

**ESTUDIOS DE PROGRESO**  
Fundación Alternativ**ss**

# Salud y acceso a los servicios sanitarios en España: la realidad de la inmigración

Cristina Hernández Quevedo y Dolores Jiménez Rubio

  
FUNDACIÓN  
**alternativ**ss****

---

### **Cristina Hernández Quevedo**

Economista, máster en Economía de la Salud y doctora en Economía por la Universidad de York, Reino Unido. Actualmente es *technical officer* en el Observatorio Europeo de Sistemas de Salud y Políticas (Organización Mundial de la Salud), con base en la *London School of Economics and Political Science*, Reino Unido, universidad en la que ejerce de tutora de alumnos de posgrado. Sus líneas de investigación son: las desigualdades en salud, la equidad en el acceso a los servicios sanitarios y los determinantes de la salud, temas en los que ha publicado tanto en revistas internacionales como nacionales.

### **Dolores Jiménez Rubio**

Economista, máster en Economía Pública y doctora en Economía por la Universidad de York, Reino Unido. Actualmente es profesora de Economía Aplicada en la Universidad de Granada. Sus líneas de investigación principales son el federalismo fiscal, los determinantes de la salud, y la equidad en la salud y en el acceso a los servicios sanitarios. Es autora de diversas publicaciones sobre economía de la salud en revistas de reconocido prestigio a nivel nacional e internacional.

Ninguna parte ni la totalidad de este documento puede ser reproducida, grabada o transmitida en forma alguna ni por cualquier procedimiento, ya sea electrónico, mecánico, reprográfico, magnético o cualquier otro, sin autorización previa y por escrito de la Fundación Alternativas.

© Fundación Alternativas

© Cristina Hernández Quevedo y Dolores Jiménez Rubio

ISBN: 978-84-92957-15-6

Depósito Legal: M-19515-2010

# Índice

<b>Abstract</b>	<b>5</b>
<b>Resumen ejecutivo</b>	<b>6</b>
<b>1 Introducción</b>	<b>8</b>
<b>2 El fenómeno de la inmigración en España: composición, impacto económico e integración de los inmigrantes en el Sistema Nacional de Salud</b>	<b>10</b>
<b>3 Patrones de salud y consumo de recursos sanitarios de la población inmigrante</b>	<b>16</b>
3.1 Evidencia internacional	16
3.2 El caso de España	18
<b>4 Conclusiones</b>	<b>21</b>
<b>5 Recomendaciones</b>	<b>24</b>
<b>6 Bibliografía</b>	<b>28</b>
<b>7 Índice de Tablas y Gráficos</b>	<b>32</b>

**Lista de siglas y acrónimos**

BOE	Boletín Oficial del Estado
ENS	Encuesta Nacional de Salud
OCDE	Organización para la Cooperación y el Desarrollo Económicos
SNS	Sistema Nacional de Salud

---

## Abstract

*The Spanish health care system establishes that all people, regardless of their legal or administrative situation, should be entitled to use health services with the same conditions as Spanish citizens, provided that they are registered in the local population census. This study reviews the growing empirical research on the existence of differences in health status or utilisation between immigrants and the native population, and compares the Spanish experience with the international evidence on migration and health. In general terms, the results of this study show that in Spain, like in other countries with a long tradition as immigrant recipient countries, there are substantial variations in health and health care utilisation patterns across immigrants relative to the national population. For the particular case of Spain, while the differences on the level of health vary among the various immigrant subgroups and the definition of health status employed, all immigrants, regardless of their nationality or country of birth, seem to face barriers of entry to specialised care. The paper concludes with some recommendations that could help the Spanish health system in designing more effective health services for immigrants.*

## Resumen ejecutivo

La creciente proporción de inmigrantes en la sociedad española supone para el SNS el importante reto de satisfacer las necesidades de este grupo poblacional manteniendo su presupuesto equilibrado. Desde el año 2000 se han aprobado en España diversas medidas en el ámbito sanitario destinadas a fomentar la igualdad en salud y en el acceso a los servicios sanitarios de todos los ciudadanos, tanto inmigrantes como autóctonos. Sin embargo, en la mayoría de los casos estas medidas se han implementado sin la existencia de evidencia empírica sólida que corrobore la existencia de tales desigualdades. En este trabajo revisamos la limitada, aunque creciente, literatura sobre la salud y el acceso a los recursos sanitarios de la población inmigrante en España con objeto de extraer conclusiones que permitan informar las actuales medidas de política sanitaria.

En términos generales, los resultados del análisis realizado son consistentes con la literatura internacional procedente de países con mayor tradición que España como receptores de inmigrantes, al sugerir la existencia de diferencias considerables en los niveles de salud y uso de los recursos sanitarios del colectivo inmigrante en relación con la población autóctona. Así, la evidencia empírica existente muestra que, si bien el nivel de salud de población inmigrante en relación con la de la población española varía entre los diversos grupos de inmigrantes, la mayoría de la población extranjera parece poseer importantes barreras de acceso a los servicios de atención especializada. Con respecto al acceso a los medicamentos, la escasa literatura empírica encontrada apunta a la existencia de un menor consumo de medicamentos y gasto farmacéutico por parte de la población inmigrante.

Las barreras de acceso a los servicios sanitarios de los inmigrantes podrían estar relacionadas, bien con características propias de este colectivo –como las diferencias culturales en la percepción de la salud, los problemas de comunicación entre médico y paciente, el contexto socioeconómico o la situación legal–, o bien con factores relacionados con la provisión de los servicios de salud –como las trabas administrativas y la accesibilidad general de los recursos sanitarios– o las actitudes del personal sanitario

–como las diferencias en los hábitos de prescripción médica en función de si el tipo de paciente es nacional o extranjero–. Dada la importancia del fenómeno de la inmigración en España, un mayor conocimiento de la naturaleza de estas barreras permitiría una asignación de los recursos más acorde con las necesidades de la población y, en consecuencia, una mayor efectividad de la política sanitaria.

En conclusión, los resultados de la literatura sobre migración y salud en España apuntan a que el sistema sanitario tiene un importante papel en el diseño de políticas sanitarias más efectivas para la población inmigrante. Algunas de las medidas que permitirían una mayor integración de los inmigrantes en el SNS español son:

- **Mejora de los datos para el análisis**

- Fomento de la investigación sobre la salud y la demanda de recursos sanitarios de la población inmigrante mediante el diseño de encuestas específicas para este colectivo o la inclusión en las encuestas de salud existentes de información detallada sobre el mismo.

- **Mejora de las condiciones de oferta**

- Institucionalización de la figura del mediador cultural.
- Implementación de campañas publicitarias de sensibilización hacia el colectivo inmigrante.
- Medidas destinadas a fomentar la prevención y la promoción de la salud entre inmigrantes y la adaptación de los profesionales sanitarios a las necesidades específicas de este colectivo.
- Contratación de profesionales sanitarios de comunidades étnicas minoritarias.

- **Mejora de las condiciones de la demanda**

- Diseño de programas de educación para la salud específicos para los inmigrantes.
- Mejora de los dispositivos de información del sistema sanitario para la población extranjera.

## Introducción

En los últimos años España ha experimentado un crecimiento de la población inmigrante<sup>1</sup> sin precedentes, que ha estado acompañado de un periodo de crecimiento económico continuado. Aunque ante la recesión económica actual es previsible que la entrada de inmigrantes en España se desacelere en los próximos años, la permanencia de un buen número de los que han llegado a nuestro país recientemente supondrá el importante reto para el SNS de satisfacer las necesidades de este grupo poblacional manteniendo su presupuesto equilibrado. En el año 2000 se aprobó un nuevo marco regulador del acceso a las prestaciones sanitarias de la población inmigrante (Boletín Oficial del Estado, Ley Orgánica 4/2000, de 11 de enero, sobre derechos y libertades de los extranjeros en España y su integración social) y, más recientemente, además, el Gobierno estatal y muchos gobiernos autonómicos han aprobado diversos planes dirigidos a la reducción de las desigualdades en salud y el acceso a los servicios sanitarios del colectivo de inmigrantes (Mladovsky, 2007). Pese a ello, la evidencia empírica sobre la existencia de estas desigualdades es insuficiente.

Este trabajo tiene una doble finalidad. Por un lado, contribuir a la investigación sobre inmigración y salud en nuestro país mediante la revisión de la literatura empírica sobre las diferencias en salud y en el acceso a los recursos sanitarios de los inmigrantes en relación con la población española, publicada hasta la fecha. Con ello pretendemos analizar si el sistema sanitario está lo suficientemente preparado para atender al creciente volumen de personas inmigrantes, sobre todo teniendo en cuenta el corto periodo de tiempo en el que se ha producido el fenómeno migratorio en nuestro país. El segundo

---

1 A pesar de que definir el término inmigrante resulta complejo (véase Malmusi y Jansá, 2007, o Mladovsky, 2007) en este trabajo se usan los *proxies* “nacido fuera de España” y “nacionalidad no española” comúnmente empleados en la literatura para conceptualizar a los inmigrantes. A lo largo del texto se emplean indistintamente los términos inmigrante, extranjero y población no española para denotar a los individuos nacidos fuera del territorio español o de nacionalidad no española. No obstante, esta definición no tiene en cuenta la posible heterogeneidad en las necesidades y/o niveles de información y capacitación para hacer uso del sistema sanitario entre subgrupos de inmigrantes. Por ello, cuando los datos lo permitan, en este trabajo se identificará a los distintos subgrupos de inmigrantes en función de la nacionalidad o el país de nacimiento.

de los objetivos es el de proporcionar algunas propuestas y medidas de política sanitaria, a la luz del análisis del caso español y de la experiencia comparada, que permitan una mayor integración de los inmigrantes en el sistema sanitario español, así como contribuir a mejorar la efectividad de las políticas sanitarias públicas.

