

apoyando la teoría de la existencia de un mejor estado de salud<sup>3</sup>. Finalmente, reforzando esta teoría, y como justificación de nuestro trabajo, se ha descrito que los inmigrantes podrían tener estilos de vida más saludables que los residentes nacidos en España<sup>4,5</sup>. Por ello, el objetivo del estudio ha sido proporcionar información complementaria, actualizada y amplia, sobre la prevalencia de hábitos saludables en población inmigrante y sus diferencias con la población española.

Los datos presentados proceden de la Encuesta Nacional de Salud de 2009, realizada en la población de 16 o más años<sup>6</sup>. Clasificamos la población en: grupo 1: inmigrante, nacido en el extranjero sin nacionalidad española; grupo 2: autóctono, nacido en España con nacionalidad española; y grupo 3: nacido en el extranjero con nacionalidad española. Analizamos el consumo de tabaco, alcohol, otras drogas y frutas, así como el sobrepeso/obesidad y la actividad física.

La *tabla 1* recoge los resultados detallados. Los inmigrantes, comparados con la población autóctona, tienen una prevalencia significativamente mayor de fumadores (32,5 vs. 27,7%) y de peso insuficiente (3,1 vs. 1,9%). Por el contrario, los autóctonos, comparados con los inmigrantes, poseen una prevalencia significativamente mayor en el consumo diario de alcohol (15,2 vs. 7,8%), el sobrepeso/obesidad (55,1 vs. 47,7%) y el sedentarismo (23,5 vs. 18,6%). Estas diferencias se observan en hombres y en mujeres, no obstante, la frecuencia es siempre mayor en los varones; destacamos la elevada frecuencia de varones inmigrantes que fuman (40,9%) y de varones autóctonos con sobrepeso/obesidad (64,4%). Las mujeres autóctonas poseen un consumo diario de alcohol mayor (7,5 vs. 4,0%) y son más sedentarias (24,3 vs. 16,6%). En prácticamente la totalidad de variables, los extranjeros con nacionalidad española presentan, en ambos sexos, hábitos más próximos a la población autóctona que a la inmigrante.

Al analizar nuestros resultados podríamos considerar que, por lo general y exceptuando el tabaco, los inmigrantes presentan mejores hábitos, coincidiendo con otros autores<sup>3,5</sup>. Sin embargo, al compararlos con la encuesta nacional de salud de 2003<sup>5</sup>, encontramos diferencias que, si no cuestionan la afirmación anterior, sí ponen de manifiesto cambios importantes en el tiempo: ahora los inmigrantes fuman más y los extranjeros con nacionalidad española poseen hábitos similares a los autóctonos.

Si consideramos que la inmigración aumenta y que pueden adoptar las costumbres del país huésped, sería con-

veniente vigilar estos cambios y disponer de información actualizada sobre estilos de vida, enfatizando en los más prevalentes; como es el tabaquismo, principal causa de morbilidad prevenible, que se ha conseguido reducir entre la población española, pero que el elevado consumo entre los inmigrantes puede condicionar cambios en los patrones de utilización de servicios y en los programas de prevención en atención primaria. En este sentido, consideramos, al igual que otros autores<sup>1</sup>, la necesidad de determinar las causas de la frecuentación en esta población, para lo que, según nuestros resultados, sería importante conocer la utilización en función de los diferentes estilos de vida.

