



Canvis en l'accés a l'atenció sanitària dels immigrants en el context de crisi econòmica

Irene García Subirats
Victoria Porthé

Servei d'Estudis i Prospectives en Polítiques de Salut
(SEPPS)



Subprograma de
Inmigración y Salud

Sessió tècnica del Consorci de Salut i Social de Catalunya

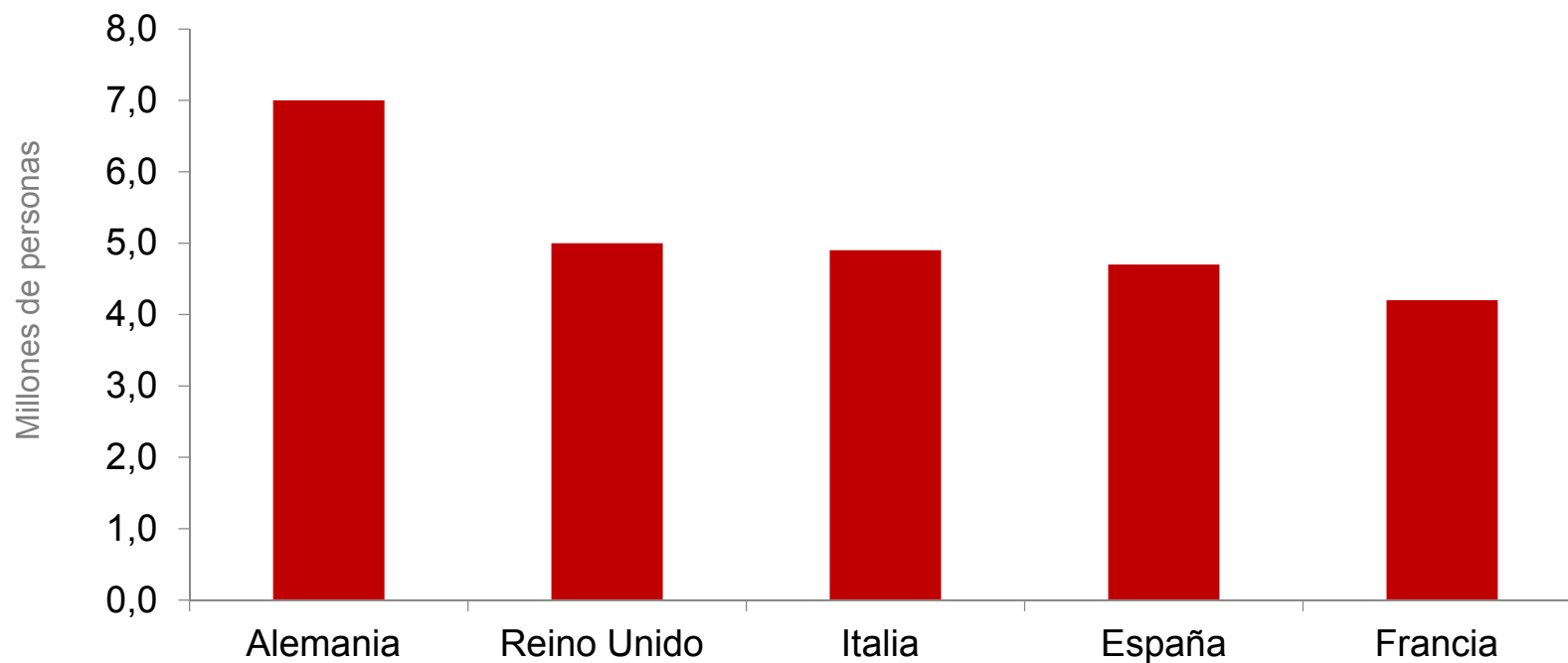
Barcelona, 28 d'abril de 2016

Contenidos

- Antecedentes
- Objetivo
- Subestudio I
 - Cambios en el acceso y utilización de los servicios de salud: análisis de datos de ENSE 2006-2011/12
- Subestudio II
 - El acceso a los servicios sanitarios para la población inmigrante en el contexto de crisis económica. Perspectiva del personal sanitario y usuarios inmigrantes
- Conclusión

Evolución de la inmigración en España y Cataluña

Países de UE-28 con mayor población extranjeros (2014)

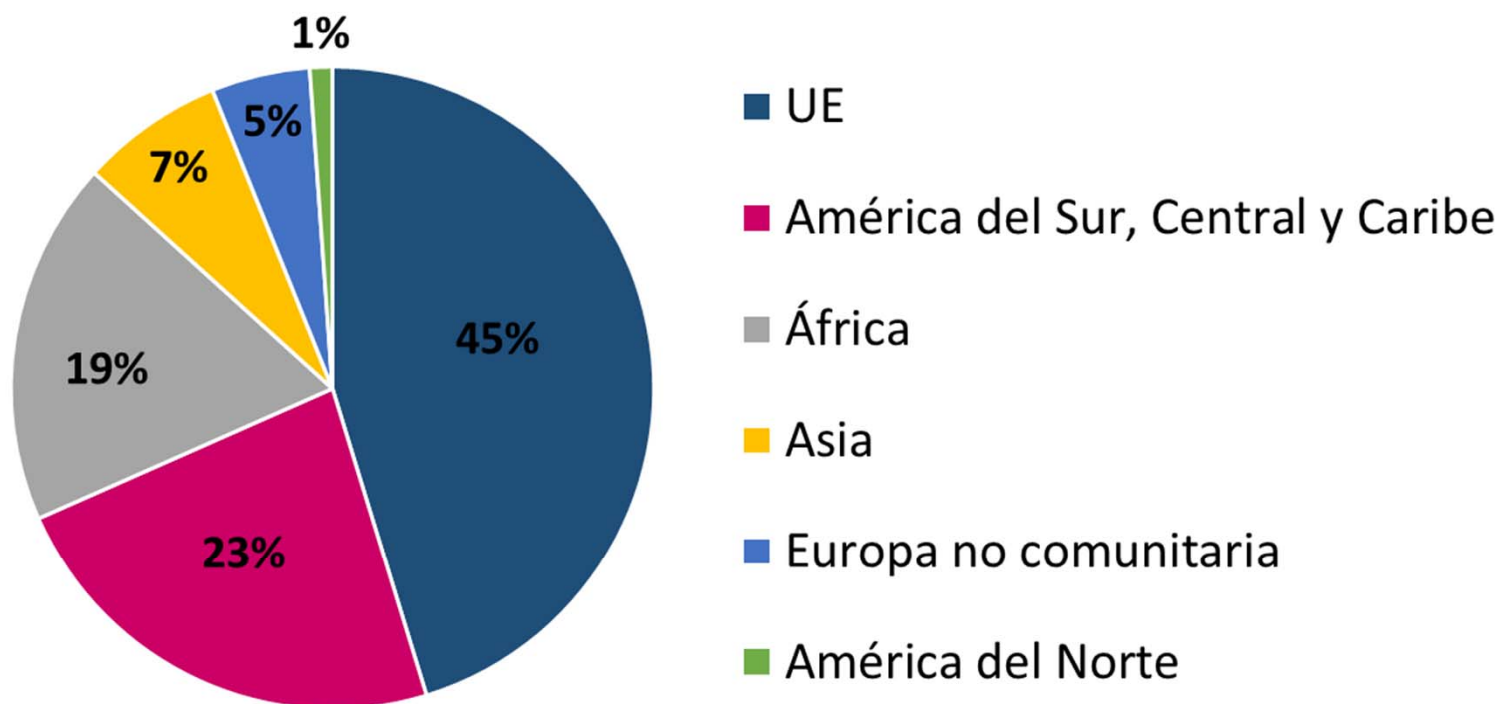


Representan el 76% de los extranjeros que viven en la UE

Fuente de datos Eurostat 2015

http://ec.europa.eu/eurostat/statistics-explained/index.php/Migration_and_migrant_population_statistics#Migration_flows

