

ACTAS Dermo-Sifiliográficas

Full English text available at
www.elsevier.es/ad



ORIGINAL

Motivos de consulta dermatológicos en la población inmigrante y española del área de salud del Hospital Son Llàtzer (Mallorca)

R. Taberner*, C. Nadal, A. Llambrich y A. Vila e I. Torné

Servicio de Dermatología, Hospital Son Llàtzer, Palma de Mallorca, España

Recibido el 20 de mayo de 2009; aceptado el 10 de noviembre de 2009

PALABRAS CLAVE

Inmigrantes;
Epidemiología;
Dermatología;
Demanda asistencial;
Motivos de consulta

Resumen

Introducción: España ha pasado a convertirse en uno de los principales destinos europeos de inmigrantes procedentes de países con rentas *per capita* más bajas. La Comunidad Autónoma de las Islas Baleares es la segunda con mayor proporción de ciudadanos de origen extranjero. Nuestro trabajo pretende describir la demanda asistencial en la población inmigrante atendida en el Servicio de Dermatología del Hospital Son Llàtzer, en las Islas Baleares, y compararla con la de la población autóctona.

Pacientes y métodos: Se trata de un estudio descriptivo longitudinal sobre las primeras visitas atendidas en el Servicio de Dermatología del Hospital Son Llàtzer desde el 10 de julio de 2007 al 9 de julio de 2008.

Resultados: Se atendieron 6.699 primeras visitas. Un 13,2% fue de origen extranjero. Se recogieron pacientes procedentes de 64 países diferentes, siendo los más frecuentes Argentina, Ecuador y Colombia. El índice de frecuentación fue mayor en pacientes españoles. Los pacientes extracomunitarios consultaron más por patología inflamatoria, mientras que los españoles y comunitarios consultaron principalmente por tumores benignos. En un 2% del global el motivo de consulta fue una enfermedad de transmisión sexual. Un 14,1% de los pacientes consultó por motivo considerado como «estético».

Conclusiones: La demanda asistencial de la población inmigrante en Dermatología es menor respecto a la de la población autóctona, aunque con diferentes peculiaridades según el área de procedencia.

© 2009 Elsevier España, S.L. y AEDV. Todos los derechos reservados.

*Autor para correspondencia.

Correo electrónico: rtaberner@hssl.es (R. Taberner).

KEYWORDS

Immigrants;
Epidemiology;
Dermatology;
Service utilization;
Purpose of
consultation

Dermatology Service Utilization and Reasons for Consultation by Spanish and Immigrant Patients in the Region Served by Hospital Son Llàtzer, Palma de Majorca, Spain

Abstract

Introduction: Spain has come to be one of the main European destinations for immigrants from countries with low per capita incomes. The Balearic Islands have the second largest proportion of immigrants in a Spanish autonomous community. The aim of this study was to describe the dermatology service utilization by immigrant and Spanish populations at Hospital Son Llàtzer in Palma de Majorca, Spain.

Patients and methods: A longitudinal, descriptive study was undertaken to analyze first visits to the dermatology department of Hospital Son Llàtzer between July 10, 2007 and July 9, 2008.

Results: Of the 6699 first visits, 13.2% were by non-Spanish patients, originating from 64 different countries, with Argentina, Ecuador, and Columbia the most common. Spanish patients consulted more frequently than non-Spanish patients. Patients from outside the European Union consulted most often for inflammatory conditions, whereas patients from Spain and other countries of the European Union mainly consulted for benign tumors. Consultations were for sexually transmitted disease in 2% of visits. The reason for the visit was classified as cosmetic in 14.1% of patients.

Conclusions: The dermatology service utilization by the immigrant population was lower than by Spanish patients, although with differences according to the country of origin.

© 2009 Elsevier España, S.L. and AEDV. All rights reserved.

Introducción

La inmigración es un fenómeno relativamente reciente en nuestro medio. España ha pasado de ser una fuente de emigrantes (fundamentalmente a América Latina y Europa) a convertirse en uno de los principales destinos europeos de inmigrantes procedentes de países con rentas *per capita* más bajas¹.

