

Original

La utilización de los servicios sanitarios por la población inmigrante en España

Enrique Regidor^{a,*}, Belén Sanz^b, Cruz Pascual^a, Lourdes Lostao^c, Elisabeth Sánchez^d y José Manuel Díaz Olalla^e

^a Departamento de Medicina Preventiva, Salud Pública e Historia de la Ciencia, Universidad Complutense de Madrid, Madrid, España

^b Escuela Nacional de Sanidad, Instituto de Salud Carlos III, Madrid, España

^c Departamento de Sociología, Universidad Pública de Navarra, Pamplona, España

^d Epicentre, París

^e Instituto de Salud Pública, Madrid-Salud, Ayuntamiento de Madrid, España

INFORMACIÓN DEL ARTÍCULO

Historia del artículo:

Recibido el 9 de noviembre de 2008

Aceptado el 9 de enero de 2009

On-line el 20 de mayo de 2009

Palabras clave:

Inmigrantes

Uso de servicios sanitarios

RESUMEN

Objetivo: Comparar la utilización de los servicios sanitarios por la población inmigrante y por la población autóctona.

Métodos: Se ha utilizado la información proporcionada por cuatro encuestas de salud realizadas alrededor del año 2005: de Cataluña en 2006, de la ciudad de Madrid en 2005, de Canarias en 2004 y de la Comunidad Valenciana en 2005. Los servicios sanitarios investigados han sido médico general, médico especialista, servicio de urgencias, hospitalización y dos servicios preventivos: citología vaginal y mamografía.

Resultados: En líneas generales, la población inmigrante utiliza con menor frecuencia que la española la mayoría de los servicios sanitarios. La consulta al médico general y la hospitalización constituyen los servicios sanitarios en que se ha encontrado una menor diferencia en su frecuentación entre ambas poblaciones, mientras que el médico especialista y los servicios preventivos constituyen los servicios sanitarios en que se ha encontrado una mayor diferencia. En la consulta al médico general y la hospitalización es donde los hallazgos son más heterogéneos, ya que algunos grupos de inmigrantes presentan una frecuencia relativamente alta en algunos ámbitos geográficos y una frecuencia relativamente baja en otros.

Conclusiones: Los resultados reproducen los observados en otras investigaciones realizadas en países del entorno social y económico de España, y al igual que sucede con la evidencia disponible, no se pueden sugerir explicaciones. Las investigaciones futuras deberían probar a utilizar otros tipos de estudios y a contrastar explicaciones no sugeridas hasta ahora por la comunidad científica.

© 2008 SESPAS. Publicado por Elsevier España, S.L. Todos los derechos reservados.

Health services utilization by the immigrant population in Spain

ABSTRACT

Objective: To compare health services utilization between the immigrant and indigenous populations in Spain.

Methods: We used information provided by the following four health surveys carried out around 2005: Catalonia 2005; city of Madrid 2005, Canary Islands 2004 and the Autonomous Community of Valencia 2005. The health services studied were general practice, specialist services, emergency services, hospitalization, and two preventive services: pap smear test and mammography.

Results: In general, most health services were less frequently used by the immigrant population than by the Spanish population. The health services showing the least differences between the two populations were general practice and hospitalization, while the greatest differences were found in the use of specialist and preventive services. The most heterogeneous results were found in general practice and hospitalization, since some immigrant groups showed a relatively high frequency of use in some geographical areas and a relatively low frequency in other areas.

Conclusion: The results of the present study reproduce those found in other studies carried out in countries with similar social and economic characteristics to Spain. Like previous results, the present results are difficult to explain. Future research should aim to use other study designs and to test hypotheses not put forward by the scientific community to date.

© 2008 SESPAS. Published by Elsevier España, S.L. All rights reserved.

Keywords:

Immigrants

Use of health services

Introducción

La mayoría de los países desarrollados disponen de un sistema sanitario público, caracterizado por la extensión de sus prestacio-

nes a toda la población, cuyo objetivo es asegurar la igualdad en la accesibilidad y la utilización de los servicios sanitarios a todos los ciudadanos en función de su necesidad de asistencia. La consecución de ese objetivo precisa examinar el uso de los servicios sanitarios en diferentes grupos de población, ya sea porque presentan una mayor frecuencia de problemas de salud o bien porque tienen alguna dificultad para el acceso y la utilización de esos servicios.

* Autor para correspondencia.

Correo electrónico: enriquegidor@hotmail.com (E. Regidor).

En este sentido, uno de los aspectos más estudiados ha sido el patrón de utilización de los servicios sanitarios según la posición socioeconómica de los individuos¹⁻³. Un aspecto poco estudiado hasta ahora es el acceso y la utilización de los servicios sanitarios por parte de la población inmigrante. El número de inmigrantes ha crecido de manera extraordinaria desde la segunda mitad de los años 1990, de tal forma que en la actualidad constituyen una parte importante de la población residente en España. En concreto, entre 1991 y 1996 el porcentaje de residentes nacidos fuera de España se mantuvo alrededor del 2,5%, pero en 2001 era del 6% y en 2005 del 10%⁴. Diversos trabajos realizados fuera de España señalan una menor utilización de los servicios sanitarios por la población inmigrante en los primeros años de residencia en el país receptor⁵⁻⁷.

La ley 16/2003 de 28 de mayo de cohesión y calidad del Sistema Nacional de Salud⁸ señala, en su artículo 3, como titulares de los derechos a la protección de la salud y a la atención sanitaria, a los siguientes:

- a. Todos los españoles y extranjeros en el territorio nacional en los términos previstos en el artículo 12 de la Ley Orgánica 4/2000.
- b. Los nacionales de los Estados miembros de la Unión Europea que tienen los derechos que resulten del derecho comunitario europeo y de los tratados y convenios que se suscriban por el Estado español y les sean de aplicación.
- c. Los nacionales de Estados no pertenecientes a la Unión Europea que tienen los derechos que les reconozcan las leyes, los tratados y convenios suscritos.

El artículo 12 de la Ley Orgánica 4/2000 hace referencia al derecho a la asistencia sanitaria que tiene la población extranjera en España⁹. De esta forma se reconoce el derecho a la asistencia sanitaria, en las mismas condiciones que los españoles, a los extranjeros empadronados, a los menores de edad, a las mujeres embarazadas durante el embarazo, el parto y el posparto, y la atención de urgencia en supuestos de enfermedades graves o accidentes, así como a la continuidad de la atención hasta el alta médica. Así mismo, ese artículo señala que las administraciones públicas orientarán sus acciones en materia de salud incorporando medidas activas que impidan la discriminación de cualquier colectivo de población que por razones culturales, lingüísticas, religiosas o sociales tenga especial dificultad para el acceso efectivo a las prestaciones sanitarias del Sistema Nacional de Salud.