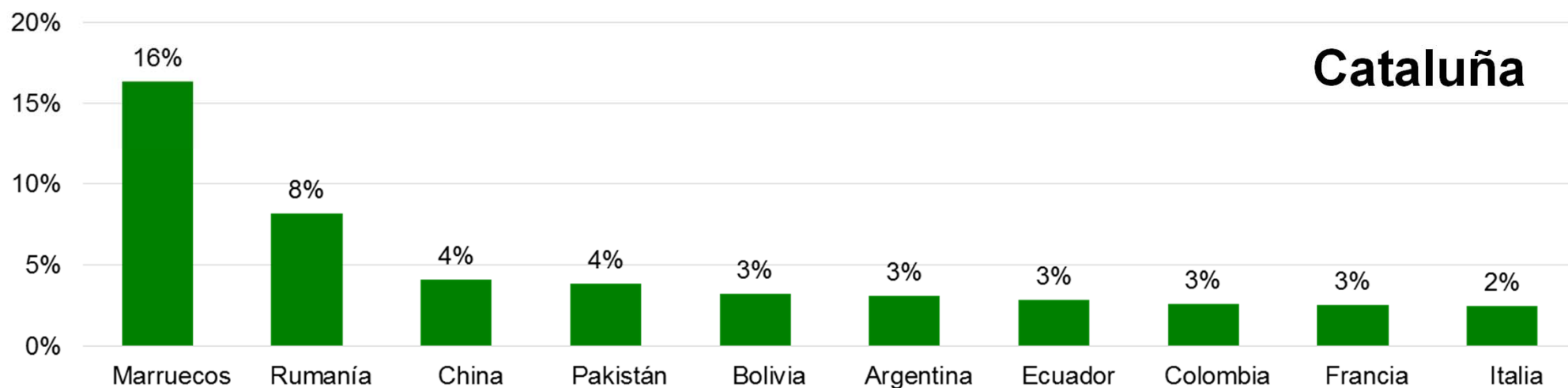
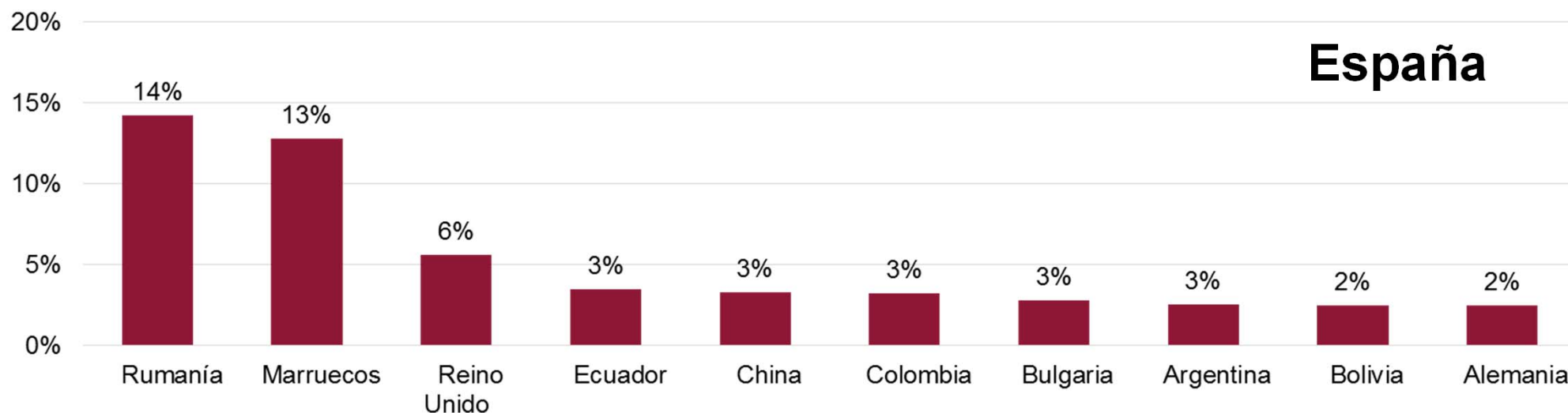
Procedencia de la población extranjera en España



Fuente de datos. INE (Estadística del Padrón Continuo 2015)

<http://www.ine.es/jaxi/tabla.do?path=/t20/e245/p04/a2015/I0/&file=00000008.px&type=pcaxis&L=0>

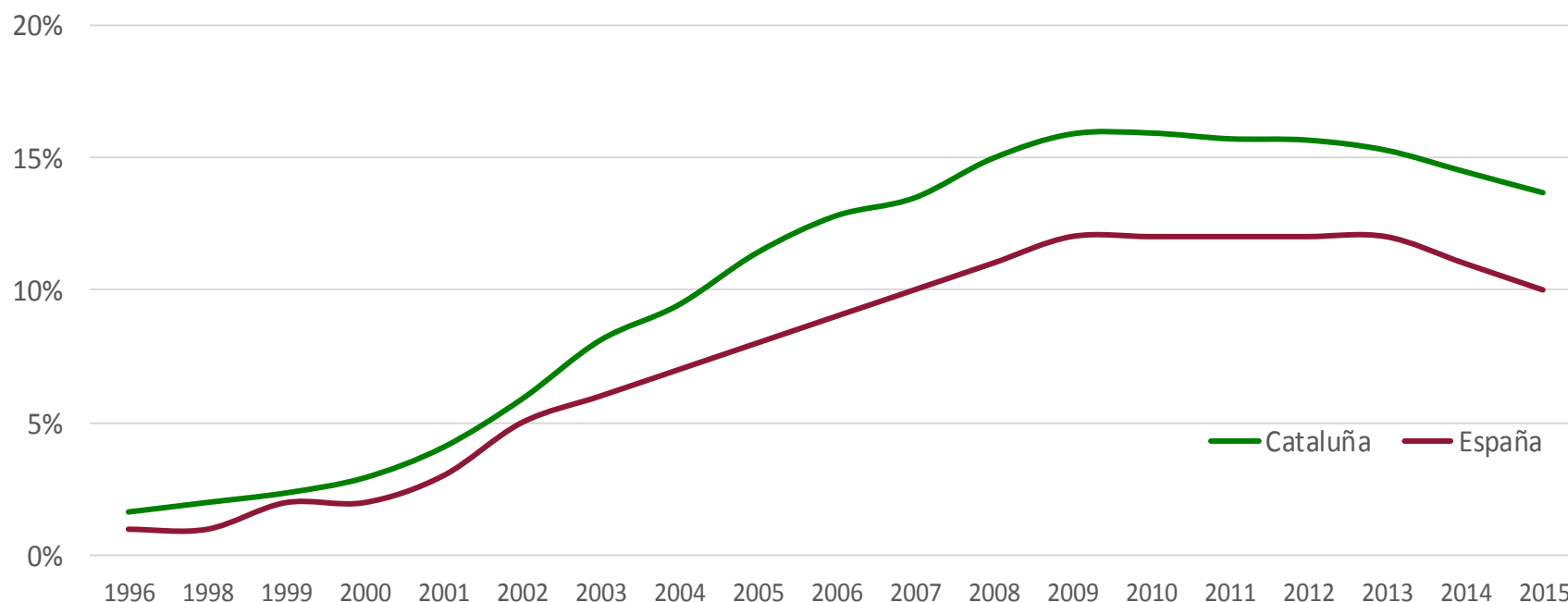
Principales países de nacimiento de los extranjeros



Fuente de datos. INE (Estadística del Padrón Continuo 1º enero 2015)

Evolución de la población extranjera

Evolución población extranjera en España y Cataluña (1996-2015)



Fuente: Instituto Nacional de estadística (Datos del Padrón Continuo, 1 enero 2015); IDESCAT

En situación irregular

- UE 2008: 1,9 a 3,8 millones de extranjeros irregulares, supone **0,4-0,8%** de la **población** o el 7-13% de los extranjeros residentes¹
- España 2009: estiman entre **300.000-390.000** extranjeros irregulares²

1. Vogel D et al. The size of the irregular migrant population in the European Union – counting the uncountable? Int Migr. 2011;49(5):78-96.