La estructura de este documento de trabajo es la siguiente: el capítulo 2 introduce el fenómeno de la inmigración en España y describe los aspectos legales del SNS relacionados con la inmigración. A continuación, el capítulo 3 presenta evidencia empírica relacionada con la existencia de patrones diferenciales en los niveles de salud y utilización de recursos sanitarios por parte de la población inmigrante, procedente tanto de algunos países con extensa tradición como países receptores de inmigrantes como de España. El capítulo 4 concluye y, finalmente, el capítulo 5 establece algunas recomendaciones y propuestas destinadas a la mejora de la calidad asistencial para este grupo poblacional.

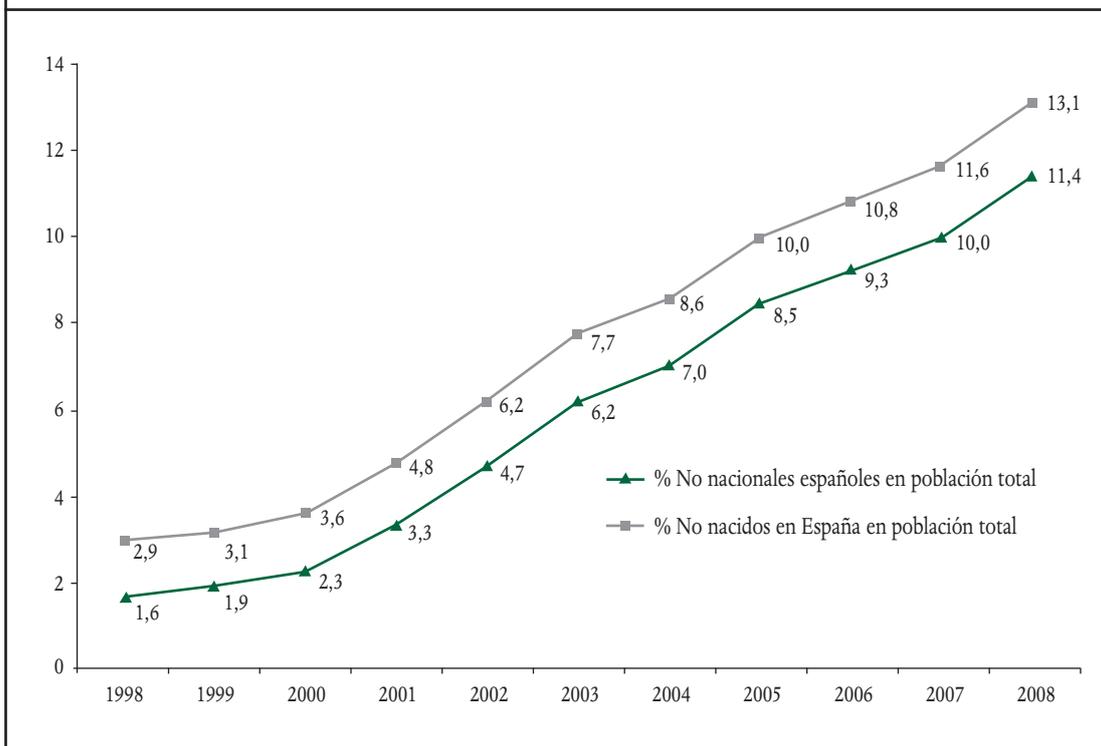
## **El fenómeno de la inmigración en España: composición, impacto económico e integración de los inmigrantes en el Sistema Nacional de Salud**

La inmigración en España es un fenómeno que se ha dado fundamentalmente en la última década. Así, en el periodo comprendido entre 1998 y 2008 la proporción de inmigrantes (individuos con nacionalidad no española o nacidos fuera del territorio español) en la población española se ha quintuplicado (Gráfico 1). La magnitud de este fenómeno ha sido tal que desde el año 1997 España ha recibido anualmente un mayor volumen de inmigrantes que cualquier otro país de la Unión Europea (Sandell, 2007). Es más, la rapidez con la que se ha producido el fenómeno de la inmigración en España ha propiciado que en tan sólo cinco años (del año 2000 al 2005) España haya pasado de ocupar el puesto 21 en proporción de inmigrantes sobre la población total en la OCDE a ocupar el puesto 11, situándose por delante de países como Reino Unido, Francia o Noruega, con una tradición más larga como receptores de inmigrantes (Oficina Económica del Presidente, 2006).

Es destacable que para todos los años de la serie temporal analizada en el Gráfico 1 la proporción de no nacionales es ligeramente inferior a la de nacidos en el extranjero. Esto se debe al hecho de que muchos inmigrantes que residen en España y han nacido en el extranjero pueden obtener la nacionalidad española, por ejemplo, tras residir durante un periodo determinado de tiempo en territorio español (BOE, Ley 36/2002, de 8 de octubre, sobre modificación del Código Civil en materia de nacionalidad). Puesto que en la mayoría de los casos los inmigrantes deben renunciar a su nacionalidad original para poder adquirir la nacionalidad española, es de esperar que el porcentaje de nacidos en el extranjero sea superior al porcentaje de no nacionales.

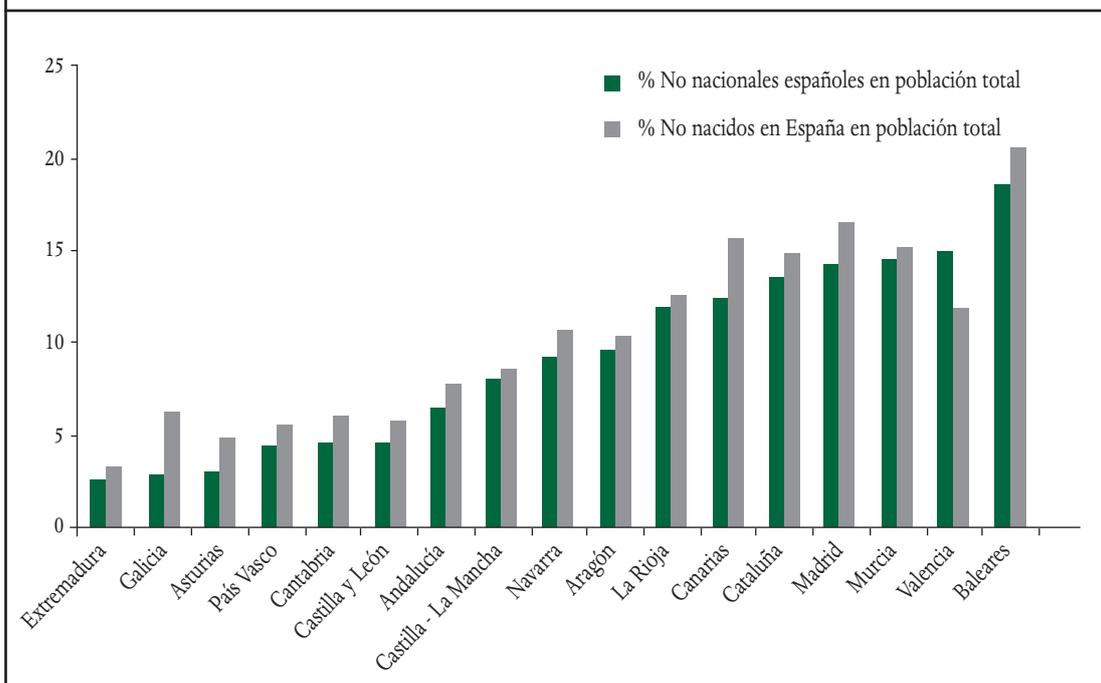
El análisis detallado por regiones geográficas del Gráfico 2 indica que los inmigrantes tienden a concentrarse en Baleares, Comunidad Valenciana, Murcia, Madrid y Cataluña. Extremadura, Galicia y Asturias son las comunidades autónomas con una menor proporción de inmigrantes en la población total.

**Gráfico 1. Proporción de población extranjera en población total (1998-2008)**



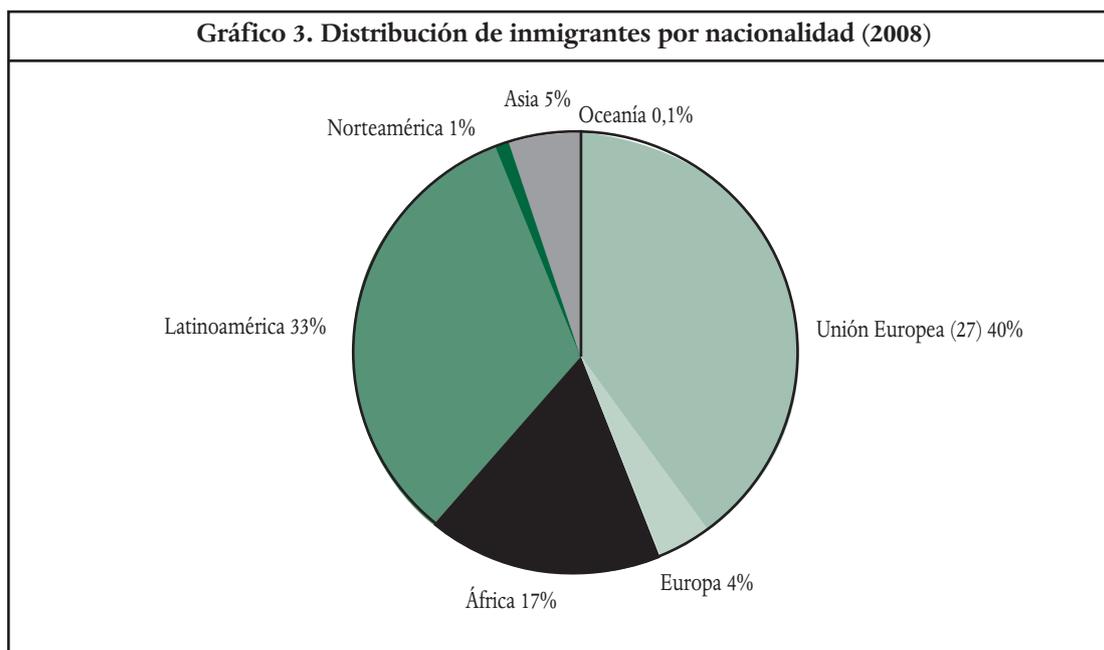
Fuente: Elaboración propia con datos procedentes del Instituto Nacional de Estadística, 2009

