

Informe SESPAS

# Reflexiones sobre el impacto de la crisis en la salud y la atención sanitaria de la población inmigrante. Informe SESPAS 2014



María Luisa Vázquez\*, Ingrid Vargas y Marta-Beatriz Aller

Grup de Recerca en Polítiques de Salut i Serveis Sanitaris, Servei d'Estudis i Prospectives en Polítiques de Salut, Consorci de Salut i Social de Catalunya (CSC), Barcelona, España

## INFORMACIÓN DEL ARTÍCULO

### Historia del artículo:

Recibido el 2 de septiembre de 2013

Aceptado el 13 de febrero de 2014

### Palabras clave:

Recesión económica

Emigrantes e inmigrantes

Salud

Política de salud

Prestación de atención de salud

Accesibilidad a los servicios de salud

Calidad de la atención de salud

## R E S U M E N

A pesar de la crisis económica, España continúa albergando un importante volumen de población extranjera, 5,7 millones (11,4%). Esta población, cuyas necesidades en salud son comparables a las de la población general, suele ser más vulnerable por su exposición a peores determinantes sociales (condiciones de vida, trabajo y riesgo de exclusión de los servicios sociales). En este artículo analizamos cómo la crisis económica afecta o puede afectar a la salud de la población inmigrante en España, a partir de los distintos factores poblacionales o institucionales que influyen en las consecuencias de la crisis y de los datos disponibles. Aunque la evidencia es limitada, se identifica en primer lugar un empeoramiento de algunos determinantes sociales, como mayores tasas de desempleo y peores condiciones laborales, que harían esperar un empeoramiento de la salud en esta población, como ya se ha descrito para la salud mental o se ha estimado para patologías infecciosas. En segundo lugar, ha habido un impacto directo de las decisiones políticas, que han excluido del derecho a la atención, con algunas excepciones, a la población en situación irregular. Finalmente, una reducción en la prioridad concedida a la adaptación de los servicios de salud a las características específicas de la población inmigrante (que en su inmensa mayoría se encuentra en situación regular), que junto a la introducción de nuevas barreras se traduce o traducirá en un peor acceso a los servicios de salud. Por tanto, se espera un mayor impacto de la crisis económica sobre la salud de la población inmigrante.

© 2013 SESPAS. Publicado por Elsevier España, S.L. Todos los derechos reservados.

## The impact of the economic crisis on the health and healthcare of the immigrant population. SESPAS report 2014

### A B S T R A C T

Despite the economic crisis, the immigrant population of Spain continues to be high, with 5.7 million persons (11.4%). This population, whose health needs are similar to those of the general population, is more vulnerable due to their exposure to worse social determinants (living and working conditions together with a higher risk of exclusion from social services). In this article, we analyze how the economic crisis affects or can affect the health of the immigrant population in Spain by examining distinct population-specific or institutional factors that influence the effects of the crisis and the available data. The available evidence is limited, but several effects can be identified: firstly, some social determinants, such as higher unemployment rates and worse working conditions, have deteriorated, which can be expected to lead to a worsening of health status. These consequences have already been described for mental health or have been estimated for infectious diseases. Secondly, political decisions have had a direct impact, excluding—with some exceptions—undocumented immigrants from the right to health care. Finally, the lower priority given to adapting health services to the specific characteristics of the immigrant population (most of whom are documented) together with the introduction of new barriers, has hampered or will hamper access to health care. As a result, the economic crisis can be expected to have a greater impact on the immigrant population.

© 2013 SESPAS. Published by Elsevier España, S.L. All rights reserved.

### Keywords:

Economic recession

Emigrants and immigrants

Health

Health policy

Delivery of health care

Health services accessibility

Quality of health care

## Introducción

Aproximadamente el 3,1% de la población mundial es inmigrante, de la cual una importante proporción, el 40%, procede de un país vecino<sup>1</sup>. Las causas de las migraciones son variadas, pero suele diferenciarse entre las migraciones forzadas, de carácter involuntario y generalmente ligadas a la violencia, y las migraciones

económicas, consideradas de carácter voluntario (aunque en muchas ocasiones no lo sean) y sustentadas en la búsqueda de nuevas oportunidades de trabajo y mejores condiciones de vida<sup>1</sup>. En la Unión Europea (EU27) se calculaba para 2012 una población extranjera de alrededor del 6,5% (33,3 millones), de la que el 40,8% (13,6 millones) sería de otro país europeo (EU27)<sup>2</sup>. La mayoría (77,1%) vive en Alemania (7,4 millones), España (5,7 millones), Italia (4,8 millones), Reino Unido (4,8 millones) y Francia (3,8 millones)<sup>2</sup>, y migró por motivos económicos; son minoría los que solicitan asilo político<sup>3</sup>. La proporción de inmigrantes irregulares es desconocida, pero se estimaba entre el 0,4% y el 0,8% de la población de la

\* Autora para correspondencia.

