

UNIVERSIDAD DE ALMERÍA

Facultad de Ciencias de la Educación, Enfermería y Fisioterapia
División de Enfermería y Fisioterapia



GRADO EN ENFERMERIA

Curso Académico: Cuarto

Trabajo Fin de Grado

-Titulo-

Inmigración y salud

- Autora

María Ofelia Reátegui Navarro

- Tutor

Prof. Dr. Francisco Checa Olmos

RESUMEN

Ante la actual situación demográfica que experimenta España, resulta interesante investigar sobre fuentes científicas que tratan este fenómeno llamado inmigración. El desarrollo de mi trabajo consiste en la búsqueda sistemática de artículos científicos sobre inmigración y salud que se hayan publicado en tres revistas de gran prestigio en España, las cuales son: Revista Española de Salud Pública, Fundación Index (Cuiden) y Gaceta Sanitaria. Una vez seleccionado los artículos, se clasificarán aquellos que aportan datos parecidos o estudian el mismo tema, para posteriormente analizarlos. Ante la abundante información existente sobre Inmigración y salud, voy a enfocar mi trabajo en artículos que aborden cuestiones que influyen directamente sobre el sistema sanitario y sus consecuencia a nivel económico y al mismo tiempo averiguar cuales ha sido la respuesta de adaptación de servicio de salud a esta nueva realidad. Los objetivos principales son: Describir la relevancia del racismo para la Salud Pública, Conocer la adaptación de los servicios de salud a las necesidades específicas de los inmigrantes, Descubrir el Impacto de la inmigración sobre la asistencia hospitalaria, Entender la actitud de enfermería ante los derechos sociales de los inmigrantes, Indagar sobre la Salud sexual y reproductiva en mujeres inmigrantes latinoamericanas. En función de la evidencia disponible se intentará dar respuestas a los factores de la inmigración anteriormente nombrados

Palabras claves: Inmigración y salud, multiculturalidad, enfermería y/o salud.

INTRODUCCION

Los movimientos migratorios están constituyendo uno de fenómenos socioculturales y políticos de mayor trascendencia en el siglo XXI. El proceso de inmigración está ocasionando importantes cambios estructurales en las sociedades actuales que no dejan indiferente a nadie, España está atravesando por un proceso histórico irreversible, al que no ha estado acostumbrado, Ha pasado de ser un país de emigrantes, al ser receptor de los mismos, este fenómeno se ha ido gestando a gran velocidad, ligado al intenso ritmo de crecimiento económico de los últimos años.

El extraordinario crecimiento que la población extranjera en España ha experimentado a partir de los primeros años de la actual década viene caracterizado por una marcada naturaleza económica. En otras palabras, es un hecho palpable a lo largo de los últimos años y que se corroborará más adelante, que el perfil de la población extranjera recibida por España durante los últimos años es básicamente de carácter económico, es decir, las motivaciones que originan la entrada de este flujo responden a cuestiones económicas o laborales: la búsqueda de mejores y mayores oportunidades, calidad de vida. Según datos del INE en el segundo trimestre de 2012 la población inmigrante en España era 5,15 millones (cuadro 1). Lo que supone una reducción de casi el 4% con respecto a los máximos alcanzados en 2009 cuando la población extranjera era 5,36 millones.

La sociedad española nunca ha estado ajena al fenómeno de las corrientes migratorias. En los últimos tiempos y durante la primera mitad del siglo XX y parte de la segunda, grandes contingentes de españoles emigraron hacia diferentes puntos de América Latina y Europa en busca de un empleo y calidad de vida.

La falta de empleo y de oportunidades; el hambre y el analfabetismo, la desigualdad y el machismo, son algunas de las causas que llevan a la mayoría de los inmigrantes a dejar sus países de origen, muchas veces sin prever o importarles las vicisitudes a las que posteriormente se tienen que afrontar en el lugar de acogida.

Todos los determinantes sociológicos que trae consigo el proceso migratorio serán cruciales para valorar el impacto de la inmigración en el gasto público y en el sistema de protección social. Hace unos años atrás los estudios sobre salud de los inmigrantes era prácticamente inexistente, No obstante, actualmente, cada vez existen más estudios que analizan los problemas de salud en la población inmigrante; sin embargo son menos frecuentes los estudios que consideren las desigualdades en salud según el país de origen en interacción con el género y los determinantes económicos.

Por otro lado, la amenaza universal de la crisis económica, el tema de la inmigración está cobrando mayor protagonismo en la política sanitaria y social, provocando debates intensos en la sociedad, llegando incluso los líderes políticos a plantearse la restricción de la cobertura universal sanitaria a estos colectivos, con el fin de disuadirlos. En estos tiempos que corren es difícil abordar un tema sobre inmigración sin generar controversias, cabe preguntarse qué factores inciden en la expansión de esa visión negativa. Para muchos gobiernos se ha convertido en más que una preocupación, un dolor de cabeza por el aumento del flujo migratorio. En este sentido, las naciones, especialmente las más desarrolladas han ampliado y reforzado su política de inmigración, muchas veces violando los derechos de los nuevos residentes.