En el año 2008 el número de inmigrantes en España llega a los 4.473.499 de personas (datos a 31 de diciembre 2008, Instituto Nacional de Estadística), lo que supone el 9,7% del total de la población residente en nuestro país. El perfil del inmigrante es principalmente un varón (52,2%) con una edad media de 38,4 años². Las Islas Baleares tienen una población de 1.001.062 (Instituto de Estadística de las Islas Baleares, revisión del padrón a 1 de enero de 2006)³, en la cual hay 71.232 ciudadanos de la Unión Europea de los 25 (UE-25) y 116.531 extranjeros no comunitarios, siendo la segunda Comunidad Autónoma (después de Melilla) con mayor proporción de ciudadanos nacidos en el extranjero sobre la población total.

Esto conlleva que el dermatólogo pueda percibir una mayor frecuentación de consulta por parte de pacientes inmigrantes, así como un mayor número de enfermedades importadas. Por otra parte, las dificultades diagnósticas en los pacientes con piel negra y la barrera idiomática en inmigrantes de habla no hispana, hacen que la atención a este segmento poblacional pueda suponer un verdadero reto para el médico.

El objetivo de este trabajo es describir la demanda asistencial en la población inmigrante atendida en el Servicio de Dermatología del Hospital Son Llàtzer, en las Islas Baleares, y compararla con la de la población española.

Pacientes y métodos

Se trata de un estudio descriptivo longitudinal sobre las visitas de pacientes nuevos (primeras visitas) procedentes de Atención Primaria, Servicio de Urgencias hospitalario y otras especialidades, atendidos en el Servicio de Dermatología del Hospital Son Llàtzer. El periodo de inclusión fue desde el 10 de julio de 2007 al 9 de julio de 2008.

El Hospital Son Llàtzer es un centro público, abierto en diciembre de 2001, y que da cobertura a una población de 215.000 habitantes. El Servicio de Dermatología está formado por 5 facultativos especialistas.

De cada paciente se recogieron las siguientes variables: fecha de la primera visita, número de historia clínica, edad, sexo, país de origen, tiempo de residencia en España, idioma, juicio diagnóstico del motivo de consulta principal (CIE-9 modificado), motivo de consulta estético y enfermedad de transmisión sexual. Se consideró como inmigrante todo paciente de nacionalidad extranjera y residente en España desde hace más de un año o con intención de establecer su residencia en nuestro país. Asimismo, los niños menores de 12 años hijos de padres inmigrantes (ambos) también fueron considerados como tales. Evidentemente, hay una fuente de error implícita, ya que tomamos como cierta la palabra del paciente sin efectuar más comprobaciones.

Atendiendo al origen de los pacientes se recogió el país de nacimiento y se dividieron entre comunitarios (UE-25) y extracomunitarios. Además, fueron divididos en grupos: España, América Latina, Comunidad Europea, Europa del Este, Magreb, África Subsahariana y resto del mundo.

Los datos estadísticos de la población de referencia se obtuvieron a través de la Conselleria de Salut de las Islas Baleares.

Se recogió el diagnóstico del motivo de consulta principal, siguiendo la clasificación CIE-9 modificada para Dermatología⁴. Además, se establecieron 10 grandes grupos de diagnóstico (diagnósticos agrupados): dermatosis bacterianas, dermatosis víricas, micosis, parasitosis, tumores benignos, tumores premalignos, tumores malignos, patología de los anejos, patología inflamatoria y trastornos de la pigmentación.

Se expone el análisis descriptivo de las variables utilizando proporciones o medias según la variable y los intervalos de confianza al 95% de las más relevantes. Para la comparación de variables continuas que no siguen una distribución normal se utilizó la prueba de Mann-Whitney y el test de Kruskal-Wallis con corrección de Bonferroni fue empleado para el análisis *post hoc*. Para la comparación de proporciones se usó la prueba exacta de Fisher. Para estudiar la asociación entre edad, sexo y consulta por enfermedad de transmisión sexual, o por motivo estético, se utilizó un análisis multivariante exploratorio. El análisis estadístico se realizó con el programa SPSS v. 14.0.