Sin embargo, muchas personas inmigrantes podrían tener dificultades de acceso al sistema sanitario por diferentes razones: porque su situación administrativa les impide tener un acceso normalizado al sistema sanitario; porque desconocen los trámites administrativos necesarios para el acceso; porque ignoran que existen algunos servicios sanitarios; porque les faltan los recursos económicos necesarios para acceder a otros; por incompatibilidad horaria con extensas jornadas laborales; o bien porque tienen dificultades de comunicación con el personal del sistema sanitario, ya sea por problemas de idioma o por cuestiones culturales.

En este sentido hay que señalar las dificultades para empadronarse en algunos lugares por diversas razones, entre las que cabe destacar la ausencia de cualquier documento de identidad por parte del extranjero, lo que impide a los inmigrantes acceder a la tarjeta sanitaria individual. Esto les aleja del sistema sanitario y dificulta que puedan disfrutar de una atención de salud normalizada. Estos colectivos tienden a crecer en número, y ante la dimensión del problema algunas Comunidades Autónomas han creado tarjetas sanitarias provisionales que les permiten acceder con facilidad y sin muchas exigencias al sistema de atención¹⁰.

Puesto que se desconoce cuál es el grado de utilización de los diferentes servicios sanitarios por parte de este grupo de población, recientemente se ha publicado un informe que describe hasta qué punto el uso de los servicios sanitarios en la población inmigrante es similar al de la población nacida en España¹¹. El objetivo de este artículo es mostrar los resultados y las conclusiones más relevantes de dicho informe.

Metodología

Fuente de datos y variables de estudio

Para la realización del trabajo se utilizó la información procedente de diversas encuestas de salud realizadas en España alrededor del año 2005, concretamente la Encuesta de Salud de Cataluña de 2006, la Encuesta de Salud de la ciudad de Madrid de 2005, la Encuesta de Salud de Canarias de 2004 y la Encuesta de Salud de la Comunidad Valenciana de 2005. Aunque varias de ellas se llevaron a cabo en población infantil y adulta, se ha estudiado exclusivamente la población mayor de 16 años de edad.

Se consideró que las encuestas realizadas alrededor del año 2005 tendrían un número suficiente de entrevistados cuyo país de nacimiento no fuera España. Antes de realizar el estudio se comprobó que, en España, diferentes instituciones de ámbito autonómico y municipal han realizado encuestas que incluyen información sobre el uso de servicios sanitarios. Sin embargo, en pocas de ellas es posible saber si los entrevistados eran inmigrantes o no, ya que no se obtuvo información sobre esta característica o alguna otra variable relacionada con ella. Por este motivo, para nuestro estudio se seleccionaron las encuestas en cuyo cuestionario de recogida de datos aparecía información sobre el lugar de nacimiento o la nacionalidad de los entrevistados y sobre la utilización de los servicios sanitarios. Aunque no todas las personas nacidas fuera de España podrían considerarse inmigrantes, el país de nacimiento ha sido la variable operativa utilizada para reflejar si un entrevistado era inmigrante o no¹². En caso de que el cuestionario de recogida de datos no incluyera el país de nacimiento, se utilizó la nacionalidad para definir si un entrevistado era inmigrante o no.

Aunque estas encuestas entrevistaban a una muestra representativa de la población adulta, se excluyó del análisis a los sujetos mayores de 74 años, por dos razones. En primer lugar, porque las encuestas seleccionaban población no institucionalizada, y la probabilidad de estar institucionalizado aumenta de manera importante a partir de esa edad. Y en segundo lugar, porque el objetivo fundamental del estudio era comparar la utilización de los servicios sanitarios por la población inmigrante con la que hace la población española, pero el porcentaje de personas mayores de 74 años en la población inmigrante residente en España en 2005 era inferior al 1,5%.

Los servicios sanitarios investigados fueron aquellos de los que se obtiene información en la mayoría de estas encuestas: la consulta del médico general, la consulta del médico especialista, la consulta en un servicio sanitario cuya financiación es básicamente privada (es el caso del dentista), la hospitalización, el servicio de urgencias y diversas visitas de tipo preventivo, como la realización de citología vaginal y mamografía en las mujeres. Los resultados relativos a la mamografía se presentan en el grupo de edad de 35 a 74 años, con el fin de aproximarse al rango de edad al cual va dirigida esta medida de prevención y, al mismo tiempo, no reducir el tamaño muestral.

Como ya se ha mencionado, en virtud de la información disponible se consideró inmigrantes a aquellos sujetos que no tenían la nacionalidad española o que habían nacido fuera de España. Los entrevistados fueron asignados a diferentes categorías

en función del país de nacimiento, excepto en el caso de la Encuesta de Salud de Canarias, que utilizó la nacionalidad. Según el número de sujetos en las diferentes encuestas, la población inmigrante se agrupó en cuatro categorías dependiendo del lugar de procedencia: a) occidente (Europa Occidental, Estados Unidos de América y Canadá); b) Europa del Este; c) América Central y del Sur; y d) África, Asia y Oceanía. Ya que el número de sujetos procedentes de Asia y Oceanía era muy pequeño en todas las encuestas, y puesto que el comportamiento en cuanto a uso de servicios de este colectivo era muy similar al del conjunto de sujetos procedentes de África, en la mayoría de los análisis realizados se decidió agrupar en una sola categoría a los procedentes de África, Asia y Oceanía. Así mismo, debido a que el número de entrevistados procedentes de Europa del Este en la encuesta de salud de Canarias era escaso, se decidió excluir este colectivo del análisis cuando se utilizó la información de dicha encuesta.

También se incluyeron en el análisis diversas variables para controlar su posible influencia en la diferencia observada en el uso de servicios sanitarios entre la población inmigrante y la autóctona. Estas variables fueron las características sociodemográficas (edad y sexo), los indicadores socioeconómicos (clase social y nivel de estudios) y variables de estado de salud o de necesidad de asistencia sanitaria (percepción subjetiva de la salud y limitación de la actividad diaria por algún problema de salud en el último año). En el caso de la consulta al dentista se utilizaron tres indicadores de salud dental como reflejo de la necesidad de asistencia sanitaria: presencia de caries, ausencia de alguna pieza dental y sangrado de encías.

