

Adaptación de los servicios de salud a las características específicas y de utilización de los nuevos españoles.

Informe SESPAS 2008

Berta Rivera^a / Bruno Casal^b / David Cantarero^c / Marta Pascual^c

^aEscuela Gallega de Administración Sanitaria, Santiago de Compostela, A Coruña, España; ^bUniversidad de A Coruña, A Coruña, España; ^cUniversidad de Cantabria, Santander, España.

(Adapting health services to the specific needs and utilization patterns of the new Spaniards)

Resumen

El progresivo incremento en el número de inmigrantes y la incertidumbre sobre la capacidad que tienen nuestros servicios de salud de asimilar aumentos cuantitativos y cualitativos en la demanda derivan en la necesidad de considerar la posibilidad de implementar adaptaciones para poder ajustar estos servicios a las nuevas necesidades. Partiendo de un análisis de los factores que influyen sobre el estado de salud y la frecuentación de los servicios sanitarios, se aproximan, a partir de la Encuesta Nacional de Salud (ENSE), la Encuesta Europea de Renta y Condiciones de Vida y del Panel de Hogares de la Unión Europea (PHOGUE), los perfiles comparados de salud y utilización de estos recursos entre las poblaciones nacional y extranjera. El patrón de demanda de servicios sanitarios de la población inmigrante responde básicamente al de las necesidades de una población joven y que goza de buen estado de salud, llegando incluso a mostrar niveles de utilización de recursos sanitarios inferiores a los de la población nacional, según la ENSE. La necesidad de considerar el estudio de la relación entre estado de salud y necesidades de atención sanitaria desde un punto de vista dinámico, recogiendo variaciones en la trayectoria de salud y en los patrones de demanda de atención sanitaria, se muestra relevante para poder identificar los desequilibrios en los recursos y establecer una correcta ordenación de prioridades preventivas y asistenciales.

Palabras clave: Inmigración. Proceso migratorio. Estado de salud. Recursos sanitarios.

Abstract

Because of the progressive increase in the number of immigrants and the uncertainty about the capacity of the Spanish health service to deal with the quantitative and qualitative increases in demand, the possibility of introducing changes to adapt our services to the new situation should be considered. Beginning with an analysis of the factors that influence health status and use of the health service, based on the National Health Survey (NHS), the European Statistics on Income and Living Conditions (EU-SILC) and the European Community Household Panel (ECHP), we compare the health profiles and patterns of medical resources utilization between the national and foreign populations.

The pattern of demand for health services in the immigrant population corresponds basically to the needs of a young population in good health. According to NHS data, resource utilization among immigrants can even be lower than that among the national population. Assessing the link between health status and demand for healthcare from a dynamic point of view, by identifying variations in patterns of health and patterns of demand for healthcare, is important to identify imbalances in resources and to establish an appropriate hierarchy of preventive and treatment priorities.

Key words: Immigration. Migratory process. Health status. Medical resources.

Ideas clave

- El patrón de demanda de servicios sanitarios de los inmigrantes responde a las necesidades de una población joven con buena salud. Utilizan menos recursos sanitarios (incluido el servicio de urgencias) que la población nacional.

- Puesto que las deficiencias sociales y económicas aumentan la vulnerabilidad a los problemas de salud y las limitaciones al acceso y utilización de los recursos sanitarios, es conveniente adoptar medidas de inclusión social y mejora de las condiciones de vida de los inmigrantes más desfavorecidos.
- Las organizaciones sanitarias deben desarrollar habilidades prácticas y formación específica de su personal sanitario y administrativo en las enfermedades más prevalentes en los países emisores, y en aspectos psicosociales y culturales. Debe potenciarse la figura del mediador cultural.

Correspondencia: Berta Rivera.
Escuela Gallega de Administración Sanitaria.
Correo electrónico: Berta.Rivera.Castineira@sergas.es

- Las madres y los niños inmigrantes son los grupos poblacionales que necesitarían actuaciones específicas en prevención y promoción de la salud.
- Aunque ya representan el 10% de la población, no hay fuentes de información longitudinal sobre la salud de los inmigrantes para hacer seguimiento de su estado de salud y conocer las necesidades de adaptación de los dispositivos del Sistema Nacional de Salud.
- Las encuestas deberían diferenciar a los inmigrantes en función de las causas de su migración: económicas (generalmente de países pobres), jubilación (países de rentas altas), causas políticas, etc.

Introducción

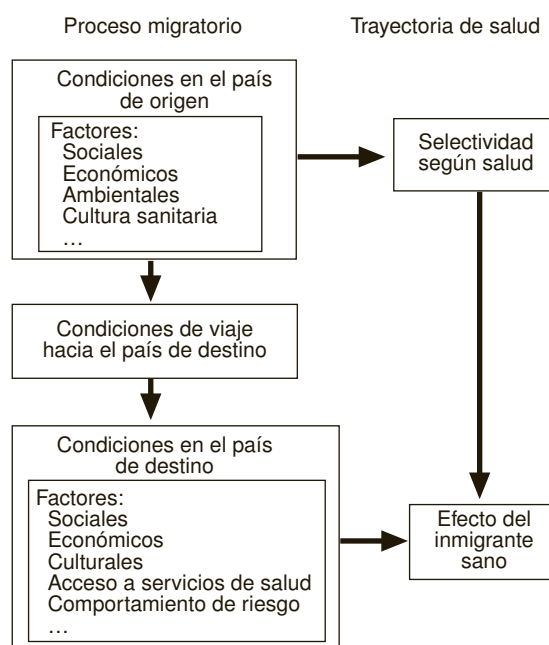
El número de migraciones internacionales se ha incrementado en las últimas décadas, y ha doblado las cifras de la década de los setenta¹. España se ha convertido en receptora de flujos migratorios precedentes, con frecuencia, de países con unas condiciones de salud muy diferentes^{2,3}. Precisamente en estos últimos años se ha observado un aumento sostenido en el número de extranjeros que llegan a nuestro país para residir y trabajar. Mientras que en el año 1998 el porcentaje de extranjeros empadronados sobre el total de población fue del 1,6%, los datos provisionales del padrón para 2007 sitúan este porcentaje en un 10%.