**Gráfico 2. Proporción de población extranjera por comunidad autónoma (2007)**

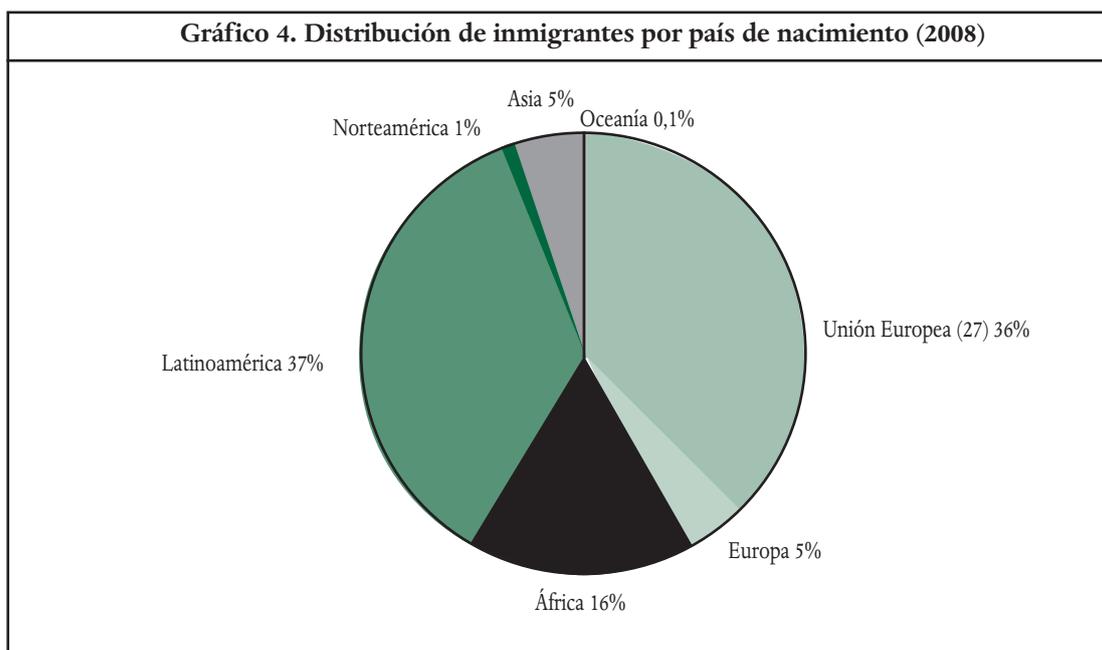


Fuente: Elaboración propia con datos procedentes del Instituto Nacional de Estadística, 2009

Los datos del 2008 sobre la nacionalidad y el país de nacimiento de los extranjeros que residen en España que se recogen en los Gráficos 3 y 4 muestran que los colectivos más numerosos son el de los ciudadanos pertenecientes a la Unión Europea y el de latinoamericanos, seguidos por el colectivo de africanos. Los individuos originarios de Asia, Oceanía y Norte de América constituyen el grupo menos numeroso de extranjeros residentes en España.



Fuente: Elaboración propia con datos procedentes del Instituto Nacional de Estadística, 2009

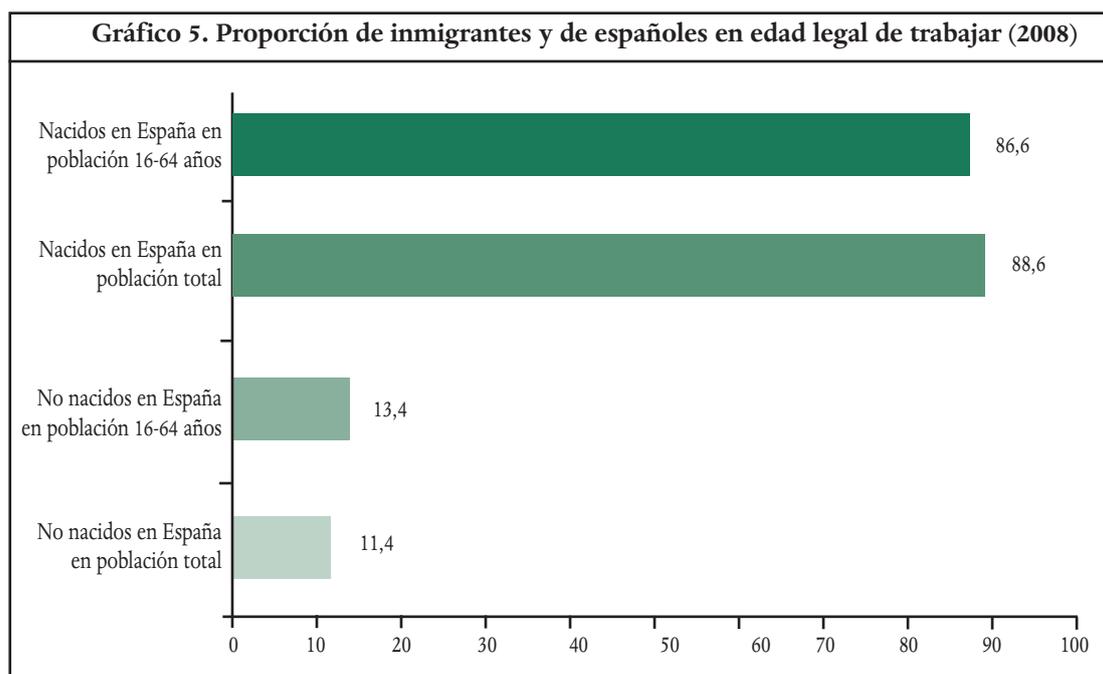


Fuente: Elaboración propia con datos procedentes del Instituto Nacional de Estadística, 2009

Un importante porcentaje de los extranjeros que residen habitualmente en España, principalmente en la costa mediterránea, las islas Baleares y Canarias, procede de países desarrollados de la Unión Europea, como el Reino Unido y Alemania, y lo hacen atraídos por motivos no económicos (puesto que en su mayoría son jubilados), como es el clima. Pese a ello, la mayor parte de la inmigración en España, sobre todo la procedente de países latinoamericanos y países distintos a los que componían la antigua Unión Europea de los 15, está determinada por razones económicas (Pérez Infante, 2008). De hecho, el Gráfico 5 pone de manifiesto que, en relación con los individuos nacidos en España, hay más individuos nacidos en el extranjero en edad legal de trabajar (16-64 años), lo que confirmaría la teoría de que en la mayor parte de la inmigración española la motivación laboral es un factor clave.

La elevada heterogeneidad en el perfil sociodemográfico de los inmigrantes españoles implica tasas de utilización de los servicios sanitarios muy dispares. Así, por ejemplo, cabría esperar que el colectivo de inmigrantes jubilados realice un menor uso de los dispositivos de urgencia como vía de entrada al sistema sanitario, frente al colectivo más joven de inmigrantes trabajadores, que son los que tienen mayor probabilidad de practicar actividades de riesgo. Por ello, la identificación del país de procedencia o la nacionalidad del inmigrante es fundamental en estudios relacionados con la salud y el acceso a los servicios sanitarios de la población extranjera.

Aunque la mayoría de la población española tiene una percepción positiva de la inmigración, desde el año 2001 se ha producido un progresivo incremento de las actitudes de rechazo hacia la llegada de inmigrantes (Méndez Lago, 2007). Así, por ejemplo, diversas encuestas del Centro de Investigaciones Sociológicas reflejan un ligero incremento en los últimos años en el porcentaje de españoles que se muestran



Fuente: Elaboración propia con datos procedentes del Instituto Nacional de Estadística, 2009

preocupados por la idea de que los inmigrantes quitan puestos de trabajo a los españoles o reciben demasiadas prestaciones sociales en relación con otros colectivos. Asimismo, recientemente, el Informe Raxen 2009, elaborado por el Movimiento contra la Intolerancia, constata el incremento a nivel nacional de comportamientos relacionados con la intolerancia, la xenofobia y el racismo en España durante el 2008, con especial intensidad en la Comunidad Valenciana, Madrid y Cataluña.

De acuerdo con los resultados de un estudio elaborado por la Oficina Económica del Presidente del Gobierno del año 2006, la inmigración ha tenido un efecto positivo en términos de crecimiento del PIB, renta *per cápita* y superávit público. No obstante, el informe matiza que, aunque en el periodo de estudio los inmigrantes son contribuyentes netos al Estado de bienestar, el efecto positivo de la inmigración sobre los saldos fiscales se irá reduciendo progresivamente a medida que aquéllos envejecen y comiencen a cobrar pensiones. Además, según este informe, la inmigración podría explicar hasta un 30% del déficit exterior por cuenta corriente, debido, entre otros factores, a las remesas que los inmigrantes envían al extranjero y a sus menores niveles de ahorro.

Por otro lado, los resultados preliminares de un proyecto de investigación reciente que trata de estimar el impacto de la inmigración sobre el gasto público revelan que en las funciones de sanidad, educación y empleo, el gasto social alcanza cifras muy reducidas, representando tan sólo el 3,03% del gasto social total (Tobes *et al.*, 2009). Incluso si sólo se tiene en cuenta la sanidad, que tiene una mayor cobertura debido al carácter universal de sus prestaciones, la importancia del gasto sanitario dirigido a inmigrantes económicos en el total de gasto sanitario es del 5,18%, cifra muy por debajo de la que la inmigración económica representa sobre la población total. Según los autores, las características propias de este colectivo, como la edad y las mayores tasas de actividad y empleo, podrían explicar su baja incidencia en el gasto social.

En relación con el efecto de la inmigración sobre las condiciones laborales de la población nativa, el estudio empírico de Carrasco *et al.* (2008) no encuentra efectos significativos importantes de la incorporación de mano de obra extranjera ni en la tasa de empleo ni en el salario de la población española, lo que vendría a contradecir la idea extendida en parte de la población española de que los inmigrantes disminuyen las oportunidades de trabajo de los españoles. Algunas de las razones que podrían explicar estos resultados son el hecho de que españoles e inmigrantes no compiten por los mismos puestos de trabajo, o que los inmigrantes suelen ocupar trabajos que han dejado de ser deseados por la población española (Iglesias y Llorente, 2008).