Resultados

Durante el periodo del estudio se atendieron 6.699 primeras visitas.

Globalmente se observa una mayor frecuencia de mujeres (3.916; 58,5%) respecto a hombres (2.783; 41,5%). La edad media global fue de 41 años (IC 95%: 40,4–41,5). Un 17,2% de los pacientes (1.155) tenía 16 años o menos.

Ochocientos ochenta y tres pacientes (13,2%) fueron de origen extranjero: 183 comunitarios (2,7%) y 700 de origen extracomunitario (10,5%). En el grupo de extranjeros de origen comunitario un 66,1% eran mujeres (121) frente a un 33,9% de hombres (62) y en el grupo de extracomunitarios un 57,7% eran mujeres (404) y un 42,3% hombres (296).

La media de edad de los pacientes españoles fue de 42,1 años (IC 95%: 41,5–42,6), mientras que la de los extranjeros comunitarios fue de 44,8 años (IC 95%: 41,7–47,8) y en los extracomunitarios de 31,0 años (IC 95%: 29,7–32,3), siendo la $p < 0,001$ si comparamos los pacientes extracomunitarios frente a los otros dos grupos.

Respecto al origen de la población inmigrante se recogieron pacientes procedentes de 64 países diferentes, siendo los 15 más frecuentes, por este orden: Argentina (110; 12,5%), Ecuador (79; 9%), Colombia (71; 8%), Marruecos (66; 7,5%), Bolivia (64; 7,3%), Alemania (47; 5,3%), Francia (32; 3,6%), Reino Unido (31; 3,5%), Bulgaria (29; 3,3%), Senegal (27; 3,1%), Uruguay (27; 3,1%), Nigeria (25; 2,8%), Chile (21; 2,4%), Italia (18; 2,0%) y Rumanía (16; 1,8%). La procedencia de los pacientes extranjeros se encuentra resumida en la [figura 1](#).

El tiempo medio de residencia de los pacientes extranjeros comunitarios fue de 13,7 años (IC 95%: 12–15) y la mediana de 10,0 años (P_{25-75} 4,0–20,0), y de 6,5 años en pacientes extracomunitarios (IC 95%: 6,0–7,0), con una mediana de 5,0 años (P_{25-75} 3,0–8,0) ($p < 0,001$).

Sesenta y cuatro pacientes (9,1% de los extracomunitarios) no estaban afiliados a la Seguridad Social.

Un 14,6% de los pacientes procedentes de países no hispano-parlantes (69 en total) no hablaba castellano.

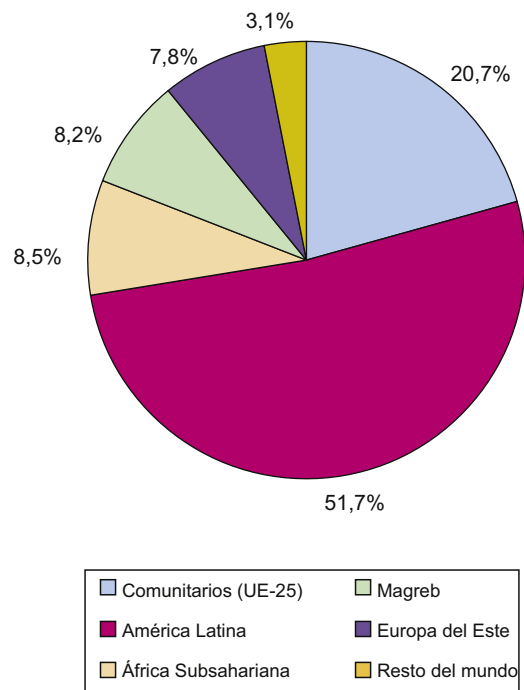


Figura 1 Distribución de los pacientes según su origen.