Correo electrónico: [mlvazquez@consorci.org](mailto:mlvazquez@consorci.org) (M.L. Vázquez).

Unión Europea, en su mayor parte personas a las que se deniega el asilo o cuyo permiso de residencia ha expirado<sup>4</sup>. La definición de «inmigrante» es objeto de debate, y por ello en este artículo adoptamos la usada por la Organización Mundial de la Salud<sup>5</sup>: «personas que residen fuera del país de nacimiento»; definición amplia que abarca los diversos tipos de inmigrantes (refugiados, solicitantes de asilo, víctimas de trata, estudiantes, trabajadores y sus familias, que pueden estar en situación administrativa regular o irregular). A lo largo del texto, no obstante, usaremos términos diversos, según la fuente consultada.

En general, la población inmigrante, a su llegada al país, por ser joven y en condiciones de trabajar, presenta un estado de salud mejor que el de la población autóctona, fenómeno conocido como «efecto del inmigrante sano»<sup>6</sup>. Sin embargo, esto tiende a cambiar con el tiempo y a aproximarse al estado de salud del grupo socioeconómico equivalente dentro de la población autóctona<sup>7</sup>.

Durante las crisis económicas aumenta la proporción de ciudadanos en situación de vulnerabilidad social y económica, es decir, aquellos con mayor exposición a diferentes riesgos debido a algunas características sociales compartidas<sup>8</sup>, como la fragilidad en los vínculos relacionales y la precariedad en la inserción laboral; es decir, aumenta la proporción de grupos de población susceptibles de experimentar un empeoramiento en su calidad de vida, por partir de condiciones precarias previas o por estar ocupados en los sectores más afectados por la recesión<sup>9</sup>. Entre ellos se encuentran los inmigrantes.

El empeoramiento de la salud de la población es una de las consecuencias descritas de las crisis económicas, aunque la evidencia disponible señala una compleja y multifactorial relación entre crisis, determinantes sociales y salud, como analizan otros capítulos de este informe. De acuerdo con los marcos conceptuales de Dávila y González<sup>10</sup>, y de Ruckert y Labonté<sup>11</sup>, las consecuencias de la crisis sobre la salud de la población dependen, por un lado, de factores poblacionales, individuales y de cohesión social, y por otro, muy decisivamente, del contexto institucional y de las respuestas políticas de los gobiernos, todo ello permeado por la intensidad, el grado de recesión y la duración de la crisis. Tanto la existencia de redes sociales como el mantenimiento de las políticas sociales actúan como factores protectores de la salud durante las crisis económicas. En cambio, la disminución de la protección social afecta negativamente la salud, como consecuencia de acciones directas sobre el sistema de salud o indirectas sobre las políticas sociales no sanitarias<sup>11</sup>. Las acciones directas sobre el sistema de salud suelen consistir en la reducción del presupuesto sanitario como parte de la disminución del gasto público<sup>10</sup>, con la consecuente reducción de recursos humanos y materiales, y de la actividad de los servicios, tanto curativos como preventivos. Se acompaña de transformaciones importantes de los sistemas de salud, como por ejemplo la introducción de barreras a la atención, los copagos<sup>11</sup> o la limitación de los derechos en salud de la población. Los efectos indirectos se producen por la modificación de los determinantes sociales: tanto la reducción del gasto en políticas sociales distintas de las sanitarias (educación o empleo), y la consecuente disminución de la protección social, como la transformación del mercado laboral, cuya flexibilización y precarización se asocian con problemas de salud.

A pesar de la importancia y del interés del tema, que genera una abundancia de editoriales y artículos de opinión<sup>12</sup>, son aún escasos los estudios originales sobre el impacto de la crisis económica y de las políticas impulsadas en este contexto sobre la salud y la atención sanitaria de la población en España, y se centran en el análisis de los cambios en el sistema de salud y en algunos de los posibles efectos en la población general<sup>12,13</sup>. Sus efectos específicos para la población inmigrante sólo han sido objeto de estudio de forma muy limitada<sup>14</sup>. En este artículo analizamos, a partir de los datos disponibles, cómo la crisis económica afecta o puede afectar a la salud y la atención en salud de la población inmigrante,

orientando nuestro análisis hacia tres aspectos: características de vulnerabilidad de la población inmigrante, posibles cambios en la salud y posibles cambios en el acceso a los servicios de salud.

