

Trabajo Fin de Grado

DIFERENCIAS EN EL USO DE UN SERVICIO DE URGENCIAS HOSPITALARIAS ENTRE POBLACIÓN INMIGRANTE Y ESPAÑOLA

Autor/es

Leticia Anadón Ruiz

Director/es

Dña. Begoña Aguirre Alonso

Universidad de Zaragoza / Escuela de Enfermería de Teruel

2015

ÍNDICE

RESUMEN	3
ABSTRACT	3
INTRODUCCIÓN	4
OBJETIVOS	6
MATERIAL Y MÉTODO.....	7
RESULTADOS	9
DISCUSION.....	12
CONCLUSION	14
BIBLIOGRAFÍA.....	19
ANEXO	15

RESUMEN

OBJETIVOS: Analizar las diferencias existentes en la utilización del Servicio de Urgencias Hospitalarias (SUH) entre la población inmigrante (PI) y española (PE), determinar las causas más frecuentes de requerimiento de asistencia urgente así como su gravedad y describir las características sociodemográficas de la PI.

METODOLOGÍA: estudio descriptivo transversal prospectivo, realizado en 5 turnos laborales aleatorios durante febrero de 2015. Las variables de estudio fueron: sexo, edad, turno de ingreso, derivación por Atención Primaria (AP), motivo de consulta y gravedad. Se analizaron variables sociodemográficas en la PI.

RESULTADOS: Se estudiaron 237 pacientes, 32 inmigrantes (13,4%). La mayoría de la PI procedía de Marruecos (34,4%), llevaba en España >5 años e inmigró por motivos económicos aunque el 40,6% estaba desempleado. Un 9,4% no tenía estudios, existía barrera lingüística en el 18,8% y una persona no poseía tarjeta sanitaria. Comparando ambas poblaciones encontramos diferencias significativas en la edad (PI más joven) y en el motivo de consulta (la PI acude por dolor, la PE por lesiones y traumatismos).

CONCLUSIONES: Ambos colectivos acudieron en la misma proporción al SUH. Observamos en la PI una relación entre el tiempo de residencia y la frecuentación del servicio, una elevada tasa de desempleo y una falta de información de los recursos sanitarios disponibles en ambas poblaciones.

PALABRAS CLAVE: Urgencias hospitalarias, población inmigrante, población española, Teruel.

ABSTRACT

PURPOSE: To analyze the differences in the use of hospital emergency departments between immigrant population (PI) and Spanish population (PE). To determine the most frequent causes of emergency health care requirements and their severity. To describe immigrants' sociodemographic characteristics.

METHODOLOGY: A prospective cross-sectional study, it was carried out in 5 random working shifts during February 2015. The study's variables were: sex, age, the access hours in the department, Primary Care derivations, reasons for consultation and severity of the urgency. Sociodemographic variables were analyzed in the PI.

RESULTS: 237 patients were studied, 32 were immigrants (13.4%). The majority of them came from Morocco (34.4 %), they had been in Spain for more than 5 years and they had immigrated for economic reasons. However, the 40.6% were unemployed. The 9.4% had no education, idiomatic barriers existed in the 18.8% and only one person did not have a health card. Comparing both populations, there are significant differences in the age (PI are younger) and in the reason for consultation (immigrants suffer from pain and Spanish suffer from trauma and injuries).

CONCLUSIONS: Both collectives often go to the hospital emergency departments in the same way. In the PI there is a relationship between the years of residence in Spain and the frequency in the service. There is a high unemployment in this population and a lack of information about health resources in both populations.

KEYWORDS: Hospital emergencies, immigrant population, Spanish population, Teruel.

INTRODUCCIÓN

Desde inicios del siglo XXI España se ha caracterizado por un incremento de la población debido a la inmigración. A partir del año 2010 se observó un descenso en este movimiento migratorio y un aumento de la emigración, causado por la actual situación económica que hostiga al país y que obliga a los ciudadanos a buscar otras oportunidades laborales lejos de tierras hispanas.

En 2013 el número de extranjeros asentados en territorio nacional descendió un 7,8% a causa de la emigración y la adquisición de la nacionalidad española, situándose esta población en 4.676.022 habitantes, representando un 10% de la población¹.