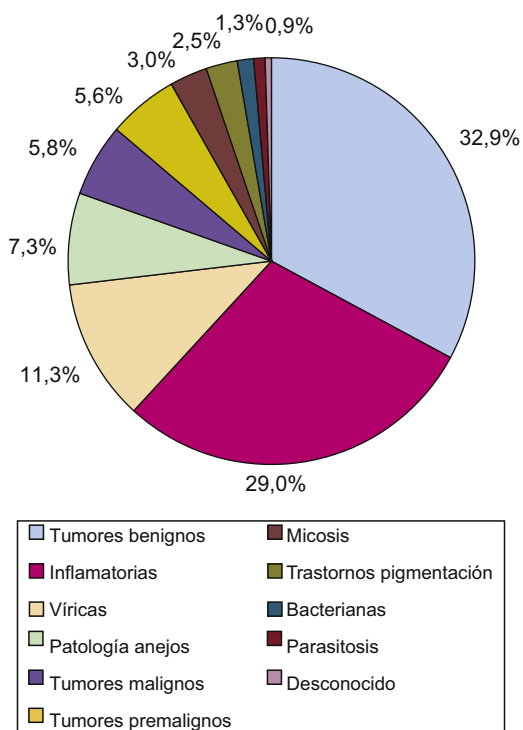
El índice de frecuentación por lugar de procedencia (porcentaje de pacientes que acuden a la consulta como primera visita durante el periodo del estudio respecto al número de tarjetas sanitarias adscritas al área del Hospital Son Llàtzer) fue de un 2,71% para los pacientes «autóctonos», mientras que entre los pacientes de origen extranjero el porcentaje varió entre un 1,05% y un 2,04%, siendo estas diferencias estadísticamente significativas ($p < 0,0001$) respecto a los pacientes de origen español ([tabla 1](#)).

Por grupos ([fig. 2](#)), los tumores benignos representan el principal motivo de consulta (33%), seguidos por patología inflamatoria (29%), dermatosis víricas (11%) y patología de los anejos (7%). Considerados de forma individual, los diagnósticos observados con mayor frecuencia se resumen en la [tabla 2](#). Se efectuaron un total de 213 diagnósticos diferentes.

En función de la procedencia, los tres diagnósticos más frecuentes en pacientes extracomunitarios por patología agrupada fueron patología inflamatoria (37,7%), tumores benignos (23,6%) y dermatosis víricas (11%). En extranjeros comunitarios fueron tumores benignos (36,1%), patología inflamatoria (27,9%) y tumores malignos (8,2%), mientras que en los pacientes autóctonos los diagnósticos más frecuentes fueron tumores benignos (33,9%), patología inflamatoria (28%) y dermatosis víricas (11,4%). Los motivos de consulta de parasitosis, patología de los anejos, patología inflamatoria y trastornos de la pigmentación se observaron con mayor frecuencia y con significación estadística en los pacientes extracomunitarios respecto a los autóctonos. Por el contrario, se observaron con menor frecuencia tumores benignos, malignos y premalignos en los pacientes extracomunitarios ([tabla 3](#)). Únicamente se diagnosticó un caso de tuberculosis cutánea en un paciente de origen marroquí, adquirida en su país de procedencia. No se diagnosticaron

Tabla 1 Índice de frecuentación en la consulta de Dermatología atendiendo al origen de los pacientes

Origen	Pacientes del Hospital Son Llàtzer	Población de referencia	Porcentaje	IC 95%
Comunitarios	183	8.973	2,04	1,75–2,33
América Latina	457	24.821	1,84	1,67–2,01
África Subsahariana	75	3.948	1,90	1,47–2,33
Magreb	72	3.623	1,99	1,53–2,44
Europa del Este	69	3.444	2,00	1,54–2,47
Resto del mundo	27	2.572	1,05	0,66–1,44
Espanoles	5.816	214.809	2,71	2,64–2,78

**Figura 2** Distribución de las patologías (diagnósticos agrupados).

otras enfermedades tropicales o importadas en el periodo del estudio.