Dada la magnitud y relevancia del fenómeno migratorio, y considerando las posibles consecuencias que de él se derivan en sus dimensiones sociales y laborales sobre la salud, cada vez se realizan más estudios cualitativos y cuantitativos que permitan conocer sobre su situación, resulta no sólo de gran interés para la comprensión de las condiciones de trabajo y de empleo en los inmigrantes, sino que constituye un importante tema de salud laboral y salud pública

Con este trabajo se pretende analizar, mediante una revisión de la bibliografía publicada, sobre temas de salud e inmigración que mayor números de veces se han difundido por los investigadores de literatura científica de estas tres revistas Españolas: *Gaceta sanitaria*, *Revista Española de Salud pública*, *Fundación Index (cuiden)*. Haciendo especial énfasis en temas como: Relevancia del racismo Adaptación de los servicios de salud al nuevo fenómeno migratorio, Impacto de la inmigración sobre la asistencia hospitalaria, Visión enfermera ante los derechos sociales de los inmigrados, Salud sexual y reproductiva en mujeres inmigrantes Latinoamericanas.

OBJETIVO

- Describir la calidad de vida y el nivel de salud percibido en los inmigrados.
- Saber el impacto de la inmigración sobre el sistema sanitario.
- Conocer la visión enfermera sobre la realidad sanitaria de los inmigrantes.
- Averiguar los factores que inciden en la salud sexual y reproductiva de las mujeres inmigradas latinoamericanas.

METODOLOGIA

Para realizar esta revisión se han analizado los artículos publicados desde el año 2000 hasta el 2011, en las tres revistas anteriormente nombradas: Revista Española de Salud Pública, Gaceta Sanitaria y Fundación Index, utilizando como bases de datos principalmente: Cuiden, Elsevier, Scielo, Cinahl, Enfermería en la red, Infosaludlaboral, Lilacs, utilizando distintos perfiles de búsqueda con palabras clave como: Inmigración y salud, multiculturalidad, enfermería y/o salud. También he utilizado otras bases de datos que permiten recoger datos poblacionales y sociales como INE (Instituto nacional de estadística) o Eurostat.

Después de intentar varios perfiles de búsqueda, el que mejor resultado obtuvo fue Inmigración y salud. Explicaré brevemente el modo en el que accedí a la información. Para acceder a la Revista Española de Salud Pública, simplemente te diriges a Google académico e introduces el perfil de tu búsqueda, en este caso fue Inmigración y salud, a continuación te saldrán todos los artículos publicados sobre el tema que dispone la revista, en este caso concreto, se obtuvieron 18 artículos sobre el tema a tratar, el siguiente paso a seguir fue la selección de información según criterio personal, el mismo mecanismo de búsqueda he utilizado para Cuiden y las demás bases de datos, con la diferencia que el medio de acceso lo haces mediante la página web de la universidad, a través de biblioteca, utilizando la clave de usuario proporcionada por la universidad o registrándote para poder acceder a la página. Los resultados que obtuve de la revista Fundación Index fueron 40 artículos, de los cuales seleccione 15 y de Gaceta sanitaria 38 y seleccione 25. Además se han utilizado otros documentos publicados en la web que hacen referencia a la salud e inmigración, fundamentalmente aquellos donde se describen el impacto económico de la inmigración en la sanidad Española.

DESARROLLO DEL TEMA

Ante la abundante información sobre inmigración y salud, he seleccionado algunos artículos que resumen de forma global los temas a tratar sobre inmigración y salud que pretende analizar este trabajo, se abordan el mismo tema con distintas perspectivas y matices. Empezaré con el análisis de dos artículos que hablen sobre la situación actual del racismo en España y su repercusión en la salud de quienes lo sufren. Se recogerán datos de información publicada, para su posterior análisis.

Inmigración y salud – Lesiones por causa Externa (Congreso SEE- SESPAS) (1)

Los objetivos de este estudio pretenden conocer el racismo autopercebido y otros tipos de discriminación. Utilizando como variables dependientes tres indicadores de salud; consumo de psicótopos, malos tratos, consumo de tabaco y atención sanitaria no recibida, se tiene en cuenta variables explicativas: sexo, edad, situación laboral, estado civil y apoyo social. Los análisis se estratifican por sexo y nacionalidad.

Las conclusiones de este estudio es; La población inmigrante residente en España está experimentando racismo, principalmente lo perciben buscando trabajo, en el trabajo, al recibir asistencia sanitaria y en lugares públicos. Las mujeres sufren mayor racismo que los hombres. El racismo y otro tipo de discriminación se asocian con mala salud mental y maltrato. El racismo autopercebido es atribuido al hombre extranjero el 60,47% de los problemas de salud mental y el 80,01% del consumo de psicótopos. Se atribuye al racismo junto con otras formas de discriminación en el grupo de las mujeres extranjeras el 37,26% de las experiencias de no apoyo médico y el 52.32% de los casos de maltrato.

¿Es el racismo relevante para la salud pública

Española? (Carta al director; Gil.D.; Vives.C;2007) (2)

Su principal hipótesis considera los efectos del racismo desde la perspectiva individual, la propia literatura científica destaca la importancia de considerar otras fuentes de perpetración: Organizaciones sociales, leyes, políticas o prácticas, el denominado racismo sistémico, escasamente abordado por la investigación, sin embargo destacable por la importancia de sus efectos en la población.