A pesar de estos datos, la inmigración sigue caracterizando la dinámica social española, requiriendo por ello un abordaje socioeconómico y por supuesto sanitario, ya que la protección de la salud constituye uno de los requisitos esenciales en la integración social y el bienestar de los ciudadanos extranjeros.

Tras la entrada en vigor del Real Decreto 16/2012 de medidas urgentes para garantizar la sostenibilidad del Sistema Nacional de Salud y mejorar la calidad y seguridad de sus prestaciones, la cobertura sanitaria gratuita excluye a los extranjeros no autorizados como residentes y que no posean la condición de asegurados o beneficiarios. Solamente se les permite recibir asistencia médica gratuita (sin pago de contraprestaciones económicas) en el supuesto de urgencia por enfermedad grave o accidente, menores de 18 años y mujeres durante el proceso de embarazo, parto y post-parto².

Esta nueva legislación ha provocado un incremento del uso de los servicios de urgencias por parte de la población que queda excluida de la cobertura sanitaria gratuita, ya que, si se produce un deterioro de su salud, encuentran como única vía de acceso sanitario los servicios de urgencias tanto hospitalarias (SUH) como ambulatorias³. Es por ello que, entre los niveles asistenciales de la red pública, los SUH son especialmente vulnerables a cualquier variación de la población, pudiendo verse comprometida la calidad de la atención prestada ante la sobrecarga asistencial⁴.

En líneas generales, la población inmigrante usa en la misma proporción los servicios sanitarios (SS) que la autóctona⁵⁻⁶. No obstante, varios estudios demuestran que los inmigrantes son menos frequentadores⁷⁻¹³ y que acuden cuando las enfermedades se encuentran más avanzadas¹⁴, situación que puede provocar consecuencias graves e irreversibles para su salud.

Sin embargo, este hecho no es percibido así por la población autóctona y por los profesionales de la salud¹⁵ los cuales atribuyen el mayor uso de los servicios de urgencias, el acceso sanitario tardío y la poca continuidad asistencial a factores relacionados con la precariedad económica y la inclusión social¹⁶.

No obstante, Aerny et al¹⁷ hallaron una relación entre el tiempo de residencia en España y la frecuentación sanitaria, incrementándose ésta al aumentar el tiempo de residencia, igualando e incluso superando a la de los autóctonos.

Las dificultades de comunicación, las diferencias culturales y religiosas, la incompatibilidad horaria con las jornadas laborales, la situación administrativa irregular o el desconocimiento del funcionamiento del sistema sanitario¹⁸ constituyen algunas de las causas que pueden alterar la dinámica de atención sanitaria habitual actuando como barreras de accesibilidad de este grupo de población al sistema sanitario español. Por ello, parece necesario conocer el comportamiento de este colectivo como

usuarios de la sanidad pública para poder establecer y diseñar políticas ajustadas a las necesidades presentes y futuras del sistema sanitario.

Es importante destacar que, aunque la inmigración supone un esfuerzo de adaptación y reorganización de algunos aspectos de la sociedad (entre ellos la sanidad), también conlleva varios cambios beneficiosos: la modificación de la pirámide poblacional envejecida, el mantenimiento de la población activa, el enriquecimiento social y la diversidad cultural.

La provincia de Teruel con una población de 140.365 habitantes en el año 2014, es actualmente la segunda provincia más despoblada de España. El número de habitantes extranjeros se sitúa en 15.515, representando un 11% de la población turolense. En su mayoría provienen de Rumanía: 6.192 (39,9%), Marruecos: 4.468 (28,8%), Polonia: 649 (4,2%) y Pakistán: 503 (3,2%)¹⁹. El fenómeno de la inmigración en esta provincia, así como las características sociodemográficas y las necesidades asistenciales de la población extranjera, suponen un impacto importante en el sistema sanitario aragonés exigiendo una meticulosa preparación en muchos aspectos, entre ellos, el de salud pública y atención sanitaria.

OBJETIVOS

El objetivo principal del presente estudio es cuantificar y analizar la frecuencia de la demanda asistencial urgente entre la población inmigrante (PI) y española (PE) que acude al servicio de urgencias del hospital Obispo Polanco en Teruel.