#### Ideas clave

- Una importante proporción de la población española, 5,7 millones de personas, son inmigrantes (proceden de un país diferente).
- La población inmigrante constituye un grupo de población especialmente vulnerable a la crisis por presentar peores condiciones de vida y de trabajo, y mayor riesgo de exclusión de los servicios públicos, como la salud.
- Los datos sobre el impacto de la crisis sobre la salud y el acceso a la atención de la población inmigrante son prácticamente inexistentes. No obstante, ya existen pruebas de un impacto en la salud mental y algunos indicios de un aumento en las barreras de acceso a los servicios de salud.
- Asimismo, se ha producido un impacto directo en las políticas introducidas en el contexto de la crisis, que ha sido la exclusión de los inmigrantes irregulares del derecho a la atención en salud.

#### La población inmigrante en España y su vulnerabilidad ante la crisis

Como consecuencia de un período de bonanza económica sostenida, España experimentó durante la primera década del siglo XXI un aumento considerable en su población extranjera, que pasó de representar un 2,6% del total de la población en 2001 a un 11,7% en 2012<sup>15</sup>. Durante este periodo, los incrementos anuales de población extranjera fueron muy superiores al crecimiento natural de la población. Sus países de procedencia eran mayoritariamente de fuera de la UE-15, con Rumanía, Marruecos, Ecuador y Colombia representando un 40% del total<sup>16</sup>. Tras el inicio de la crisis económica en el año 2008, esta tendencia se fue transformando progresivamente: primero se desaceleró, luego se estabilizó y en la actualidad experimenta un ligero descenso<sup>15</sup>. Las características de este grupo poblacional, cuyas condiciones de partida son, habitualmente, más desfavorables que las de la población general, le llevan a sufrir unos mayores efectos de la crisis económica. Así, en relación con algunos de los determinantes sociales, encontramos que si la tasa de paro de la población general es alta (26,3%) más lo es entre la población de origen extranjero (35,7%)<sup>15</sup>, como también lo era al inicio de la crisis (8,6% y 12,3%, respectivamente). Asimismo, las ganancias salariales medias brutas anuales de los trabajadores extranjeros eran, en 2006, un 25,5% inferiores a las de la población española, y con la crisis esta diferencia ha pasado a ser del 31,4%<sup>15</sup>.

#### Crisis económica y salud de la población inmigrante

A pesar de que las necesidades en salud de los inmigrantes son comparables a las de la población local<sup>17</sup>, y de que en el momento de su llegada suelen disfrutar de un mejor estado de salud, esta población, en general, es más vulnerable a desarrollar un peor estado de salud, debido a una mayor exposición a peores determinantes sociales de salud, como la menor capacidad adquisitiva o condiciones de vida y trabajo precarias<sup>18</sup>; condiciones que suelen ser aún peores en los inmigrantes irregulares<sup>19</sup>.

Una revisión de la relativamente limitada información disponible sobre el estado de salud de los inmigrantes en España con

datos de antes de la crisis arroja resultados diversos<sup>20</sup>. Por un lado, los análisis de las encuestas de salud nacionales existentes mostraban que la población de origen extranjero, analizada en su conjunto, percibía un mejor estado de salud y menos limitaciones en la actividad diaria que la población autóctona<sup>21,22</sup>. No obstante, análisis más específicos muestran la heterogeneidad de este grupo poblacional cuando se desagrega, por ejemplo, por país de origen<sup>23</sup>, y señalan importantes desigualdades en relación con el nivel de renta del país de origen, que se muestran a favor de los procedentes de la Unión Europea<sup>22</sup>. En cuanto a la presencia de patologías específicas, los resultados son también diversos. De acuerdo con los análisis de las encuestas nacionales, los inmigrantes referían menos problemas de salud mental, aunque aquellos con menos recursos mostraban mayor probabilidad de padecer un trastorno de salud mental; sin embargo, los resultados de las encuestas de salud de Cataluña y de Barcelona mostraban una peor salud mental percibida y un mayor riesgo de sufrimiento psicológico, respectivamente, entre los inmigrantes<sup>24</sup>. Estudios circunscritos a determinadas áreas encontraban una prevalencia menor de trastornos psicóticos, pero en cambio describían una mayor proporción de somatizaciones entre los inmigrantes<sup>25</sup>. En cambio, se ha descrito una mayor prevalencia entre los inmigrantes de algunas enfermedades infecciosas, como la tuberculosis (más alta entre los hombres)<sup>24,25</sup>, el sida (con una supervivencia menor que en los autóctonos) y la hepatitis infecciosa<sup>24,25</sup>. En cambio, los inmigrantes refieren hábitos más saludables: fuman menos, presentan menor consumo de alcohol y realizan más ejercicio físico que la población autóctona<sup>26</sup>.