La inmigración ha supuesto un impacto demográfico, económico y social en España de gran trascendencia y ha originado una serie de cambios en el sistema legal, con el objetivo de regular los derechos y deberes de los extranjeros en el país y favorecer la inmigración legal, como es la Ley de Extranjería vigente desde el año 2005. También en el sector sanitario, eje clave del Estado del bienestar, desde el año 2000 se han venido aprobando en España diversas medidas destinadas al colectivo inmigrante. Una de las más importantes es la que regula el acceso de la población inmigrante al sistema sanitario, la Ley Orgánica 4/2000, de 11 de enero, sobre derechos y libertades de los

extranjeros en España y su integración social. Según esta Ley, todos los individuos, independientemente de su nacionalidad o país de nacimiento y de su situación legal, tienen derecho a usar los servicios sanitarios provistos en el SNS español en las mismas condiciones que los ciudadanos españoles. Por ello, al igual que para cualquier ciudadano español, el único requisito para que los inmigrantes puedan acceder al SNS es estar inscrito en el padrón municipal. Los usuarios que no estén registrados en el censo municipal pueden beneficiarse únicamente de los servicios de urgencias, mientras que los menores de edad y las mujeres embarazadas tienen plena cobertura sanitaria independientemente de su situación legal y administrativa.

Recientemente, además, el Gobierno aprobó los Planes Estratégicos de Ciudadanía e Integración 2007-2010, dirigidos al conjunto de la población, y que pretenden promocionar la cohesión social mediante políticas basadas en la igualdad de oportunidades y la igualdad de derechos y deberes. También existen planes de inmigración regionales en la mayoría de las comunidades autónomas que incluyen como prioridad la reducción de desigualdades en salud y en el acceso a los servicios sanitarios. Sin embargo, estas políticas se han formulado en su mayoría sin una base científica sólida que corrobore la existencia de tales desigualdades (Mladovsky, 2007).

Antes de finalizar este capítulo, es preciso señalar que, pese al espectacular crecimiento que ha tenido la inmigración en España durante la pasada década, en los próximos años es previsible que la entrada de inmigrantes en España se desacelere, debido a la intensa recesión económica por la que atraviesa el país. Los efectos negativos de la crisis económica ya se han dejado sentir sobre la inmigración ilegal, que, según datos del Ministerio del Interior, se ha reducido en los siete primeros meses del 2009 en un 40%. En el caso de los inmigrantes que ya residen en España, son pocos los que vuelven a sus países de origen, pese a los incentivos económicos ofrecidos por el Gobierno en los planes voluntarios de retorno, ya que poseen tasas de desempleo superiores a las de los españoles (Aja *et al.*, 2010). En estas circunstancias, la actual crisis económica por la que atraviesa España podría fomentar la competencia entre los inmigrantes y los nacionales por puestos de trabajo que antes de la crisis no eran deseados por estos últimos, pudiendo, además, acentuar las actitudes xenófobas hacia el colectivo inmigrante por parte de la población española.

## Patrones de salud y consumo de recursos sanitarios de la población inmigrante

### 3.1 Evidencia internacional

La inmigración a gran escala comenzó hace varias décadas en los Estados Unidos, en Canadá y en varios de los Estados miembros de la Unión Europea. Su experiencia consolidada como países receptores de inmigrantes les ha permitido recopilar abundante información referida a este grupo poblacional en sus encuestas nacionales de salud. Como consecuencia, existe una gran cantidad de literatura sobre inmigración y salud en países como Estados Unidos, Canadá y el Reino Unido.

En líneas generales, la literatura internacional proporciona evidencia de la selección de inmigrantes sanos o *healthy immigrant effect*, que implica que son los inmigrantes más jóvenes y sanos los que cruzan la frontera y, por tanto, el estado de salud de los inmigrantes recién llegados es mejor que el de la población nativa de los países receptores. Sin embargo, dichos estudios muestran que, en muchos casos, aunque los inmigrantes gozan de mejor salud cuando llegan al país de destino, ésta tiende a deteriorarse conforme aumenta el tiempo de residencia en el país receptor. Esto puede deberse a varios factores. Una primera explicación se encuentra en el fenómeno de “aculturación”, por el que los inmigrantes recientes adoptan paulatinamente estilos de vida característicos de la población autóctona, y que afecta a varios factores, como pueden ser la dieta, el consumo de tabaco y alcohol, y la fertilidad, además de la posible desconexión social y aislamiento al que pueden estar sometidos. Una segunda explicación es el efecto directo de la situación socioeconómica en la salud poblacional, como puede ser el nivel educativo alcanzado por el individuo y su situación laboral (Marmot y Syme, 1976; Marmot *et al.*, 1984; Gómez *et al.*, 2004). En tercer lugar, las condiciones genéticas del individuo también pueden acelerar este deterioro, frente a los efectos externos no hereditarios que le rodean, como, por ejemplo, las condiciones medioambientales, la calidad del agua y el aire (Marmot *et al.*, 1984). Una hipótesis alternativa atribuye el deterioro de la salud de los

inmigrantes con el tiempo de residencia a la infrautilización de la medicina preventiva y a la falta de diagnóstico y tratamiento de problemas sanitarios, debido a la existencia de barreras de acceso a los servicios de salud para este colectivo (problemas de comunicación, escasez de información acerca del funcionamiento del sistema sanitario, etc.). No obstante, en los estudios en los que se usa el número de enfermedades diagnosticadas como *proxy* del estado de salud poblacional, la selección de inmigrantes sanos podría explicarse por la mejora en el acceso a los servicios de salud con el tiempo de residencia, lo que podría suponer el diagnóstico de enfermedades existentes, pero no detectadas previamente y, por tanto, el aparente deterioro de la salud de los inmigrantes (McDonald y Kennedy, 2004:1614).

En Estados Unidos, diversos estudios han evaluado si los factores sociales y culturales podrían explicar el incremento en los niveles de morbilidad de los inmigrantes. Marmot y Syme (1976) estudian la relación entre aculturación y enfermedad coronaria en la comunidad japonesa de California, concluyendo que la prevalencia de enfermedades coronarias está fuertemente asociada con el nivel de aculturación. Otro estudio centrado en inmigrantes asiáticos en Estados Unidos (Gómez *et al.*, 2004) ha encontrado una asociación entre aculturación y salud del inmigrante, siendo los inmigrantes recientes los que gozan de mejor salud que sus compatriotas nacidos en Estados Unidos. En relación con la utilización de los servicios sanitarios, son varios los trabajos que encuentran dificultades de acceso por parte de las minorías étnicas. En el estudio de Hargraves y Hadley (2003), las diferencias de uso entre blancos e hispanos o afroamericanos se explican principalmente por la falta de seguro médico, que los autores atribuyen parcialmente al desconocimiento de los mecanismos de funcionamiento del sistema sanitario por parte de la población recién llegada. Por otro lado, Leclere *et al.* (1994) sugieren que con el tiempo de residencia en Estados Unidos los patrones de utilización sanitaria entre la población nativa y la inmigrante tienden a converger. En otro estudio reciente (Brown *et al.*, 2006) se encuentra, además, una asociación positiva entre el tiempo de residencia y el número de exámenes mamográficos de las mujeres inmigrantes, sugiriendo que la aculturación puede tener un importante papel en las actitudes y creencias sobre la salud de las minorías étnicas.

En Inglaterra y Gales, Marmot *et al.* (1984) comparan las tasas de mortalidad por causa específica entre diferentes grupos de inmigrantes. Los inmigrantes se definen en este estudio como todos aquellos individuos que no han nacido en Inglaterra o Gales. Los principales países de nacimiento de estos individuos son: Irlanda, Polonia, Italia, India subcontinental y el Caribe. Los autores encuentran un efecto de selección: los inmigrantes están más sanos que sus compatriotas que permanecen en el país de origen. Sin embargo, este estudio muestra que no es la clase social la que causa las diferencias en mortalidad entre los grupos considerados, sino que existen factores culturales que tienen un efecto directo en la mortalidad, independientemente de la clase social (Marmot *et al.*, 1984). Esto indica que existe una aculturación de los inmigrantes, que adoptan los comportamientos, actitudes y valores del país receptor. En cuanto al uso de los servicios de salud en el Reino Unido, varios trabajos recientes apuntan a que, en relación con la población blanca, las minorías étnicas tienden a sobreutilizar los servicios de atención primaria y a infrautilizar los servicios de atención especializada (Smaje y Le Grand, 1997; Morris *et al.*, 2005).

Para el caso específico de Canadá, McDonald y Kennedy (2004) utilizan varias ediciones de la Encuesta Nacional de Salud de la Población y la Encuesta de Salud Comunitaria de Canadá para corroborar la selección de inmigrantes sanos. Los resultados de este estudio muestran la existencia de dicho fenómeno para el número de condiciones crónicas, pero no para el nivel de salud autopercibido. Además, se muestra que para el colectivo inmigrante el aumento en la probabilidad de sufrir una enfermedad crónica con el tiempo de residencia no parece ser una consecuencia de la existencia de importantes barreras de acceso a los servicios sanitarios.

La literatura internacional también sugiere la existencia de diferencias significativas en el consumo de medicamentos por parte de la población inmigrante. La mayor parte de la evidencia procede de Estados Unidos. Por ejemplo, según el estudio de Briesacher *et al.* (2003), los usuarios de Medicare de raza negra o hispana consumen una menor cantidad de medicamentos que los usuarios de raza blanca con la misma enfermedad crónica y cobertura farmacéutica. Otra importante conclusión de este trabajo es que el tipo de fármaco consumido por las minorías étnicas es también más barato. Más recientemente, el análisis de Gaskin *et al.* (2006) corrobora los resultados anteriores y, mediante el método de descomposición de Oaxaca-Blinder, muestra que una gran proporción de las disparidades en el gasto de bolsillo (*out-of-pocket payment*) y en el consumo y gasto en fármacos recetados entre los blancos y las minorías negras e hispanas no se deben en su totalidad a diferencias en las características poblacionales, como el menor nivel socioeconómico de los grupos minoritarios, sino a factores relacionados con la raza o grupo étnico del individuo. Según los autores, tales factores podrían atribuirse a problemas de comunicación entre médico y paciente, a diferentes expectativas sobre la disponibilidad y/o efectividad de la medicina y la sanidad en general por parte de la población inmigrante, a la falta de confianza en los profesionales sanitarios, o, posiblemente, a diferencias en los hábitos de prescripción por parte de los médicos (Gaskin *et al.*, 2006:106).