2. http://irregular-migration.net/typo3_upload/groups/31/4.Background_Information/4.5.Update_Reports/UpdateReport_Spain_Gonzalez_Nov09.pdf

Efectos de las crisis sobre la salud

Mecanismos por lo que las crisis afectan a la salud

→ Mecanismos directos (sobre el sistema de salud)

- Reducción del gasto público y del gasto en salud (recursos humanos, materiales, cierre de camas, etc.)
- Transformaciones en las condiciones de acceso a la atención (exclusión, co-pagos)

→ Mecanismos indirectos

- Efectos sobre los determinantes sociales de la salud

Medidas políticas aplicadas en España

→ Mecanismos directos

- Reducción del gasto sanitario: un 18,8% en el 2013 respecto al 2010⁽¹⁾
- Cambios condiciones de acceso:
Hasta 2012: Derecho de los extranjeros residentes en España (Ley Orgánica 4/2000; 2009)

Real Decreto Ley 16/2012, del 20 de abril: Afiliación a la SS.SS



Excluye algunos grupos de atención: población situación irregular



Cataluña
TSI restringida a AP
Instrucciones (10/2012; 08/2015)

- Co-pago farmacéutico

→ Mecanismos indirectos

- Reforma del mercado laboral
 - Tasa de paro en 2015: 33,7% inmigrantes y 22,4% españoles (14,7% y 8,7% respectivamente en 2008)
- Recortes en gasto público en políticas sociales

(1) Ministerio de Hacienda y Administraciones Públicas. Estadísticas de los Presupuestos Generales del Estado Consolidados; 2013

(2) Instituto Nacional de Estadística. Encuesta de Población Activa (EPA). Primer trimestre de 2015.

Acceso de la población inmigrante en España

- La mayoría de estudios dirigidos a analizar el impacto de la crisis sobre la salud de la población:
 - La evidencia apunta a un aumento de las desigualdades en salud entre autóctonos e inmigrantes
- Limitada evidencia sobre el impacto de la crisis en el acceso a la atención en población inmigrante

Estudios cuantitativos:

- Comparación de los niveles de utilización
 - Misma utilización de atención primaria; menor de atención especializada y mayor de urgencias

Estudios cualitativos

- Denegación atención o cobros a usuarios sin TSI;
- Aumento de barreras de acceso a tratamientos por aumento de copago;
- Contratación seguro privados para evitar exclusión.

Objetivos

Objetivos del proyecto

Objetivo general

Analizar la influencia de la crisis económica el acceso a la atención sanitaria en población inmigrante en España

Subestudio I

a) Analizar los cambios en el acceso y utilización de los servicios de salud entre el año 2006-2011/12

Subestudio II

b) Analizar los cambios en el acceso a los servicios de salud desde la perspectiva del personal sanitario y la población inmigrante en el contexto de crisis económica

Subestudio I

Cambios en el acceso y utilización de los servicios de
salud: análisis de datos de ENSE 2006-2011/12

Método

Diseño y fuente de datos

Estudio comparativo, basado en el análisis de dos encuestas:

- Encuestas Nacionales de Salud de España (ENSE) de 2006 y 2011/12

Muestra

Población no institucionalizada entre 16-59 años (autóctona e inmigrante)

Variables

Resultado

- Necesidad insatisfecha
- Utilización de los servicios de: primaria, especializada, urgencias, hospitalización

Explicativas (Aday & Andersen)

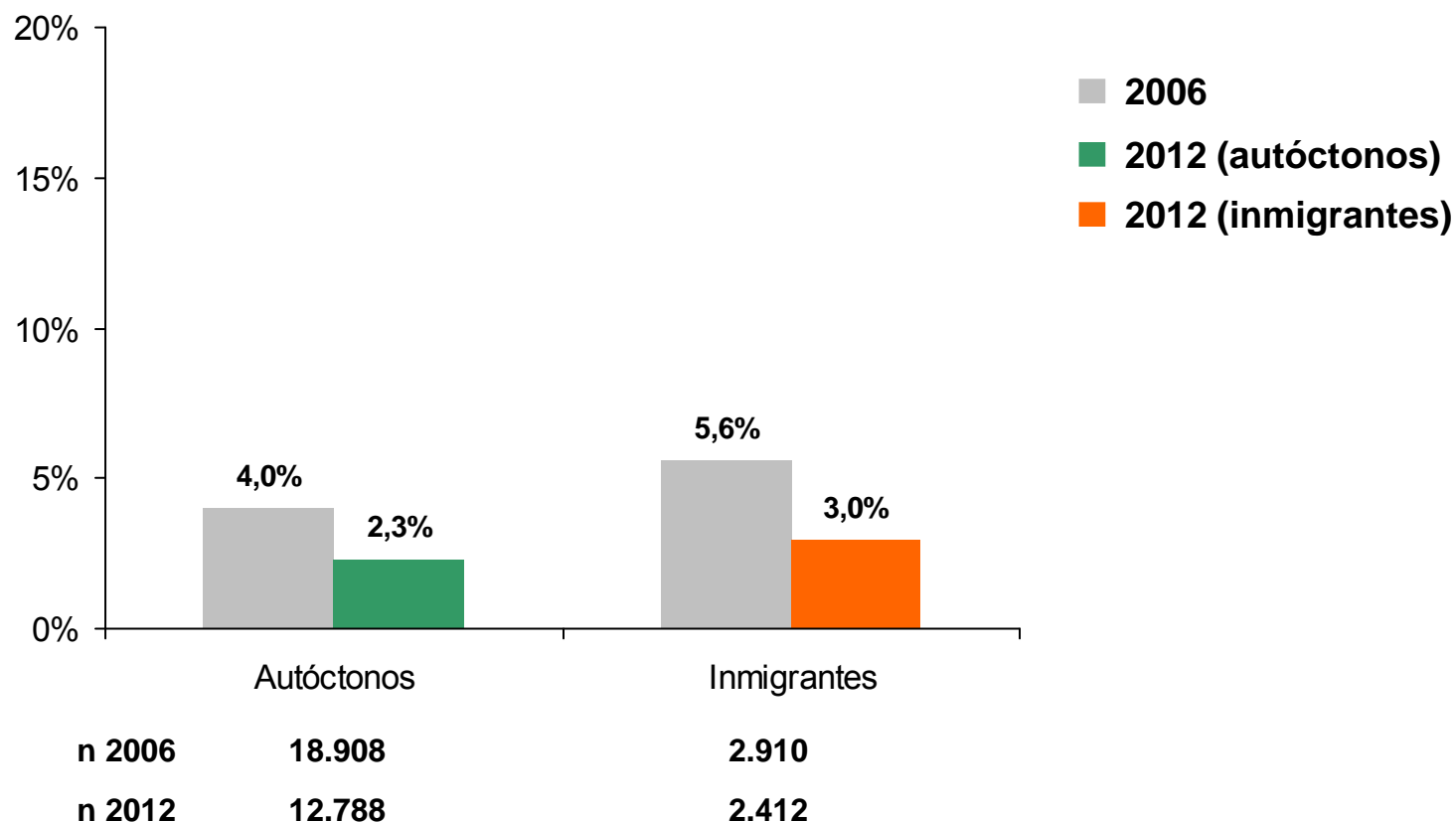
- Factores que predisponen: edad, sexo, tiempo de residencia
- Factores que capacitan: clase social, situación laboral, seguro privado de salud
- Necesidad: salud auto percibida, condición crónica, accidente