El estudio sugiere desde la propia literatura científica evaluar la calidad de la atención sanitaria como institución pública o privada como una aproximación al análisis de racismo sistémico. Resalta la falta de homogeneidad entre los instrumentos utilizados para recopilar información relativa a experiencias de racismo, ya sea individual o sistémico y añade que es crucial el abordaje multidisciplinario del fenómeno, donde los profesionales sanitarios tienen un papel crucial en la generación de conocimientos útil a través de su experiencia en atención a diferentes grupos étnicos. Es muy importante que el conocimiento científico oriente a las políticas sanitarias para que se formulen con base de evidencia.

Después de haber recopilado datos del artículo sobre el racismo autopercebido, cabe preguntarse ¿Qué factores llevan a la población autóctona a tener una perspectiva negativa sobre los inmigrados?

Si partimos de la definición que el ser humano se trata de una especie sedentaria, dividida en muchos grupos y culturas, cada uno de los cuales corresponde a un lugar geográfico que es su territorio. Este planteamiento lleva a que la migración sea considerada como un fenómeno inusual, anormal, excepcional, hasta socialmente patológico. La inmigración ha generado determinados problemas y ha resuelto otros muchos, pero en conjunto ha constituido un bien de gran valor que ha favorecido la mejora de las condiciones de vida del conjunto de la población. Y ello es así no sólo en España, sino también en el resto de Europa.

¿Por qué, entonces, aparece como uno de los grandes problemas del país?, la respuesta la podemos encontrar en las políticas de inmigración que nos la presentan como algo de los que hemos de protegernos y generan buena parte de los factores de exclusión que están afectando a los inmigrantes.

Diversos medios de comunicación y encuestas nos están diciendo, reiteradamente, que la inmigración es vista, por los Españoles, como un problema. Más aún, como uno de los grandes problemas que tiene el país. Y no parece que las encuestas se equivoquen en la detección del estado de opinión de la población; basta con salir a la calle y escuchar a la población nacional expresarse sobre la inmigración.

Los medios de comunicación cumplen el papel de “fabricar consenso”, que es fundamental en un sistema democrático mediante técnicas de propagandas. Actualmente que nos encontramos en plena era de globalización, nuestra sociedad es profundamente mediática, los medios de comunicación funcionan como espejo, no de lo que la sociedad es, sino de lo que se pretende hacer creer que es, bajo órdenes de decisiones políticas. El centro de la gravedad de las informaciones se ha desplazado de lo escrito a lo visual, por lo tanto es “real” lo que se nos muestra y “verdadero” lo que vemos. Los distintos medios de comunicación difunden a diario información relativa al incremento de la inmigración y con ello el aumento de la delincuencia. Este hecho alimenta la percepción social del fenómeno y lo representa mediante estereotipos negativos, paternalistas y discriminatorios, basados en meras descripciones rápidas que llevan a definir lo desconocido, extraño, ajeno de “los otros” cuya identidad es generalmente desconocida, y por ello temida.

Desde una perspectiva de análisis sociocultural se representa al extraño, como enemigo económico, político, social y cultural, puede considerarse esto una forma de racismo, porque categoriza, coloca y discrimina a ciertos grupos religiosos, étnicos o sociales. Y al mismo tiempo, constituye un discurso que justifica, sostiene y legitima ciertas prácticas orientadas a mantener preponderadamente el poder político, económico y social.

En términos generales, la Ley de Extranjería había favorecido la inmigración clandestina, las políticas basadas en la restricción de la inmigración y el endurecimiento de las medidas de entrada y requisitos de regularización, se traduce en un aumento de los inmigrantes clandestinos que tiende a provocar segmentos diferenciados del mercado de trabajo español determinados por la precariedad.

Se han intentado introducir medidas para potenciar la integración de la población inmigrada, en distintos países Europeos, sin embargo los recursos destinados para tal fin, no son suficientes. Por otra parte, lo que mayor utilidad puede tener para reducir la xenofobia y mejorar la convivencia no es la aportación de recursos para potenciar la integración (aunque ello también sea imprescindible), sino la modificación de la política de inmigración, de forma que el mensaje que se transmite a la población deje de ser el de “la grave amenaza” que la inmigración supone.

Después de haber consultado los artículos científicos publicados sobre racismo, discriminación o xenofobia, la mayoría de ellos coinciden en que el racismo surge del miedo que se le transmite a la sociedad autóctona, bajo la perspectiva de que el colectivo inmigrado constituyen “factores de riesgo” que pueden llegar a trastocar los valores, tradiciones y moral dominantes. Una vez colocada en la agenda de “seguridad”, la inmigración se ha presentado en España inevitablemente ligada al terrorismo, la delincuencia, el crimen organizado, las mafias o el tráfico de drogas. Se reconoce que ser inmigrante hoy en España es ser un extranjero, un extraño, un elemento que dificulta la integración y el ejercicio de la ciudadanía.

Adaptación de los servicios de salud a las características específicas y de utilización de los nuevos españoles (Informe Sespas; 2008) (3).