En conclusión, la literatura internacional proporciona evidencia de la selección de inmigrantes sanos, es decir, que son los inmigrantes más sanos los que salen de su país, y que su nivel de salud inicial es superior al de la población nativa del país receptor. Sin embargo, los estudios muestran que la salud de los inmigrantes tiende a deteriorarse con el número de años de residencia en el país receptor. La causa principal de ello es la aculturación, más que la situación socioeconómica del individuo. La evidencia internacional también sugiere la existencia de diferencias en los patrones de acceso a los servicios sanitarios –que tienden a reducirse con el tiempo de residencia en el país receptor– y en el consumo de medicamentos, con niveles inferiores en el caso de las minorías étnicas.

### **3.2 El caso de España**

En España, varios son los estudios que han explorado la existencia de desigualdades en salud y en el acceso a los servicios sanitarios para la población española (por ejemplo,

Abásolo *et al.*, 2001; Clavero y González, 2005; García y López, 2004 y 2007). Sin embargo, la evidencia disponible sobre las disparidades en los niveles de salud o en el consumo de recursos sanitarios por parte de la población inmigrante está limitada, fundamentalmente, por la escasez de datos referidos a este grupo poblacional. Además, buena parte de los estudios empíricos disponibles están basados en datos para Cataluña, lo cual impide disponer de una visión general del fenómeno de la inmigración, además de no poderse extraer inferencias para todo el territorio, ya que es necesario tener en cuenta que las características en la provisión de servicios pueden variar debido a la descentralización de la sanidad.

Un estudio de admisiones hospitalarias en el Hospital del Mar de Barcelona sugiere que los inmigrantes tienen diferentes necesidades que la población española, dada su diferente estructura de edad y su mayor tasa de fertilidad. El análisis también muestra que los inmigrantes con un nivel inferior de renta tienden a acceder a los servicios sanitarios principalmente a través de los servicios de urgencias (Cots *et al.*, 2002:381). En un estudio más reciente con datos del mismo hospital, los autores concluyen que los inmigrantes tienden a usar los servicios de urgencia hospitalaria como un sustituto de otros servicios de atención médica (Cots *et al.*, 2007:7).

García Gómez (2007) usa la Encuesta Catalana de Salud para el año 2006 con objeto de explorar las diferencias en el acceso a los servicios sanitarios y en el estado de salud entre la población inmigrante y la española. Los resultados relacionados con los niveles de salud autopercebidos muestran que el estado físico de los inmigrantes es superior que el de los autóctonos, aunque lo contrario ocurre en el caso de salud mental. En cuanto a la utilización sanitaria, los resultados sugieren que, en relación con los españoles, los inmigrantes tienen una menor probabilidad de visitar al médico especialista y una probabilidad mayor de visitar los servicios de urgencias hospitalarios. Dado que las diferencias en utilización se reducen con el tiempo de residencia de los inmigrantes en Cataluña, el estudio concluye que los diferentes patrones de utilización entre nativos e inmigrantes podrían deberse a un conocimiento limitado del funcionamiento del sistema de salud español por parte de la población inmigrante.

Por otra parte, el estudio de Torres Cantero *et al.* (2007) emplea una muestra de inmigrantes de la ciudad de Madrid para analizar la igualdad efectiva en el acceso a los servicios de salud entre inmigrantes legales e ilegales, como consecuencia de la ley introducida en el año 2000 en España, que permitió a los inmigrantes ilegales el acceso a los servicios sanitarios en las mismas condiciones que el resto de población. El estudio no encuentra diferencias considerables en el uso de los servicios sanitarios en función de la situación legal del inmigrante.

En cuanto a los estudios a nivel nacional, Carrasco *et al.* (2007) usa la Encuesta Nacional de Salud (ENS) española del 2003 para explorar los perfiles de salud, estilos de vida y utilización de los servicios sanitarios de la población extranjera en España. Los resultados muestran que, en comparación con la población española, los inmigrantes poseen mejores parámetros relacionados con estilos de vida que la población nacional, tales como un nivel inferior de consumo de alcohol y tabaco. En relación con el uso de los servicios sanitarios, los inmigrantes presentan mayores tasas

de hospitalización, si bien no se encuentra evidencia de un uso excesivo o inapropiado de otros servicios sanitarios. No obstante, los resultados obtenidos por Carrasco *et al.* deben interpretarse con cautela, ya que están basados en una muestra reducida de la población inmigrante, que limita la robustez de las comparaciones entre la población autóctona y la extranjera, e impide un análisis más detallado entre la población autóctona y los diversos grupos de inmigrantes que refleje la heterogeneidad de este colectivo.

Por último, el estudio de Hernández y Jiménez (2009) utiliza una muestra más amplia para la población extranjera residente en España, procedente de las ediciones del 2003 y 2006 de la ENS, que permite un análisis más detallado desagregado por grupos de inmigrantes. El trabajo muestra la existencia de diferentes patrones de salud y uso de los servicios sanitarios entre nacionales españoles y extranjeros. Por una parte, el nivel de salud autopercibida de los inmigrantes varía en función de la nacionalidad del individuo: mientras que los inmigrantes de la Unión Europea perciben mejores categorías de salud autopercibida que los individuos españoles, los de Latinoamérica perciben peores niveles de salud. En el caso del uso de los servicios sanitarios, todos los inmigrantes, independientemente de su nacionalidad, parecen encontrar importantes barreras de entrada a la atención especializada, ya que se observa entre ellos una probabilidad menor de visitar los servicios especialistas que entre los nacionales. Los resultados de este estudio corroboran los de estudios previos para Cataluña, al sugerir que los servicios de urgencia hospitalaria podrían usarse en sustitución de la atención especializada por parte de este grupo de población. Los autores sugieren que la elevada tasa de utilización de los servicios de urgencias por parte de los inmigrantes podría deberse a las barreras que éstos encuentran en el acceso a la atención especializada, a una mayor tasa de absentismo a las citas del especialista o a un conocimiento limitado sobre el funcionamiento del sistema de salud español. Las limitaciones principales del estudio están relacionadas con la muestra de población inmigrante de la ENS, que podría excluir a los inmigrantes con menos recursos, y con la ausencia de información adicional relevante sobre el colectivo inmigrante en dicha encuesta, tales como el tiempo de residencia en España o las habilidades de comunicación en lengua española.

En lo que respecta al consumo de medicamentos, la literatura empírica disponible para el caso de España es, si cabe, más escasa que la referida a la salud o a la utilización de los servicios médicos. Un informe reciente de la Fundación Pfizer (Casado *et al.*, 2009) sobre el impacto demográfico en el gasto sanitario de las regiones españolas muestra que el gasto farmacéutico de los inmigrantes en la Comunidad catalana (ajustado por edad y sexo) es mucho menor que el de sus compatriotas españoles. Los resultados del estudio de Rue *et al.* (2008) basado en una muestra de extranjeros de la ciudad de Lleida sugiere que tanto el gasto como el consumo farmacéutico de los nacidos fuera de España son menores que el de los individuos nacidos en España con igual de edad y sexo. Por último, el único estudio a nivel nacional sobre consumo farmacéutico (Carrasco *et al.*, 2007) también indica que, en comparación con los individuos de nacionalidad española, los no nacionales consumen una cantidad inferior de medicamentos. Este estudio también analiza el consumo de medicamentos sin prescripción médica, no encontrando diferencias significativas en los hábitos de automedicación entre el colectivo de inmigrantes y la población autóctona española.

## Conclusiones

En este trabajo se ha realizado una revisión de la literatura nacional e internacional más relevante sobre inmigración y salud con objeto de ofrecer evidencia sobre los patrones de salud y consumo de recursos sanitarios de la población extranjera residente en España, en relación con la población autóctona y compararla con la evidencia disponible en otros países desarrollados. Una de las prioridades de todo sistema de salud es garantizar que, a igual necesidad sanitaria, todos los individuos, independientemente de su país de origen o nacionalidad, puedan acceder en iguales condiciones a tratamientos médicos que permitan mejorar su salud.

Los resultados de la literatura empírica consultada muestran que en España, al igual que en muchos otros países de larga tradición como países receptores de inmigrantes, existen variaciones considerables en los niveles de salud y acceso a los recursos sanitarios entre la población extranjera y la nativa. En particular, los resultados de la revisión literaria realizada sugieren que existen diferencias significativas en términos de salud entre inmigrantes y autóctonos, que varían en función de la medida de salud empleada y del colectivo inmigrante analizado. En relación con el consumo de medicamentos, los escasos trabajos disponibles corroboran los resultados obtenidos en los numerosos estudios sobre esta cuestión realizados en los Estados Unidos, que apuntan a un menor consumo farmacéutico por parte del colectivo inmigrante.

Uno de los resultados más robustos de la literatura empírica española sobre inmigración y salud es que los inmigrantes tienden a sobreutilizar los servicios de emergencia en detrimento de los servicios de atención especializada. Algunos estudios recientes centrados en el Reino Unido muestran que en este país las minorías étnicas tienden a visitar menos al especialista a pesar de acceder más frecuentemente a los servicios de atención primaria que la población nativa.

Las disparidades en el acceso a los servicios sanitarios por parte del colectivo inmigrante podrían explicarse por una mayor tasa de absentismo de los inmigrantes a

las citas (Miralles y Díez, 2008), por diferencias en la práctica médica a la hora de referir a los pacientes a los servicios de atención especializada en función de la nacionalidad o país de nacimiento del paciente, por la falta de confianza de los pacientes en la sanidad en general, por un menor conocimiento del funcionamiento del sistema sanitario, por problemas de comunicación entre médico y paciente, o incluso por diferencias culturales en la percepción de la salud (Olsen y Dahl, 2007). Estas barreras de acceso a los servicios del especialista podrían influir en el aumento de las desigualdades en salud en el largo plazo, pero también podrían resultar en un mayor consumo de los servicios de atención de urgencias, que suelen tener un coste asociado mayor, y, consecuentemente, en menores niveles de eficiencia del sistema sanitario (Sanz y Torres, 2000).