El Consejo de Europa recomienda a los Estados miembros que estudien las necesidades de los distintos grupos étnicos del país, con el fin de facilitar la igualdad de acceso y planificar su atención; la formación de los profesionales de los servicios sanitarios, para que sean más conscientes de las necesidades de los pacientes inmigrantes y, en definitiva, garantizar que los servicios sanitarios puedan dar una respuesta común, que conlleve una asistencia de calidad y repercuta en un mejor nivel de salud entre la población inmigrante.

Los estudios relacionados con la inmigración y la salud de la población proceden fundamentalmente de los países que han recibido en las últimas décadas un mayor número de inmigrantes⁴⁻¹¹. En España es un fenómeno reciente, lo que justifica el menor número de estudios realizados hasta la fecha¹²⁻¹⁵ centrados en este colectivo. En cambio, ha sido mayor la proliferación de trabajos sobre la utilización de servicios sanitarios de la población en general^{16,17}.

Con la finalidad de proporcionar una visión general sobre el estado de salud de la población inmigrante y el grado de acceso, utilización y frecuentación de los servicios destinados a su mejora, este capítulo se estructura en 5 partes diferenciadas. En una primera parte se realiza una breve aproximación a las diferentes fases del proceso migratorio y a la trayectoria de salud que presenta este tipo de población. Posteriormente, se abor-

Figura 1. Proceso migratorio y dinámica del estado de salud del inmigrante.



dan los factores que se muestran relevantes en la utilización y la frecuentación de los recursos destinados a la mejora de la salud. A continuación, se comparan los perfiles de salud y el patrón de utilización de recursos sanitarios de la población nacional y extranjera residente en nuestro país y se describen las fuentes de datos empleadas y los principales resultados obtenidos. En la última parte del capítulo se relacionan de forma breve algunas recomendaciones que podrían ser relevantes de cara a la realización de intervenciones públicas que tengan por objeto una mejor adecuación de recursos respecto a las nuevas necesidades de la población.

Dinámica del estado de salud de la población inmigrante

El estudio del nivel de salud de esta población y sus determinantes requiere un análisis dinámico, en el que se recoja la trayectoria de salud y los factores que en cada estadio del proceso migratorio ejercen una mayor influencia.

El proceso migratorio implica moverse de un ambiente que presenta unos determinados riesgos de salud, comportamientos y limitaciones, hacia otro con una combinación diferente de parámetros. Por ello, la trayectoria vital anterior al proceso migratorio resulta fundamental para explicar el estado de salud del inmigrante en el país

de destino. Desde el momento en que la persona decide emigrar, las disparidades en salud, los patrones de morbilidad característicos de sus sociedades de origen y otras variables relevantes (ambientales, sociales, económicas, acceso a recursos de salud, etc.) determinarán parte de su posterior trayectoria de salud (fig. 1).

Los factores que inducen el proceso migratorio suelen dividirse en factores de expulsión y de atracción. Entre los factores de expulsión destacan la guerra, la pobreza y el hambre, mientras que las oportunidades laborales, la libertad política y la libertad de religión constituyen factores de atracción¹⁸. Estos factores afectarán a la naturaleza, a las condiciones del propio proceso migratorio y también al nivel de salud que presente el individuo en fases posteriores a la salida del país de origen¹⁹.

En la etapa premigratoria, las condiciones sociales, económicas y culturales de las poblaciones de origen determinan las primeras diferencias en sus niveles de salud (hábitos dietéticos específicos de la población, características fisiológicas, disponibilidad y grado de acceso a los recursos de salud, factores de riesgo ambiental, etc.). Las condiciones específicas del viaje hacia el país de destino influyen puntualmente en el estado de salud de esta población, y pueden condicionar la trayectoria de salud del inmigrante una vez asentado en el país de acogida.

La etapa posmigratoria se desarrolla en el país de acogida. El inmigrante se encuentra, en la mayoría de los casos, con una serie de barreras (idiomáticas, culturales, administrativas, etc.) que crean dificultades en la accesibilidad y la adaptabilidad al nuevo contexto social. Estas barreras derivan en deficiencias sociales y económicas (situación social, laboral y económica precaria) que producen una mayor vulnerabilidad respecto a los problemas de salud y a las limitaciones en el acceso a los servicios de cuidados sanitarios. Al mismo tiempo, la exposición al nuevo entorno aumenta la propensión a la adopción de comportamientos similares a los de la población nacional, en algunos casos calificados como de riesgo (cambios en la dieta, hábito del tabaco, falta de ejercicio físico...), que tienen importantes implicaciones para su estado de salud^{9,20}. Finalmente, las condiciones y los recursos generados por estos inmigrantes serán factores determinantes del nivel de salud de «segundas generaciones», lo que condiciona su posterior trayectoria en términos de estado de salud y utilización de recursos.

Paralelamente a las diferentes fases del proceso migratorio, la evidencia empírica internacional diferencia la existencia de dos fenómenos clave para entender la trayectoria de salud de la población inmigrante: selectividad según la salud (*health selectivity*) y efecto del inmigrante sano (*healthy immigrant effect*).

Las personas que deciden emigrar están sujetas a una selección positiva en términos de salud (*health selectivity*). En comparación con un grupo de personas representativo de su población de origen, la propensión a presentar un mejor estado de salud es mayor entre las

personas que deciden iniciar el proceso migratorio²¹. Si establecemos una tipología general de la población inmigrante, la mayoría de las personas que emigran lo hacen en busca de un empleo (inmigración de tipo económico), para el que se requerirá un nivel de salud mínimo.