De todos los artículos que hablen sobre el proceso de adaptación de los servicios sanitarios a la nueva población, el presente artículo aborda esta temática de manera más completa y clara que el resto, nos aporta información sobre fases del proceso migratorio, dinámica del estado de salud de la población inmigrada, acceso y utilización de los servicios de salud, perfiles comparativos a partir de indicadores sanitarios entre la población nacional y extranjera.

Los datos proporcionados por este artículo nos dice, que para valorar el nivel de salud de esta población es necesario conocer los determinantes que influyen en el proceso migratorio. El moverse de un ambiente a otro implica ciertos riesgos de salud, comportamientos y limitaciones. Por esa razón es necesario conocer la trayectoria vital anterior al proceso migratorio, para explicar el estado de salud del inmigrante en el país de acogida.

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 atracción. Se establecen dos etapas bien diferenciadas, una de ellas es la etapa premigratoria, viene determinada por factores sociales, económicos y culturales, que van a determinar las primeras diferencias en su estado de salud, los parámetros que se tienen en cuenta son los hábitos dietéticos específicos de la población de origen, características fisiológicas, disponibilidad y grado de acceso a los servicios de salud, factores de riesgo ambiental (Sanz B, Torres AM, Schumacher R) (4).

Por otro lado la etapa pos migratoria, se lleva a cabo en el lugar de acogida, en la mayoría de los casos este colectivo suelen encontrarse con unas series de barreras (idiomáticas, culturales, administrativas, etc.) que van a dificultar su proceso de adaptación al nuevo contexto social, estas barreras se pueden traducir en deficiencias sociales y económicas (situación social, laboral y económica precaria) que pueden desencadenar mayor vulnerabilidad respecto a la salud y al acceso de los servicios sanitarios. Por lo tanto las condiciones y los recursos generados por los inmigrantes serán factores determinantes del nivel de salud. **Tabla 1**

La evidencia empírica internacional establece una diferencia entre dos fenómenos claves para entender la trayectoria de salud de la población inmigrante: selectividad según la salud y efecto del inmigrante sano. Es decir las personas que deciden iniciar un proceso migratorio presentan una selección positiva en términos de salud, esta ventaja se mantendrá hasta la llegada del inmigrante al lugar de destino y la probabilidad de presentar enfermedades o trastornos crónicos es inferior a la población autóctona.

A medida que aumenta el tiempo de permanencia en el país, se incrementa la vulnerabilidad y la propensión a padecer problemas de salud. Las enfermedades más características de la población inmigrante se clasifican según la literatura médica en cuatro grupos; Enfermedades importadas; reactivas o de adaptación adquiridas en la propia comunidad de residencia y enfermedades de retorno. **Tabla2**

Como anteriormente he comentado el artículo también hace referencia a la forma de Acceso y utilización de los servicios de salud. Bajo el concepto de Anderson y Newman se conceptualiza el nivel de acceso y utilización de los servicios de salud a través de tres factores de carácter individual. Para ello se tienen en cuenta; **Las condiciones que dificultan o facilitan el acceso** (factores estructurales). Se tienen en cuenta 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, se tienen en cuenta barreras de tipo organizativo, cultural e idiomático, etc.) **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. **Necesidad de cuidados de salud:** Nivel de salud autopercebido y funcionales que afecten a la propensión de buscar y utilizar los recursos del país de acogida.

A continuación describiré distintos indicadores que hacen referencia al estado de salud y a las características y condiciones de uso de servicios de salud de la población nacional y extranjera. Se han utilizado como fuentes de información la Encuesta (ENSE, ECV, PHOGUE ¹).

De todas las encuestas realizadas por las fuentes anteriormente nombradas se recogen los siguientes datos. El perfil principal de la población extranjera encuestada, responde a 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”. La población extranjera declara tener mejor estado de salud general que la población autóctona.

Por otro lado respecto a la frecuentación hospitalaria, las encuestas afirman que la población nacional registra un mayor número de ingresos hospitalarios. En cuanto a los motivos de ingreso, existen notables diferencias entre ambas poblaciones, siendo en los extranjeros el principal motivo de ingreso el parto y en la población nacional las intervenciones quirúrgicas (Instituto Nacional de estadística) 5.

También se observa una ligera menor utilización de los servicios de urgencias en los extranjeros, respecto a la población autóctona.

¹ ENSE = Encuesta Nacional de salud

EVC = Encuesta Europea de renta y condiciones de vida.

PHOGUE = Encuesta Europea de renta y condiciones de vida.

PHOGUE = Encuesta de la población

² Sobre el Español de Medicina de Familia y comunitaria.

Utilización de los servicios sanitarios de la población inmigrante.

Diversos son los estereotipos que se difunden entre la población autóctona sobre el hecho de ser inmigrante y su estrecha relación con la utilización de los servicios sanitarios, en este estudio se han empleado dos variables: números de visita al especialista y si el individuo ha tenido la necesidad, en alguna ocasión durante los últimos 12 meses, de acudir a la consulta de un médico o de recibir tratamiento médico y no ha podido y son relevantes en su explicación ciertos factores como: edad, sexo, educación, estado civil, renta, nivel ocupacional, autovaloración de salud, el hecho de ser inmigrante y otras características socioeconómicas. **Tabla3**

De los resultados obtenidos del estudio se pueden destacar; que el número esperado de visitas al médico especialista no es significativamente mayor si el individuo es inmigrante que si es nacional. El hecho de ser inmigrante sólo incrementa un 0,48% la probabilidad de que haya 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.)