Aunque no se dispone de datos sobre el efecto específico en la población inmigrante, los análisis existentes señalan un empeoramiento de la salud de la población general con la crisis<sup>9,27</sup>, y relacionan el empobrecimiento, la inseguridad económica y la precariedad laboral con un estrés duradero que se asocia a muerte prematura, mayor riesgo de infecciones, diabetes, hipertensión arterial, infartos de miocardio, accidentes cerebrovasculares y problemas de salud mental<sup>9,10,28-30</sup>. Asimismo, se ha asociado la disminución de los ingresos económicos con el deterioro de la dieta<sup>10,28</sup> y con una mayor adopción de hábitos tóxicos (como el mayor consumo de alcohol<sup>28</sup>). Algunos autores también señalan algunos efectos positivos para la salud<sup>10,31</sup>: reducción del estrés por el trabajo, de los accidentes laborales y de tráfico, y mejora del autocuidado y de la actividad física entre la población desempleada. Teniendo en cuenta el peor punto de partida de la población inmigrante en cuanto a determinantes sociales, y que la escasa evidencia disponible muestra un aumento de los problemas de salud mental entre la población general y entre los inmigrantes cuyas condiciones laborales han empeorado<sup>30,32</sup>, podríamos esperar una mayor afectación de la salud de la población inmigrante a corto y mediano plazo, y difícilmente algún efecto beneficioso de los cambios introducidos por la crisis.

### La respuesta política en salud a la crisis y su relevancia para la población inmigrante

Los efectos de la crisis sobre la salud de la población inmigrante también se relacionan con las respuestas institucionales directas e indirectas. En España, los análisis realizados de las políticas relativas a la salud y la atención en salud de la población inmigrante, hasta el año 2010, mostraban un progreso en la búsqueda de la mejora de la protección de la salud y el acceso a la atención en salud de la población inmigrante<sup>33,34</sup>, y también que ocupaba un lugar destacado dentro de los países europeos en este ámbito<sup>35</sup>. Así, desde los orígenes del Sistema Nacional de Salud, en la Ley general de Sanidad de 1986, se había legislado sobre sus derechos a la atención en salud y posteriormente había sido complementado con diversas leyes que otorgaban a los extranjeros

empadronados el derecho a la asistencia sanitaria en igualdad de condiciones que los españoles, y se garantizaba a las personas no empadronadas la atención de urgencias y la asistencia para las mujeres embarazadas y los menores de 18 años (Ley Orgánica sobre derechos y libertades de los extranjeros en España 4/2000). El ejercicio de este derecho se reforzó además con la formulación de políticas específicas para adaptar el sistema de salud y los programas de promoción de la salud en los planes periódicos de inmigración multisectoriales (denominados de ciudadanía e integración o inmigración), de carácter estatal y también autonómico, así como la incorporación de políticas dirigidas a inmigrantes en el plan de calidad del sistema de salud español y los planes de salud autonómicos<sup>33</sup>.

Sin embargo, la respuesta del gobierno a la situación económica y a la presión de los organismos internacionales ha sido doble. Por un lado, la reducción del gasto social, con una drástica reducción del gasto público en salud, de un 16,8% en 2013 respecto a 2010<sup>36</sup>. Esta reducción y las diversas medidas adoptadas, analizadas en otros capítulos de este informe, tienen importantes implicaciones para el acceso a la atención por parte de la población, y seguramente sobre la calidad de la atención recibida, tanto por la reducción en recursos humanos, materiales e infraestructuras<sup>37</sup>, como por el aumento del tiempo de espera. Y por otro lado, la respuesta institucional de mayor trascendencia, aunque sorprendentemente con menor repercusión en la opinión pública de lo que habría sido de esperar, es la introducida con el Real Decreto-ley 16/2012, de 20 de abril, de medidas urgentes para garantizar la sostenibilidad del Sistema Nacional de Salud y mejorar la calidad y seguridad de sus prestaciones, es decir, la transformación del derecho a la atención en salud de la población del estado español, que ha dejado de ser un derecho basado en la ciudadanía, para pasar a ser un derecho basado en las cotizaciones a la Seguridad Social. Con el decreto se excluye a la población más vulnerable, a partir de unas premisas confusas («poner fin a los abusos»); así, se limita además el derecho a la atención de algunos colectivos específicos, y muy especialmente de los inmigrantes irregulares, para los que queda reducido a asistencia sanitaria de urgencias, salud maternal y de los menores de 18 años. Aunque la respuesta de las diferentes comunidades autónomas a esta normativa estatal ha sido desigual, ya se han introducido límites en el acceso, como un periodo de carencia de 6 meses de empadronamiento para obtener la Tarjeta Sanitaria Individual (TSI), o garantizar sólo el primer nivel de atención, o la creación de tasas para la renovación de la TSI.