Análisis bivariado y multivariado

Resultados

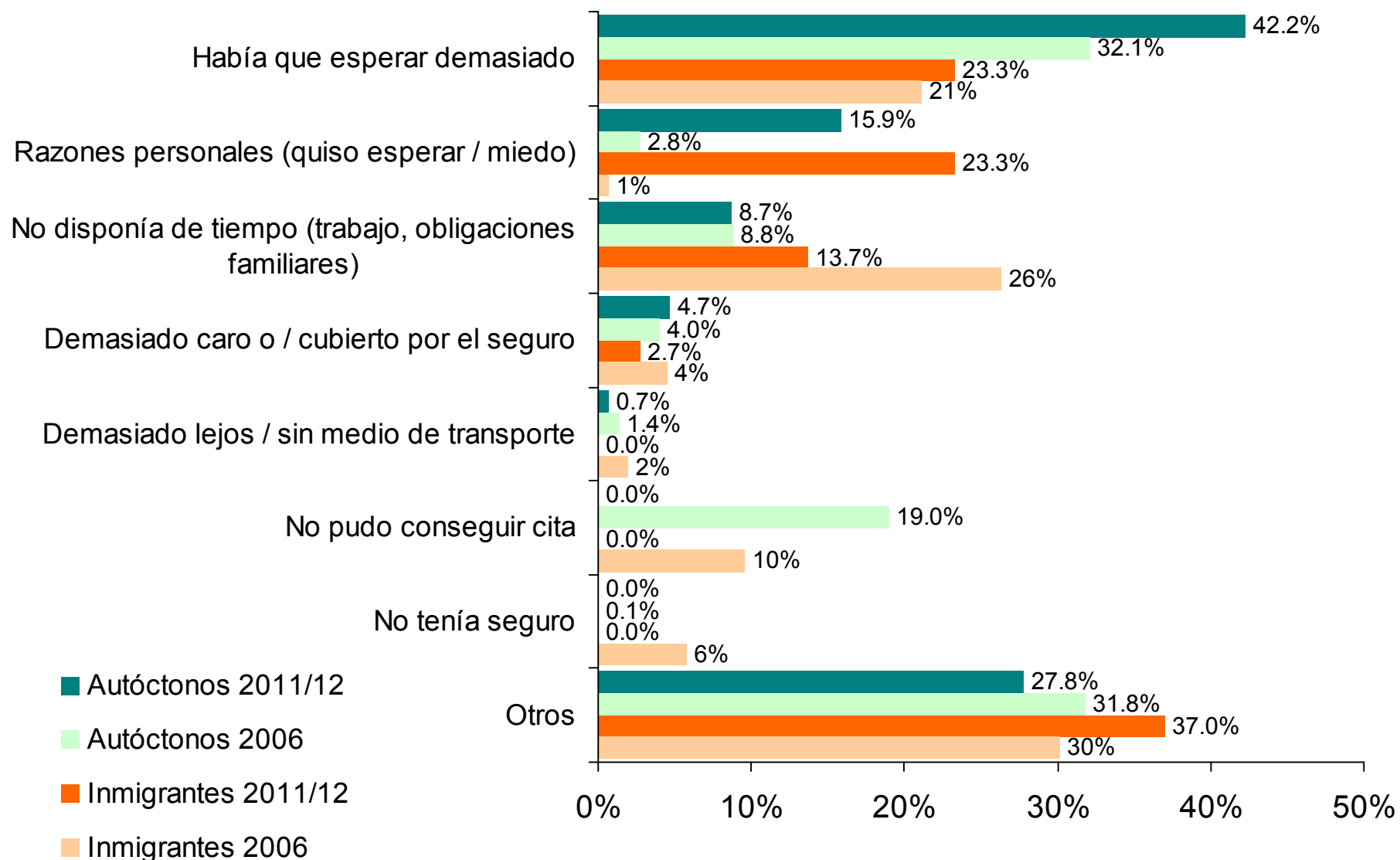
Cambios en las necesidades insatisfechas

Porcentaje de población que no recibió atención cuando la necesitó



- ❖ **La necesidad insatisfecha** disminuyó de manera significativa estadísticamente en ambas poblaciones, pero se mantiene más elevada en la población inmigrante

Motivos de las necesidades insatisfechas

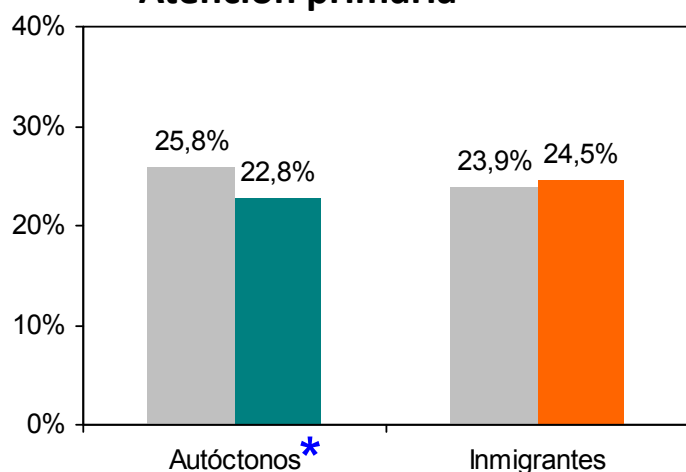


Diferencias en la utilización de los servicios

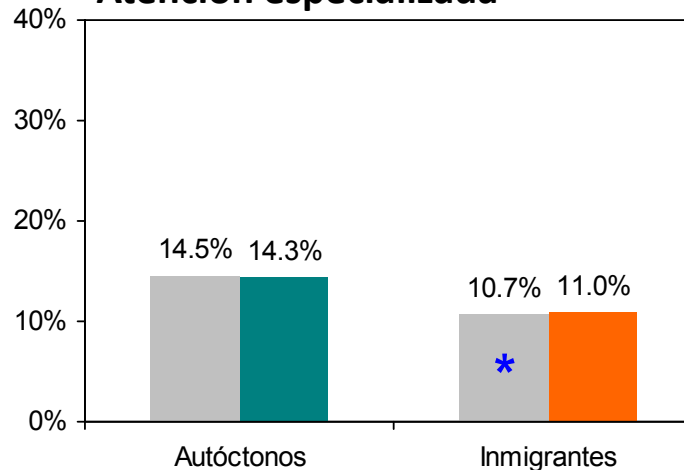
Prevalencia de utilización de cada nivel asistencial, por año y origen