Implicaciones para las políticas públicas.

Las intervenciones de políticas públicas en el ámbito sanitario deberán considerar diversos aspectos para unificar criterios y obtener resultados fiables y coherentes, basados en datos que aporten información para analizar los niveles de salud. Se debe estudiar 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. 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 un proceso migratorio: por causas económicas (generalmente de países pobre), jubilación (países de rentas altas), causas políticas.

Se deben 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.

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. 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 accesos a éstos. Será necesario realizar intervenciones enfocadas a la reducción de las barreras selectivas de acceso y utilización de los recursos. 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. 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 y presentan deficiencias socioeconómicas significativas. Los grupos poblacionales que necesitarán actuaciones específicas en prevención y promoción de la salud son el grupo de madres y niños inmigrantes. Este estudio llega a las siguientes conclusiones:

La población extranjera encuestada parece tener un mejor estado de salud general, presentando una prevalencia inferior de trastornos crónicos durante el último año respecto a la población autóctona.

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 esta línea, 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 del ENSE muestran unas cifras similares entre las dos poblaciones, aunque la población extranjera parece hacer mayor uso de las consultas del especialista.

No se constata la evidencia presentada por algunos estudios empíricos sobre el uso diferenciado del servicio de urgencias como entrada al dispositivo sanitario público, las dos poblaciones utilizan esta vía de ingreso con una frecuencia similar. (Encuesta Nacional de Salud de España; 2003) (6).

Según los datos proporcionados del PHOGUE, no existe una mayor utilización de servicios sanitarios por parte de la población inmigrada respecto a la autóctona.

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, dado que la mayoría de los centros sanitarios no discriminan según su situación de legalidad. Sería conveniente realizar intervenciones concretas y destinadas a favorecer un mayor conocimiento y habilidades entre los profesionales, que ayuden a mejorar su capacidad de decisión y a conseguir una mejor atención asistencial. (Panel de Hogares de la Unión Europea; 2001) (7).

Después de haber examinado y extraído los datos más interesantes del artículo, puedo utilizar la información y matizarla con otros datos aportada por la literatura científica para responder algunos mitos sobre salud e inmigración.

Hace exactamente casi un año el Congreso de los diputados aprobó el pasado 17 de mayo con los únicos votos del Partido Popular y de UPN la convalidación del Real Decreto Ley 16/2012, 20 de abril llamado de medidas urgentes para garantizar la sostenibilidad del Sistema Nacional de Salud y mejorar la calidad y seguridad de sus prestaciones. Entre las controvertidas medidas que incluía la reforma hay una que ha concitado un rechazo generalizado, la exclusión de las personas inmigrantes en situación administrativa irregular de la atención sanitaria (excepto urgencias ya atención a mujeres embarazadas y menores de 18 años). (Urbanos, R; 2000) (8).

Colectivos médicos, ONG y Comunidades Autónomas rechazan una reforma vía decreto, la consideran injusta, aseguran que no va a suponer un ahorro de costes al incrementar el uso de los servicios de urgencias y es contraria a una política de salud pública. Para justificar la exclusión de un colectivo altamente vulnerable se han difundido durante años mitos y falsa leyendas entorno a la población inmigrante y el sistema sanitario. Algunos de estos mitos son:

Las personas inmigrantes colapsan los servicios de atención primaria. Es falso que las personas inmigradas saturen el sistema sanitario público; de hecho usan menos el sistema de atención primaria que la población autóctona. Así lo demuestran varios informes como el realizado por la Sociedad Española de Medicina de Familia Y Comunitaria (SemFYC²) en 2008 y también lo corrobora el artículo analizado.

² Sociedad Española de Medicina de Familia y comunitaria.

El informe mostraba que las personas inmigrantes, representando más del 10% de la población residente en España, pero sólo suponían el 5% de los pacientes de atención primaria, muy lejos de su presencia en la sociedad. Sobre el uso de los servicios de Atención Primaria por parte de inmigrantes en España, el 57,7% de la población Española había acudido al menos una vez en el periodo de un año frente al 12,7% de la población inmigrante.

Uno de los estudios más exhaustivos fue el elaborado por médicos de Atención Primaria de Zaragoza. En él se analizaron más de 5 millones de visitas de una población de 473.523 personas (el 11,17% inmigrantes). Según este análisis, los inmigrantes adultos fueron 4,2 veces a la consulta médica por las 6,7 de los españoles.

Los inmigrantes = turistas sanitarios. Los inmigrantes no vienen a España para servirse de los sistemas de cobertura socio-sanitaria y mucho menos sin son turistas.

Según una encuesta elaborada por médicos del Mundo entre inmigrantes sin permiso de residencia en 2009, sólo el 4% de las personas encuestadas citó razones de salud cuando se les preguntó por los motivos que les habían llevado a emigrar a nuestro país. En todo caso, el debate sobre la existencia del “turismo sanitario” está referido a otro perfil de población extranjera procedente de la propia Unión Europea. La vinculación entre ambas circunstancias no es equiparable, tampoco en términos de renta (normalmente altas en aquellos que provienen en su mayoría de Europa y usuarios del llamado “turismo sanitario” y habitualmente bajas en el caso de los inmigrantes.)