Por tanto, ambas respuestas institucionales directas afectan a los inmigrantes, pero la segunda, la introducción de límites en el derecho a la atención, les afecta específicamente y revela una politización de la migración<sup>38</sup>, como sucede en otros países<sup>39</sup>, ya que se adoptan medidas que no se corresponden con las premisas que originan el decreto y que, además, no sólo tendrán consecuencias negativas para este grupo de población sino también para el sistema de salud y la salud pública, en contra de lo declarado. Aquí destacamos que, para los inmigrantes en situación irregular, dificultará el control de patologías crónicas, el diagnóstico precoz y el tratamiento adecuado y oportuno de enfermedades, así como la realización de las actividades preventivas y de promoción de la salud. Además, ante la ausencia de diagnóstico y tratamiento de las enfermedades infecciosas se dificultará su control, con lo cual se favorecerá su transmisión y, por tanto, podría traducirse en un empeoramiento de la salud del colectivo afectado y potencialmente de la población general. Por último, el cierre de la atención primaria como puerta de entrada al sistema conllevará un mayor uso de las urgencias, al ser la única vía de acceso permitida, con un potencial de discontinuidad de la atención<sup>40,41</sup> y con un aumento de costes para el sistema que podría haber tratado la necesidad en salud en un lugar más coste-efectivo y en un estadio más temprano. Es importante recordar que la mayoría de los inmigrantes irregulares

serán aquellos cuyo permiso de residencia y trabajo ha expirado<sup>3</sup>, y que por tanto han estado trabajando y cotizando regularmente antes de la crisis económica y continúan haciéndolo a través de los impuestos indirectos.

### **Crisis y acceso y calidad de la atención en salud de la población inmigrante**

Una importante consecuencia negativa de las crisis económicas para la población vulnerable es la disminución del acceso o de la calidad en la atención recibida<sup>11,39</sup>. Ya en un contexto de normalidad económica, la mayor exposición a peores determinantes sociales que influyen en el acceso, precarias condiciones de vida y de trabajo, junto a ciertos factores específicos, como lengua, cultura y religión, o el desconocimiento de cómo funciona el sistema de salud, generan con frecuencia un acceso desigual (ante una misma necesidad) de la población inmigrante, que puede llegar incluso a su exclusión de los servicios de salud<sup>17</sup>.

Los estudios sobre el impacto en el acceso y la calidad de la atención sanitaria de los cambios derivados de las épocas de crisis económicas son casi inexistentes, y los pocos disponibles se refieren a la población general. En el contexto griego se señala el incremento en las barreras a la atención debido a la reducción presupuestaria actual: un aumento de los tiempos de espera y de las dificultades de acceso geográfico por cierre de centros y reducción de personal sanitario<sup>42,43</sup>, así como la reducción de programas comunitarios y de servicios preventivos<sup>42,43</sup>. Los estudios sobre acceso y calidad de la atención de las poblaciones inmigrantes en Europa<sup>39</sup>, y particularmente en España, son muy limitados, y de momento inexistentes en relación al impacto de la crisis.

Los estudios sobre el acceso a la atención de la población inmigrante con datos anteriores a la crisis señalaban que la población de origen extranjero tenía un acceso desigual a los servicios de salud, no relacionado con la necesidad en salud: utilizaba menos la atención especializada, de manera similar la atención primaria y algo más el servicio de urgencias<sup>44</sup>, aunque algunos estudios que también analizan el acceso según el país de origen muestran, con alguna excepción, un menor uso de la población extranjera<sup>21,45</sup>. Este uso desigual parece estar relacionado con la existencia de barreras de acceso ya antes de la crisis, pues no parece estar determinado por la necesidad percibida<sup>46</sup>. Los análisis, no obstante, se centran sobre todo en las características de los inmigrantes y muy poco en las barreras inherentes al sistema. Algunos estudios cuantitativos descriptivos basados en encuestas a profesionales señalan dificultades en la atención a este grupo de población, mientras los pocos estudios cualitativos con población inmigrante existentes describen barreras tanto en la entrada al sistema de salud como en el acceso y la utilización de los servicios (relacionados con los servicios, como la insuficiente provisión de información, largas distancias y tiempos de espera, y la actitud del personal), así como también factores relacionados con los propios inmigrantes (conocimiento limitado del sistema, dificultades para el pago de transporte o medicación, no poder acudir a los servicios en horarios coincidentes con la jornada laboral por las condiciones precarias de empleo y desconocimiento del idioma)<sup>47</sup>. Estas barreras probablemente aumentarán con las políticas adoptadas. En este sentido, resultados preliminares de un estudio cualitativo sobre acceso a los servicios de salud señalan, por ejemplo, el aumento de los requisitos exigidos para obtener la tarjeta sanitaria y la exigencia del pago por la atención prestada incluso para consultas de urgencia<sup>48</sup>.