La distribución de la patología tumoral maligna según el origen de los pacientes se encuentra resumida en la tabla 4. Únicamente se demostró significación estadística en el grupo del cáncer cutáneo no melanoma en los pacientes extracomunitarios ($p < 0,0001$ respecto a los españoles y $p < 0,01$ en relación con los extranjeros comunitarios).

En un 2% de todas las consultas (136) el motivo principal fue una enfermedad de transmisión sexual (sífilis, condilomas acuminados, herpes simple genital, molusco contagioso de transmisión sexual), mientras que en pacientes de origen extracomunitario este porcentaje se incrementó al 3,6%. De todas formas, la variable procedencia no se asoció con enfermedad de transmisión sexual tras ajustar por edad y sexo. Las enfermedades de transmisión sexual fueron mucho más frecuentes en el grupo de edad entre 20–45 años (OR: 8,01; IC 95%: 5,2–12,5) y en hombres respecto a mujeres

(OR: 4,5; IC 95%: 3,1–6,6), siendo estos resultados estadísticamente significativos ($p < 0,0001$).

Globalmente, un 14,1% de los pacientes atendidos (944) consultó por un motivo considerado como «estético» (se incluyeron en este grupo aquellas lesiones cutáneas benignas y asintomáticas sin compromiso funcional cuando, una vez explicada la naturaleza del proceso, el paciente seguía demandando un tratamiento). Si consideráramos únicamente el subgrupo de mujeres, este porcentaje ascendía al 16,7%, y al 19,3% en el subgrupo de mujeres de origen extracomunitario, aunque sin diferencias estadísticamente significativas entre los pacientes de distintas procedencias. Sí se demostraron diferencias estadísticamente significativas en mujeres respecto a hombres (OR: 1,71; IC 95%: 1,5–2,0; $p < 0,0001$).

Discusión

Desde hace varias décadas España ha pasado de ser un país con flujo migratorio negativo, a ser receptor de inmigrantes procedentes de países con baja renta, que acuden atraídos por la expectativa de mejorar su calidad de vida y la de sus familiares¹. Este proceso se ha magnificado en los últimos años, de manera que a 31 de diciembre de 2008 la cifra de extranjeros con permiso de residencia en vigor era de 4.473.499.

En el caso concreto de las Islas Baleares se da la circunstancia de que, además de ser una Comunidad Autónoma receptora de inmigrantes procedentes de países de renta baja, lo es también de una población predominantemente de origen europeo (sobre todo de Alemania y Reino Unido), de nivel socioeconómico alto, que establecen su residencia en Baleares después de su jubilación. Este hecho puede hacer que nuestros resultados no sean extrapolables a otras Comunidades Autónomas.

Según la revisión del padrón a 1 de enero de 2006, un 18,8% de los 1.001.062 residentes en las Islas Baleares era de origen extranjero (7,1% de origen comunitario [UE-25]) y un 11,6% de origen extracomunitario³.

En nuestro estudio un 13,18% (883) de los pacientes atendidos en el Servicio de Dermatología era de origen extranjero (2,7% comunitarios [183] y 10,5% extracomunitarios [700]). Es posible que la mayor utilización de la medicina privada por parte de los extranjeros comunitarios explique en parte esta disminución relativa de los mismos en nuestro estudio. Estas observaciones contrastan con la cifra