	Autóctonos	Inmigrantes
n 2006	18.908	2.910
n 2012	12.788	2.412

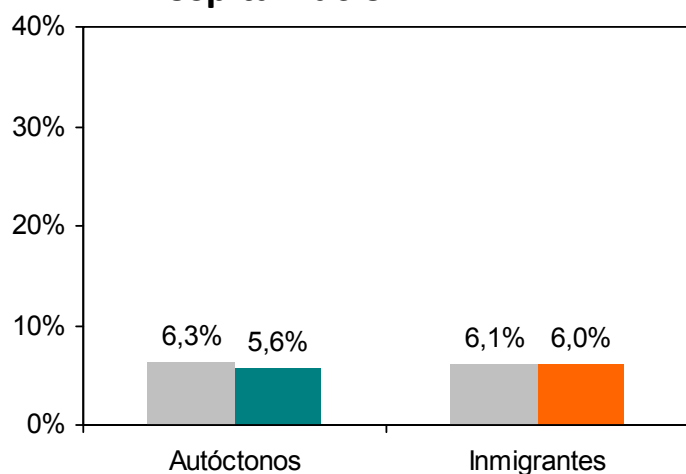
Atención primaria



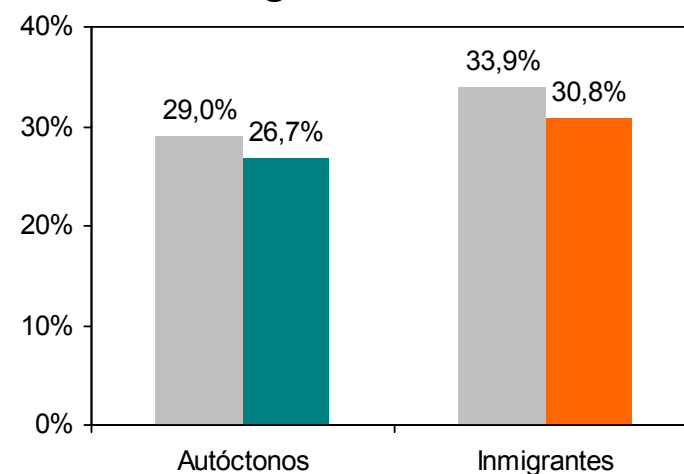
Atención especializada



Hospitalización



Urgencias



* Diferencia estadísticamente significativa después del ajuste por factores que predisponen, capacitan y de necesidad

Determinantes de la utilización

Principales determinantes asociados con una mayor utilización de los servicios de salud

	Población autóctona	Población inmigrante
Necesidad	<ul style="list-style-type: none">• Estado de salud percibido malo (todos los niveles)	<ul style="list-style-type: none">• Estado de salud percibido malo (todos los niveles)
	<ul style="list-style-type: none">• Condición crónica (AP, AE, U, H 2012)	<ul style="list-style-type: none">• Condición crónica (AP, U)
	<ul style="list-style-type: none">• Accidente (H, U)	<ul style="list-style-type: none">• Accidente (H 2012, U)

AP: atención primaria; AE: atención especializada; H: hospitalización; U: urgencias

Determinantes de la utilización

Principales determinantes asociados con una mayor utilización de los servicios de salud

	Población autóctona	Población inmigrante
Necesidad	<ul style="list-style-type: none">• Estado de salud percibido malo (todos los niveles)• Condición crónica (AP, AE, U, H 2012)• Accidente (H, U)	<ul style="list-style-type: none">• Estado de salud percibido malo (todos los niveles)• Condición crónica (AP, U)• Accidente (H 2012, U)
Predisponen	<ul style="list-style-type: none">• Sexo: mujeres (AP, AE, U 2012); hombres (H)• Edad: jóvenes 16-30 años (U)	<ul style="list-style-type: none">• Sexo: mujeres (AP 2012, AE)• Edad: jóvenes 16-30 años (U 2006)

AP: atención primaria; AE: atención especializada; H: hospitalización; U: urgencias

Determinantes de la utilización

Principales determinantes asociados con una mayor utilización de los servicios de salud

	Población autóctona	Población inmigrante
Necesidad	<ul style="list-style-type: none"> • Estado de salud percibido malo (todos los niveles) • Condición crónica (AP, AE, U, H 2012) • Accidente (H, U) 	<ul style="list-style-type: none"> • Estado de salud percibido malo (todos los niveles) • Condición crónica (AP, U) • Accidente (H 2012, U)
Predisponen	<ul style="list-style-type: none"> • Sexo: mujeres (AP, AE, U 2012); hombres (H) • Edad: jóvenes 16-30 años (U) 	<ul style="list-style-type: none"> • Sexo: mujeres (AP 2012, AE) • Edad: jóvenes 16-30 años (U 2006)
Capacitan	<ul style="list-style-type: none"> • No tener un seguro privado de salud (AP 2006) • Tener un seguro privado de salud (AE, H) • Clase social: trabajadores manuales (AP) • Clase social: trabajadores no manuales (AE 2012) • Jubilados / pensionistas / con discapacidad (AP) • Menor acceso: amas de casa (AE) 	<ul style="list-style-type: none"> • Tener un seguro privado de salud (AE) • Trabajadores (frente a los desempleados) (U)

AP: atención primaria; AE: atención especializada; H: hospitalización; U: urgencias

Subestudio II

El acceso a los servicios sanitarios para la población inmigrante en el contexto de crisis económica. Perspectiva del personal sanitario y usuarios inmigrantes

Subestudio II: Métodos

Diseño del estudio

Estudio cualitativo de carácter fenomenológico, descriptivo e interpretativo, cuyo trabajo de campo se realizó entre noviembre 2014-septiembre 2015

Áreas de estudio

- Baix Empordà
- Barcelonès

Muestra

Muestreo teórico en dos etapas:

- a) En cada área de estudio: CAPs con mayor proporción de población inmigrante y su hospital de referencia.
- b) Informantes:
 1. Personal sanitario: médicos de atención primaria y especializada, personal administrativo de AP y AE
 2. Inmigrantes: Marroquíes y bolivianos con y sin tarjeta sanitaria (TSI)

Muestra final

Personal de salud

Criterios de variación		Baix Empordà	Barcelona
Atención primaria	<i>Personal sanitario</i>		
	Medicina de familia	5	6
	Psicología	1	
	<i>Personal administrativo</i>	3	4
Atención especializada	<i>Personal sanitario</i>		
	Pediatría	1	
	Traumatología/Cirugía	2	
	Medicina de urgencias	1	1
	Ginecología/ Obstetricia	1	1
	Psiquiatría		1
	Medicina interna*	1	3
	<i>Personal administrativo</i>	1	2
Total		16	18

Inmigrantes

Criterios de variación		Baix Empordà (Marroquíes, n=11)	Barcelona (Bolivianos, n=9)
Sexo	Hombres	6	5
	Mujeres	5	4
Situación administrativa	Regular	10	7
	Irregular	1	2
TSI	Sí	9	8
	No	2*	1
Tiempo de residencia España	<10 años	4	6
	≥10 años	7	3

*2 irregulares s/TSI + 1 regular s/TSI (no podía empadronarse)

*(Agrupa especialidades: Nefrología, Endocrinología y Nutrición, Gastroenterología)

Resultados

Cambios en la entrada al sistema de salud

Personal de salud

Cambios en los derechos

- Exclusión de algunos colectivos y periodos de carencia
- Restricción cobertura (atención AP)
- Estrategias formales e informales de profesionales para facilitar acceso
- Exclusión medicamentos de la cobertura pública (positivo)

Cambios para la obtención TSI

- Aumento dificultades en los requisitos
- Desconocimiento del personal sanitario



- Dificultad acceso a la atención necesaria (AE)
- Cobros/denegación de la atención (excepcional)
- Urgencias como alternativa
- Variabilidad entre los centros (sin TSI)

Inmigrantes

Cambios en los derechos

- Exclusión de inmigrantes irregulares, sin TSI y/o “sin papeles” (rumores)

Cambios para la obtención de TSI

- No pueden empadronarse (dificultades probar domicilio)
- Información insuficiente requisitos TSI



- Cobros/denegación atención
- Desisten/retrasan búsqueda de atención (autocuidado)
- Utilización urgencias
- Variabilidad respuesta (actitud profesional)

Ejemplos de citas textuales

“

Cambios derechos

“La tarjeta esta, la CAT 101 o 1(...) es sólo atención de urgencias, que le permite venir al médico de cabecera pero que si tienes que derivarlo a rehabilitación o a operarse ,o lo que sea, no puedes porque no tienen cobertura” Profesional, BCN, AP)

Cambios obtención TSI

“La funcionaria que estaba atendiendo que estaba de mal humor o no sé qué pasaría(...) ‘si no tienes el DNI, y eh y por favor pa’ un lado que hay gente’, me dijo(...) Ahora es que no tengo... médico, no no tengo nada” (Usuario sin TSI, BCN)