Análisis estadístico

La variable independiente principal analizada fue el lugar de procedencia de los entrevistados, que se analizó de dos maneras, una agrupada en dos categorías (España y fuera de España) y otra agrupada en cinco: a) España; b) Occidente (Europa Occidental, Estados Unidos de América y Canadá); c) Europa del Este; d) América Central y del Sur; y e) África, Asia y Oceanía. En los análisis realizados sólo en mujeres esta variable se agrupó en tres categorías: a) España; b) Occidente; y c) resto del mundo.

En primer lugar, en todas las encuestas se calculó el porcentaje de individuos que utilizó cada uno de los servicios sanitarios investigados según el lugar de origen del entrevistado. Posteriormente se calculó la asociación entre el lugar de origen y el uso de cada uno de los servicios sanitarios, como reflejo de las diferencias relativas entre la población inmigrante y la población española. La medida de asociación utilizada fue la razón de porcentajes o la *odds ratio* (OR) con sus intervalos de confianza del 95% (IC95%). En el primer caso, la medida de la asociación se calculó por regresión binomial, y en el segundo por regresión logística. En un primer

momento se realizaron modelos univariados y posteriormente se incluyeron variables de control en modelos multivariados. La categoría de referencia en todos los casos fue la población española.

Resultados

En la *tabla 1* puede verse la distribución de los sujetos según el lugar de procedencia. La distribución de la población inmigrante y de la población española según sexo, edad, nivel de estudios, clase social del sustentador principal del hogar y medidas del estado de salud se muestra en la *tabla 2*.

Consulta al médico general y al especialista

Las cuatro encuestas analizadas incluyen información sobre el uso de los servicios que proporcionan el médico general y el médico especialista. El periodo retrospectivo que recogen las encuestas en relación al uso de estos servicios es diferente: las encuestas de la Ciudad de Madrid y de Cataluña recogen información relativa a los últimos 15 días, mientras que las de la Comunidad Valenciana y Canarias obtienen información de los últimos 12 meses.

En todos los ámbitos geográficos estudiados, el porcentaje de población inmigrante que consulta al médico general es ligeramente menor que el porcentaje de población española que hace uso de este servicio (*tabla 3*). No obstante, algunas categorías de inmigrantes realizan un uso de los servicios de medicina general marcadamente superior al de la población española, como es el caso de la población procedente de África en Madrid (22,4% frente a 16,7%); o marcadamente inferior, como ocurre con la población procedente de África en Cataluña (6,6% frente a 12,5%) y la Occidental en Canarias (53,2% frente a 74,1%).

Cuando se estudia el porcentaje de población que visita al médico especialista, se observa que el porcentaje es menor en los inmigrantes que en la población española en todos los ámbitos geográficos estudiados (*tabla 3*). Cuando se analiza cada una de las categorías de inmigrantes, también se observa que el porcentaje de población que visita al médico especialista es menor que el de la población española.

Después de ajustar por variables sociodemográficas, posición socioeconómica y estado de salud se observa que, en cualquier lugar de los estudiados, el uso de los servicios de médico general en el conjunto de la población inmigrante es muy similar o ligeramente inferior al de la población española (*tabla 4*). La razón de porcentajes es significativa en Canarias [RP (IC95%): 0,90 (0,84-0,98)] y en Valencia [RP (IC95%): 0,97 (0,94-0,99)]. Cuando se compara la frecuencia de consulta al médico general en las diferentes categorías de población inmigrante respecto a la

Tabla 1
Distribución de los sujetos del estudio según el lugar de procedencia

Lugar de procedencia	Ámbito geográfico del estudio							
	Cataluña		Ciudad de Madrid		Canarias		Comunidad Valenciana	
	N	%	N	%	N	%	N	%
Españoles	12,757	91,0	5,660	84,4	3,555	91,2	4,492	89,3
Inmigrantes	1,164	9,0	947	15,6	355	8,8	449	10,7
Occidente	201	1,4	87	1,3	99	1,8	81	2,1
Europa del Este	95	0,6	97	1,5	—	—	85	1,9
América Central o del Sur	461	4,0	627	10,5	213	5,7	199	4,7
África	354	2,6	78	1,3	31	0,9	74	1,7
Asia/Oceanía	53	0,5	45	0,7	10	0,4	10	0,3

N: tamaño de la muestra.

Tabla 2
Distribución porcentual de la población española y la población inmigrante según las características sociodemográficas y de estado de salud

Características sociodemográficas	Ámbito geográfico del estudio							
	Cataluña		Ciudad de Madrid		Canarias		Comunidad Valenciana	
	Española	Inmigrante	Española	Inmigrante	Española	Inmigrante	Española	Inmigrante
Sexo								
Hombre	50,1	53,7	46,8	50,0	50,4	52,4	50,6	49,8
Mujer	49,9	46,3	53,2	50,0	49,6	47,6	49,4	50,2
Edad								
16-24 años	13,7	13,9	13,0	13,7	16,2	15,9	14,6	14,3
25-34 años	22,4	34,6	19,8	37,7	23,6	28,5	20,1	33,3
35-44 años	20,4	31,2	20,6	29,5	21,7	30,8	21,6	28,9
45-54 años	17,4	12,6	14,8	12,7	16,0	16,7	17,0	10,7
55-64 años	14,9	4,5	16,5	3,9	12,7	3,8	15,0	6,4
65-74 años	11,3	3,2	15,3	2,6	9,8	4,4	11,7	6,4
Nivel de estudios								
Sin estudios	9,2	10,5	6,9	4,6	13,1	5,7	7,7	4,9
Primarios	20,9	13,9	12,2	13,6	21,2	9,8	21,9	19,6
2º grado, 1º ciclo	20,2	20,0	23,2	32,2	27,9	25,5	30,2	27,9
2º grado, 2º ciclo	32,0	32,6	26,4	25,3	25,6	42,0	23,1	29,8
3º grado	17,7	23,0	31,3	24,4	11,6	15,7	16,0	16,6
A.I.					0,5	1,3	1,2	1,3
Clase social^a								
I	21,2	14,4	33,7	18,2	-	-	13,1	8,6
II	28,8	28,0	24,7	12,6	-	-	13,1	9,2
III	25,2	27,8	20,0	31,9	-	-	21,8	23,3
IV	13,9	9,5	8,5	16,1	-	-	8,8	12,0
V	11	20,3	8,8	19,7	-	-	9,4	22,7
A.I.			4,4	1,4	-	-	33,8	24,2
Autopercepción de la salud^b								
Positiva	78,9	83,2	79,0	85,3	67,4	78,3	77,1	84,9
Negativa	21,1	16,8	21,0	14,7	32,6	21,7	22,9	15,1
Limitación de actividad								
Sí	13,5	10,0	14,1	8,1	37,7	27,8	-	-
No	86,5	90,0	85,9	91,9	60,5	69,9	-	-
A.I.					1,8	2,3		

- No se recogió información sobre esta característica. A.I.: Ausencia de información por falta de respuesta.