Sin embargo, la literatura sobre inmigración y salud en España está sujeta a las siguientes limitaciones. Por un lado, gran parte de la evidencia empírica disponible procede de Cataluña, que dispone de una completa encuesta de salud con un elevado tamaño muestral para la población inmigrante, o está basada en datos de registro a nivel de hospital. Esto impide disponer de una visión general del fenómeno de la inmigración, además de no poderse extraer conclusiones válidas para todo el territorio español, ya que es necesario tener en cuenta que las características en la provisión de servicios pueden variar debido a la descentralización de la sanidad. Por otro lado, los estudios a nivel nacional basados en la ENS española tampoco están exentos de problemas. En primer lugar, la muestra de inmigrantes procedente de encuestas como la ENS podría estar sesgada, al excluir a los inmigrantes con menor nivel de renta. En segundo lugar, la ENS no identifica variables que reflejen la integración de los inmigrantes, tales como el tiempo de residencia del individuo en España o sus habilidades de comunicación en lengua española (Leclere *et al.*, 1994). A pesar de estas limitaciones, los resultados de la literatura sobre inmigración y salud en España apuntan a que el sistema sanitario tiene un importante papel en el diseño de políticas sanitarias más efectivas para la población inmigrante. Aunque en la actualidad se están adoptando algunas medidas para mejorar el acceso a los servicios de salud de este colectivo, tales como la provisión de mediadores culturales en los servicios sanitarios de la Comunidad Valenciana o en el Hospital Ramón y Cajal de Madrid (Diario Médico, 2009), en la mayoría de los casos se trata de iniciativas específicas que no se han extendido al conjunto del territorio español. Dada la estructura descentralizada del SNS español, es de esperar que sean aquellas comunidades autónomas que posean una mayor proporción de inmigrantes en su población total las más proclives a adoptar este tipo de medidas. Sin embargo, la posible disminución de la población extranjera como consecuencia de la actual crisis económica podría disminuir los incentivos de las Administraciones para integrar al colectivo inmigrante. Al mismo tiempo, si continúa reduciéndose la entrada de inmigrantes, es más probable que las diferencias en las pautas de utilización de los servicios sanitarios entre los inmigrantes ya establecidos en España y los autóctonos disminuyan, ya que la mayor parte de la evidencia internacional sugiere que las diferencias en la utilización de servicios sanitarios entre ambos colectivos tienden a reducirse con el tiempo de residencia.

Durante el próximo mes de abril tendrá lugar una conferencia ministerial sobre integración en el contexto de la presidencia española de la Unión Europea,

correspondiente al primer semestre del 2010, con el objetivo de abordar la integración de los inmigrantes como factor de desarrollo económico y de cohesión social en Europa (Ministerio de Trabajo e Inmigración, 2010). Las conclusiones alcanzadas en dicha conferencia y su implementación en países descentralizados en materia de salud, como España, requieren una especial atención.

## Recomendaciones

Teniendo en cuenta los resultados que se desprenden de este trabajo y considerando algunas medidas sanitarias concretas implementadas en varias comunidades autónomas o en otros países, es posible realizar las siguientes recomendaciones para favorecer la integración de los inmigrantes en el sistema sanitario español. Estas han sido clasificadas en tres áreas.

### • Mejora de los datos para el análisis

La escasa evidencia existente para el caso español sobre inmigración y salud indica la necesidad de abrir nuevas vías de investigación futura en este ámbito. En concreto, sería necesario conocer las razones exactas de los diferentes patrones de comportamiento observados en el consumo de recursos sanitarios por parte del colectivo inmigrante.

Estos estudios, sin embargo, requieren tamaños muestrales de la población inmigrante adecuados que permitan realizar inferencias y comparaciones concluyentes entre la población nacional y extranjera, y entre los diversos subgrupos de inmigrantes, con objeto de tener en cuenta la heterogeneidad de este colectivo. Pese a que la ENS del 2006 es la única encuesta de salud en España que incluye una muestra de inmigrantes suficientemente amplia, ésta no es totalmente representativa de la población extranjera residente en el territorio español (Hernández y Jiménez, 2009). Además, las encuestas referidas al colectivo inmigrante tales como la ENS deberían identificar variables que indiquen el nivel de adaptación del colectivo inmigrante en la sociedad española, como el tiempo de residencia en territorio español o la fluidez en la lengua española. En particular, la información referida al tiempo de residencia permitiría a los investigadores en esta materia una más adecuada conceptualización del término inmigrante, por ejemplo, como aquel individuo nacido en otro país y con pocos años de residencia en España (Malmusi y Jansá, 2007). El número de años de residencia en España también permitiría investigar la hipótesis de la selección de inmigrantes saludables

–ampliamente estudiada en otros países– con datos españoles. Por último, disponer de bases de datos longitudinales, que sigan la trayectoria de un individuo a lo largo de varios años, facilitaría la obtención de relaciones estadísticas concluyentes en las comparaciones de salud y acceso a los recursos sanitarios entre la población autóctona y la población inmigrante.

## • **Modificación de las condiciones de oferta**

### - **La institucionalización de la figura del mediador**

Acudir a los servicios sanitarios supone un problema para muchos inmigrantes, que no hablan fluidamente el español, y, por tanto, facilitar la comunicación a través de traductores o mediadores es una de las acciones principales para reducir las barreras en el acceso de los inmigrantes al sistema sanitario. En concreto, los mediadores o intérpretes ofrecen a los pacientes información sobre el sistema sanitario en el idioma propio del paciente y favorecen el entendimiento entre éste y los profesionales. Esta medida ya ha sido puesta en práctica por el Hospital Ramón y Cajal en Madrid (Diario Médico, 2009). Este hospital ofrece a sus pacientes la posibilidad de contar con un intérprete para las consultas con la intención de mejorar la calidad de la asistencia a los inmigrantes que acuden al centro y que no saben hablar español. El Hospital Ramón y Cajal, que atiende a un buen número de extranjeros (entre el 15% y el 20% de sus pacientes), cuenta con intérpretes que hablan, entre otros idiomas, diversas lenguas africanas. Algunos servicios hospitalarios en la Comunidad Valenciana también cuentan con un sistema de traducción mediante acceso telefónico con doble auricular, que permite el entendimiento entre paciente y médico en más de 20 lenguas extranjeras. Aquí también el intérprete es, además, mediador cultural, no limitándose a la mera traducción.

La figura del mediador o intérprete no está institucionalizada en España. En los Países Bajos, uno de los países europeos más comprometidos con el colectivo inmigrante, el sistema sanitario ofrece un sistema de traducción gratuita en casi 100 idiomas prácticamente para todos los servicios de salud (Mladovsky, 2007). Los casos concretos del Hospital Ramón y Cajal en Madrid, así como de otros hospitales en la Comunidad Valenciana y la experiencia internacional, nos indican que la potenciación de la figura del mediador cultural es una medida que se debe considerar por los diferentes gobiernos regionales para garantizar a todos los pacientes, con independencia de procedencia o nacionalidad, acceso a los servicios de salud en igualdad de condiciones. Se trataría de contar con un grupo estable en plantilla de mediadores que ayudaran a solucionar los problemas asistenciales, proporcionando confidencialidad e imparcialidad en la relación médico-paciente. Pese a ser una medida costosa, hay que tener en cuenta que, como sugiere un estudio para la Comunidad de Madrid, la existencia de barreras persistentes de acceso a los servicios de salud podría posponer la atención sanitaria de muchos inmigrantes, resultando en el consumo de tratamientos más costosos en los servicios de

urgencias (Sanz y Torres, 2000). Con objeto de mejorar la comunicación médico-paciente, otra medida extrínseca al sistema sanitario más asequible sería la de adaptar los cursos de español que ofrecen muchos ayuntamientos españoles a las posibles necesidades sanitarias específicas de los extranjeros (Taylor *et al.*, 2005).

**- Campañas de sensibilización hacia la población inmigrante destinadas a los autóctonos y profesionales sanitarios**

Las campañas de sensibilización para la población autóctona y para el personal sanitario pretenden evitar prejuicios sobre la población inmigrante. Por ejemplo, en el II Plan Integral de Salud Andaluz se establece como prioridad la sensibilización social acerca de los valores positivos del hecho migratorio, así como el rechazo a toda forma de racismo y xenofobia o cualquier tipo de discriminación. En definitiva, se trata de medidas que propicien en la sociedad actitudes favorables a la integración social de la población inmigrante, contribuyendo, así mismo, a mejorar el conocimiento del fenómeno de la inmigración por parte de la sociedad en general y de los profesionales que trabajan en contacto directo con los inmigrantes, en particular. Para ello, es necesario, como en el caso andaluz, la implicación de diferentes áreas: consejería de educación, de asuntos sociales, de cultura, de salud y de relaciones institucionales. Algunos ejemplos de iniciativas relacionadas con la sensibilización hacia la población inmigrante son: la organización de semanas interculturales, festivales musicales para difundir conocimientos sobre la población inmigrante; la producción y difusión de campañas publicitarias y programas en diferentes medios de comunicación; cursos, jornadas, encuentros, coloquios, charlas informativas y otras actividades de concienciación para la sociedad y los profesionales de los servicios sanitarios y sociales. Este tipo de acción enfocada hacia la aceptación de la nueva realidad por parte de la población nacional ayudaría a favorecer la respuesta del sistema de salud hacia la población inmigrante, mediante la provisión de servicios adaptados a la diversidad cultural de la sociedad, y evitando así la discriminación y los comportamientos xenófobos.