La evidencia disponible sobre la calidad de la atención recibida por la población inmigrante es aún más limitada, y sobre todo se centra en el análisis de algunos aspectos del proceso de la provisión de la atención, por ejemplo la experiencia de los profesionales

en salud mental<sup>49,50</sup>. Algunos estudios muestran diferencias en la calidad de la atención con respecto a la población general<sup>49,50</sup>, que en parte se explican por la existencia de barreras de acceso (falta de aseguramiento o baja capacidad económica de la población analizada), pero que en parte se mantienen a igual acceso. Estos problemas se atribuyen a la organización y la manera de operar del sistema de salud, la disposición y el comportamiento del paciente y, por último, a los prejuicios y la incertidumbre de los profesionales en el tratamiento de estos pacientes. En España son prácticamente inexistentes los estudios sobre la calidad percibida por los inmigrantes, pero algunos estudios basados en encuestas o de carácter cualitativo, que se centran en las dificultades del personal de salud en la provisión de la atención a este colectivo, señalan elementos que podrían estar afectando la calidad<sup>40,47</sup>. Además, la limitada calidad percibida emerge entre las barreras al acceso que se describen en un estudio con ecuatorianos en Barcelona<sup>47</sup>. La superación de estos problemas requeriría implementar estrategias de mejora adaptadas a las necesidades de estos colectivos, como las contempladas en las políticas desarrolladas en períodos anteriores<sup>34</sup>, que difícilmente se considerarán prioritarias en el momento actual.

### **Conclusión**

En resumen, la crisis económica en España plantea nuevos retos para la protección de la salud de la población de manera general, y también, muy específicamente, la de la población inmigrante, que junto a otros grupos vulnerables presenta una peor situación de partida. Esta situación de mayor vulnerabilidad y los indicios de un importante impacto (al menos en salud mental), junto a algunas de las medidas adoptadas hasta ahora (exclusión de los inmigrantes irregulares de la atención en salud, introducción o cese del abordaje de posibles barreras de acceso), hacen suponer importantes efectos sobre este colectivo. Futuras investigaciones deberían analizar los efectos sobre el acceso a los servicios de salud de la población inmigrante, a partir del impacto específico de los factores que en el contexto de la crisis determinan el acceso de los colectivos vulnerables a los servicios de salud. Reducir las consecuencias de la crisis sobre la salud de la población inmigrante requeriría el impulso decidido a las políticas anteriormente diseñadas para la protección de la salud, así como para la adaptación de los servicios a las características diferenciales específicas de este grupo de población.

### **Contribuciones de autoría**

M.L. Vázquez concibió la idea, y con las contribuciones de I. Vargas y M.B. Aller elaboró la primera versión del artículo. Todas las autoras han revisado el borrador del manuscrito y aprobado su versión final

### **Financiación**

Ninguna.

### **Conflicto de intereses**

Ninguno.

### **Agradecimientos**

A Alba Llop y Nuria Martínez por su apoyo en la elaboración del manuscrito.