^a I: Directivos y profesionales asociados a una titulación universitaria; II: Empleados y profesionales de apoyo a las gestión administrativa/autónomos/supervisores de trabajadores manuales; III: Trabajadores manuales cualificados; IV: Trabajadores manuales semicualificados; V: Trabajadores manuales no cualificados.

^b Positiva: cuando los entrevistados contestaban que su estado de salud era «excelente», «muy bueno» o «bueno»; negativa: cuando los entrevistados contestaban que su estado de salud era «regular», «malo» o «muy malo».

Tabla 3
Porcentaje de población que ha consultado al médico general y porcentaje de población que ha consultado al médico especialista^a

Ámbito geográfico	Consulta al médico general		Consulta al médico especialista	
	Españoles	Inmigrantes	Españoles	Inmigrantes
Cataluña	12,5	9,9	8,9	5,7
Ciudad de Madrid	16,7	15,7	8,5	4,7
Comun. Valenciana	81,3	73,8	42,1	38,5
Canarias	74,1	63,3	56,2	38,5

^a El periodo temporal utilizado en las encuestas de salud de Cataluña y la ciudad de Madrid fue los últimos 15 días, y en las encuestas de Valencia y de Canarias los últimos 12 meses.

española, se observa que en líneas generales es similar o inferior, aunque hay algunas excepciones. Así, algunos grupos de inmigrantes muestran una heterogeneidad en los hallazgos dependiendo del ámbito geográfico estudiado. La población procedente de África es la que presenta el patrón más heterogéneo: en Canarias y en la Comunidad Valenciana, el uso del servicio de medicina general es similar al de la población española, pero en Madrid la población africana lo utiliza más que la española

[RP (IC95%): 1,57 (1,08-2,30)] y en Cataluña menos [RP (IC95%): 0,61 (0,41-0,90)].

En el caso del uso de los servicios de médico especialista, las razones de porcentaje en el conjunto de la población inmigrante con respecto a la española fueron inferiores a la unidad y estadísticamente significativas en todos los ámbitos geográficos estudiados (tabla 4). Cuando se analizan por separado las diferentes categorías de inmigrantes se observa que, con la excepción de los procedentes de América Central y del Sur en la Comunidad Valenciana, las razones de porcentajes fueron menores a la unidad en todos los demás grupos de inmigrantes en todos los lugares estudiados. En líneas generales, la menor diferencia relativa con respecto a la población española se observa en los inmigrantes occidentales y en los de América Central y del Sur, y la mayor diferencia relativa se observa en los procedentes de Europa del Este y de África, Asia y Oceanía.

Consulta al servicio de urgencias y hospitalización

En la consulta al servicio de urgencias se observan dos patrones diferentes: algunas encuestas reflejan una utilización elevada de este servicio asistencial (en Cataluña y Canarias,

Tabla 4

Razón de porcentajes^a de consulta al médico general y de consulta al médico especialista en la población inmigrante con respecto a la población española e intervalo de confianza del 95%

Ámbito geográfico	Consulta al médico general	Consulta al médico especialista
Cataluña		
Población española	1,00	1,00
Conjunto de la población inmigrante	0,95 (0,80-1,13)	0,66 (0,52-0,84)
Occidente	0,78 (0,47-1,28)	0,86 (0,52-1,40)
Europa del Este	1,15 (0,69-1,94)	0,03 (0,00-1,60)
América Central y del Sur	1,23 (0,98-1,54)	0,84 (0,63-1,14)
África	0,61 (0,41-0,90)	
Asia/Oceanía	0,61 (0,41-0,90)	0,44 (0,26-0,72)
Ciudad de Madrid		
Población española	1,00	1,00
Conjunto de la población inmigrante	1,09 (0,93-1,28)	0,64 (0,48-0,87)
Occidente	1,02 (0,61-1,70)	0,88 (0,42-1,83)
Europa del Este	0,92 (0,55-1,52)	0,44 (0,14-1,39)
América Central y del Sur	1,06 (0,88-1,28)	0,66 (0,46-0,94)
África	1,57 (1,08-2,30)	
Asia/Oceanía	1,29 (0,66-2,50)	0,50 (0,20-1,20)
Comunidad Valenciana		
Población española	1,00	1,00
Conjunto de la población inmigrante	0,97 (0,94-0,99)	0,98 (0,90-1,07)
Occidente	0,99 (0,93-1,06)	0,87 (0,69-1,10)
Europa del Este	0,85 (0,76-0,96)	0,76 (0,55-1,05)
América Central y del Sur	0,97 (0,92-1,03)	1,12 (0,96-1,30)
África	0,98 (0,88-1,09)	
Asia/Oceanía	1,00 (0,81-1,23)	0,77 (0,56-1,05)
Canarias		
Población española	1,00	1,00
Conjunto de la población inmigrante	0,90 (0,84-0,98)	0,74 (0,65-0,83)
Occidente	0,74 (0,60-0,91)	0,83 (0,67-1,06)
Europa del Este	-	-
América Central y del Sur	0,94 (0,85-1,03)	0,73 (0,63-0,85)
África	1,08 (0,90-1,31)	
Asia/Oceanía	0,84 (0,55-1,28)	0,71 (0,48-1,04)

^a Ajustada por edad, sexo, nivel de estudios, clase social e indicadores del estado de salud.

respectivamente, un 31,5% y un 30,1% de utilización por el conjunto de la población) y otras recogen un grado de utilización menor (en Madrid y Valencia un 15,9% y un 17,6%, respectivamente). La utilización del servicio de urgencias por parte de la población española y de la población inmigrante en cada ámbito geográfico también refleja esa heterogeneidad, como puede observarse en la tabla 5. En esta tabla también se ve que, en todos los ámbitos geográficos analizados, la frecuencia de utilización de los servicios de urgencias es mayor en la población inmigrante que en la española, excepto en la encuesta realizada en Canarias, donde ocurre lo contrario. Cuando se analizan por separado los diferentes grupos de población inmigrante, se observa que el colectivo que más usa los servicios de urgencias es el procedente de América Central y del Sur.