**- Favorecer la prevención y la promoción de la salud entre inmigrantes y la adaptación de los profesionales sanitarios a las necesidades específicas del colectivo inmigrante**

Las comunidades autónomas, en general, tienen como objetivo acercarse a una población inmigrante temerosa de usar los servicios sanitarios, debido en muchos casos a la falta de información o a la situación irregular de los ciudadanos extranjeros. Más allá de este objetivo que citan la mayor parte de los planes integrales de inmigración en las distintas comunidades autónomas, un objetivo más ambicioso consistiría en la prevención de las enfermedades (vacunaciones), la promoción de la salud y la adaptación por parte del sistema sanitario a las creencias y culturas de los inmigrantes. Como ejemplo de esta última iniciativa cabe destacar el Manual de atención sanitaria para inmigrantes del que dispone Andalucía, dirigido a los profesionales sanitarios (Consejería de Salud de la Junta de Andalucía, 2007). Para ello es necesaria la mejora de la competencia cultural de los profesionales, a través de la inclusión de programas de formación continuada sobre

temas específicos de competencia cultural, posibles dificultades y soluciones, patologías específicas para el colectivo inmigrante, así como posibles dificultades diagnósticas por motivos culturales.

**- Contratación de profesionales sanitarios de comunidades étnicas minoritarias**

La contratación de profesionales sanitarios procedentes de minorías étnicas reduciría los problemas de comunicación y favorecería la accesibilidad de los inmigrantes al sistema sanitario, permitiendo la integración de este colectivo en dicho sistema. En Holanda se ha comprobado el éxito de esta medida (Stanciole y Huber, 2009).

**• Mejora de las condiciones de la demanda**

**- Educación para la salud**

La organización de sesiones de educación para la salud, educación maternal y grupos de autoayuda, entre otras, son medidas importantes para el colectivo inmigrante, que presenta diferencias culturales con el país receptor. Esta iniciativa trataría de reducir las barreras culturales y religiosas, especialmente entre los extranjeros procedentes de países islámicos. La forma de entender la salud y la enfermedad en sus países de origen genera desconfianza en el sistema de salud receptor, sobre todo entre las mujeres (Gentil García, 2005).

**- Información al alcance de todos**

Una de las acciones que facilitarían la comunicación con la comunidad inmigrante es la traducción de las informaciones y recomendaciones a los pacientes a diversos idiomas. Un ejemplo de este tipo de medidas consiste en la dotación de una carpeta de salud al inmigrante. Ésta es una iniciativa ya llevada a cabo en Andalucía, incluida como instrumento de apoyo para la atención sanitaria a inmigrantes en el Manual de Atención Sanitaria para Inmigrantes de dicha comunidad (Consejería de Salud de la Junta de Andalucía, 2007). Esta carpeta contendría información sobre los servicios sanitarios públicos de la comunidad en la que se encuentra el inmigrante, en varios idiomas, además de la traducción de folletos sobre temas de salud relevantes para los inmigrantes que incluyan, entre otros aspectos, información sobre cómo acceder a los servicios sanitarios públicos y los servicios que se ofrecen en la comunidad en cuestión; información con los calendarios oficiales de vacunación para niños y adultos, favoreciendo así la vacunación de los inmigrantes; e información sobre la prevención de enfermedades de transmisión sexual y sida, incluyendo teléfonos y direcciones de contacto donde pueden acudir en caso de necesidad.

## Bibliografía

- Abásolo, I. *et al.* (2001), Equity in utilization of and access to public sector GPs in Spain. *Applied Economics*, 33, 349–64.
- Aja, E. *et al.* (2010), La Inmigración en Tiempos de Crisis. Anuario de la inmigración en España. Edición 2009. Aja, E., Arango, J. y Oliver, J. (eds.).
- Boletín Oficial del Estado (2002), Ley 36/2002, de 8 de octubre, de modificación del Código Civil en materia de nacionalidad. BOE núm. 242, 9/10/2002.
- Boletín Oficial del Estado (2000), Ley orgánica 4/2000, de 11 de enero, sobre derechos y libertades de los extranjeros en España y su integración social. BOE núm. 10, 12/01/2000.
- Briesacher, B. A. *et al.* (2003), Racial and ethnic disparities in prescription coverage and medication use. *Health Care Financing Review*, 25 (2), 63–76.
- Brown, W.M. *et al.* (2006), Time spent in the United States and breast cancer screening behaviours among ethnically diverse immigrant women: evidence for acculturation? *Journal of immigrant and minority health*, 8, 347–58.
- Carrasco Garrido, P. *et al.* (2007), Health profiles, lifestyles and use of health resources by the immigrant population resident in Spain. *European Journal of Public Health*, 17(5), 503–7.
- Carrasco, R. *et al.* (2008), Los efectos de la inmigración sobre las condiciones de los trabajadores nativos en el mercado de trabajo: evidencia para España. En Aja, E.; Arango, J., y Oliver, J. (eds.), La inmigración en la encrucijada. Anuario de la inmigración en España, Barcelona, Cidob edicions.
- Casado Marín, D. *et al.* (2009), El impacto de la demografía sobre el gasto sanitario futuro de las Comunidades Autónomas. Fundación Pfizer. Disponible en [http://www.fundacionpfizer.org/docs/impacto\\_demografia\\_sobre\\_gasto\\_sanitario\\_futuro\\_CCAA.pdf](http://www.fundacionpfizer.org/docs/impacto_demografia_sobre_gasto_sanitario_futuro_CCAA.pdf)
- Clavero, A. y González, M. L. (2005), La demanda de asistencia sanitaria en España desde la perspectiva de la decisión del paciente. *Estadística Española*, 158: 55–87.
- Consejería de Gobernación, Junta de Andalucía (2006), II Plan Integral para la Inmigración en Andalucía, 2006–2009.

- Consejería de Salud, Junta de Andalucía (2007), Manual de atención sanitaria a inmigrantes: guía para profesionales de la salud. Sevilla, 389 p.
- Conselleria de Sanitat, Generalitat Valenciana (2005), Plan de Salud de la Comunidad Valenciana 2005–2009. Comunidad Valenciana, 290 p.
- Cots, F. *et al.* (2002), Perfil de la casuística hospitalaria de la población inmigrante de Barcelona. *Gaceta Sanitaria*, 16, 376–84.
- Cots, F. *et al.* (2007), Impact of immigration on the cost of emergency visits in Barcelona (Spain). *BMC Health Services Research*, 7, 9–17.
- Diario Médico (2009). Página web de inmigración y salud. Disponible en: <http://medicablogs.diariomedico.com/inmigracion/>
- García Gómez, P. (2007), Salud y utilización de los recursos sanitarios: un análisis de las diferencias y similitudes entre población inmigrante y autónoma. *Presupuesto y Gasto Público*, 49 (4), 67–86.
- García Gómez, P. y López Nicolás, A. (2004), The evolution of socio-economic health inequalities in Spain: 1987-2001. Documento de Trabajo Num. 756, Universitat Pompeu Fabra.
- García Gómez, P. y López Nicolás, A. (2007), The evolution of inequity in the access to health care in Spain: 1987-2001. Documento de Trabajo Num. 10, Fundación BBVA.
- Gaskin, D.J. *et al.* (2006), Exploring racial and ethnic disparities in prescription drug spending and use among Medicare beneficiaries. *The American Journal of Geriatric Pharmacotherapy*, 4 (2), 96–111.
- Gentil García, I. (2005). Educación para la salud a inmigrantes marroquíes. *Cultura de los cuidados*, IX (17), 54–8.
- Gómez, S.L. *et al.* (2004), Immigration and acculturation in relation to health and health-related risk factors among specific Asian subgroups in a Health Maintenance Organisation. *American Journal of Public Health*, 94 (11), 1977–84.
- Hargraves, J.L., y Hadley, J. (2003): The contribution of insurance coverage and community resources to reducing racial/ethnic disparities in access to care. *Health Services Research*, 38 (3), 809–29.
- Hernández Quevedo, C. y Jiménez Rubio, D. (2009), A comparison of the health status and health care utilisation patterns between foreigners and the national population in Spain: New evidence from the Spanish National Health Survey. *Social Science and Medicine*, 69 (3), 370–8.
- Iglesias, C. y Llorente, R. (2008), Efectos de la inmigración en el mercado de trabajo español. *Economía Industrial*, 367, 85–92.
- Instituto Nacional de Estadística (2009), “Principales series de población desde 1998”. Disponible en: <http://www.ine.es/jaxi/menu.do?type=pcaxis&path=/t20/e245/p08/&file=pcaxis>.
- Leclere, F. *et al.* (1994), Health care utilization, family context, and adaptation among immigrants to the United States. *Journal of Health and Social Behaviour*, 35 (4), 370–84.
- Malmusi, D. y Jansá i López del Vallado, J.M. (2007), Recomendaciones para la investigación e información en salud sobre definiciones y variables para el estudio de la población inmigrante de origen extranjero. *Revista Española de Salud Pública*, 81, 399–409.
- Marmot, M.G. *et al.* (1984), Lessons from the study of immigrant mortality. *Lancet*, 1 (8392), 1455–7.