## Bibliografía

- Global Migration Group. Challenges and opportunities on the threshold of the 60th anniversary of the Universal Declaration of Human Rights. (Consultado el 11-2-2014.) Disponible en: <http://www.migration4development.org/fr/content/international-migration-and-human-rights-challenges-and-opportunities-threshold-60th-anniver>
- Eurostat. Migration and migrant population statistics. (Consultado el 11-2-2014.) Disponible en: <http://www.sphsu.mrc.ac.uk/library/occasional/OP012.pdf>
- Ingleby D. Ethnicity, migration and the 'social determinants of health' agenda. *Psychosocial Intervention.* 2012;21:331–41.
- Kovacheva V, Vogel D. The size of the irregular foreign resident population in the European Union in 2002, 2005 and 2008: aggregated estimates. (Consultado el 11-2-2014.) Disponible en: [http://irregular-migration.net/type3\\_upload/groups/31/4.Background.Information/4.7.Working.Papers/WP4\\_Kovacheva-Vogel.2009.EuropeEstimate.Dec09.pdf](http://irregular-migration.net/type3_upload/groups/31/4.Background.Information/4.7.Working.Papers/WP4_Kovacheva-Vogel.2009.EuropeEstimate.Dec09.pdf)
- World Health Organization. How health systems can address health inequities linked to migration and ethnicity. Copenhagen: WHO Regional office for Europe; 2010.
- Uretsky MC, Mathiesen SG. The effects of years lived in the United States on the general health status of California's foreign-born populations. *J Immigrant Health.* 2007;9:125–36.
- Sundquist J. Migration, equality and access to health care services. *J Epidemiol Community Health.* 2001;55:691–2.
- Frohlich KL, Potvin L. Transcending the known in public health practice: the inequality paradox: the population approach and vulnerable populations. *Am J Public Health.* 2008;98:216–21.
- Stuckler D, Basu S, Suhrcke M, et al. The health implications of financial crisis: a review of the evidence. *Ulster Med J.* 2009;78:142–5.
- Dávila-Quintana CD, González López-Valcárcel B. Crisis económica y salud. *Gac Sanit.* 2009;23:261–5.
- Ruckert A, Labonté R. The global financial crisis and health equity: toward a conceptual framework. *Critical Public Health.* 2012;22:267–79.
- Legido-Quigley H, Otero L, Parra D, et al. Will austerity cuts dismantle the Spanish healthcare system? *BMJ.* 2013;346:f2363.
- Gene-Badía J, Gallo P, Hernández-Quevedo C, et al. Spanish health care cuts: penny wise and pound foolish? *Health Policy.* 2012;106:23–8.
- Agudelo-Suárez AA, Ronda E, Vázquez ML, et al. 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;58:627–31.
- Instituto Nacional de Estadística. (Consultado el 11-2-2014.) Disponible en: <http://www.ine.es/>
- Observatorio Permanente de la Inmigración, Ministerio de Empleo y Seguridad Social. Extranjeros con certificado de registro o tarjeta de residencia en vigor. (Consultado el 11-2-2014.) Disponible en: <http://www.empleo.gob.es/es/estadisticas/resumenweb/RUD.pdf>
- Mladovsky P. Migration and health in EU health systems. *Euro Obs.* 2007;9:1–2.
- McKay L, Macintyre S, Ellaway A. Migration and health: a review of the international literature. MRC Social & Public Health Sciences Unit. University of Glasgow. (Consultado el 11-2-2014.) Disponible en: <http://www.sphsu.mrc.ac.uk/library/occasional/OP012.pdf>
- Porthé V, Benavides FG, Vázquez ML, et al. La precariedad laboral en inmigrantes en situación irregular en España y su relación con la salud. *Gac Sanit.* 2009;23:107–14.
- Burón A. Barreras de acceso de la población inmigrante a los servicios de salud en Catalunya. Tesis doctoral. Barcelona: Universitat Autònoma de Barcelona; 2012.
- Hernández-Quevedo C, Jiménez-Rubio D. A comparison of the health status and health care utilization patterns between foreigners and the national population in Spain: new evidence from the Spanish National Health Survey. *Soc Sci Med.* 2009;69:370–8.
- Hernández-Quevedo C, Jiménez-Rubio D. Las diferencias socioeconómicas en salud entre la población española y extranjera en España: evidencia de la Encuesta Nacional de Salud. *Gac Sanit.* 2009;23 (Supl 1):47–52.
- Villarreal N, Artazcoz L. Heterogeneous patterns of health status among immigrants in Spain. *Health Place.* 2012;18:1282–91.
- Agència de Salut Pública de Barcelona. La salut de la població immigrant a Barcelona. Barcelona: Agència de Salut Pública de Barcelona; 2008.
- Berra S, Elorza JM, Bartomeu N, et al. Necessitats en salut i utilització dels serveis sanitaris en la població immigrant a Catalunya. Revisió exhaustiva de la literatura científica. Barcelona: Agència d'Avaluació de Tecnologia i Recerca Mèdiques. CatSalut, Departament de Sanitat i Seguretat Social. Generalitat de Catalunya; 2004.
- Carrasco-Garrido P, de Miguel AG, Barrera VH, et al. Health profiles, lifestyles and use of health resources by the immigrant population resident in Spain. *Eur J Public Health.* 2007;17:503–7.