Por lo que se refiere a la hospitalización, en general, salvo en la ciudad de Madrid, la frecuencia de hospitalización en la población inmigrante es más baja que en la población española (tabla 5). La mayor diferencia se observa en Canarias, donde la frecuencia de ingreso hospitalario es del 8,4% en la población española y del 5,4% en la población inmigrante. Si se tiene en cuenta el lugar de procedencia de la población foránea, los individuos de América Central y del Sur son los inmigrantes con menor porcentaje de ingresos hospitalarios en Canarias, mientras que en Cataluña y en la ciudad de Madrid son los procedentes de países occidentales y

Tabla 5

Porcentaje de población que ha consultado al servicio de urgencias^a y porcentaje de población que ha estado hospitalizada^b

Ámbito geográfico	Consulta al servicio de urgencias		Hospitalización	
	Españoles	Inmigrantes	Españoles	Inmigrantes
Cataluña	31,1	34,9	8,1	7,2
Ciudad de Madrid	15,7	17,3	7,4	7,4
Comun. Valenciana	16,9	20,1	10,6	9,9
Canarias	30,4	27,5	8,4	5,4

^a Utilización de algún servicio de urgencias alguna vez durante el año anterior a la realización de la entrevista.

^b Algún ingreso hospitalario durante el año anterior a la realización de la entrevista.

Tabla 6

Odds ratio^a de consulta al servicio de urgencias y de hospitalización en la población inmigrante con respecto a la población española e intervalo de confianza al 95%

Ámbito geográfico	Consulta al servicio de urgencias	Hospitalización
Cataluña		
Población española	1,00	1,00
Conjunto de la población inmigrante	1,12 (0,98-1,27)	0,96 (0,76-1,21)
Occidente	0,94 (0,68-1,30)	0,75 (0,40-1,42)
Europa del Este	0,67 (0,40-1,11)	0,68 (0,26-1,75)
América Central y del Sur	1,40 (1,21-1,73)	1,01 (0,72-1,41)
África/Asia/Oceanía	0,93 (0,76-1,16)	1,06 (0,73-1,54)
Ciudad de Madrid		
Población española	1,00	1,00
Conjunto de la población inmigrante	1,13 (0,93-1,37)	1,27 (0,97-1,68)
Occidente	1,30 (0,74-2,29)	0,83 (0,34-2,07)
Europa del Este	1,01 (0,56-1,79)	1,10 (0,44-2,65)
América Central y del Sur	1,16 (0,93-1,45)	1,10 (0,78-1,56)
África/Asia/Oceanía	0,96 (0,59-1,58)	2,52 (1,47-4,32)
Comunidad Valenciana		
Población española	1,00	1,00
Conjunto de la población inmigrante	1,36 (1,08-1,70)	0,90 (0,66-1,24)
Occidente	0,82 (0,47-1,43)	0,86 (0,45-1,67)
Europa del Este	0,64 (0,33-1,25)	1,01 (0,52-1,98)
América Central y del Sur	2,10 (1,54-2,85)	0,82 (0,50-1,34)
África/Asia/Oceanía	1,26 (0,76-2,08)	1,04 (0,54-1,98)
Canarias		
Población española	1,00	1,00
Conjunto de la población inmigrante	0,91 (0,72-1,16)	0,76 (0,48-1,19)
Occidente	0,57 (0,31-1,03)	0,93 (0,39-2,22)
Europa del Este	-	-
América Central y del Sur	0,95 (0,71-1,27)	0,48 (0,24-0,97)
África/Asia/Oceanía	0,71 (0,36-1,38)	1,07 (0,38-3,03)

^a Ajustada por edad, sexo, nivel de estudios, clase social e indicadores del estado de salud.

de Europa del Este los que presentan menor porcentaje de hospitalización.

La tabla 6 muestra la OR de la frecuencia de consulta al servicio de urgencias y de hospitalización en la población inmigrante con respecto a la española, después de ajustar por variables sociodemográficas, posición socioeconómica y estado de salud. En el uso del servicio de urgencias no se observan diferencias significativas entre las dos poblaciones, excepto en las estimaciones realizadas por la encuesta de salud de la Comunidad Valenciana. Concretamente, los análisis realizados en esta encuesta muestran que la frecuencia de uso de los servicios de urgencias es un 36% mayor

(OR = 1,36) en la población inmigrante que en la población española. Cuando se analizaron los diferentes colectivos de inmigrantes, la OR en la mayoría de ellos no fue estadísticamente significativa, excepto para los inmigrantes procedentes de América Central y del Sur en Cataluña y en la Comunidad Valenciana. Con respecto a la población española, el porcentaje de individuos de América Central y del Sur que utiliza los servicios de urgencias es un 40% más alto (OR = 1,40) en Cataluña y un 110% más alto en la Comunidad Valenciana (OR = 2,10). Así mismo, hay que destacar la heterogeneidad en la magnitud de las OR en algunos colectivos, inferior a la unidad en algunos lugares y superior a la unidad en otros.

En el caso de la hospitalización, cuando estudiamos la población inmigrante en conjunto frente a la población española, ninguna de las OR fue estadísticamente significativa (tabla 6). No obstante, hay que destacar la magnitud de la estimación en Canarias y en la ciudad de Madrid. Después de ajustar por todas esas variables, los inmigrantes residentes en Canarias ingresan un 24% menos que la población española (OR = 0,76; IC95%: 0,48-1,19). Por su parte, los inmigrantes residentes en la ciudad de Madrid ingresan un 27% más que la población española (OR = 1,27; IC95%: 0,97-1,68). Al desagregar a la población inmigrante en los diversos colectivos según su lugar de origen, sólo se observaron diferencias estadísticamente significativas en los procedentes de América Central y del Sur en Canarias y en los procedentes de África, Asia y Oceanía en la ciudad de Madrid. En líneas generales, la mayoría de las OR fueron inferiores a la unidad, aunque algunos colectivos mostraron importante heterogeneidad, como es el caso de los inmigrantes procedentes de América Central y del Sur, cuyas OR fueron 0,48 en Canarias, 0,82 en la Comunidad Valenciana, 1,01 en Cataluña y 1,10 en la ciudad de Madrid, y de los inmigrantes procedentes de África, Asia y Oceanía, cuyas OR fueron cercanas a la unidad, excepto en Madrid, cuya magnitud fue de 2,52.

Consulta al dentista

Sólo un 10% de las consultas al dentista se realizaron en el sistema sanitario público, por lo que este tipo de consulta puede catalogarse como de financiación mayoritariamente privada. En líneas generales, la frecuencia de consultas al dentista fue inferior en la población inmigrante que en la española (tabla 7). No obstante, en algunos ámbitos geográficos estudiados hay algunos colectivos de inmigrantes cuya frecuencia de consulta al dentista es mayor que la de la población española: los procedentes de países occidentales en Cataluña y la Comunidad Valenciana, y los procedentes de Europa del Este en Cataluña.