El sistema sanitario se financia con las cuotas de la Seguridad Social. Esta reforma ha vuelto poner de manifiesto la confusión y desconocimiento entre políticos, medios de comunicación y ciudadanía de la forma en la que se financia el Sistema Nacional. EL Barómetro Sanitario de 2009, es un estudio de opinión que realiza cada año el Ministerio de Sanidad Servicios Sociales e Igualdad en colaboración con el Centro de Investigaciones Sociológicas, el 46,2% de los de las personas que respondieron a esta pregunta creían que la sanidad pública en España se financiaba con las cuotas a la Seguridad Social que satisfacen las personas que trabajan. Tan sólo el 27,2% manifestaron que se financia mediante los impuestos que pagan toda la ciudadanía. Un 15,8% contestaron que se financiaba por ambas vías, por los impuestos y por las cuotas a la seguridad Social y el 10,3% no sabía cómo se hacía.

Desde el 1 de enero de 1999, el Estado asumió totalmente la financiación de la asistencia sanitaria, suprimiéndose la aportación de cotizaciones sociales y produciéndose la “desvinculación total de la Sanidad y la Seguridad Social”.

Es a partir de dicha fecha que culmina la separación entre atención sanitaria y Seguridad Social, cesando el aporte de cuotas directas desde ésta y pasando a financiarse aquella íntegramente, cesando el aporte de cuotas directas desde ésta y pasando a financiarse aquella íntegramente con impuestos generales que salen del bolsillo de toda de la ciudadanía en las más variadas e indistintas formas impositivas con el Estado se nutre de los fondos precisos para atender todos los servicios que ha de prestar (IVA, IRPF Impuestos Especiales, etc).

Las personas inmigrantes irregulares no contribuyen al sostenimiento de la sanidad. Relacionado con el punto anterior, es obvio que las personas inmigrantes (también las que no tienen permiso de residencia contribuyen a la financiación del sistema sanitario. Excepto en el caso del IRPF (Impuesto que no pueden pagar porque carecen de permiso de trabajo) las personas inmigrantes pagan todos los impuestos que gravan la compra de bienes o los impuestos sobre el alcohol, el tabaco y la gasolina.

Deben pagar por la atención a través de la vía de los convenios- seguros. El gobierno central planea crear, bajo el nombre de los convenios especiales para que puedan volver a ser atendidas en el sistema público. El método elegido es que se puedan suscribir algo parecido a pólizas con pagos que se asemejan a los de los seguros sanitarios privados. La orden que han transmitido a las comunidades autónomas es que las personas menores de 65 pagarían 710,4 euros al año, 59,20 mensuales, y de 65 años en adelante, el coste ascendería a 1.864,80 euros anuales (155,40 al mes). Distinguir entre grupos de edad y adjudicándoles el supuesto precio medio de atención sanitaria sigue una lógica de aseguramiento privado que reparte el riesgo dentro de un grupo particular de la población, sin considerar la solidaridad intergeneracional. Además, como hemos explicado, es injusto sugerir que las personas en situación administrativa irregular no contribuyen ya que están pagando los impuestos indirectos. Con estas pólizas, las personas sin permiso de residencia estarían pagando por la atención por dos vías, pagar dos veces.

La exclusión se hace para “converger” con Europa. No es cierto que, como argumenta el Ministerio de Sanidad, la exclusión de las personas inmigrantes en situación administrativa irregular en España nos acerque al contexto europeo.

Con el decreto España se sitúa al nivel de Eslovenia, Chipre y Polonia, países donde las personas extranjeras no regularizadas, salvo menores, sólo pueden ser atendidas en las urgencias. Con esta reforma España pasa de estar en la vanguardia entre los países europeos que garantizaba la universalidad en la atención sanitaria a la cola en la Unión Europea.

El tratamiento sanitario puede recaer en las ONG. Los responsables del Ministerio de Sanidad han manifestado que está previsto firmar convenios con organizaciones que atienden a inmigrantes de manera irregular para que también se les pueda atender en atención primaria. Sin embargo las ONG no deben ni van a sustituir al estado.

Médicos del Mundo atendió a más de 19.000 personas inmigrantes que el año pasado pero ni la propia Organización ni otras ONG pueden hacerse cargo de analíticas, especialistas, pruebas, derivaciones y prescripción de medicamentos que proporciona la sanidad pública y, mucho menos, sustituir y suplir las obligaciones y deberes del Estado. La respuesta para la atención de inmigrantes en situación irregular no es la beneficencia. Un sistema paralelo o un acceso través de una “puerta trasera” conculcarían el derecho a la salud reconocido en nuestra carta magna además de no ser viable técnica ni sanitariamente (Algar, G; 2012) (9).

Impacto de la inmigración sobre la asistencia hospitalaria: frecuentación, casuística y repercusión económica (Hernando, L., Palomar, J.2009) (10).