La ventaja en términos de salud se mantiene hasta la llegada del inmigrante al país de destino, y la probabilidad de padecer enfermedades o trastornos crónicos se muestra en este momento inferior a la población nacional. A medida que transcurre el tiempo de residencia en el país, aumenta su vulnerabilidad y la propensión a padecer problemas de salud^{9,20,22,23}. En otras palabras, el *healthy immigrant effect* se reduce a medida que transcurre el tiempo de permanencia del inmigrante en el país de acogida y su estado de salud acaba convergiendo con el de la población nacional.

En función de la etapa del proceso migratorio en la que se originan, las enfermedades más características de la población inmigrante se clasifican en la literatura médica en 4 grandes grupos: enfermedades importadas; reactivas o de adaptación; adquiridas en la propia comunidad de residencia, y enfermedades de retorno. En la tabla 1 se recogen las enfermedades más prevalentes dentro de cada grupo, sus características principales y el conjunto de factores relevantes en el padecimiento de la enfermedad.

Acceso y utilización de los servicios de salud

Andersen y Newman²⁴ conceptualizan el grado de acceso y utilización potencial de los servicios de salud de la población inmigrante en función de tres factores relevantes de carácter individual (fig. 2):

1. Condiciones específicas que dificultan o facilitan el acceso (factores estructurales). Se incluyen todos los factores socioeconómicos que facilitan y predisponen al uso de los servicios de salud: nivel de renta, conocimiento sobre la disponibilidad de servicios y accesibilidad al sistema (existencia de barreras de tipo organizativo, cultural, idiomáticas, etc.).

2. Predisposición al uso de estos servicios (factores precursores): edad, género, educación, idioma y factores culturales que son fundamentales para reconocer e interpretar los problemas de salud.

3. Necesidad de cuidados de salud: estado de salud autopercebido y capacidades funcionales que afectan a la propensión de buscar y utilizar los recursos de salud en el país de destino.

Asumiendo la presencia del efecto del inmigrante sano, se producirá una mayor frecuentación de los servicios de salud conforme aumenta el tiempo de resi-

Tabla 1. Proceso migratorio y grupos de enfermedades

	Características	Factores relevantes	Enfermedades más frecuentes
Enfermedades de origen o importadas	Adquiridas en el país de origen y diagnosticadas en el país de destino. Generalmente de etiología infecciosa	Condiciones de vida del inmigrante. Su frecuencia se relaciona de forma inversa con el tiempo de estancia en el país de acogida	Virus de la inmunodeficiencia humana, hepatitis, tuberculosis, hemoglobinopatías, desnutrición, anemias
Enfermedades reactivas o de adaptación	Relacionadas con el proceso de adaptación al nuevo entorno	Condiciones de vida en el país receptor	Trastornos psicósomáticos y de salud mental, infecciones del aparato respiratorio, trastornos digestivos, alergias
Enfermedades adquiridas en la propia comunidad	Provocan la mayor frecuentación de los servicios de salud	Proceso migratorio, condiciones socio-económicas y propensión a realizar prácticas de riesgo	ETS, tuberculosis, dermatopatías, trastornos digestivos, depresiones y somatizaciones
Enfermedades de retorno	Consecuencia del regreso al país de origen	Enfermedades infecciosas debidas a la pérdida de inmunidad y prácticas de riesgo	Paludismo, dengue y otras ETS

ETS: enfermedades de transmisión sexual.

Fuente: elaboración propia.

dencia del inmigrante en el país de destino²⁵. En este sentido, el tiempo de residencia vuelve a ser un factor crítico que afectará al nivel de uso y utilización de los recursos asistenciales del país de acogida, facilitando el acceso del inmigrante a los mismos o, por el contrario, creando barreras en su acceso y utilización²⁶.

Perfiles comparativos a partir de indicadores sanitarios entre población nacional y extranjera

A continuación, presentamos un análisis empírico de distintos indicadores referidos al estado de salud y

a las características y condiciones de uso de servicios de salud de la población nacional y extranjera. Con esta finalidad, se han utilizado como fuentes de información la Encuesta Nacional de Salud (ENSE), la Encuesta Europea de Renta y Condiciones de Vida (ECV) y el Panel de Hogares de la Unión Europea (PHOGUE).

En lo que respecta a la primera, en la ENSE de España 2003²⁷, las cuestiones incluidas en el cuestionario de adultos (16 o más años de edad) nos informan sobre la morbilidad percibida, los hábitos de vida, la utilización de los servicios sanitarios y las prácticas preventivas para las dos poblaciones de referencia (nacional y extranjera).

En la tabla 2 se recogen diferentes datos de clasificación de la población encuestada. Respecto a la nacionalidad, observamos que 650 encuestados tienen nacionalidad extranjera, frente a 21.000 que son población nacional. Esta distribución, y la baja representatividad de la población extranjera frente al total, limitan de forma notable cualquier inferencia estadística que se quiera realizar respecto al establecimiento de perfiles de estado de salud o frecuentación y utilización de recursos sanitarios. Por ello, únicamente ha sido posible realizar un análisis descriptivo que nos ofrezca una orientación de los distintos indicadores presentados.

El perfil principal de la población extranjera encuestada responde al de una población en edad de trabajar, con un nivel educativo superior al de la población nacional que coincide, en su mayoría, con la denominación de «inmigrantes económicos».

Centrándonos en los aspectos relacionados con el estado de salud, en la tabla 3 se presenta un indicador subjetivo de autovaloración del estado de salud. La población extranjera declara tener un mejor estado de salud general que la población nacional, y es superior la ca-

Figura 2. Utilización de recursos sanitarios por la población inmigrante.

