico especialista

1. Health Services/utilization/
2. Health Services Accessibility/
3. Health Status/
4. 1-3 / OR
5. Emigration and Immigration/
6. Emigrants and Immigrants/
7. Ethnic Groups
8. 5-7 / OR
9. Specialization/
10. speciali*[TI]
11. 9 OR 10
12. 4 AND 8 AND 11

Anexo 3

Filtro geográfico específico para la obtención de los estudios relativos a España

(spain OR espagne OR espana OR spagna) OR (spain[tiab] OR espagne[tiab] OR espana[tiab] OR spanien[tiab] OR spagna[tiab]) OR (catalunya[tiab] OR catalonia[tiab] OR catalogne[tiab] OR cataluna[tiab] OR catala[tiab] OR barcelon*[tiab] OR tarragona[tiab] OR lleida[tiab] OR lerida[tiab] OR girona[tiab] OR gerona[tiab] OR sabadell[tiab] OR hospitalet[tiab] OR l hospitalet[tiab]) OR (valencia*[tiab] OR castello*[tiab] OR alacant[tiab] OR alicant*[tiab]) OR (murcia*[tiab] OR cartagen*[tiab] NOT indias[tiab])) OR (andalu*[tiab] OR sevilla*[tiab] OR granad*[tiab] OR huelva[tiab] OR almeria[tiab] OR cadiz[tiab] OR jaen[tiab] OR malaga[tiab] OR (cordoba[tiab] NOT argentin*[tiab])) OR (extremadura[tiab] OR caceres[tiab] OR badajoz[tiab] OR madrid[tiab]) OR (castilla[tiab] OR salamanca[tiab] OR zamora[tiab] OR valladolid[tiab] OR segovia[tiab] OR soria[tiab] OR palencia[tiab] OR avila[tiab] OR burgos[tiab]) OR (leon[tiab] NOT (france[tiab] OR clermont[tiab] OR rennes[tiab] OR lyon[tiab] OR USA[tiab] OR mexic*[tiab])) OR (galicia[tiab] OR gallego[tiab] OR compostela[tiab] OR vigo[tiab] OR corun*[tiab] OR ferrol[tiab] OR orense[tiab] OR ourense[tiab] OR pontevedra[tiab] OR lugo[tiab]) OR (oviedo[tiab] OR gijon[tiab] OR asturia*[tiab]) OR (cantabr*[tiab] OR santander[tiab]) OR (vasco[tiab] OR euskadi[tiab] OR basque[tiab] OR bilbao[tiab] OR bilbo[tiab] OR donosti*[tiab] OR san sebastian[tiab] OR vizcaya[tiab] OR bizkaia[tiab] OR guipuzcoa[tiab] OR gipuzkoa[tiab] OR alava[tiab] OR araba[tiab] OR vitoria[tiab] OR gasteiz[tiab]) OR (navarr*[tiab] OR nafarroa[tiab] OR pamplona[tiab] OR iruna[tiab] OR irunea[tiab]) OR (logron*[tiab] OR rioj*[tiab]) OR (aragon*[tiab] OR zaragoza[tiab] OR teruel[tiab] OR huesca[tiab]) OR (mancha[tiab] OR ciudad real[tiab] OR albacete[tiab] OR cuenca[tiab]) OR (toledo[tiab] NOT (ohio[tiab] OR us[tiab] OR usa[tiab] OR OH[tiab])) OR (guadalajara[tiab] NOT mexic*[tiab]) OR (balear*[tiab] OR mallorca[tiab] OR menorca[tiab] OR ibiza[tiab] OR eivissa[tiab]) OR (palmas[tiab] OR lanzarote[tiab] OR canari*[tiab] OR tenerif*[tiab]) OR (ceuta[tiab] OR melilla[tiab])) OR (osasunbide*[tiab] OR osakidetza[tiab] OR insalud[tiab] OR sergas[tiab] OR cat-salut[tiab] OR sespa[tiab] OR osasunbidea[tiab] OR imsalud[tiab] OR sescam[tiab] OR ib-salut[tiab])