Tabla 2 Motivos de consulta dermatológicos más frecuentes

	Españoles			Extranjeros comunitarios			Extracomunitarios		
	Diagnóstico	N	%	Diagnóstico	N	%	Diagnóstico	N	%
1	Nevus melanocítico	842	14,5	Nevus melanocítico	32	17,5	Nevus melanocítico	66	9,4
2	Queratosis seborreica	432	7,4	Queratosis seborreica	12	6,6	Acné	46	6,6
3	Verruga vulgar	404	6,9	Carcinoma basocelular	10	5,5	Verruga vulgar	33	4,7
4	Queratosis actínica	329	5,7	Verruga vulgar	10	5,5	Dermatitis atópica	33	4,7
5	Psoriasis	271	4,7	Queratosis actínica	9	4,9	Urticaria	28	4
6	Carcinoma basocelular	251	4,3	Acné	9	4,9	Eccema	25	3,6
7	Acné	221	3,8	Dermatitis atópica	9	4,9	Psoriasis	21	3
8	Acrocordón	185	3,2	Acrocordón	6	3,3	Acrocordón	21	3
9	Molusco	154	2,6	Psoriasis	5	2,7	Dermatofitosis	18	2,6
10	Dermatitis atópica	134	2,3	Dermatitis seborreica	4	2,2	Molusco	18	2,6
11	Eccema	133	2,3	Carcinoma epidermoide	3	1,6	Queratosis seborreica	17	2,4
12	Quiste	110	1,9	Dermatofitosis	3	1,6	Condiloma	16	2,3
13	Urticaria	102	1,7	Lentigo solar	3	1,6	Dermatitis seborreica	16	2,3
14	Dermatitis seborreica	94	1,6	Molusco	2	1,1	Eccema de contacto	14	2
15	Dermatofitosis	85	1,5	Eccema	2	1,1	Quiste	13	1,9

Tabla 3 Distribución de diagnósticos agrupados según el origen de los pacientes

	Español			Comunitario			Extracomunitario		
	N	Porcentaje	IC 95%	N	Porcentaje	IC 95%	N	Porcentaje	IC 95%
Bacterianas	78	1,34	1,05 1,64	1	0,55	0,00 1,61	10	1,43	0,55 2,31
Víricas	663	11,40	10,58 12,22	15	8,20	4,22 12,17	77	11,00	8,68 13,32
Micosis	171	2,94	2,51 3,37	6	3,28	0,70 5,86	26	3,71	2,31 5,12
Parásitos	39	0,67	0,46 0,88	2	1,09	0,00 2,60	16	2,29	1,18 3,39
T. benignos	1974	33,94	32,72 35,16	66	36,07	29,11 43,02	165	23,57	20,43 26,72
T. premalignos	351	6,04	5,42 6,65	11	6,01	2,57 9,45	12	1,71	0,75 2,68
T. malignos	365	6,28	5,65 6,90	15	8,20	4,22 12,17	10	1,43	0,55 2,31
Anejos	403	6,93	6,28 7,58	12	6,56	2,97 10,14	75	10,71	8,42 13,01
Inflamatorias	1626	27,96	26,80 29,11	51	27,87	21,37 34,36	264	37,71	34,12 41,30
Pigmentación	120	2,06	1,70 2,43	4	2,19	0,07 4,30	42	6,00	4,24 7,76
Desconocido	26	0,45	0,28 0,62	0	0,00	0,00 0,00	3	0,43	0,00 0,91
Total	5816			183			700		

T: tumores.

Tabla 4 Distribución de la patología tumoral maligna según el origen de los pacientes

	Españoles	Comunitarios	Extracomunitarios	Total
Cáncer cutáneo no melanoma	338	14	9	361
Melanoma	27	1	1	29
Total	365	15	10	390

proporcionada por el reciente artículo de Porta et al⁵ (Zaragoza) y Albares et al⁶ (Alicante), con un 4 y 4,1% de población inmigrante respectivamente, aunque en este último trabajo el término inmigrante se encuentra referido al de «inmigrante económico». Otros estudios recientes referentes a otras especialidades en otras Comunidades Autónomas ofrecen resultados dispares (4,1–9,4%)^{7,8}. Resulta difícil establecer comparaciones con los resultados de

otros estudios efectuados en distintas áreas geográficas y especialidades, cuyo perfil de pacientes y población inmigrante está sujeto a una gran variabilidad.

Del mismo modo que ocurre en la población autóctona, se observa una mayor proporción de mujeres respecto a hombres, con un 57,7% de mujeres (404) entre los pacientes extracomunitarios, hecho que se reproduce en diferentes estudios publicados en nuestro país (Porta et al, 56,8%)⁵.