- Stuckler D, Basu S, Suhrcke M, et al. Effects of the 2008 recession on health: a first look at European data. *Lancet.* 2011;378:124–5.
- Winters L, McAteer S, Scott-Samuel A. Assessing the impact of the economic downturn on health and wellbeing. Liverpool: Liverpool Public Health Observatory; 2012.
- Vandoros S, Hessel P, Leone T, et al. Have health trends worsened in Greece as a result of the financial crisis? A quasi-experimental approach. *Eur J Public Health.* 2013;23:727–31.
- Gili M, Roca M, Basu S, et al. The mental health risks of economic crisis in Spain: evidence from primary care centres, 2006 and 2010. *Eur J Public Health.* 2013;23:103–8.
- Martín-Moreno JM, Alfonso-Sánchez JL, Harris M, et al. The effects of the financial crisis on primary prevention of cancer. *Eur J Cancer.* 2010;46:2525–33.
- Agudelo-Suárez AA, Gil-González D, Vives-Cases C, et al. A metasynthesis of qualitative studies regarding opinions and perceptions about barriers and determinants of health services' accessibility in economic migrants. *BMC Health Serv Res.* 2012;12:461.
- Vázquez ML, Terraza-Núñez R, Vargas I, et al. Health policies for migrant populations in three European countries: England; Italy and Spain. *Health Policy.* 2011;101:70–8.
- Vázquez ML, Terraza-Núñez R, Hernández S, et al. Are migrants health policies aimed at improving access to quality healthcare? An analysis of Spanish policies. *Health Policy.* 2013;113:236–46.
- Observatorio Europeo del Acceso a la Sanidad de Médicos del Mundo. El acceso a la sanidad de las personas sin permiso de residencia en once países europeos. (Consultado el 11-2-2014.) Disponible en: <https://www.medicosdelmundo.org/index.php/mod.documentos/mem.descargar/fichero.DOC-115%232E%23pdf>
- Ministerio de Hacienda y Administraciones Públicas. Estadísticas de los Presupuestos Generales del Estado Consolidados 2013. (Consultado el 11-2-2014.) Disponible en: <http://www.sepg.pap.minhap.gob.es/sitios/sepg/es-ES/Presupuestos/Estadisticas/Documents/2013/Estadisticas%20Presupuestos%20Generales%20del%20Estado%20hasta%202013.pdf>
- Laparra M, Pérez B, Lasheras R, et al. Crisis y fractura social en Europa. En: Causas y efectos en España. Informe n° 35. Barcelona: Obra Social La Caixa; 2012.
- Moreno FJ, Ferreira SF. Inmigración, sanidad, crisis económica y politización de la inmigración en España. *Rev Inter Mob Hum.* 2013;40:27–47.
- Rechel B, Mladovsky P, Ingleby D, et al. Migration and health in an increasingly diverse Europe. *Lancet.* 2013;381:1235–45.
- Pérez-Molina JA, Pulido OF. Evaluación del impacto del nuevo marco legal sanitario sobre los inmigrantes en situación irregular en España: el caso de la infección por el virus de la inmunodeficiencia humana. *Enferm Infecc Microbiol Clin.* 2012;30:472–8.
- SESPAS. El impacto en la salud de la población de la crisis económica y las políticas para abordarla. Comunicado de la Sociedad Española de Salud Pública y Administración Sanitaria. (Consultado el 11-2-2014.) Disponible en: [http://www.sespas.es/adminweb/uploads/docs/V09.Crisis.economica.y.salud.SESPAS%20\\_3\\_X.pdf](http://www.sespas.es/adminweb/uploads/docs/V09.Crisis.economica.y.salud.SESPAS%20_3_X.pdf)
- Kentikelenis A, Karanikolos M, Papanicolaou I, et al. Health effects of financial crisis: omens of a Greek tragedy. *Lancet.* 2011;378:1457–8.
- Kondilis E, Giannakopoulos S, Gavana M, et al. Economic crisis, restrictive policies, and the population's health and health care: the Greek case. *Am J Public Health.* 2013;103:973–9.
- Antón JI, Muñoz de BR. Health care utilisation and immigration in Spain. *Eur J Health Econ.* 2010;11:487–98.
- Sanz B, Regidor E, Galindo S, et al. Pattern of health services use by immigrants from different regions of the world residing in Spain. *Int J Public Health.* 2011;56:567–76.
- Jiménez-Rubio D, Hernández-Quevedo C. Inequalities in the use of health services between immigrants and the native population in Spain: what is driving the differences? *Eur J Health Econ.* 2011;12:17–28.
- Terraza-Núñez R, Toledo D, Vargas I, et al. Perception of the Ecuadorian population living in Barcelona regarding access to health services. *Int J Public Health.* 2010;55:381–90.
- Vargas-Leguas H, Ruiz A, Pequeño S, et al. Acceso de la población inmigrante a los servicios de salud: opinión del personal sanitario y usuarios. *Gac Sanit.* 2013;27:384–5.
- Derose KP, Bahney BW, Lurie N, et al. Review: immigrants and health care access, quality, and cost. *Med Care Res Rev.* 2009;66:355–408.
- Sandhu S, Bjerre NV, Dauvrin M, et al. Experiences with treating immigrants: a qualitative study in mental health services across 16 European countries. *Soc Psychiatry Psychiatr Epidemiol.* 2013;48:105–16.