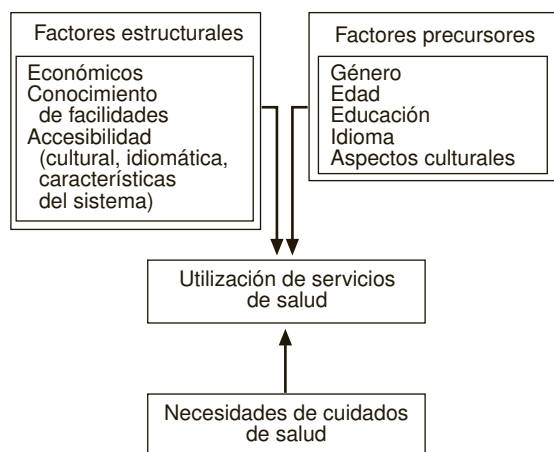


Tabla 2. Datos de clasificación de la Encuesta Nacional de Salud de España (ENSE, 2003)

	Nacionales	Extranjeros
n	21.000 (97%)	650 (3%)
Región de procedencia		
Unión Europea	-	22,15
Resto de Europa	-	10,77
Canadá o Estados Unidos	-	0,46
Resto de América	-	43,23
Asia	-	3,69
África	-	19,54
Oceanía	-	0,15
Sexo		
Hombre	45%	54%
Mujer	55%	46%
Edad		
Edad media	50 años	37 años
Edad activa	72%	95%
Cobertura sanitaria		
Seguridad Social-Sistema Nacional de Salud	94,35%	89,54%
Sin cotización	1%	7%
Nivel de estudios		
Sin estudios	15%	11%
Primarios	36%	22%
Secundarios	36%	46%
Universitarios	15%	21%
Fuente principal de ingresos		
Cuenta ajena	14%	11%
Cuenta propia	43%	69%
Pensiones	36%	10%
Subsidios	2%	2%

Fuente: elaboración propia a partir de datos de la ENSE (2003).

Tabla 3. Indicadores de estado de salud general

	Nacionales (%)	Extranjeros (%)
Autovaloración del estado de salud		
Muy bueno-bueno	64	77
Regular	26	19
Malo-muy malo	10	4
Padecimiento de alguna enfermedad		
Frecuencia	25	16
Enfermedades más frecuentes		
Artrosis	26	23
Fracturas	13	15
Corazón y aparato circulatorio	4	9
Aparato digestivo	10	5
Problemas psíquicos	8	8
Limitación de actividades habituales		
Frecuencia	36	26

Fuente: elaboración propia a partir de datos de la ENSE (2003).

tegoría de «muy bueno-bueno» en 13 puntos porcentuales e inferior la percepción de estado de salud «malo o muy malo» en 6 puntos. Las diferencias de edad entre los dos colectivos podrían justificar estos resultados.

La percepción anterior viene confirmada por la frecuencia en el padecimiento de alguna enfermedad durante más de 10 días en el último año. Si concretamos el tipo de dolencia sufrida, encontramos que tanto para la población nacional como para la extranjera, la mayor parte ha sido en la categoría: «artrosis, hernias discales, reumatismos, etc.». Le siguen en importancia las «fracturas, traumatismos, luxaciones, etc.», con un porcentaje inferior en la población nacional.

Pasando ya al análisis de indicadores de frecuencia y utilización de servicios sanitarios, nos encontramos que, del total de personas que acudieron a una consulta médica en las últimas 2 semanas, el porcentaje de población nacional encuestada que acude en más de una ocasión es ligeramente superior (tabla 4).

Si nos referimos al lugar donde tuvo lugar la última consulta médica realizada, observamos que, tanto en el caso de los extranjeros como los nacionales, en su mayoría ha tenido lugar en el centro de salud. Las consultas de especialidad son un 4% superiores entre la población extranjera encuestada. La especialidad del médico consultado presenta algunas diferencias; así, por ejemplo, en el caso de los extranjeros las consultas ginecológicas/obstétricas superan a la población nacional en 5 puntos porcentuales, al igual que la especialidad de traumatología.

Concretando el comportamiento respecto a la frecuentación hospitalaria, parece que la población nacional presenta un mayor número de ingresos hospitalarios durante el último año. Si profundizamos en el número de días que han permanecido en el hospital, la población nacional presenta una estancia superior en 4 días.

Los motivos de ingreso presentan notables diferencias entre la población nacional y extranjera. El parto es la causa de ingreso principal para los extranjeros, mientras que en el caso de la población nacional el mayor número de ingresos se debe a intervenciones quirúrgicas. Asimismo, observamos una ligera menor utilización del servicio de urgencias en los extranjeros que en la población nacional.

Por otro lado, con objeto de completar este análisis, se han utilizado otras dos fuentes de datos armonizadas en el ámbito europeo y que contienen también información relativa a salud. Así, la ECV²⁸ se configura como una nueva fuente de información estadística cuyo objetivo es la producción sistemática de estadísticas comunitarias sobre la renta y las condiciones de vida en la UE. Esta encuesta sustituye al PHOGUE²⁹, que comenzó en 1994 y finalizó en 2001. A modo de ejemplo, mencionamos que en la muestra ampliada del año 2000, 714 encuestados tienen nacionalidad extranjera, frente a 35.434 que son población nacional.

Tabla 4. Indicadores de frecuentación y utilización de servicios sanitarios

	Nacionales	Extranjeros
Número de consultas (frecuentadores en las últimas dos semanas)		
1	84%	89%
2	12%	8%
3	2%	2%
Lugar de la última consulta		
Centro de salud	63%	56%
Consulta al especialista	14%	18%
Consulta externa del hospital	7%	6%
Urgencias del hospital	2%	2%
Médico de familia	5%	5%
Motivo de la consulta		
Diagnóstico	39%	52%
Revisión	24%	30%
Recetas	31%	12%
Especialidad médica de la consulta		
Medicina general	78%	76%
Ginecología/obstetricia	3%	8%
Traumatología	3%	8%
Frecuentación hospitalaria: número de ingresos (últimos 12 meses, los que han tenido algún ingreso)		
1	82%	97%
2	13%	3%
3	3%	—
Número de días ingresado (los que han tenido algún ingreso) 90% de la población	Hasta 17 días	Hasta 13 días
Motivo de ingreso		
Intervención quirúrgica	48%	36%
Estudio médico	20%	16%
Tratamiento médico	20%	10%
Parto	8%	33%
Forma de ingreso		
Ordinaria	45%	50%
Urgencias	55%	50%
Orden de ingreso		
Mandato médico	21%	16%
Propia iniciativa	79%	84%

Fuente: Elaboración propia a partir de datos de la ENSE (2003).