## Bibliografía

1. 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;43:544-50.
2. Soler-González J, Serna Arnáiz C, Rué Monné M, Bosch Gaya A, Ruiz Magaz MC, Gervilla Cano J. Utilización de recursos en atención primaria por parte de inmigrantes y autóctonos que han contactado con los servicios asistenciales de la ciudad de Lleida. *Aten Primaria*. 2008;40:225-33.
3. Calderón-Larrañaga A, Gimeno-Feliu LA, Macipe-Costa R, Poblador-Plou B, Bordonaba-Bosque D, Prados-Torres A. Primary care utilisation patterns among an urban immigrant population in the Spanish National Health System. *BMC Public Health*. 2011;11:432.
4. López Lázaro L. Inmigración, estado de salud y uso de servicios de atención primaria. *Aten Primaria*. 2008;40:232-3.
5. Carrasco-Garrido P, Gil de Miguel A, Hernández Barrera V, Jiménez-García R. Health profiles, lifestyles and use of health resources by the immigrant population resident in Spain. *Eur J Public Health*. 2007;17:503-7.
6. Instituto Nacional de Estadística. Encuesta europea de salud en España 2009 [consultado 10 Ene 2012]. Disponible en: [http://www.ine.es/prodyser/micro\\_enceursalud.htm](http://www.ine.es/prodyser/micro_enceursalud.htm)

Luis Félix Valero-Juan

*Departamento de Medicina Preventiva y Salud Pública,  
Facultad de Medicina, Universidad de Salamanca,  
Salamanca, España  
Correo electrónico: luva@usal.es*

doi:10.1016/j.aprim.2011.11.009

## Libre elección de hospital no significa menos planificación de la oferta

### Free hospital choice does not mean less planning of services

Sr. Director:

El editorial «A favor de la libre elección de hospital», de Joan Gené y Pedro Gallo<sup>1</sup>, parte de la impugnación de la «comodidad de la situación monopolística» del hospital, al

cual las normas de zonificación le aseguran unos clientes cautivos, lo que se refuerza en el caso de los modelos de gerencia única de área de salud. Comparto el argumento, pero con matizaciones, que surgen de diferenciar el enfoque «por el lado de la oferta» y por el «lado de la demanda».

Desde la perspectiva del usuario (demanda), poco hay que objetar: la limitación a su capacidad de elección es tan injustificada (por mermar sus derechos) como irrelevante (por el moderado uso, que no plantea problemas mayores de desorganización de los servicios).

Sin embargo, los servicios sanitarios se benefician mucho de estar estructurados en red, y articular la oferta terri-

torialmente. Y ambos principios son compatibles: se puede planificar una red de carreteras racionalmente (aplicando técnicas diversas), pero esto no significa que obliguemos a los conductores a lugares donde no quieren ir, ni por una única ruta.

No soy partidario de las gerencias únicas de área, aunque en el pasado me parecieran interesantes; la razón es doble: el tipo de trabajo y las dinámicas, que en ambos casos son divergentes.

Los hospitales son ciudades donde se alojan, transitan, trabajan y hacen vida cotidiana miles de personas; y precisan un gerente-alcalde que garantice que la ciudad no se para; y los hospitales en toda Europa se están asociando en redes subregionales, y coordinando servicios de alta especialización. Vamos hacia hospitales más abiertos, y para poblaciones más amplias (yo diría que hacia el millón de habitantes/o provincia cada conglomerado).

La atención primaria son servicios volcados a la comunidad, y que toman el domicilio del paciente o su residencia como punto de referencia; no tienen esa complejidad de «municipio sanitario»; pero deben trabajar intensamente con el territorio. Los británicos experimentaron con las autoridades sanitarias de distrito y los *Primary Care Groups* y *Trusts* para poblaciones de 100.000 habitantes (e incluso más), y vieron que la atención primaria podía tener un papel de bisagra hacia los servicios comunitarios y sociales, y hacia los hospitales (con la compra o *comisionamiento*).

Si unimos ambos procesos, encontramos que atención primaria y hospital precisan de modelos organizativos y estilos gerenciales diferentes. La atención primaria debe copilotar el área de salud, junto con las autoridades del servicio regional. Y ejercer la presión de compra sobre los conglomerados hospitalarios que vayan a prestar servicios a su población.