En la tabla 7 también se observa que, después de ajustar por edad, sexo e indicadores de posición socioeconómica y de salud dental, los inmigrantes procedentes de países occidentales muestran una mayor frecuencia de consultas al dentista que la población española en la Comunidad Valenciana (la razón de porcentaje fue de 1,23). En el resto de los lugares estudiados, esta categoría de inmigrantes no mostró diferencias estadísticamente significativas con respecto a la población española. En el otro extremo se encuentran los inmigrantes procedentes de África, Asia y Oceanía, cuya razón de porcentaje oscila entre 0,46 y 0,74. Así mismo, destacan los hallazgos en la población procedente de Europa del Este: después de ajustar por edad, sexo e indicadores de posición socioeconómica, no se observan diferencias significativas con respecto a la población española en Cataluña; en cambio, en la ciudad de Madrid y en la Comunidad Valenciana, la razón de porcentaje fue de 0,71 (IC95%: 0,56-0,90) y de 0,53 (IC95%: 0,35-0,80), respectivamente.

Tabla 7

Porcentaje de población que ha consultado al dentista^a y razón de porcentajes (intervalo de confianza del 97) en los diferentes colectivos de población inmigrante con respecto a la población española

Ámbito geográfico	Porcentaje	Razón de porcentajes ^b
Cataluña		
Población española	36,9	1,00
Occidente	39,9	1,01 (0,85-1,20)
Europa del Este	39,3	1,09 (0,83-1,42)
América Central y del Sur	28,7	0,77 (0,68-0,88)
África/Asia/Oceanía	17,3	0,53 (0,43-0,65)
Ciudad de Madrid		
Población española	55,7	1,00
Occidente	49,1	0,89 (0,72-1,10)
Europa del Este	40,5	0,71 (0,56-0,90)
América Central y del Sur	48,7	0,85 (0,79-0,93)
África/Asia/Oceanía	41,5	0,74 (0,60-0,90)
Comunidad Valenciana		
Población española	37,1	1,00
Occidente	49,0	1,23 (1,02-1,49)
Europa del Este	21,7	0,53 (0,35-0,80)
América Central y del Sur	33,3	0,92 (0,76-1,10)
África/Asia/Oceanía	16,9	0,54 (0,35-0,83)
Canarias		
Población española	32,2	1,00
Occidente	25,3	0,79 (0,54-1,15)
Europa del Este	-	-
América Central y del Sur	31,9	0,98 (0,82-1,17)
África/Asia/Oceanía	16,7	0,46 (0,24-0,93)

^a Alguna consulta al dentista durante el año anterior a la realización de la entrevista.

^b Ajustada por edad, sexo, nivel de estudios, clase social e indicadores de salud dental.

Servicios médicos preventivos: citología vaginal y mamografía

En la tabla 8 puede observarse que la frecuencia de uso de estos servicios es mayor en las españolas que en los dos colectivos de mujeres inmigrantes estudiados (mujeres procedentes de países occidentales y del resto del mundo). Después de ajustar por edad e indicadores de posición socioeconómica, la frecuencia de realización de citología y mamografía en el último año en las mujeres inmigrantes fue menor que en las españolas (en todos los casos la magnitud de las OR fue inferior a la unidad).

Discusión

Principales hallazgos

La mayoría de las categorías o colectivos de inmigrantes presenta una frecuencia de consulta al médico general y una frecuencia de hospitalización similar a las de la población española, si bien algunos colectivos en alguno de los ámbitos geográficos estudiados difieren de ese patrón general. Por lo que se refiere a la utilización de los servicios del médico especialista y de un servicio sin financiación pública (dentista), la mayoría de los grupos de inmigrantes los utiliza con menor frecuencia que la población española, excepto los inmigrantes procedentes de países occidentales en algunos de los ámbitos geográficos estudiados. Así mismo, las mujeres inmigrantes utilizan los servicios preventivos con menos frecuencia que las españolas. En todos los lugares estudiados, la realización de mamografía y de citología vaginal es menos frecuente en las mujeres inmigrantes que en las españolas.

En el caso de los servicios de urgencias, la mayor frecuencia de utilización por la población inmigrante que por la española se

Tabla 8

Porcentaje de mujeres que se han realizado alguna citología^a y porcentaje de mujeres que se han realizado alguna mamografía^b según el lugar de procedencia y *odds ratio* (intervalo de confianza al 95), en los diferentes colectivos de mujeres inmigrantes con respecto a las mujeres españolas

Ámbito geográfico	Citología		Mamografía ^b	
	Porcentaje	Odds ratio ^c	Porcentaje	Odds ratio ^c
Cataluña				
Españolas	41,6	1,00	41,8	1,00
Occidente	36,5	0,56 (0,37-0,87)	33,8	0,66 (0,37, 0,88)
Resto del mundo	33,5	0,64 (0,52-0,79)	30,1	0,72 (0,53, 0,99)
Ciudad de Madrid				
Españolas	43,4	1,00	42,5	1,00
Occidente	45,2	0,86 (0,45-1,62)	39,3	0,88 (0,40, 1,95)
Resto del mundo	42,9	0,91 (0,73-1,14)	32,9	0,68 (0,49, 0,93)
Comunidad Valenciana				
Españolas	40,5	1,00	33,7	1,00
Occidente	30,6	0,52 (0,27-1,01)	22,5	0,64 (0,32, 1,27)
Resto del mundo	29,8	0,56 (0,41-0,78)	21,8	0,59 (0,35, 0,98)
Canarias				
Españolas	59,7	1,00	31,5	1,00
Occidente	57,1	0,70 (0,34-1,43)	17,9	0,37 (0,11, 1,23)
Resto del mundo	59,0	0,73 (0,50-1,07)	26,8	0,81 (0,46, 1,43)

^a Alguna citología o alguna mamografía durante el año anterior a la realización de la entrevista.

^b El análisis se ha restringido a las mujeres de 35 a 74 años.

^c Ajustada por edad, nivel de estudios y clase social.

debe al patrón de uso de estos servicios por parte del colectivo de América Central y del Sur. Estos inmigrantes utilizan los servicios de urgencia con mayor frecuencia que la población española, y como este colectivo es el más numeroso, su frecuencia es la que más pesa en la estimación del uso de los servicios de urgencia por el conjunto de la población inmigrante. Sin embargo, el resto de los grupos de inmigrantes utiliza los servicios de urgencia con menos frecuencia que la población española.