Como objetivos específicos se propone:

1. Describir las características sociodemográficas de la PI que acude al SUH.
2. Analizar las diferencias en la utilización del SUH entre la PE y la PI en cuanto a sexo, edad, derivación por Atención Primaria (AP) y turno de ingreso en el servicio.
3. Determinar y comparar entre ambas poblaciones las causas más frecuentes de requerimiento de asistencia sanitaria urgente así como su gravedad.

MATERIAL Y MÉTODO

Se realizó un estudio descriptivo transversal en el servicio de urgencias del Hospital Obispo Polanco (Teruel), el cual recibe al año aproximadamente unas 30.000 consultas urgentes. La provincia de Teruel se divide en dos sectores sanitarios: sector sanitario de Alcañiz y Sector sanitario de Teruel al que corresponde este hospital. Este centro actúa como lugar de referencia para Atención Especializada tanto en régimen de hospitalización como en consultas de especialidades y pruebas complementarias. El Sector Sanitario de Teruel cuenta con una población asignada de 75.529 habitantes, de los cuales los inmigrantes representan un 10,8 % de la población turolense²⁰.

Se llevó a cabo un muestreo no probabilístico por conveniencia durante el mes de febrero de 2015, donde se recogieron de forma prospectiva las variables posteriormente descritas. Para ello se realizó una entrevista personal durante el proceso de triaje (previa aceptación oral del consentimiento informado por parte de los pacientes que autorizaba al investigador a recoger la información necesaria), cuyos datos se reflejaron en un Cuaderno de Recogida de Datos: CRD (anexo). La información necesaria referente a las variables se recogió durante 5 turnos aleatorios de mañana (8:00-15:00h), 5 de tarde (15:00-22.00h) y 5 de noche (22:00-8:00h) según la disponibilidad del investigador.

La población susceptible de estudio fueron todos los pacientes que acudieron al servicio a excepción de:

- Población pediátrica (≤ 14 años).
- Individuos que accedieron al SUH en ambulancia.
- Individuos cuyas facultades mentales se encontraban deterioradas.

Se impusieron estos criterios de exclusión debido a la dificultad de mantener una comunicación verbal satisfactoria con los pacientes correspondientes a estos colectivos.

La variable dependiente de estudio fue el país de origen, el cual se diferenció entre población española (definida como aquellas personas que han nacido en territorio español y tienen nacionalidad española) y población inmigrante (definida como aquellas personas que han nacido en un país diferente a España independientemente de su nacionalidad).

En ambas poblaciones (PE y PI) se analizaron las siguientes variables:

Una variable cuantitativa discreta:

- La edad (se recogió en años cumplidos y posteriormente se agrupó en franjas de edad: de 15 a 30 años, de 31 a 50 años, de 51 a 70 años y > de 71 años).

Dos variables cualitativas ordinales:

- El turno de ingreso en el servicio de UH: mañana, tarde y noche.
- La gravedad de la urgencia: según el Sistema Español de Triage SET, que prioriza la atención a los pacientes en 5 niveles según la gravedad de su situación clínica: Nivel I: situaciones que requieren resucitación con riesgo vital inmediato, Nivel II: situaciones de emergencia o muy urgentes con riesgo vital previsible, Nivel III: situaciones con riesgo vital potencial, Nivel IV: situaciones de menor urgencia sin riesgo vital potencial y Nivel V: situaciones no urgentes sin riesgo para el paciente²¹.

Una variable cualitativa nominal politómica:

- El motivo de la consulta: según las categorías que aparecen en el manual de ayuda a la decisión clínica en el SET: Web_e-PAT v3²².

Y dos variables cualitativas nominales dicotómicas:

- Sexo: hombre/mujer.
- Derivación por Atención Primaria: sí/no, dependiendo si el paciente había consultado inicialmente con un profesional correspondiente al primer nivel asistencial del sistema sanitario: AP.

Además de las variables semejantes en ambas poblaciones anteriormente nombradas, en el colectivo inmigrante se analizaron variables sociodemográficas y laborales como:

Tres variables cualitativas nominales politómicas:

- Origen (se recogió el país de nacimiento y posteriormente se agruparon los distintos países según el continente al que pertenecen: África, América del norte, América del Sur, Asia, Europa y Oceanía).
- Ocupación laboral actual (posteriormente se agrupó en categorías según la Clasificación Nacional de Actividades: CNAE 2009²³).
- Motivo de migración: económico, agrupación familiar o académico.