La ECV disponible para 2004 y 2005 nos permite estudiar las características sociodemográficas en Europa y proporciona información transversal y longitudinal con un alto grado de calidad. En el caso español, se espera que este nuevo panel dure 4 años y se dispone de información de hogares y adultos (mayores de 16 años). Respecto a la nacionalidad, puede observarse que en el año 2004 tienen nacionalidad

Tabla 5. Autovaloración de salud por comunidades autónomas

	ECV 2004		ECV 2005	
	Media	Desviación estándar	Media	Desviación estándar
Andalucía	2,359	1,040	2,318	0,972
Aragón	2,312	0,932	2,329	0,989
Asturias	2,442	0,929	2,463	0,907
Baleares	2,193	0,890	2,121	0,968
Canarias	2,356	0,806	2,277	1,001
Cantabria	2,358	0,984	2,332	0,767
Castilla y León	2,301	0,982	2,415	0,895
Castilla La Mancha	2,360	0,964	2,159	1,015
Cataluña	2,326	0,988	2,191	0,968
Comunidad Valenciana	2,343	0,974	2,327	0,984
Extremadura	2,337	0,881	2,275	1,043
Galicia	2,590	0,987	2,591	0,999
Madrid	2,267	0,928	2,149	0,959
Murcia	2,222	1,078	2,327	0,965
Navarra	2,293	0,919	2,301	0,863
País Vasco	2,250	0,974	2,281	0,914
La Rioja	2,445	0,898	2,236	0,839
Ceuta y Melilla	2,396	0,965	2,348	0,949
Total nacional	2,343	0,968	2,286	0,971

Nota: El estado general de salud de los individuos toma los valores 1 (muy bueno), 2 (bueno), 3 (regular), 4 (malo) y 5 (muy malo).

Fuente: elaboración propia a partir de la ECV (2004 y 2005).

extranjera 1.455 encuestados frente a 29.913 que son población nacional.

Una de las secciones de ambas encuestas se refiere a la salud de la población. La información se concentra en aspectos como el estado general de salud de los individuos que toma los valores 1 (muy bueno), 2 (bueno), 3 (regular), 4 (malo) y 5 (muy malo). Así, en primer lugar, dado que es la información más reciente, se ha calculado la autovaloración de salud media por comunidades autónomas en España a partir de la ECV de 2004 y 2005 (tabla 5). La incorporación de la población inmigrante en España ha creado una nueva situación sociodemográfica y la ECV nos permite, a su vez, analizar las variables descritas anteriormente según el país de nacimiento de los individuos considerando tres categorías: España, resto de Europa y resto del mundo, lo que nos permite detectar algunas pautas (tablas 6 y 7).

Con respecto a la autovaloración de salud según el país de nacimiento, se observa que, en general, según las ECV de 2004 y 2005, los individuos nacidos en España declaran tener una peor salud media (2.355 y 2.304, respectivamente), tanto si lo comparamos con los nacidos en otros países del resto de Europa (1.912 y 1.910, respectivamente) como con los nacidos en otros países extracomunitarios (2.038 y 1.968, respectiva-

Tabla 6. Autovaloración de salud según país de nacimiento

	ECV 2004		ECV 2005	
	Media	Desviación estándar	Media	Desviación estándar
España	2,355	0,943	2,304	0,973
Resto de Europa	1,912	0,778	1,910	0,780
Resto del mundo	2,038	0,799	1,968	0,779
Total nacional	2,343	0,968	2,286	0,971

Nota: El estado general de salud de los individuos toma los valores 1 (muy bueno), 2 (bueno), 3 (regular), 4 (malo) y 5 (muy malo).

Fuente: elaboración propia a partir de la ECV (2004 y 2005).

mente). Sin embargo, en 2005 los porcentajes de personas nacidas en otros países europeos que no pudieron recibir asistencia médica (7,1%) o que se encuentran en lista de espera (26,5%) son mayores que para los demás grupos de países de nacimiento.

Utilización de servicios sanitarios por la población inmigrante: resultados

Con objeto de poder comprobar si el hecho de ser inmigrante (esto es, extranjero) influye en la utilización de servicios sanitarios, se han empleado dos variables *proxy*: número de visitas al especialista (definida en el PHOGUE) y si el individuo ha tenido necesidad, en alguna ocasión durante los últimos 12 meses, de acudir a la consulta de un médico (excepto dentista) o de recibir tratamiento médico y no ha podido (a partir de la ECV), y son relevantes en su explicación ciertos factores: edad, sexo, educación, estado civil, renta, nivel ocupacional, autovaloración de salud, el hecho de ser inmigrante y otras características socioeconómicas.

Dada la naturaleza de los datos, utilizamos el modelo de regresión de la binomial negativa con los datos

del PHOGUE (pues nos permite modelizar el número de visitas al especialista) y modelos de elección discreta tipo probit con los datos de la ECV, en los que nuestra variable dependiente toma el valor 1 si el individuo ha tenido necesidad de acudir a la consulta de un médico o de recibir tratamiento médico y no ha podido, y 0 en otro caso. Es decir, en este último caso, se trata de modelizar la necesidad insatisfecha de cuidados en salud. Son así dos enfoques diferentes pero a su vez complementarios y marcados por la propia información disponible.