Estos hallazgos son similares a los obtenidos en otros países del entorno social y económico de España. En los países europeos con cobertura pública de la asistencia sanitaria no se han encontrado diferencias significativas en la frecuencia de consultas al médico general entre la población inmigrante y la autóctona¹³⁻¹⁵, e incluso en algunos grupos de inmigrantes la frecuencia de consultas ha sido mayor que en la población autóctona^{16,17}. Sin embargo, se ha observado que la población inmigrante consulta con menor frecuencia al médico especialista^{16,18} y hace un menor uso de los servicios preventivos que la población autóctona^{19,20}. Por lo que se refiere a la hospitalización y a la utilización de los servicios de urgencias y de los servicios médicos sin financiación pública, los resultados de los diferentes estudios han sido muy heterogéneos^{13,14,16,17,19-23}.

Posibles explicaciones de los hallazgos

Los patrones de utilización de los servicios de médico especialista, de los servicios sin financiación pública y de los servicios preventivos por parte de la población inmigrante son bastante similares entre los diferentes grupos de inmigrantes y en los diferentes ámbitos geográficos estudiados. No sucede lo mismo en el resto de los servicios sanitarios investigados (médico general, hospitalización y servicios de urgencias), en los cuales la heterogeneidad de los hallazgos es relevante. Esta heterogeneidad no es algo nuevo y se repite en las investigaciones realizadas en otros países, al menos en aquellos con cobertura pública de la asistencia sanitaria. En este sentido, resulta sorprendente cómo se han asumido los hallazgos procedentes de investigaciones

llevadas a cabo en Estados Unidos de América como paradigma de lo que sucede en los países occidentales, sin tener en cuenta que en Estados Unidos no existe cobertura universal de la asistencia sanitaria y que, además, la mayoría de las investigaciones realizadas en ese país reflejan diferencias en el uso de los servicios sanitarios según la etnia o la raza, pero no según la condición de inmigrante o no inmigrante de los ciudadanos²⁴⁻²⁹.

La falta de explicaciones para los hallazgos es otra característica de la mayoría de las investigaciones realizadas hasta ahora sobre el tema. Es posible que la variación en los hallazgos limite el planteamiento de comentarios que los hagan más comprensibles. La sugerencia de una explicación para el patrón observado en el uso de un determinado tipo de servicio sanitario puede ponerse en tela de juicio cuando, según la explicación propuesta, el patrón en la utilización de otro servicio sanitario debería ser similar, pero los hechos señalan que es diferente. No es extraño, por tanto, que los autores de esas investigaciones eviten cualquier tipo de comentario para justificar sus hallazgos.

Las hipótesis planteadas en nuestro estudio, como posibles explicaciones a la menor utilización de los servicios sanitarios por parte de la población inmigrante, hacen referencia al entramado administrativo para acceder a esos servicios, cuya complejidad puede limitar al inmigrante en su uso; a razones culturales, lingüísticas o religiosas que dificultan el acceso efectivo a las prestaciones sanitarias del Sistema Nacional de Salud; y a extensas jornadas laborales como consecuencia de contratos laborales precarios que pueden ser un barrera para acceder a los servicios. Estas hipótesis no se han podido contrastar. No obstante, los hallazgos apoyan la idea de que algunas de estas circunstancias podrían darse en algunos servicios sanitarios, como en las consultas al médico especialista y la utilización de los servicios preventivos.

La variación en los hallazgos en algún servicio sanitario para el mismo grupo de inmigrantes, dependiendo del ámbito geográfico, sugiere la posible existencia de diferencias entre esos lugares en factores relacionados con el uso de los servicios sanitarios. Un diferente grado de integración cultural, un diferente tiempo de residencia en España o distintas actividades económicas podrían ser algunos de esos factores.

Por otro lado, aunque muchas de las hipótesis que se plantean en este tipo de investigaciones están pensadas fundamentalmente para los inmigrantes procedentes de países pobres, los inmigrantes de países ricos muestran un comportamiento similar en la mayoría de los servicios sanitarios. Por ello, no parece adecuado identificar una serie de factores como posible explicación del patrón de uso de los servicios sanitarios por los inmigrantes procedentes de países pobres, a no ser que se planteen explicaciones alternativas que den cuenta del patrón similar de uso de los servicios por los inmigrantes de países pobres y por los inmigrantes de países ricos.

Las limitaciones de este estudio han hecho que muchas de las posibles explicaciones no pudieran ser contrastadas. Así, por ejemplo, los resultados obtenidos se han ajustado por la percepción subjetiva de la salud y por indicadores de posición socioeconómica. Si la validez de la percepción subjetiva del estado de salud fuera distinta en la población inmigrante que en la población española, el ajuste por percepción subjetiva de la salud en la estimación de los resultados no aseguraría el control efectivo de la necesidad de atención sanitaria. Así mismo, la ausencia de información acerca del tiempo de residencia en España ha impedido averiguar hasta qué punto esta circunstancia puede haber influido en el patrón de utilización de los servicios sanitarios. De igual manera, el tipo de cobertura sanitaria puede influir, sobre todo si un determinado grupo de inmigrantes tiene acceso a una doble cobertura. Finalmente, debido al escaso tamaño muestral se ha estudiado a hombres y mujeres de manera

conjunta, pero puede ser que el patrón en la utilización de los servicios sanitarios por la población inmigrante varíe según el sexo.

Conclusiones y recomendaciones

El consenso en torno a muchos de los factores mencionados como posibles determinantes del patrón de utilización de los servicios sanitarios por la población inmigrante no está apoyado por los hechos. Por ello, los investigadores deberían diseñar estudios que contrasten si esos determinantes realmente tienen alguna influencia.

Así mismo, los investigadores que lleven a cabo estudios sobre este asunto deberían proponer y arriesgarse con otras hipótesis diferentes a las del consenso. Como punto de partida, es preciso tener en cuenta que la población inmigrante es un grupo heterogéneo desde el punto de vista demográfico, socioeconómico y sanitario, que a su vez presenta grandes diferencias con la población española. Dada la heterogeneidad de la población inmigrante, ésta debe estudiarse desagregada lo máximo posible en cuanto al lugar de procedencia.

La realización de estudios que monitoricen el patrón de utilización de los servicios sanitarios en la población inmigrante debería ser una prioridad en el futuro. Para ello es imprescindible que los sistemas de información, ya sean registros, encuestas o sistemas de notificación, recojan de manera detallada diversas variables que permitan caracterizar a la población según el lugar de nacimiento, el tiempo de residencia en el barrio o municipio, el tiempo de residencia en España, el año de llegada al barrio o municipio, el año de llegada a España, etc.