Dos variables cualitativas nominales dicotómicas:

- Existencia de una barrera lingüística que impida al paciente mantener una correcta conversación con los facultativos sanitarios: sí/no.
- Posesión de tarjeta sanitaria en vigor: sí/no.

Una variable cualitativa ordinal politómica:

- Nivel de estudios, diferenciando entre:
 - Sin estudios
 - Estudios primarios, básicos o de enseñanza obligatoria
 - Estudios secundarios (que engloban la formación profesional y equivalentes)
 - Estudios universitarios

Y una variable cuantitativa:

- Tiempo de estancia en España (se recogieron los meses completos de estancia. Después se agruparon en 3 categorías: < 5 años, de 5-10 años y > 11 años, pasando a ser una variable cualitativa ordinal politómica).

Para el análisis de los datos se utilizó el programa estadístico SPSS. Las variables cuantitativas se expresaron como media y desviación estándar ($DE \pm$) ya que cumplían criterios de normalidad. Por otro lado, en las variables cualitativas se hizo como números absolutos y porcentajes. Para la comparación del segundo tipo de variables se utilizó el test de χ^2 si cumplían las condiciones de aplicación, si no, el test exacto de Fisher en las tablas 2x2 o la asociación lineal por lineal si las variables eran politómicas. Se consideró que existían diferencias estadísticamente significativas cuando el valor de la p era inferior a 0,05.

La representación en tablas de los datos obtenidos se realizó empleando el programa informático Microsoft Office Excel.

RESULTADOS

Durante el periodo de estudio accedieron al servicio de urgencias 237 pacientes de los cuales 32 eran inmigrantes (13,4%). Teniendo en cuenta que el sector sanitario de Teruel cuenta con una PE de 67.380 habitantes y una PI de 8.149 habitantes, obtenemos que un 0,30% de los españoles

acudieron al SUH en el tiempo estudiado siendo este porcentaje de 0,39 % en la PI. Por lo tanto no se aprecia un incremento importante de la frecuentación en urgencias por parte del colectivo inmigrante respecto al español.

Las características sociodemográficas estudiadas en la población inmigrante reflejaron que:

- La procedencia de la PI fue mayoritariamente de países africanos (43,8%) destacando Marruecos (34,4%) y de países europeos (40,6%) destacando Rumanía (31,3%). El 9,4% procedían de América del Sur y una persona de América del Norte.
- En cuanto al tiempo de estancia en España, de los inmigrantes que acudieron al SUH un 43,8% llevaba residiendo entre 5 y 10 años y un 34,4% llevaba más de 11 años, siendo 107 meses (DE: $\pm 64,40$) la estancia media en territorio español.
- El 50% de los pacientes inmigraron por motivos económicos, entre ellos la búsqueda de empleo. El siguiente motivo más frecuente (46,9%) fue la reagrupación familiar. Solo una persona (3,1%) emigró de su país natal por motivos académicos.
- La ocupación laboral de la PI objeto de estudio fue la industria manufacturera (12,5%), empleado de personal doméstico (9,4%), la hostelería y la construcción (ambas con un 6,3% de empleados) y el resto (15,5%) se dedicaban a la educación, agricultura/ganadería, actividades artísticas/recreativas o actividades de servicios sociales. El 9,4% de los pacientes eran exclusivamente estudiantes y el 40,6% restante se encontraba en situación de desempleo.
- El 40,6% de los individuos poseían estudios primarios. Tan solo un 9,4% no tenían estudios, siendo la misma cifra para las personas con estudios universitarios.
- Existía una barrera lingüística en el 18,8% de los casos, de los cuales un 83,3% de ellos eran mujeres de origen africano (Marruecos y Senegal).
- Únicamente una persona (3,1%) no poseía la tarjeta sanitaria que permite acceder a los SS públicos de España.

Al comparar y analizar las diferencias en la utilización del SUH entre la PE y la PI obtuvimos que:

Existían diferencias estadísticamente significativas entre la edad de ambas poblaciones ($p=0,000$). El 27,3% de la PE se encontraba en el rango de edad de 51-70 años y un 25,4% eran mayores de 71 años. Al analizar la PI se obtuvo que el 65,6% tenían entre 31-50 años y ningún individuo tenía más de 71 años.