Cambios en factores de la estructura de servicios

Personal de salud

Reducción de recursos humanos

- Insuficientes (no sustitución)
- Reducción mediadores culturales



- Aumento de tiempos de espera
- Atrasos en resolución problemas
- Derivaciones urgencias
- Reprogramación de visitas pacientes con barrera idiomática

Inmigrantes

Reducción de recursos humanos

- Insuficiente personal



- Aumento tiempo de espera (UR, AP y AE)
- Desisten búsqueda de atención
- Acuden a urgencias
- Consulta al privado (minoritaria)

Ejemplos de citas textuales

“Hubo un momento en que ya no hubo la enfermera. Me parece que se jubiló y luego no, por los recortes no había otra persona que la sustituya. Entonces ya, tenía que ir a urgencias. Y en urgencias pues tenía que esperarme a lo mejor 2 horas, hay veces que me he tenido que esperar hasta 3 horas también” (Usuario, BCN)

Cambios en factores organizativos de servicios

Personal de salud

Aumento tiempos de espera



- Aumento demanda UR
- Atrasos resolución problema de salud

Estrategias organizativas para mejorar eficiencia (agenda abierta urgencias (AP); visitas telefónicas; enviar resultados por mail)



- Evita al paciente desplazarse al centro (esp inmig)
- Mejora accesibilidad al médico de familia

Inmigrantes

Aumento tiempos de espera



- Falta accesibilidad para AP, y también AE
- Desisten búsqueda de atención
- Aumedicación

Ejemplos de citas textuales

“[por acciones de formación] son días que se cierran de agenda, días que se alarga la lista de espera, pacientes que se quejan porque no tienen accesibilidad a ti, (...) si el acceso al médico de familia es dentro de diez días... apaga y vámonos(...) la gente viene a urgencias, las visitas de urgencias son a más a más” (Profesional, BCN, AP)

Cambios en factores relacionados con los inmigrantes

Personal de salud

Empeoramiento condiciones económicas

- Pérdida empleo y de ayudas sociales
- Viviendas precarias



- Dificultades pago medicación; interrupción tratamientos
- No realizan tratamientos domiciliarios o no reciben alta
- Dificultades para pagar transporte público (AE)

Deterioro condiciones laborales

- Aumento precariedad laboral
- Aumento control de empresas y miedo a coger baja laboral



- Demoras en la búsqueda de la atención
- Menor utilización de los servicios

Cambios en las necesidades de atención

- Aumento de pacientes con problemas en salud mental (esp hombres)

Inmigrantes

Empeoramiento condiciones económicas

- Disminución o pérdida de ingresos
- Pérdida de ayudas sociales



- Dificultad comprar medicamentos/ adherencia tratamientos
- Problemas para pagar transporte (y acudir a AE)
- Pérdida de consultas

Deterioro condiciones laborales

- Aumento precariedad, informalidad
- Miedo coger la baja (marginal)



- Desisten o retrasan la búsqueda atención
- Utilización urgencias (24hs disponible)
- Dificultad renovar permisos de residencia

Ejemplos de citas textuales

“Si tú tienes un inmigrante(...)la técnica de diálisis peritoneal es una técnica ambulatoria(...) si no tienen un domicilio fijo o están viviendo en unas condiciones que no son muy salubres, no se la puedes ofrecer” (Profesional, BE, AE)

“La hipertensión por las nubes, una crisis de ansiedad terrible... esta familia han llegado a estar desahuciados(...)pienso que el condicionante de inmigrante viene más por este lado que por un tema de acceso” (Profesional, BCN, AP)

Conclusiones

Conclusiones (I)

- Hasta el 2012, el SNS con acceso universal amortiguaba las inequidades en el acceso y diferencias en utilización
- Entre 2006-2012, se observa una disminución de la necesidad insatisfecha de atención y en las diferencias en la utilización entre inmigrantes y autóctonos. Asimismo, desaparecen las desigualdades el acceso a la AE, sin embargo, los inmigrantes siguen haciendo menor uso (no significativo)
- Las medidas políticas implementadas influyen el acceso:
 - Agudizan barreras de acceso que preexistían a la crisis (tiempo de espera y condiciones de vida)
 - Emergen nuevas barreras de acceso al sistema (restricciones entrada al sistema)

Conclusiones (II)

- Instrucciones catalanas no suplen los problemas del RDL: aumento de burocracia y confusión en los profesionales /usuarios
- El SNS, de acceso universal, amortigua las desigualdades sociales. Mantenerlo depende de las decisiones políticas. La derogación del RDL 16/2012 sería el primer paso
- Este estudio no permite analizar las medidas políticas de mayor impacto sobre el acceso y utilización de los servicios (subestudio I) y si bien identifica algunos cambios y barreras en el acceso, no consigue determinar su magnitud (subestudio II)



Servei d'Estudis del Consorci de Salut i Social de Catalunya

Victoria Porthé

Irene Garcia Subirats

Ingrid Vargas

M. Luisa Vázquez

Agència de Salut Pública de Barcelona

Davide Malmusi

Unitat d'Avaluació, Sistemes d'Informació i Qualitat. Institut Català de la Salut

Isabel Plaza Espuña

Serveis de Salut Integrats Baix Empordà

Lola Bosch

Escuela Nacional de Sanidad Carlos III

Belén Sanz

Laura Otero

Julio Las Heras

Grup SAGESSA

Lluís Colomés

Universidad de Alicante

Elena Ronda

Badalona Serveis Assistencials

Josep Ramón Llopart

Consejería de Sanidad y Política Social. Servicio de Epidemiología de la Región de Murcia

Mónica Ballesta

Servei d'estudis i prospectives en polítiques de salut

www.consorci.org

Characteristics

	Autochthons		Immigrants from low-income countries	
	2006 n (%)	2012 n (%)	2006 n (%)	2012 n (%)
Sociodemographic characteristics				
Sex				
Men	9470 (51.2)	6403 (51.0)	1370 (47.4)	1150 (48.1)
Women	9034 (48.8)	6156 (49.0)	1523 (52.6)	1240 (51.9)
Age				
16–29	5137 (27.8)	3153 (25.1)	1180 (40.8)	761 (31.8)
30–44	7426 (40.1)	4937 (39.3)	1242 (42.9)	1154 (48.3)
45–59	5941 (32.1)	4470 (35.6)	472 (16.3)	476 (19.9)
Education level				
No studies	714 (3.9)	398 (3.2)	184 (6.4)	144 (6.0)
Primary	9091 (49.6)	5458 (43.5)	1213 (42.2)	1019 (42.6)
Secondary	4699 (25.6)	3131 (24.9)	1057 (36.8)	817 (34.2)
University	3827 (20.9)	3572 (28.4)	420 (14.6)	410 (17.2)
Time of residence in Spain				
0–4 years				405 (17.1)
5–10 years				1309 (55.2)
More than 10 years				659 (27.8)
Country of birth				
Europe			587 (20.3)	543 (22.7)
Latin America			1633 (56.4)	1243 (52.0)
Maghreb			459 (15.9)	340 (14.2)
Sub-Saharan Africa			114 (3.9)	110 (4.6)
Asia			101 (3.5)	154 (6.4)
Social class				
I–II (directors and managers)	4198 (23.1)	2523 (20.5)	293 (10.3)	121 (5.2)
II	4668 (25.7)	2703 (22.0)	288 (10.2)	223 (9.6)
III	7314 (40.2)	5238 (42.6)	1498 (52.8)	1156 (49.6)
IV (unskilled workers)	2015 (11.1)	1830 (14.9)	756 (26.7)	832 (35.7)
Private health insurance				
Yes	3115 (16.8)	1999 (15.9)	261 (9.3)	152 (6.4)
Employment situation				
Paid work	12105 (65.5)	7457 (59.5)	2095 (72.5)	1220 (51.2)
Unemployed	1683 (9.1)	2247 (17.9)	297 (10.3)	641 (26.9)
Other ^a	4689 (25.4)	2837 (22.6)	496 (17.2)	521 (21.9)
Civil status				
Married	8359 (45.3)	5955 (47.4)	1415 (48.9)	1115 (46.7)
Single, separated or divorced, widowed	10112 (54.7)	6596 (52.6)	1476 (51.1)	1272 (53.3)