En primer lugar, como factores explicativos en cuanto a características personales hemos incluido dos variables: sexo y edad. Para el sexo (hombre) se ha tomado en consideración una variable *dummy* que toma un valor de 1 si el individuo es hombre y 0 en otro caso. Para permitir una relación flexible entre la utilización de salud y la edad, se ha empleado una función polinómica cuadrática de esta variable (edad; edad²).

En cuanto al máximo nivel de educación completado, se ha definido una variable *dummy* que toma el valor 1 si el individuo tiene estudios terciarios (EDUCT). Representando el estado civil se han considerado cuatro variables (soltero, separado, divorciado y viudo) con casado como la categoría de referencia.

Otra variable incluida en el análisis de utilización es el logaritmo de la renta equivalente del hogar según la escala de la OCDE modificada (logrentaOCDEmo). En cuanto a las relacionadas con el estatus profesional, se ha considerado una variable *dummy* que toma valor 1 si el individuo está desempleado y 0 en caso contrario (desempleado). Finalmente, se incluye si el individuo tiene una autovaloración de salud muy buena o buena (AVS) y si es inmigrante (extranjero).

Los resultados obtenidos se recogen en la tabla 8, de la que pueden destacarse dos aspectos. En primer lugar, según el PHOGUE (2001), el número esperado de visitas al médico especialista no es significativamente mayor si el individuo es inmigrante que si es nacional. Por otra parte, según la ECV (2004) si el individuo es inmigrante sólo se incrementa un 0,48% la probabilidad de que haya

Tabla 7. Indicadores de condiciones de vida según país de nacimiento: enfermedades

	ECV 2004		ECV 2005	
	Personas que no pudieron recibir tratamiento sanitario en el último año (%)	Personas que se encuentran en lista de espera (%)	Personas que no pudieron recibir tratamiento sanitario en el último año (%)	Personas que se encuentran en lista de espera (%)
España	7,1	31,3	6,2	9,7
Resto de Europa	6,3	13,7	7,1	26,5
Resto del mundo	11,7	10,4	6,8	8,2
Total nacional	7,2	30,3	6,3	9,9

Fuente: elaboración propia a partir de la ECV (2004 y 2005).

Tabla 8. Resultados

	Modelo de regresión binomial negativa (variable dependiente: número de visitas al especialista)*			Modelo de elección discreta tipo Probit, que incluye efectos medios y marginales (variable dependiente: variable binaria que toma el valor de 1 si el individuo no ha podido recibir tratamiento sanitario en los últimos 12 meses por algún motivo)**						
	Coefficiente	Error estándar	z	p > z	Coefficiente	Error estándar	z	p > z	dF/dx	Error estándar
Hombre	-0,3719	0,0341	-10,9200	0	-0,0395	0,0229	-1,7200	0,0850	-0,0048	0,0028
Edad	-0,0025	0,0058	-0,4400	0,6630	0,0200	0,0046	4,3100	0,0000	0,0024	0,0006
Edad2	0	0,0001	0,2000	0,8390	-0,0003	0,0000	-6,0700	0,0000	0,0000	0,0000
EDUCT	0,1392	0,0536	2,6000	0,0090	-0,1089	0,0306	-3,5500	0,0000	-0,0125	0,0033
Soltero	-0,2585	0,0499	-5,1800	0	-0,1317	0,0356	-3,7000	0,0000	-0,0152	0,0039
Separado	-0,2712	0,0670	-4,0500	0	0,0572	0,0737	0,7800	0,4370	0,0072	0,0097
Divorciado	0,1206	0,1605	0,7500	0,4520	0,2624	0,0807	3,2500	0,0010	0,0384	0,0140
Viudo	-0,4045	0,1430	-2,8300	0,0050	0,1487	0,0436	3,4100	0,0010	0,0197	0,0063
Desempleado	-0,1645	0,0740	-2,2200	0,0260	0,0775	0,0401	1,9300	0,0530	0,0098	0,0053
LogrentAOCDEmo	0,0001	0,0001	5,0900	0						
Autovaloración de salud	-1,2400	0,0399	-31,0600	0,0000						
Inmigrante	0,1239	0,1708	0,7300	0,4680	-0,4768	0,0256	-18,6400	0,0000	-0,0636	0,0037
Número de observaciones	11.906				0,0869	0,0512	1,7000	0,0900	0,0048	0,0028
Seudo R2					31,318					
Log verosimilitud	-18,949,1980				0,0349					
					-7,431,9676					

*Fuente: elaboración propia a partir de PHOGUE (2001). EDUCT: estudios terciarios; dF/dx es para cambios discretos en la variable dummy desde 0 a 1; z y p > |z| es el test para el coeficiente latente siendo 0. **Fuente: elaboración propia a partir de ECV (2004).

tenido necesidad de acudir al médico y no haya podido por diversos motivos (falta de tiempo por tener que trabajar o cuidar niños u otras personas, problemas con los medios de transporte, listas de espera, etc.), lo que podría estar poniendo de manifiesto el sistema de garantías y la universalidad del sistema sanitario español.

Implicaciones para las políticas públicas

Respecto a la dinámica de salud de la población inmigrante, creemos que la articulación de intervenciones públicas dirigidas a adecuar e implementar recursos sanitarios y nuevas demandas de salud deberá considerar los siguientes aspectos:

1. El estudio de la trayectoria de salud de la población inmigrante, de sus determinantes y del grado de acceso y utilización de los recursos sanitarios ha de fundamentarse en bases de datos completas, fiables y contrastables, que posean el tamaño muestral mínimo para realizar inferencias y comparaciones entre población nacional y extranjera y entre subgrupos de población inmigrante. Sería importante que las encuestas capturasen datos que diferencien a los inmigrantes en función de las causas que están detrás de la decisión de iniciar el proceso migratorio: migración por causas económicas (generalmente de países pobres), jubilación (países de rentas altas), causas políticas, etc.