El subgrupo de población de origen extracomunitario fue significativamente más joven respecto a la población española (31 años de media para los extracomunitarios y 42 años para los pacientes españoles, mientras que en los extranjeros comunitarios la media de edad fue de 44,8 años). Este dato, estadísticamente significativo, podría explicar en parte algunas de las diferencias observadas en la patología dermatológica de este subgrupo, como la menor frecuencia de cáncer cutáneo no melanoma en estos pacientes.

Según una encuesta realizada recientemente a 924 profesionales (médicos de Atención Primaria, pediatras y enfermeros de Cataluña y Madrid), dos de cada tres profesionales sanitarios creen que la población inmigrante demanda más atención sanitaria que el resto⁹. Sin embargo, nuestros datos coinciden con los de otros autores en que en la población inmigrante el índice de frecuentación de las consultas especializadas es menor que para la población española^{6,10}. Otros autores únicamente demuestran una mayor utilización de los Servicios de Urgencias por parte de dicha población¹¹⁻¹³.

Un 17,2% (1.155) de los pacientes visitados a lo largo del periodo del estudio tenía 16 años o menos. Pese a no ser uno de los objetivos primarios del estudio, hemos podido constatar una mayor proporción de población pediátrica atendida en nuestro Servicio respecto al reciente artículo de Casanova et al, con un 12,1%¹⁴.

Los pacientes procedentes de América Latina fueron el subgrupo más frecuente (con Argentina como primer país de procedencia), seguidos de los europeos comunitarios, África Subsahariana, Magreb y Europa del Este. Mientras que en nuestro estudio los argentinos son los que representan el grupo más numeroso, en otros similares los más numerosos son los ecuatorianos, seguidos por los colombianos^{5,10}. Para poder comparar la frecuentación por países deberíamos conocer el número de pacientes de cada país en nuestra zona de referencia, pero únicamente disponemos de los datos facilitados por la Conselleria de Salut referentes al número de pacientes por zonas geográficas.

Respecto a los motivos de consulta los resultados contrastan con los de otros autores, en los que la causa infecciosa es el motivo de consulta dermatológica más frecuente en pacientes inmigrantes^{5,6}. En nuestro caso, si sumamos las causas infecciosas, la cifra resultante es del 18,4%, situándose en tercer lugar por detrás de las dermatosis inflamatorias y de los tumores benignos.

Considerada globalmente, la causa tumoral maligna-premaligna representaría el tercer motivo de consulta más frecuente (11,4%), en comparación con el 16,9% obtenido en el estudio de Pérez-Suárez et al¹⁵.

Respecto a las enfermedades de transmisión sexual suponen un 2% de las primeras visitas en nuestro Servicio, un 3,6% si únicamente consideramos pacientes extracomunitarios. Nuestras cifras son mayores que las del estudio de Porta et al⁵, tanto en el grupo de pacientes autóctonos como en el de inmigrantes.

Por último, en lo referente a la Dermatología considerada «estética», aun representando un porcentaje elevado de la consulta dermatológica convencional (14,1%), únicamente hemos podido demostrar diferencias estadísticamente significativas en mujeres respecto a hombres, sin hallarlas dependiendo de la procedencia de los pacientes. En el estudio de Macaya et al hasta un 25% de los pacientes acudía a la consulta demandando un tratamiento estético¹⁶.

Conclusiones

En contra de determinadas percepciones registradas en encuestas realizadas a los profesionales sanitarios, la demanda asistencial de la población inmigrante en Dermatología es menor que la de la población autóctona, independientemente de su lugar de procedencia. Sin embargo, presentan ciertas diferencias, ya que se trata de una población más joven, con menos patología tumoral y una mayor proporción de patología inflamatoria, de los anejos y trastornos de la pigmentación (pacientes de origen extracomunitario).

Asimismo, cabe destacar la escasa incidencia de enfermedades tropicales o importadas en estos pacientes.

Finalmente, las diferentes prácticas culturales entre los pacientes inmigrantes conllevan una mayor dificultad para el diagnóstico y el tratamiento de enfermedades dermatológicas comunes.