En cualquier caso, el empleo exclusivo de metodología de investigación cuantitativa probablemente no sea suficiente para abordar la compleja situación social, económica, familiar y administrativa en que se encuentran muchos inmigrantes. Por ello, sería conveniente valorar la posibilidad de incluir algún tipo de técnica cualitativa como apoyo a este tipo de estudios, incluyendo creencias, valores y costumbres que configuran y determinan los patrones de comportamiento de los inmigrantes según su lugar de procedencia.

Financiación

Este trabajo muestra los hallazgos del estudio «Diferencias en la utilización de servicios sanitarios entre la población inmigrante y la población española», promovido y financiado por la Fundación de Ciencias de la Salud.

Contribución de los autores

E. Regidor concibió y diseñó el estudio. Todos los autores participaron en los análisis de los datos y en la redacción del trabajo. Todos los autores aprobaron la versión final.

Bibliografía

1. Borrell C, Fernández E, Schiaffino A, et al. Social class inequalities in the use of and access to health services in Catalonia, Spain: what is the influence of supplemental private health insurance?. *International Society for Quality in Health Care*. 2001;13:117-25.

2. Lostao L, Regidor E, Geyer S, et al. Patient cost sharing and physician visits by socioeconomic position: findings in three Western European countries. *J Epidemiol Community Health*. 2007;61:416-20.
3. Regidor E, Martínez D, Astasio P, et al. La asociación de los ingresos económicos con la utilización y con la accesibilidad de los servicios sanitarios en España al inicio del siglo XXI. *Gac Sanit*. 2006;20:352-9.
4. Instituto Nacional de Estadística. Explotación estadística del Padrón. Disponible en: http://www.ine.es/inebmenu/mnu_cifraspub.htm.
5. Leclere F, Jensen L, Biddlecom A. Health care utilization, family context, and adaptation among immigrants to the United States. *J Health Soc Behav*. 1994;35:370-84.
6. McDonald J, Kennedy S. Insights into the "healthy immigrant effect": health status and health service use of immigrants to Canada. *Social Science and Medicine*. 2004;59:1613-27.
7. Newbold B. Health status and health care of immigrants in Canada: a longitudinal analysis. *J Health Serv Res Policy*. 2005;10:77-83.
8. Ley 16/2003, de 28 de mayo, de cohesión y calidad del Sistema Nacional de Salud. BOE num. 128 (29/05/2003): 20567-88.
9. Ley Orgánica 4/2000, de 11 de enero, sobre derechos y libertades de los extranjeros en España y su integración social. BOE num. 10 (12/01/2000): 1139-50.
10. Médicos sin Fronteras. Informe final del proyecto «Mejora en el acceso a los servicios públicos de salud de los inmigrantes indocumentados en el Área Sanitaria 11 de la Comunidad de Madrid». 2005. Disponible en: http://www.ms.f.es/images/InformeMadrid_tcm3-6019.pdf.
11. Regidor E, Díaz Olalla JM, Lostao L, et al. Diferencias en la utilización de servicios sanitarios entre la población inmigrante y la población española. Madrid: Fundación de Ciencias de la Salud; 2008.
12. Malmusi D, Jansà JM. Recomendaciones para la investigación e información en salud sobre definiciones y variables para el estudio de la población inmigrante de origen extranjero. *Rev Esp Salud Pública*. 2007;81:399-409.
13. Reijneveld SA. Reported health, lifestyles, and use of health care of first generation immigrants in the Netherlands: do socioeconomic factors explain their adverse position. *J Epidemiol Community Health*. 1998;52:298-304.
14. Hjertn A, Haglund B, Persson G, et al. Is there equity in access to health services for ethnic minorities in Sweden?. *Eur J Public Health*. 2001;2:147-52.
15. Hargreaves S, Friedland JS, Gothard P, et al. Impact on and use of health services by international migrants questionnaire survey of inner city London A&E attenders. *Health Services Research*. 2006;6:153.
16. Stronks K, Ravelli CJ, Reijneveld SA. Immigrants in the Netherlands: equal access for equal needs?. *J Epidemiol Community Health*. 2001;55:710-7.
17. Livingston G, Leavey G, Kitchen G, et al. Accessibility of health and social services to immigrant elders. The Islington Study. *Br J Psych*. 2002;180:369-73.
18. Smaje C, Le Grand J. Ethnicity, equity and the use of health services in the British NHS. *Soc Sci Med*. 1997;45:485-96.
19. Lagerlund M, Maxwell AE, Bastani R, et al. Sociodemographic predictors of non-attendance at invitational mammography screening—a population-based register study (Sweden). *Cancer Causes & Control*. 2002;13:73-82.
20. Visser O, van Peppen AM, Ory FG, et al. Results of breast cancer screening in first generation migrants in Northwest Netherlands. *Eur J Cancer Prev*. 2005;14:251-5.
21. Cacciani L, Baglio G, Rosi L, et al. Hospitalisation among immigrants in Italy. *Emerg Themes Epidemiol*. 2006;3:4.
22. Lay B, Lauber C, Nordt C, et al. Patterns of inpatient care for immigrants in Switzerland. A case control study. *Soc Psychiatry Psychiatr Epidemiol*. 2006;41:199-207.
23. Wu Wen S, Goel V, Williams JL. Utilization of health care services by immigrants and other ethnic/cultural groups in Ontario. *Ethn Health*. 1996;1:99-109.
24. Baker DW, Stevens CD, Brook RH. Determinants of emergency department use: are race and ethnicity important?. *Ann Emerg Med*. 1996;28:677-82.
25. Carlisle DM, Leake BD, Shapiro MF. Racial and ethnic differences in the use of invasive cardiac procedures among cardiac patients in Los Angeles County, 1986 through 1988. *Am J Public Health*. 1995;85:352-6.
26. Fiscella K, Franks P, Doescher MP, et al. Disparities in health care by race, ethnicity, and language among the insured. Findings from a national sample. *Med Care*. 2002;40:52-9.
27. Gilliland FD, Rosenberg RD, Hunt WC, et al. Patterns of mammography use among Hispanic, American Indian, and non-Hispanic white women in New Mexico, 1994-1997. *Am J Epidemiol*. 2000;152:432-7.
28. Hoffman-Goetz L, Breen NL, Meissner H. The impact of social class on the use of cancer screening within three racial/ethnic groups in the United States. *Ethn Dis*. 1998;8:43-51.
29. Peterson ED, Shaw LK, DeLong ER, et al. Racial variation in the use of coronary revascularization procedures. *N Engl J Med*. 1997;336:480-6.