La información que nos proporciona este artículo es similar a los datos que aportan la mayoría de los artículos científicos anteriormente analizados. Los datos que se recogen de este artículo nos habla del cambio demográfico que está experimentando España ha supuesto un gran impacto sobre el uso de los servicios y el gasto sanitario. El impacto asistencial y económico de esta situación ha provocado un intenso debate sobre la repercusión de la inmigración en la financiación sanitaria y los desequilibrios en el gasto sanitario. La sanidad pública es el principal proveedor de atención sanitaria a la población inmigrante, que se caracteriza a su vez por hacer uso con mayor frecuencia de los servicios de urgencias, tener menor frecuencia de procesos crónicos, diferentes hábitos y estilos de vida.

De los resultados que podemos destacar de este estudio es: valorar el impacto económico de la asistencia con ingreso se ha optado por traducir los pesos asociados a los GDR³ a costes, utilizando los elaborados por el Ministerio de Sanidad y Consumo. Las cifras aproximadas del consumo es de 3.380,5 €, que se obtiene dividiendo el coste por episodio por el valor de la unidad. Aunque estas cifras no son precisas permiten obtener un acercamiento rápido al esfuerzo económico realizado, tanto por episodio como por persona/año protegida. También nos aportan datos interesantes como; El valor medio por episodio es mayor en los hombres y en el grupo de españoles, de manera que en estos últimos es un 8,4% superior a los nacidos en Europa y un 31,3% superior a los del resto de países. Sin embargo las diferencias son máximas entre las mujeres, con valores para las nacidas en España superiores en un 13,6% con Europa y un 34,2% con el resto (Inmigración y economía española 1996-2006) (11).

La gran diferencia encontrada entre ambos sexos se debe al menor coste de los procesos ligados a la maternidad. Los resultados coinciden con los de otros estudios que han encontrado un peso medio menor de las altas entre los inmigrantes o un menor coste de las urgencias. Las razones tienen que ver con los distintos problemas de salud que padecen y con los patrones de uso, que producen una menor utilización de los servicios sanitarios debido al mejor estado de salud, por otro lado la presencia de factores socioculturales que dificultan la accesibilidad, que conducen a un menor coste per cápita que los españoles.

Como en otros estudios las enfermedades que más se repiten en diversos colectivos sean extranjeros o autóctonos son los procesos respiratorios, aunque la enfermedad obstructiva crónica (EPOC) y la psicosis no son muy comunes en países en vía de desarrollo, a excepción de Europa del Este que si la padecen con frecuencia por su alto hábito tabáquico. Sin embargo en estos países se reemplazan por enfermedades infecciosas. Cabe recordar que al aumentar el tiempo de permanencia en el país de acogida, los perfiles de uso de los servicios sanitarios se van acercando al de la población nacional y por consiguiente el empeoramiento de la salud.

³ GDR= Estimador de consumo de recursos, Grupo de diagnóstico relacionado que constituyen un sistema de clasificación de pacientes que permiten relacionar

Como se puede observar existe evidencia científica que los inmigrantes no utilizan con más frecuencia los servicios hospitalarios con ingreso, ni este resulta más grave para el sistema sanitario que el realizado por la población autóctona y como en otros estudios no se hace mención ni consta un uso excesivo o inapropiado.

Sin embargo, las circunstancias han cambiado y han pasado casi cinco años desde la publicación de estos artículos, La situación actual del sistema sanitario español es tan grave que eso justifica que las decisiones se tomen mediante un decreto ley. Es la premisa del Real Decreto ley 16/2012 de abril de medidas urgentes para garantizar la sostenibilidad del Sistema Nacional de Salud y mejorar la calidad y seguridad de sus prestaciones que han publicado el BOE hace un año. El Gobierno aceleró los plazos de las reformas. Ni siquiera esperó a que caduquen las tarjetas sanitarias de los extranjeros para endurecer los requisitos, que tienen una validez de dos años. Antes del 31 de agosto del año pasado debieron demostrar que entran en la categoría de "asegurados", es decir, que están dados de alta en la Seguridad Social (o, de una manera más general, que tienen todos los papeles en regla y no solo el empadronamiento). Para el resto de los extranjeros también se exigirán más papeles (un aseguramiento), incluidos los de la UE. (Boletín oficial del estado; 2012) (12).

La atención a los extranjeros “no registrados ni autorizados como residentes en España”. Recibirán atención de urgencias “hasta el alta” y “asistencia al embarazo, parto y postparto”. Los menores de 18 años serán tratados como los españoles. El Gobierno espera ahorrar con ello 500 millones.

Los extranjeros de Estados miembros de la Unión Europea y de otros Estados parte en el Acuerdo sobre el Espacio Económico Europeo. Para tener la residencia (más de tres meses) se le exigirá estar estudiando, trabajando o "tener un seguro de enfermedad que cubra todos los riesgos en España" si “dispone, para sí y los miembros de su familia, de recursos suficientes para no convertirse en una carga para la asistencia social en España durante su periodo de residencia". Antes esto no era así y no se les ponía ninguna condición (INSS; 2008) (13).

El siguiente artículo nos habla sobre la actitud del personal de enfermería ante los derechos sociales de los inmigrantes.

Actitud de Enfermería ante los derechos sociales de los inmigrantes.