Libre elección sí, pero organicemos la demanda para que la atención primaria pueda estar en el puente de mando, o dirigiendo la orquesta asistencial en beneficio del paciente, y en particular, de los enfermos pluripatológicos, frágiles y terminales. Es la única forma de minimizar los daños del modelo fragmentario y atolondrado de la atención hospitalaria, e intentar incardinar la fascinación tecnológica de los especialistas en paquetes virtuosos que garanticen efectividad real y no perjudiquen a nadie.

## Bibliografía

1. Gené Badia J, Gallo de Puelles P. A favor de la libre elección de hospital. *Aten Primaria*. 2011;43:513-5.

José R. Repullo

*Escuela Nacional de Sanidad/Instituto de Salud Carlos III, Madrid, España*  
*Correo electrónico: jrepullo@isciii.es*

doi:10.1016/j.aprim.2011.11.010

## Fumadores sin enfermedad respiratoria conocida. ¿Cuál es su situación espirométrica?

### Smokers without known respiratory problems. What is your situation spirometric?

*Sr. Director:*

Es conocido que el hábito tabáquico produce importantes daños en nuestro aparato respiratorio, en especial la enfermedad pulmonar obstructiva crónica (EPOC) y el cáncer de pulmón, así como la relación proporcional existente entre el tiempo de exposición, la severidad de la lesión pulmonar y la irreversibilidad de la misma en el momento del diagnóstico. La presencia de alteraciones respiratorias funcionales en fumadores sin enfermedad respiratoria conocida puede ser de la pieza clave para evitar en lo posible la progresión de los daños pulmonares en sus fases iniciales. El presente trabajo tiene como objetivo analizar mediante espirometría las alteraciones funcionales respiratorias producidas por el tabaquismo en fumadores sin enfermedad respiratoria conocida. Para ello se diseñó un estudio descriptivo transversal realizado entre marzo y octubre de 2011 en un centro de salud urbano de la Región de Murcia. Fueron incluidos 72 pacientes (41 mujeres, 31 varones), fumadores, sin enfermedad respiratoria conocida y con una edad media de  $51,41 \pm 13,29$  años. Se excluyeron todos los que presentaban algún tipo de enfermedad respiratoria crónica

obstructiva o restrictiva. A todos se les realizó un cuestionario sobre sintomatología respiratoria y una espirometría por personal previamente entrenado. Como resultados se obtuvo un índice de masa corporal medio de  $28,39 \pm 5,22$  kg/m<sup>2</sup>, el tiempo medio que llevaban fumando fue de  $26,83 \pm 11,7$  años y el número de medio de cigarrillos consumidos durante el último año fue de  $15,82 \pm 9,55$  años. El hábito alcohólico estaba presente en 44 pacientes (61,11% del total). Se había realizado espirometría previamente en algún momento de su vida en 36 pacientes (50%). Los síntomas referidos por los encuestados fueron la tos crónica en 5 pacientes (6,94%), expectoración en 8 (11,1%) y disnea en 13 (18,06%). Presentaron un episodio de infección respiratoria en el último año 5 pacientes (6,94%), 2 episodios 8 pacientes (11,1%) y 3 o más de 3 episodios 4 pacientes (5,56%). Respecto a la espirometría realizada, fue normal en 35 pacientes (48,61%), con patrón obstructivo en 16 (22,22%), restrictivo en 7 (9,72%) y mixto en 4 (5,56%). A modo de discusión, cabe destacar que más de la mitad de los pacientes de la muestra analizada presentaban un patrón espirométrico alterado, siendo obstructivo en prácticamente la cuarta parte de los pacientes. También tener en cuenta que prácticamente la cuarta parte de los pacientes seleccionados habían presentado alguna infección respiratoria durante el último año. Además el 18,06% habían referido disnea, todos ellos leve, a pesar de haberse considerado previamente sanos. Por tanto, una parte importante de nuestros pacientes fumadores que consideramos sanos o asintomáticos no lo son realmente si les realizamos una anamnesis dirigida y una prueba de bajo coste como la espirometría.