Publicaciones del SEPPS: inmigración y salud

Polítiques de salut i serveis sanitaris

- Vázquez ML, Vargas I, López-jaramillo D, Porthé V, López-Fernández A, Vargas H, Bosch L, Ruiz-Azarola A. Is access to health care easy for immigrants in Spain? The perspectives of health personnel in Catalonia and Andalusia. Health Policy, xxxx 2016 xxx. (in press)
- Llop-Gironés A, Vargas I, Garcia-Subirats I, Aller MB, Vázquez ML. El acceso a los servicios sanitarios de la población inmigrante en España: una revisión. Rev Esp Salud Pública 2014; 88:715-734.
- Garcia-Subirats I, Vargas I, Sanz B, Malmusi D, Ronda E, Ballesta M, Vázquez ML. Changes in access to health services for the immigrant and native-born population in Spain in the context of economic crisis. Int. J. Environ. Res. Public Health 2014; 11(10): 10182-10201.
- Vázquez ML, Vargas I, Aller MB. Reflexiones sobre el impacto de la crisis en la salud y la atención sanitaria de la población inmigrante. Informe SESPAS 2014. Gac Sanit. 2014; 28(S1):142-146.
- Vázquez ML, Terraza-Núñez R, S-Hernández S, Vargas I, Bosch L, González A, Pequeño S, Cantos R, Martínez JI, López LA. Are migrants health policies aimed at improving access to quality healthcare? An analysis of Spanish policies. Health Policy. 2013; 113(3):236-46.
- Agudelo-Suárez AA, Ronda E, Vázquez ML, García AM, Martínez JM, Benavides FG. Impact of economic crisis on mental health of migrant workers: what happened with migrants who came to Spain to work?. Int J Public Health. 2013; Aug;58(4):627-31.
- Aller MB, Colomé JM, Waibel S, Vargas I, Vázquez ML. A first approach to differences in continuity of care perceived by immigrants and natives in the Catalan public healthcare system. Int J Environ Res Public Health. 2013; 10:1474-88.
- Vázquez ML, Terraza-Núñez R, Vargas I, Rodríguez D, Lizana T. Health policies for migrant populations in three European countries: England, Italy and Spain. Health Policy 2011; 101(1):70-78.
- Terraza-Núñez R, Vázquez ML, Vargas I, Lizana T. Health professional perceptions regarding healthcare provision to immigrants in Catalonia. Int J Public Health 2011; 56(5):549-557.
- Terraza-Núñez R, Vargas I, Rodríguez D, Lizana T, Vázquez ML. Políticas sanitarias de ámbito estatal y autonómico para la población inmigrante en España. Gac Sanit. 2010; 24(2): 115.e1-e7.
- Terraza-Núñez R, Toledo D, Vargas I, Vázquez ML. Perception of the Ecuadorian population living in Barcelona regarding access to health services. Int J Public Health 2010; 55:381-390.
- Vázquez ML, Terraza-Núñez R, Vargas I, Lizana T. Necesidades de los profesionales de salud en la atención a la población inmigrante. Gac Sanit. 2009; 23(5): 396-402.

Salut laboral

- Porthé V, Ahonen EQ, Vázquez ML, Pope C, Agudelo AA, García AM, Amable M, Benavides FG, Benach J, for the ITSAL Project. Extending a model of precarious employment: a qualitative study of immigrant workers in Spain" Am J Ind Med. 2010 Mar 8;53(4):417-424.
- Ahonen EQ, Porthé V, Vázquez ML, García AM, López-Jacob MJ, Ruiz-Frutos C, Ronda Pérez E, Benach J, Benavides FG. A qualitative study about immigrant workers' perceptions of their working conditions in Spain. J Epidemiol Community Health. 2009;63: 936-42.
- Porthé V, Benavides FG, Vázquez ML, Ruiz-Frutos C, García AM, Ahonen EQ, Agudelo-Suárez A, Benach J por el proyecto ITSAL La precariedad laboral en inmigrantes en situación irregular en España y su relación con la salud. Gaceta Sanitaria 2009;23 (monogr.1).107-114.

Marco conceptual

Modelo de comportamiento de la utilización de los servicios de salud *"Behavioral Model of Health Services Use"*



La salud de los inmigrantes en España

- Necesidades de salud cambiante según el tiempo de residencia en el país receptor:
 - Similar a la población autóctona
 - Efecto del inmigrante sano
 - Adaptación
- Mejor salud percibida: mejores niveles de salud autopercebida y menores niveles de limitación de actividad diaria.
- Infecciones: mayor prevalencia de TB, SIDA, enfermedades tropicales
- Salud mental: resultados inconsistentes
- Hábitos de salud: menores tasas de tabaquismo, consumo de alcohol y más actividad física.
- Salud reproductiva: tasas de fecundidad, menores en mujeres latinoamericanas, mayores en pakistaníes y magrebíes.

Conclusiones (I). Estudio cuantitativo (ppt Sophie)

Limitaciones

- Los estudios presentados (cuantitativo y cualitativo) reflejan diferentes **momentos de la crisis** → el estudio cuantitativo los datos son anteriores al RDL mientras que el trabajo de campo del estudio cualitativo ha sido posterior.
 - Se espera que las barreras de acceso se agudicen después del RDL.
- **Preguntas** sobre **necesidad insatisfecha**: son cerradas y no tienen las mismas categorías de respuesta → dificulta las comparaciones entre 2006 y 2011/12
- Colectivo de **inmigrantes** → **grupo heterogéneo** que tratamos conjuntamente