La edad media del colectivo español se situó en 51,57 (DE $\pm 22,14$) mientras que la edad media de los inmigrantes fue de 37,44 (DE $\pm 11,24$).

Sin embargo, no se encontraron diferencias estadísticamente significativas en cuanto:

- Al sexo, en ambos colectivos accedieron al servicio en mayor proporción los varones, PE (53,2%) y PI (59,4%).
- Al turno de ingreso en urgencias, el 46,8% de la PE acudió en horario matutino y un 36,7 en horario vespertino. El 50% de la PI acudió en horario vespertino y el 25% en horario nocturno.
- A la derivación por Atención Primaria, ya que el 75,2% ($n = 146$) de la PE como el 75% ($n = 24$) de la PI acudieron como primera opción al servicio sin consultar inicialmente con un sanitario de AP.

La tabla 1 nos muestra las diferencias existentes entre la población española y la inmigrante respecto al motivo de consulta y la gravedad de la urgencia.

Al comparar el grado de gravedad entre ambas poblaciones no encontramos diferencias estadísticamente significativas.

No obstante, sí se encontraron diferencias significativas ($p=0,024$) en cuanto al motivo de la consulta. La PE acudió al SUH principalmente por lesiones y traumatismos y la PI acudió por sintomatología relacionada con el dolor.

TABLA 1. Diferencias existentes entre la PE y la PI según la gravedad y el motivo de consulta

<u>VARIABLES</u>	<u>PE (n= 205)</u>	<u>PI (n=32)</u>
CATEGORIAS DE GRAVEDAD SEGÚN EL SET [n,(%)]		
Nivel I: Situación de riesgo vital inmediato	0 (0%)	0 (0%)
Nivel II: Situación de riesgo vital previsible	12 (5,9%)	4 (12,5%)
Nivel III: Situación de potencial riesgo vital	80 (39%)	13 (40,6%)
Nivel VI: Situación de menor urgencia sin riesgo vital	97 (47,3%)	13 (40,6%)
Nivel V: situaciones no urgentes	16 (7,8)	2 (6,3%)
MOTIVO DE CONSULTA SEGÚN EL SET [n,(%)]		
Alteración psiquiátrica	2 (1%)	2 (6,3%)
Cefalea y/o cervialgia	4 (2%)	4 (12,5%)
Disnea	12 (5,9%)	0 (0%)
Dolor	24 (11,7%)	5 (15,6%)
Dolor torácico sin especificar	13 (6,3%)	4 (12,5%)
Fiebre/inflamación	2 (1%)	3 (9,4%)
Lesiones y traumatismos	46 (22,4%)	1 (3,1%)
Malestar general	11 (5,4%)	2 (6,3%)
Problemas abdominales y digestivos	22 (10,7%)	3 (9,4%)
Problemas oculares	17 (8,3%)	2 (6,3%)
Problemas urológicos	11 (5,4%)	4 (12,5%)
Problemas otorrinolaringológicos	13 (6,3%)	0 (0%)
Otros	28 (13,6%)	2 (6,3%)

DISCUSION

En los últimos años se ha discutido mucho sobre si los inmigrantes utilizan más los recursos sanitarios que la población autóctona, en el presente estudio observamos que la frecuentación en el SUH es prácticamente similar en ambos colectivos, coincidiendo en este punto con otros artículos.^{5,6,24}

No obstante, al igual que en el estudio de Aerny et al¹⁷ podemos observar una relación entre el tiempo de residencia en España y la frecuentación del SUH, ya que se produce un proceso de adaptación y conocimiento del sistema sanitario que lleva a los inmigrantes desde una menor utilización durante los 5 primeros años de residencia hacia niveles similares o incluso algo más elevados que los de la población española transcurrido este tiempo.

A pesar de que la mitad de los extranjeros inmigraron por motivos económicos, observamos una elevada tasa de desempleo en los individuos que acudieron al servicio respecto a los datos brindados por el Instituto Aragonés de Estadística (IAEST)²⁵. Este hecho hace pensar en el obstáculo que representa la inestabilidad laboral para que los inmigrantes acudan a un centro sanitario a consultar sus patologías y pone de manifiesto los aspectos de la crisis económica española cuyo efecto más notable es el aumento de desempleo en el país.