Deberían aumentar los esfuerzos en el desarrollo de encuestas longitudinales y específicas para esta población, que permitan identificar y analizar desde antes del inicio del proceso migratorio, las variaciones en el estado de salud y la utilización que hacen de los recursos de salud diferentes cohortes de individuos (según el tiempo de estancia en el país, el país del que proceden, etc.).

2. La existencia de deficiencias sociales y económicas deriva en una mayor vulnerabilidad a problemas de salud y en limitaciones al acceso y la utilización de los recursos sanitarios. Será necesaria la implementación de medidas de inclusión social y mejora de las condiciones de vida del colectivo inmigrante más desfavorecido, que corrijan parte de estos desequilibrios y ayuden a mantener una trayectoria óptima de salud.

3. Respecto a la población nacional, la menor frecuentación de los servicios de salud de la población inmigrante se debe más a la presencia de un buen estado de salud que a la existencia de barreras de acceso a éstos. No obstante, sin acometer reestructuraciones radicales ni desarrollar servicios aislados y específicos de atención a la salud del colectivo de nueva población, será necesario realizar intervenciones enfocadas a la reducción de las barreras selectivas de acceso y utilización de los recursos.

Destacamos medidas relacionadas con el desarrollo de habilidades y prácticas en el personal sanitario y administrativo de los servicios de salud, y la potenciación de figuras como la del mediador cultural. También sería deseable la potenciación de formación específica a los profesionales en temas como las enfermedades más prevalentes o los aspectos psicosociales y culturales, que favorezcan la comunicación con el paciente y aumenten la capacidad de la toma de decisiones por parte del profesional sanitario.

4. La exposición a nuevos comportamientos, riesgos de salud y limitaciones deriva en la necesidad de activar medidas preventivas y programas de promoción de la salud específicos para los grupos de inmigrantes que llevan un menor tiempo de residencia en el país y presentan deficiencias socioeconómicas significativas. El objetivo principal de esta serie de medidas es mantener la selección positiva en salud y reducir la frecuencia de trastornos crónicos (diabetes mellitus, trastornos del aparato circulatorio, cáncer, etc.). En función de la evidencia disponible sobre frecuentación y utilización de servicios sanitarios, los grupos poblacionales que necesitarían actuaciones específicas en prevención y promoción de la salud son el grupo de madres y niños inmigrantes.

Conclusiones y recomendaciones

De la revisión de la literatura médica y del análisis empírico realizado a partir de la ENSE, ECV y PHOGUE no se puede afirmar que la población inmigrante establecida en España posea un perfil epidemiológico muy diferenciado de la población nacional, aunque debido a la baja representatividad de la población extranjera respecto al total de población encuestada, las conclusiones obtenidas del análisis de los estimadores de estas encuestas han de tomarse con cautela.

España es uno de los países de la UE con mayor esperanza de vida; sin embargo, nuestras autoridades sanitarias están preocupadas por el hecho de que la población inmigrante (que supera ya el 9% de la población) haya transformado la estructura de la población nacional. Este hecho puede tener importantes repercusiones sobre la salud poblacional, si bien la población extranjera encuestada parece tener un mejor estado de salud general, presentando una prevalencia inferior de trastornos crónicos durante el último año. Asimismo, la proporción de individuos que declararon tener durante el último año limitaciones en el desarrollo de sus actividades habituales debido al padecimiento de una enfermedad crónica es mayor entre la población nacional.

El diferencial de demanda de servicios sanitarios respecto a la población autóctona viene determinado básicamente por su edad y su mayor tasa de fertilidad.

En este sentido, los motivos de consulta y hospitalización más frecuentes se relacionan con las necesidades de una población joven y que goza de buen estado de salud (atención ginecoobstétrica, pediátrica y medicina general).

Los porcentajes de frecuentación de consultas médicas obtenidos a partir de la ENSE muestran unas cifras similares entre las dos poblaciones, si bien la población extranjera parece hacer un uso mayor de la consulta del especialista (las consultas ginecológicas/obstétricas y traumatología superan a la población nacional en 5 puntos porcentuales). El número de ingresos hospitalarios y la estancia media en el hospital se muestra superior para el conjunto de población nacional encuestada. No se constata la evidencia presentada por algunos estudios empíricos sobre el uso diferenciado del servicio de urgencias como entrada al dispositivo sanitario público, y las dos poblaciones utilizan esta vía de ingreso con una frecuencia similar.

Por otro lado, no parece mostrarse, a la vista de los datos del PHOGUE, una mayor utilización de servicios sanitarios de la población inmigrante respecto a la autóctona, especialmente en la consulta del especialista, mientras que según los datos de la ECV únicamente hay una mayor necesidad insatisfecha de cuidados de salud de la población inmigrante respecto a la autóctona debido, entre otros factores, al carácter universal del sistema sanitario y a la juventud del colectivo relacionada con la mayor tasa de fecundidad de las madres extranjeras. Probablemente, este hecho puede responder bien a la definición de inmigrante según las fuentes de datos empleadas o a tomar como base los años en que el fenómeno migratorio aún no era tan importante.

La ausencia de encuestas de salud de carácter dinámico, que nos permitan obtener un panel de individuos a lo largo del tiempo dificulta seriamente el estudio de las trayectorias de salud de la población inmigrante y de los patrones de demanda de atención sanitaria. Al mismo tiempo, considerar en los análisis la variable «tiempo de residencia en el país» será fundamental para determinar el estado de salud del inmigrante y las pautas de utilización de los recursos sanitarios. Otros aspectos que han de ser incorporados en futuros análisis son la trayectoria vital anterior a iniciar el proceso migratorio y el impacto que segundas generaciones de inmigrantes ejercen sobre los recursos destinados a mejorar la salud de la población.