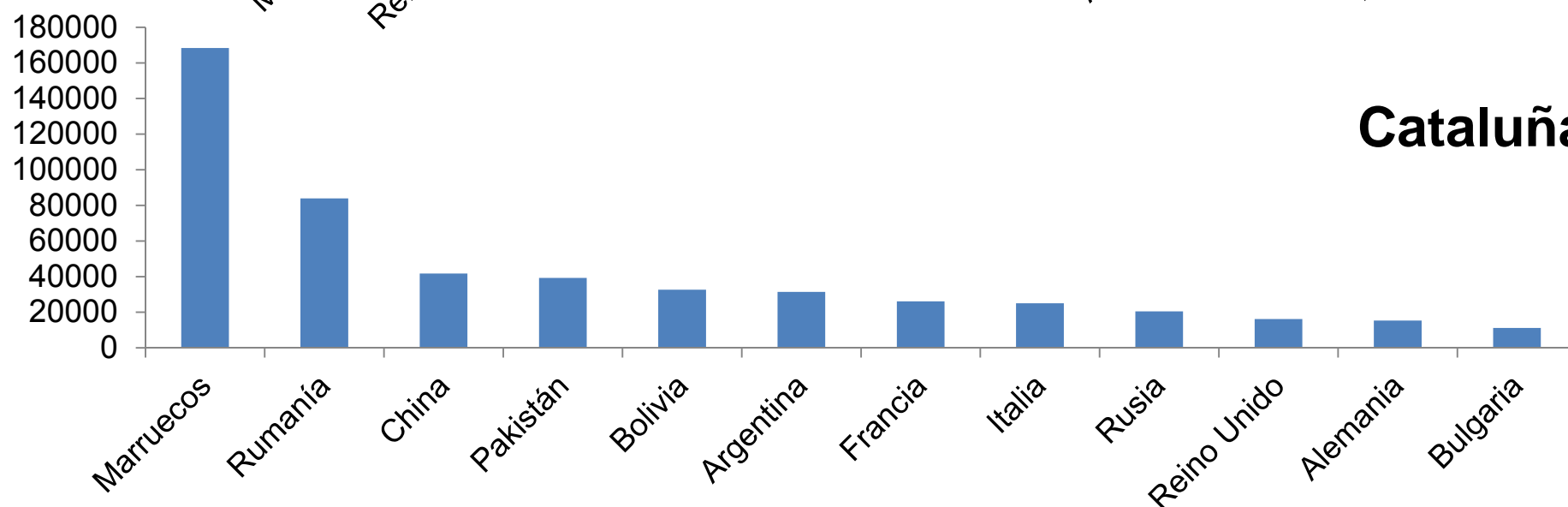
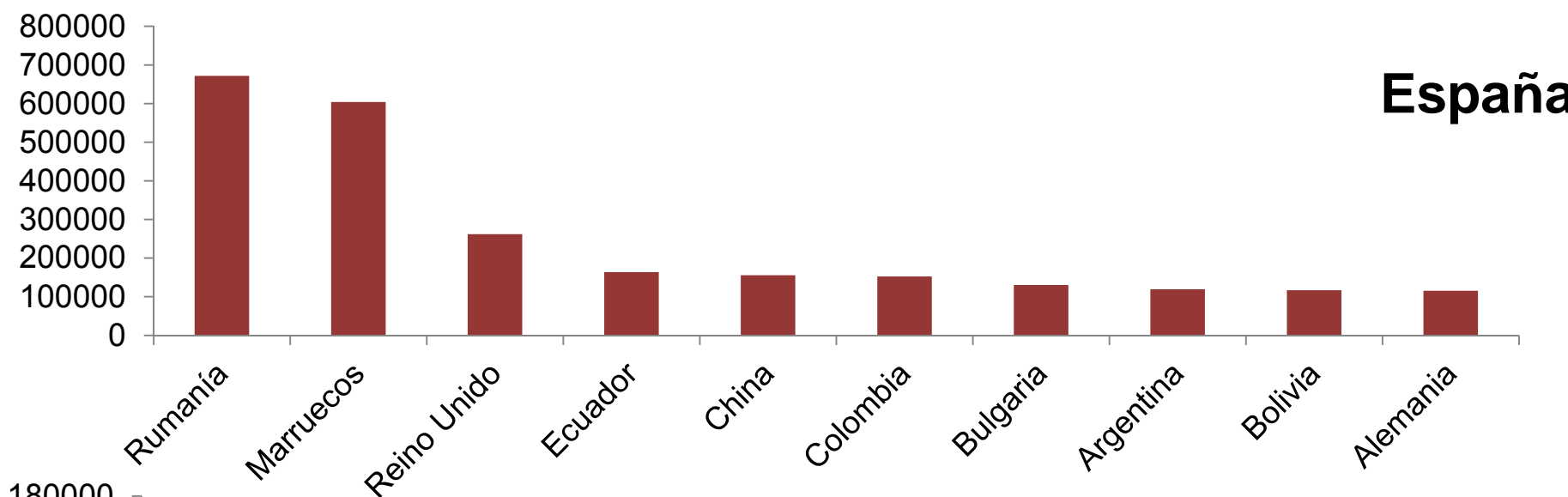
Fortalezas

- Pocos estudios hasta la fecha que analizan los determinantes de la utilización específicamente para la población inmigrante.

Conclusiones

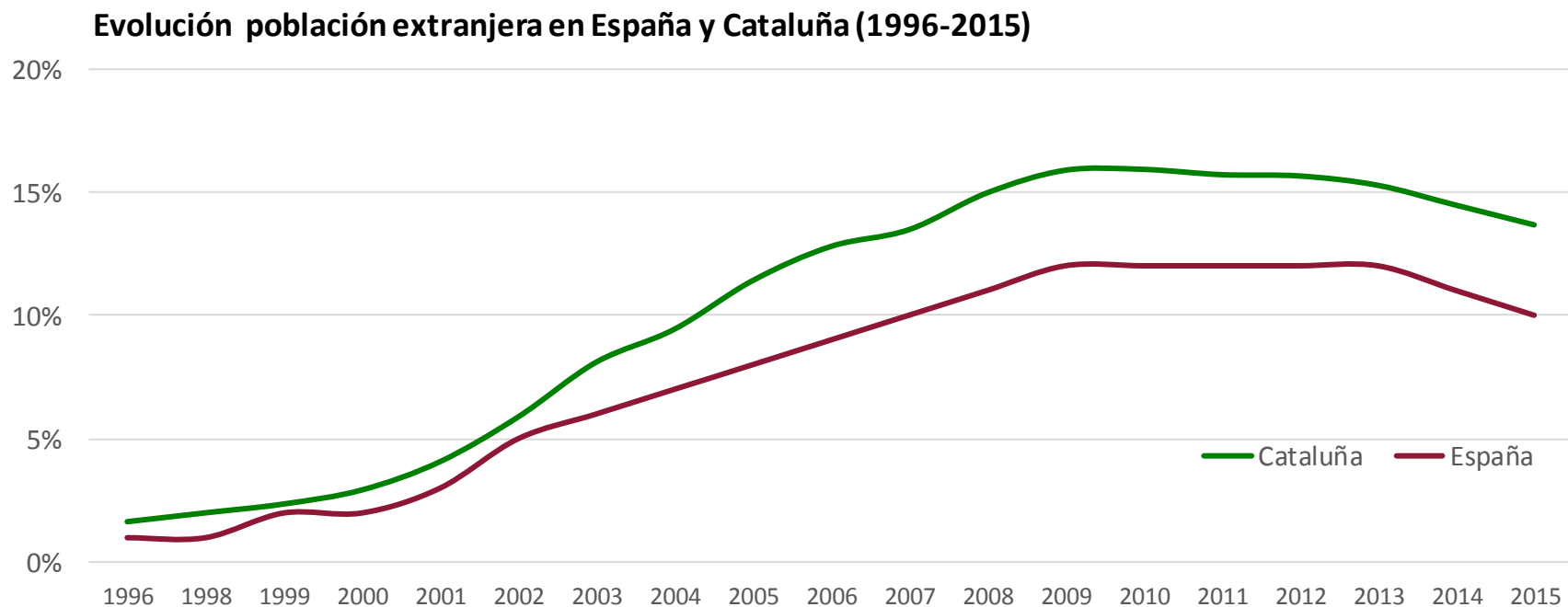
- Disminución de la necesidad insatisfecha de atención sanitaria y de las diferencias en la utilización entre ambos colectivos → **sistema sanitario que hasta el 2012 mantenía el acceso universal, amortiguando los posibles efectos adversos de la crisis.**
- Desaparece la inequidad en el acceso a la atención especializada entre autóctonos e inmigrantes. Sin embargo los inmigrantes siguen haciendo un menor uso → con el nuevo RDL las barreras de acceso podrían aumentar.

Principales países de nacimiento de los extranjeros



Fuente de datos. INE (Estadística del Padrón Continuo 1º enero 2015)

Evolución de la población extranjera



Fuente: Instituto Nacional de estadística (Datos del Padrón Continuo, 1 enero 2015)

En situación irregular

- UE 2008: 1,9 a 3,8 millones de extranjeros irregulares, supone **0,4-0,8%** de la **población** o el 7-13% de los extranjeros residentes¹
- España 2009: estiman entre **300.000-390.000** extranjeros irregulares²

1. Vogel D et al. The size of the irregular migrant population in the European Union – counting the uncountable? Int Migr. 2011;49(5):78-96.

2. http://irregular-migration.net/typo3_upload/groups/31/4.Background_Information/4.5.Update_Reports/UpdateReport_Spain_Gonzalez_Nov09.pdf