La entrada en vigor del Real Decreto 16/2012 de medidas urgentes para garantizar la sostenibilidad del Sistema Nacional de Salud y mejorar la calidad y seguridad de sus prestaciones, no parece haber excluido de la asistencia sanitaria gratuita a un excesivo número de individuos, por lo que no evidenciamos un incremento considerable del uso de los SUH por parte de esta población. No obstante, al ser un decreto de reciente implantación sus efectos se observarán a largo plazo.

En cuanto a la existencia de barreras lingüísticas, la mayoría de los individuos eran mujeres de origen Africano (Marruecos y Senegal), evidenciando con ello la cultura sexista que predomina en estos países que impide, a una gran parte de las mujeres, relacionarse abiertamente con la población autóctona y aprender el idioma.

Al analizar las diferencias en la utilización del SUH entre la PE y la PI observamos, al igual que en otros artículos^{6,26}, la existencia de diferencias significativas entre la edad de ambas poblaciones, lo que demuestra que la PI es una población joven²⁰, presentando por ello unos niveles de salud mayores y menos patologías crónicas que la PE, ya que en líneas generales suelen migrar los individuos más sanos y por lo tanto mejor preparados.

También se encontraron diferencias en cuanto al motivo de la consulta. La patología más frecuente de la PE coincide con otros estudios²⁷ realizados en el mismo centro y servicio lo que demuestra la existencia de una elevada demanda asistencial de los servicios de traumatología.

Al igual que en otros artículos^{24,26,28}, el presente trabajo evidencia una falta de información de los recursos sanitarios disponibles en ambas poblaciones, ya que aproximadamente la cuarta parte de los pacientes que acudieron al SUH lo hicieron sin consultar previamente a un profesional de AP, siendo banal la patología de consulta (nivel IV) en la mayoría de las ocasiones, provocando una sobrecarga de las urgencias hospitalarias.

Como limitaciones del estudio es preciso reflejar que, dado que el muestreo se realizó según la disponibilidad del investigador, podría conllevar un sesgo de selección. Además fueron diferentes profesionales los que utilizaron el manual de ayuda en el SET pudiendo existir un sesgo del observador. También es importante mencionar la existencia de un error aleatorio al imponer criterios de exclusión, ya que no toda la población que accedió al servicio formó parte del estudio pudiendo variar los resultados finales.

Hubiese sido interesante realizar el estudio de manera retrospectiva pudiendo recoger una muestra mayor en un amplio periodo de tiempo, sin embargo, debido a la dificultad de recogida de algunas variables en la historia clínica de los pacientes se tuvo que realizar de manera prospectiva.

Por todo ello y por la desconfianza estadística que genera el pequeño tamaño muestral, los resultados del presente estudio no se pueden extrapolar a toda la población en general.

CONCLUSION

Con los resultados del presente estudio extraemos que, la frecuentación sanitaria de urgencia de la PI es similar a la de la población autóctona. Por ello el sistema sanitario público español tiene que tener en cuenta la presencia de este colectivo a la hora de planificar las políticas sanitarias, distribuir los recursos disponibles y facilitar el acceso de esta población a los SS.

Parece necesario ofrecer una educación sanitaria a toda la población para que se lleve a cabo un buen uso de las urgencias hospitalarias, ya que la mayoría de las patologías por las que consultaron los pacientes son tratables en ámbito ambulatorio, saturando con ello los SUH.