Respecto al acceso a los servicios sanitarios no se aprecian barreras importantes, impuestas por el propio sistema, que limiten la atención sanitaria a la población inmigrante. La mayor parte de los profesionales sanitarios suelen atender a inmigrantes sin regularizar, puesto que la mayoría de centros sanitarios no discriminan según su situación de legalidad en nuestro país. Por lo que respecta a la organización sanitaria, no se aprecia la necesidad de

acometer fuertes reestructuraciones ni la creación de servicios específicos en función de un perfil de salud diferenciado respecto a la población nacional. No obstante, sería deseable realizar intervenciones concretas dirigidas a favorecer un mayor conocimiento y habilidades entre los profesionales, que les ayuden a mejorar su capacidad de decisión y a conseguir una mejor atención asistencial.

Agradecimientos

Los autores agradecen las diversas aportaciones que han enriquecido y mejorado el rigor de este texto, muy especialmente las de Beatriz González.

Bibliografía

1. United Nations. International Migration Report. New York: United Nations Population Division; 2002.
2. Collado D, Iturbe-Ormaetxe I, Valera G. Quantifying the impact of immigration on the Spanish Welfare State. *Int Tax and Public Finance*. 2004;11:335-53.
3. Solsona M, Viciano F. Claves de la evolución demográfica en el cambio de milenio. *Gac Sanit*. 2004;18:8-15.
4. Sharma RD, Michalowsky M, Verma RBP. Mortality differentials among immigrant populations in Canada. *Int Migr*. 1990;28:443-50.
5. Lalonde RJ, Topel RH. Immigrants in the American Labor Market: quality, assimilation, and distributional effects. *Am Econ Rev*. 1991;81:297-302.
6. Dunn JR, Dyck I. Social determinants of health in Canada's immigrant population: results from the National Population Health Survey. *Soc Sci Med*. 2000;51:1573-93.
7. Gustafsson B, Osterberg T. Immigrants and the public sector budget- accounting exercises for Sweden. *J Popul Econ*. 2001;14:689-708.
8. McKay L, Macintyre S, Ellaway A. Migration and health: a review of the international literature. Glasgow: MRC Social & Public Health Sciences Unit. Occasional Paper n.º 12; 2003.
9. McDonald JT, Kennedy S. Insights into the «healthy immigrant effect»: health status and health service use of immigrants to Canada. *Soc Sci Med*. 2004;59:1613-27.
10. Mayr K. The fiscal impacts of immigrants in Austria: a generational accounting analysis. *Empirica*. 2005;32:181-216.
11. Chiswick BR, Liang Y, Miller PW. Immigrant selection system and immigrant health. Bonn: IZA. Discussion Paper n.º 2345; 2006.
12. Sanz B, Torres AM, Schumacher R. Características socio-demográficas y utilización de servicios sanitarios por la población inmigrante residente en un área de la Comunidad de Madrid. *Aten Primaria*. 2000;26:314-8.
13. Vall O, García Pérez J, Puig C, García O. La inmigración y su repercusión sanitaria. Aspectos culturales y nuevas patologías emergentes. *Pediatría Integral*. 2001;61:42-50.
14. Cots F, Castells X, Ollé C, Manzanera R, Varela J, Vall O. Perfil de la casuística hospitalaria de la población inmigrante de Barcelona. *Gac Sanit*. 2002;16:376-84.
15. Borrell C, Rohlf's L, Ferrando J, Pasarin MI, Domínguez-Berjón F, Plasencia A. Social inequalities in perceived health and utilization of health services in a south European urban area. *Int J Health Serv*. 2000;29:743-64.
16. Urbanos R. Desigualdades sociales en salud y efectividad potencial de las políticas públicas: un estudio aplicado con datos españoles. *Hac Publ Esp*. 2000;154:217-38.
17. Clavero A, González ML. La demanda de asistencia sanitaria en España desde la perspectiva de la decisión del paciente. *Estadística Española*. 2005;47:55-87.
18. Kristiansen M, Mygind M, Krasnik A. Health effects of migration. *Danish Medical Bull*. 2007;54:46-7.
19. Bhugra D. Migration and mental health. *Acta Psychiatr Scand*. 2004;109:243-58.
20. Stephen EH, Foote K, Hendershot GE, Schoenborn CA. Health of the foreign-born population. *Advance Data from Vital and Health Statistics*. 1994;241:1-10.
21. Jasso G, Massey D, Rosenzweig M, Smith J. Immigrant health: selectivity and acculturation. London: Institute for Fiscal Studies; 2004. Documento de trabajo WP04/23.
22. House JS, Kessler RC, Herzog AR, Mero RP, Kinney AM, Breslow MJ. Age, socioeconomic status and health. *Milbank Quarterly*. 1990;68:383-411.
23. Donovan J, D'Espaignet E, Merton C, Van Ommeren M. Immigrants in Australia: a health profile. Canberra: Australian Institute of Health and Welfare; 1992. Ethnic Health Series n.º 1.
24. Andersen RM, Newman JF. Societal and individual determinants of medical care utilization in the United States. *Milbank Quarterly*. 1973;51:95-124.
25. Hyman I. Immigration and health. Ottawa: Health Canada; 2001. Health Policy Working Paper Series n.º 01-05.
26. Leclere F, Jensen L, Biddlecom A. Health care utilization, family context, and adaptation among immigrants to the United States. *J Health Soc Behav*. 1994;35:370-84.
27. Encuesta Nacional de Salud de España 2003 (CD-ROM). Madrid: Instituto Nacional de Estadística; 2006.
28. Encuesta de Condiciones de Vida 2004 y 2005. Madrid: Instituto Nacional de Estadística; 2006 y 2007.
29. Panel de Hogares de la Unión Europea 2001. Madrid: Instituto Nacional de Estadística; 2002.