- Marmot, M.G., y Syme, S.L. (1976), Acculturation and coronary heart disease in Japanese-Americans. *American Journal of Epidemiology*, 104 (3), 225–47.
- McDonald, J.T., y Kennedy, S. (2004), Insights into the “healthy immigrant effect”: health status and health service use of immigrants to Canada. *Social Science and Medicine*, 59, 1613–27.
- Méndez Lago, M. (2007), Actitudes de los españoles ante la inmigración: una mirada desde las encuestas. En Aja, E., y Arango, J. (eds.). *La inmigración en España en 2006. Anuario de Inmigración y Políticas de Inmigración*. Barcelona, Cidob Edicions.
- Ministerio del Interior (2009), Los inmigrantes ilegales llegados en embarcaciones descienden un 40% en los siete primeros meses de 2009. Nota de prensa, 14 de Agosto de 2009. Disponible en [http://www.mir.es/DGRIS/Notas\\_Prensa/Ministerio\\_Interior/2009/np081402.html](http://www.mir.es/DGRIS/Notas_Prensa/Ministerio_Interior/2009/np081402.html).
- Ministerio de Trabajo e Inmigración (2010), Programa de la Presidencia española en los ámbitos sociolaboral y de inmigración (primer semestre del 2010). Consejo JAI. Ministerio de Trabajo e Inmigración.
- Miralles, M. y Díez, E. (2008), Análisis de la demanda asistencial de la población inmigrante en la atención neurológica ambulatoria. *Neurología*, 23 (6), 361–6.
- Mladovsky, P. (2007), Migration and health in the EU. Research Note. Bruselas, Comisión Europea.
- Morris, S, *et al.* (2005), Inequity and inequality in the use of health care in England: an empirical investigation. *Social Science and Medicine*, 60, 1251–66.
- Movimiento contra la Intolerancia (2009), Informe Raxen. Especial 2009: Crisis Económica, Xenofobia y Neofascismo en España.
- Oficina Económica del Presidente (2006), *Inmigración y Economía Española 1996-2006*.
- Olsen, K. M., Dahl, S. (2007), Health differences between European countries. *Social Science and Medicine*, 64, 1665-78.
- Pérez Infante, J.I. (2008), La inmigración y el empleo de los extranjeros en España. En Aja, E., Arango, J., y Oliver, J. (eds.). *La inmigración en la encrucijada. Anuario de la inmigración en España*, Barcelona, Cidob edicions.
- Rue, M. *et al.* (2008), Differences in pharmaceutical consumption and expenses between immigrant and Spanish-born populations in Lleida, (Spain): A 6-months prospective observational study. *BMC Health Services Research*, 8 (35).
- Sandell, R. (2007), *Inmigración: diferencias a nivel mundial*. Documentos de trabajo. Real Instituto Elcano.
- Sanz, B. y Torres, A. M. (2000), Sociodemographic characteristics and use of health services by the immigrant population residing in a district of the community of Madrid. *Atención Primaria*, 26, pp. 314–318.
- Smaje, C., y Le Grand, J. (1997), Ethnicity, equity and the use of health services in the British NHS. *Social Science and Medicine*, 45 (3), pp. 485–496.
- Stanciole, A. E. y Huber, M. (2009), Access to health care for migrants, ethnic minorities and asylum seekers in Europe. Policy brief, European Centre for Social Welfare Policy and Research.
- Taylor, L. E., *et al.* (2005), Older immigrants: Language competencies and mental health. *Canadian Journal of Community Mental Health*, 24, pp. 23-34.

Tobes, P. *et al.* (2009), Inmigración y gasto social en España. Análisis de las funciones: sanidad, educación y desempleo. Ponencia presentada al XVI Encuentro de Economía Pública, Granada, 5 y 6 de febrero. Disponible en <http://www.ugr.es/~montero/XVIleep/64.pdf>

Torres Cantero, A.M., *et al.* (2007), Health care provision for illegal migrants: may health policy make a difference?. *European Journal of Public Health*, Vol. 17 (5), pp. 483–485.

# Índice de Gráficos

## Gráficos

Gráfico 1. Proporción de población extranjera en población total (1998-2008) .....	11
Gráfico 2. Proporción de población extranjera por comunidad autónoma (2007) ....	11
Gráfico 3. Distribución de inmigrantes por nacionalidad (2008) .....	12
Gráfico 4. Distribución de inmigrantes por país de nacimiento (2008) .....	12
Gráfico 5. Proporción de inmigrantes y de españoles en edad legal de trabajar (2008) .....	13

## Trabajos publicados

- EP 1/1999 Cuadernos con alternativas 1. *Varios autores.*
- EP 2/1999 Cuadernos con alternativas 2. *Varios autores.*
- EP 3/1999 Bases para una reforma de la política. *Varios autores.*
- EP 4/2000 La educación a debate. *Victoria Camps.*
- EP 5/2000 Un pacto de Estado para la justicia. *Varios autores.*
- EP 6/2000 Sistema Nacional de Salud. *Javier Rey.*
- EP 7/2001 La Universidad Europea del Trabajo. *Varios autores.*
- EP 8/2001 La judicialización en la Unión Europea. Quién gana y quién pierde. *Antonio Estella.*
- EP 8 bis/2001 La liberalización de los servicios de interés económico general. Un modelo progresista dentro y para Europa. *Leonor Moral.*
- EP 9/2002 La armonización del impuesto sobre la renta de las personas físicas en el marco del debate federalista. Posibilidades y límites. *Violeta Ruiz.*
- EP 10/2002 La participación de los españoles en elecciones y protestas. *Belén Barreiro.*
- EP 11/2002 La Constitución europea y la Carta de Derechos fundamentales. *María Luisa Fernández.*
- EP 11 bis/2003 El proceso constituyente europeo en sentido estricto. Relanzar la integración desde la ciudadanía. *Rosa Velázquez.*
- EP 12/2003 Las nuevas formas de participación en los gobiernos locales. *Eloísa del Pino y César Colino.*
- EP 13/2003 El proceso de globalización. Análisis de las propuestas alternativas al Consenso de Washington. *Carlos Garcimarin y Santiago Díaz de Sarralde.*
- EP 14/2004 El modelo social en la Constitución europea. *José Vida.*
- EP 15/2004 Los procesos migratorios. Alternativas al discurso dominante. *Arantxa Zaguirre.*
- EP 16/2005 La enseñanza de la religión católica en España. *Margarita Lema.*
- EP 17/2005 Ciudadanía y minorías sexuales. La regulación del matrimonio homosexual en España. *Kerman Calvo.*
- EP 18/2005 La financiación de las confesiones religiosas en España. *Alejandro Torres.*
- EP 19/2006 Propuestas para la reforma del sistema electoral español. *Rubén Ruiz.*
- EP 20/2006 Mujer y vivienda. Una aproximación al problema de la vivienda desde una perspectiva de género. *Jordi Bosch.*
- EP 21/2006 La restricción de derechos fundamentales en el marco de la lucha contra el terrorismo. M.<sup>a</sup> *Ángeles Catalina Benavente.*
- EP 22/2006 Una propuesta para la enseñanza de la ciudad democrática en España. *Irene Martín Cortes.*
- EP 23/2006 Los símbolos y la memoria del Franquismo. *Jesús de Andrés Sanz.*
- EP 24/2007 Cambios en las relaciones de trabajo y derecho a la huelga. *Xavier Solà Monells y Daniel Martínez Fons.*
- EP 25/2007 Modelos familiares y empleo de la mujer en el Estado de bienestar español. *Almudena Moreno Mínguez.*
- EP 26/2007 La exclusión social: análisis y propuestas para su prevención. *Anabel Moriña Díez.*
- EP 27/2007 La reforma del Senado. *Alberto Penadés e Ignacio Urquizu-Sancho.*
- EP 28/2007 Un nuevo enfoque de la solidaridad autónoma a través de los Fondos de Compensación Interterritorial. *Roberto Fernández Llera y Francisco J. Delgado Rivero.*
- EP 29/2007 Derecho de asilo y mutilación genital femenina: mucho más que una cuestión de género. *Yolanda García Ruiz.*
- EP 30/2008 El desarrollo de políticas públicas locales como garantes de la satisfacción de los ciudadanos. *Pablo Gutiérrez Rodríguez y Marta Jorge García-Inés.*
- EP 31/2008 El turismo residencial y las políticas públicas europeas. *Fernando J. Garrigós Simón y Daniel Palacios Marqués.*
- EP 32/2008 La economía social y su participación en el desarrollo rural. *Andrés Montero Aparicio.*
- EP 33/2008 Prostitución y políticas públicas: entre la reglamentación, la legalización y la abolición. *Pedro Brufao Curiel.*
- EP 34/2008 La dimensión territorial de la pobreza y la privación en España. *Jesús Pérez Mayo.*
- EP 35/2008 "Ampliar para ganar": las consecuencias electorales del crecimiento del Metro en Madrid, 1995-2007. *Luis de la Calle Robles y Lluís Orriols i Galve.*
- EP 36/2008 Las causas de la participación y sus consecuencias en el voto de centro y de izquierda en España. *Sebastián Lavezzolo Pérez y Pedro Riera Segrera.*

- EP 37/2008 El medio ambiente urbano en la Unión Europea. *Susana Borràs Pentinat*.
- EP 38/2008 Control político y participación en democracia: los presupuestos participativos. *Ernesto Ganuza Fernández y Braulio Gómez Fortes*
- EP 39/2008 Cataluña después del "Tripartit". Continuidad y cambio en patrones de comportamiento electoral. *Laia Balcells Ventura y Elna Roig Madorran*.
- EP 40/2009 La reducción de empleo y sus consecuencias en los resultados: un análisis de las empresas españolas. *Fernando Muñoz Bullón y María José Sánchez Bueno*.
- EP 41/2009 Flexicurity and Gender Equality: advancing flexicarity policies in Denmark and Spain. *Óscar García Agustín y Lise Rolandsen Agustín*.
- EP 42/2009 La cobertura de la situación de dependencia. *Djamil Tony Kahale Carrillo*.
- EP 43/2009 Políticas públicas y segregación residencial de la población extranjera en la Comunidad de Madrid. *Alfonso Echazarra de Gregorio*.
- EP 44/2009 Libre circulación de personas y ciudadanía social: ¿cabe imponer barreras al turismo social? *Borja Suárez Corujo y Tomás de la Quadra-Salcedo Janini*.
- EP 45/2009 Nuevos desafíos democráticos: hacia una iniciativa legislativa popular efectiva. *Carmela Mallaina García*.
- EP 46/2009 La deconstrucción del servicio público de televisión: hacia una política de innovación en las nuevas plataformas digitales. *Alberto González Pascual*.
- EP 47/2010 Desigualdad de rentas y desigualdad de oportunidades en España. *Christelle Sapata*.
- EP 48/2010 Un análisis del efecto de la Ley de igualdad en la representación electoral, parlamentaria y en el comportamiento electoral de las mujeres en las elecciones generales de 2008. *Álvaro Martínez Pérez y Kerman Calvo Borobia*.
- EP 49/2010 ¿Querer es poder? Un análisis de la fecundidad de las mujeres españolas e inmigrantes. *María José Hierro Hernández y Margarita Torre Fernández*.