BIBLIOGRAFÍA

1. Instituto Nacional de Estadística. INE. [Internet]. [Acceso 9 de mayo de 2015]. Disponible en: <http://www.ine.es/prensa/np854.pdf>
2. Boletín Oficial del Estado. BOE. [Internet]. [Acceso 29 de abril de 2015]. Disponible en: <http://www.boe.es/boe/dias/2012/04/24/pdfs/BOE-A-2012-5403.pdf>
3. Sociedad Madrileña de Medicina de Familia y Comunitaria, Yo Sí Sanidad Universal. Registro Estatal para la Denuncia de la Exclusión Sanitaria. REDES. [Internet], Madrid: 30 de septiembre de 2014. [Acceso 25 de abril de 2015]. Disponible en: <http://yosisanidaduniversal.net/noticias.php/el-primer-informe-redes-constata>
4. Torné-Vilagrasa E, Guarda-Rojas A, Torras-Boatella MG, Pozuelo-García A, Pasarin-Rua M, Borrell-Thió C. Análisis de la demanda de los servicios de urgencias en Barcelona. Aten Primaria. 2003;32:423-9.
5. Carmona R, Alcázar-Alcázar R, Sarría-Santamera A, Regidor E. Frecuentación de las consultas de medicina general y especializada por población inmigrante y autóctona: una revisión sistemática. Rev Esp Salud Pública. 2014; 88:135-155.
6. López-Rillo N, Epelde F. Valoración del uso que hace la población inmigrante de un servicio de urgencias hospitalario. Emergencias 2010; 12:109-112.
7. Regidor E, Sanz B, Pascual C, Lostao L, Sánchez E, Diaz-Olalla JM. La utilización de los servicios sanitarios por la población inmigrante en España. Gac Sanit. 2009;23 (Supl 1):4-11.
8. López A, Ramos JM. Utilización de servicios sanitarios por parte de las poblaciones inmigrante y nativa en la Región de Murcia. Gac Sanit. 2009;23 (Supl 1):12-8.

9. Cots F, Xastells X, Ollé C, Manzanera R, Varela J, Vall O. Perfil de la casuística hospitalaria de la población inmigrante en Barcelona. *Gac Sanit.* 2002;16:376-84.
10. Gimeno-Feliu LA, Macipe-Costa RM, Dolsac I, Magallón-Botaya R, Luzón L, Prados-Torres A et al. Frecuentación de la población inmigrante versus autóctona en atención primaria: ¿quién consume más servicios? *Aten Primaria.* 2011;43(10):544-550.
11. Hernando L, Palomar J, Márquez M, Monteagudo O. Impacto de la inmigración sobre la asistencia hospitalaria: frecuentación, casuística y repercusión económica. *Gac Sanit.* 2009;23(3):208-215.
12. Cheikh WB, Abad JM, Arribas F, Andrés E, Rabanaque MJ. Utilización de los hospitales públicos por la población extranjera en Aragón (2004-2007). *Gac Sanit.* 2011;25(4):314-321.
13. Macipe RM, Gimeno LA, Barrera F, Lasheras M, Charlotte A, Luzón L. Diferencias en la utilización de los servicios de Atención Primaria entre niños autóctonos e inmigrantes. *Rev Pediatr Aten Primaria.* 2013; 15:15-25.
14. Díaz Olalla JM. ¿Podrá la población inmigrante superar el impacto de nuestro nivel de salud? *Aten Primaria.* 2005; 36(Supl 1):38-9.
15. Fuertes MC, Elizalde L, de Andrés MR, García-Castellano P, Urmeneta S, Uribe JM et al. Atención al paciente inmigrante: realidad y percepción de los profesionales de 6 zonas de Atención Primaria de Navarra. *An Sist Sanit Navar.* 2010; 33 (2): 179-190.
16. Llosada J, Vallverdú I, Miró M, Pijem C, Guarga A. Acceso y uso de los servicios sanitarios por parte de los pacientes inmigrantes: la voz de los profesionales. *Aten Primaria.* 2012; 44(2):82-88.