Conflicto de intereses

Los autores declaran no tener ningún conflicto de intereses.

Agradecimientos

Queremos expresar nuestro sincero agradecimiento a Antonio Pareja, del Servicio de Medicina Preventiva del Hospital Son Llàtzer, y a Guillermo Frontera, de la Unidad de Investigación del Hospital Son Dureta, por su colaboración en el análisis estadístico y por sus comentarios y a Jaume Taberner por la elaboración de la base de datos.

Bibliografía

1. De Eusebio Murillo E, Zambrano Centeno B, Jaén Olasolo P. Patología dermatológica en inmigrantes. *Semergen*. 2004;30:345-55.
2. Instituto Nacional de Estadística. Disponible en: http://www.ine.es/prodyser/pubweb/eni07/eni07_02.pdf.
3. Instituto Balear de Estadística. Disponible en: http://www.caib.es/ibae/xifres/2007/les_balears_castell_alem.htm.
4. Peñas PF, Jones M. Clasificación Estadística Internacional de Enfermedades. Codificación de las Enfermedades Dermatológicas. Madrid: Drug Farma; 1999.
5. Porta N, San Juan J, Simal E, Baldellou R, Ara M, Zubiri ML. Análisis de la demanda asistencial de Dermatología en la población inmigrante del área de salud del Hospital Miguel Servet de Zaragoza. *Actas Dermosifiliogr*. 2008;99:127-33.
6. Albares Tendero MP, Ramos Rincón JM, Belinchón Romero I, Betllloch Más I, Pastor Tomas N, Botella Antón R. Análisis de la demanda asistencial en dermatología de la población inmigrante. *Gac Sanit*. 2008;22:133-6.
7. Martínez-Salio A, Oliet C, Porta-Etessam J, Bermejo-Pareja F. Análisis de la demanda asistencial de la población inmigrante en una consulta de Neurología extrahospitalaria. *Neurología*. 2003;18:425-30.
8. Carrasco-Garrido P, Jiménez-García R, Barrera VH, de Andrés AL, de Miguel AG. Significant differences in the use of healthcare resources of native-born and foreign born in Spain. *BMC Public Health*. 2009;9:201 Disponible en: <http://www.biomedcentral.com/1471-2458/9/201>.

9. Sánchez-Bayle M. Jornadas sobre inmigración y salud. *Salud* 2000. 2009;120:22-3.
10. Albares Tendero MP, Belinchón Romero I, Ramos Rincón JM, Sánchez Payá J, Costa AL, Pérez Crespo M, et al. Dermatoses in Latin American immigrants seen in a tertiary hospital. *Eur J Dermatol.* 2009;19:157-62.
11. 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.
12. Rué M, Cabré X, Soler-González J, Bosch A, Almirall M, Serna MC. Emergency hospital services utilization in Lleida (Spain): A cross-sectional study of immigrant and Spanish-born populations. *BMC Health Serv Res.* 2008;8:81 Disponible en: <http://www.biomedcentral.com/1472-6963/8/81>.
13. Cots F, Castells X, García O, Riu M, Felipe A, Vall O. Impact of immigration on the cost of emergency visits in Barcelona (Spain). *BMC Health Serv Res.* 2007;7:9 Disponible en: <http://www.biomedcentral.com/1472-6963/7/9>.
14. Casanova JM, Sanmartín V, Soria X, Baradad M, Martí RM, Font A. Dermatoses infantiles en la consulta de Dermatología de un hospital general universitario en España. *Actas Dermosifiliogr.* 2008;99:111-8.
15. Pérez-Suárez B, Guerra-Tapia A. Características sociodemográficas del cáncer cutáneo en España. *Actas Dermosifiliogr.* 2008;99:119-26.
16. Macaya-Pascual A, López-Canós R, López-Piqueras S, Gómez S. Análisis de los motivos de consulta y de su coste en la asistencia dermatológica en un centro de Atención Primaria. *Actas Dermosifiliogr.* 2006;97:569-72.