17. Aerny N, Ramasco M, Cruz JL, Rodríguez C, Garabato S, Rodriguez A. La salud y sus determinantes en la población inmigrante de la Comunidad de Madrid. Gac Sanit. 2010;24(2):136-144.
18. Fuertes C, Martin-Laso MA. El inmigrante en la consulta de Atención Primaria. An Sist Sanit Navar. 2006; 29(Supl 1):9-25.
19. Instituto Nacional de Estadística. INE. [Internet]. [Acceso 25 de abril de 2015]. Disponible en: <http://www.ine.es/SID/Inicio.do>
20. Instituto Aragonés de Estadística. IAEST. [Internet]. [Acceso 25 de abril de 2015]. Disponible en: http://bi.aragon.es/analytics/saw.dll?Go&_scid=hm60Be1y79Y&SearchID=4fgsre5p4c5hb9jej5usi56842&Options=df&Path=/shared/IAEST-PUBLICA/MENUWEB/Sociales/060201/TARNAC_00SZ&ViewState=77o5gu1vfbk7eimbla7d01aqsm&ContainerID=o%3ago~r%3areport&RootViewID=go
21. Mañas A. Evaluación del Triage en los Servicios de Urgencias del Hospital Obispo Polanco de Teruel. [Internet]. Zaragoza: Universidad de Zaragoza; 2012 [acceso 25 de abril de 2015]. Disponible en: <http://zaguan.unizar.es/record/7408?ln=es>
22. Gómez J, Boneu F, Becerra O, Albert E, Ferrando JB, Mediana M. Validación clínica de la nueva versión del programa de ayuda al triaje (Web_e-PAT v3) del Modelo Andorrano de Triage (MAT) y Sistema Español de Triage (SET). Fiabilidad, utilidad y validez en la población pediátrica y adulta. Emergencias. 2006;18:207-214.
23. Instituto Nacional de Estadística. INE. [Internet]. [Acceso 25 de abril de 2015]. Disponible en: <http://www.ine.es/daco/daco42/clasificaciones/cnae09/cnae2009.pdf>
24. Juyent M, Miró O, Sánchez M. Comparación de la utilización de los servicios de urgencias hospitalarios entre la población inmigrante y la población autóctona. Emergencias. 2006;18:232-235.

25. Instituto Aragonés de Estadística. IAEST. [Internet]. [Acceso 14 de mayo de 2015]. Disponible en: http://bi.aragon.es/analytics/saw.dll?Go&path=/shared/IAEST-PUBLICA/MENUWEB/MercadoTrabajo/0502/0502_0603%20Parados.%20Ultimo%20mes%20por%20nacionalidad%20y%20sexo.%20Comarcas&Action=Navigate&NQUser=granpublico&NQPassword=granpublico&Options=df
26. Sáiz EM, Pintor E, Hoyo JF, Rubio M, Arcones S, González A. Triage de urgencias médicas: diferencias entre población inmigrante y autóctona en un hospital madrileño. Metas Enferm. 2014;17(1):18-22.
27. Cativiela C. Prevalencia de morbilidad diaria en el servicio de urgencias del hospital Obispo Polanco de Teruel. [Internet]. Zaragoza: Universidad de Zaragoza; 2012 [acceso 18 de mayo de 2015]. Disponible en: <https://zaguan.unizar.es/record/7426/files/TAZ-TFG-2012-242.pdf>
28. Berra S, Elorza Ricart JM, Bartomeu N, Hausmann S, Serra-Sutton V, Rajmil L. Necesidades en salud y utilización de los servicios sanitarios en la población inmigrante en Cataluña. Revisión exhaustiva de la literatura científica. Barcelona: Agència d'Avaluació de Tecnologia i Recerca Mèdiques. CatSalut. Departament de Sanitat i Seguretat Social. Generalitat de Catalunya. Mayo de 2004.

ANEXO

RECOGIDA DE VARIABLES DE LA POBLACIÓN ESPAÑOLA

TURNOS: M / T / N	EDAD: SEXO: H / M
DERIVACIÓN POR ATENCIÓN PRIMARIA: SÍ / NO	MOTIVO DE CONSULTA: GRAVEDAD DE LA URGENCIA: I / II / III / IV / V

RECOGIDA DE VARIABLES DE LA POBLACIÓN INMIGRANTE

TURNOS: M / T / N	EDAD: SEXO: H / M
DERIVACIÓN POR ATENCIÓN PRIMARIA: SÍ / NO TARJETA SANITARIA: SÍ / NO	MOTIVO DE LA CONSULTA: GRAVEDAD DE LA URGENCIA: I / II / III / IV / V
PAÍS DE ORIGEN: TIEMPO DE ESTANCIA EN ESPAÑA:	MOTIVO MIGRACIÓN: 1. Económico 2. Reagrupación familiar 3. Académicos 4. Otros
ESTUDIOS: 1. Sin estudios 2. Primarios 3. Secundarios 4. Universitarios	TRABAJO ACTUAL: TIENE PROBLEMAS PARA HABLAR CASTELLANO: SÍ / NO