(Plaza, F. Martínez, L; 2011) (14)

Generalmente he encontrado abundante bibliografía científica disponible que nos hablan sobre inmigración, su repercusión en el sistema sanitario, las enfermedades más frecuentes que padecen, sus hábitos de vida, nos definen el concepto de migración, el proceso migratorio, la dinámica del estado de salud de los inmigrados, accesibilidad al sistema sanitario, las implicaciones publicas de las mismas. Las estadísticas nos muestran datos sobre el impacto económico que está teniendo sobre el gasto público, sin embargo existe poca información disponible de artículos que traten sobre la opinión del personal sanitario.

El presente artículo es uno de los pocos estudios que ponen en manifiesto la conducta del personal de enfermería y auxiliares de enfermería. Se realizaron encuestas a través de ítems en todos los hospitales de la provincia de Almería, Hospital Torrecárdenas, Hospital de Poniente de El Ejido y Hospital de la Inmaculada de Huércal Overa, se decidió realizar el estudio entre las áreas de hospitalización al valorar que en estos espacios donde el personal tiene una relación más estrecha no solo con el paciente extranjero sino también con su familia.

Dentro de la información que nos proporciona el artículo podemos destacar: El caso del “colapso” del sistema sanitario a consecuencia de la inmigración a causa del aumento del número de inmigrantes. Los resultados obtenidos indican que existen el 43% de los profesionales de enfermería el colapso de la sanidad pública está provocado por el aumento de la inmigración y casi otro 20% esta moderadamente de acuerdo con esta afirmación. (Antonín; M y Tomás J. 2004) (15).

Más de la mitad de la muestra predice graves problemas sanitarios y sociales por la llegada masiva de inmigrantes. La gran mayoría de los profesionales reconocen a los inmigrantes los mismos derechos a las mismas condiciones laborales que a un autóctono. Dentro de la opinión del personal sanitario existe la sensación de que los inmigrantes “abusan” de los recursos sanitarios y sociales y que reciben más ayudas que los autóctonos, por otro lado los inmigrantes carecen frecuentemente de información sobre los hospitales disponibles y sobre los servicios de cuidados ambulatorios, siendo ésta una de la razones por lo que no utilizan de manera eficaz los servicios sanitarios (OMS, 2003) (16).

El artículo deja como cuestión a investigar el origen de las opiniones negativas sobre el uso de los servicios públicos por los inmigrantes, sin embargo al mismo tiempo da respuesta a la pregunta en cuestión alegando, que la opinión negativa por parte de los profesionales puede estar influenciada porque los recursos humanos y materiales del servicio no se han ido incrementando proporcionalmente al crecimiento de la población inmigrante, A su misma vez se percibe al paciente extranjero, como un paciente difícil de abordar, por la posible barrera idiomática y choque cultural, esto puede desencadenar una sobrecarga de trabajo en el personal, que tiene que hacer frente a una doble labor con menos recursos materiales y humanos y disponiendo del mismo tiempo.

Lo que preocupa es que el español, por culpa de la inmigración o de la forma en que es asumida la inmigración por los poderes públicos, está viviendo una situación de flagrante pérdida de calidad en los servicios. El matiz es importante, porque lo que se pide insistentemente no es tanto que se asegure el derecho de todos (ellos y nosotros) a recibir unos servicios públicos adecuados, cuanto que se **“regule”** el acceso de la inmigración a ellos.

Desentrañar el sentido de esta palabra, constantemente repetida en el discurso, es clave para entender lo que se está jugando en todo este tema. El sentido más claro de la palabra “regular” cuando se usa en este contexto es el de **limitar**. Que se limite el número de inmigrantes al que los servicios públicos pueden soportar. Ahora hay **demasiados**, lo que debería de haber es **menos**.

El problema aparece, por tanto, en el punto el cual el español pueda verse afectado sensiblemente en la calidad de lo que recibe: si el hijo español pierde en la calidad de la educación (es más difícil pararse a pensar si la calidad que recibe el hijo del inmigrante es o no la adecuada); si el paciente español dispone de menos tiempo de consulta (es más difícil pararse a pensar si el inmigrante recibe o no la atención sanitaria que necesita); si el necesitado español ve limitado su acceso a las prestaciones sociales (es más difícil pararse a pensar si la necesidad del inmigrante es o no de superior rango). La víctima es el español, porque es el que, propiamente hablando, tiene derecho; el inmigrante, como no tiene derecho, no puede ser víctima; únicamente tiene capacidad para hacer víctima al español de su presencia.

El que el Estado no establezca distinciones es, efectivamente, el problema originario; es decir, el que otorgue al inmigrante **el mismo derecho** (a acceder a los servicios públicos) que al autóctono. El problema parece estar en otorgar el mismo derecho a unas gentes que no tienen (por origen; no son españoles) el mismo derecho. Los dos significados de término “derecho” confunden: lo que no se reconoce al español es el **privilegio** que tiene frente al inmigrante a estar **antes que él** en cualquier circunstancia.

Existe por parte de los profesionales autóctonos la creencia de que los españoles otorgan a los inmigrados la posibilidad de utilizar “sus” servicios públicos, pero siempre y cuando no cuente como derecho, sino como un “don gratuito”, que se le puede proporcionar y quitar en cualquier momento y por el cual tiene el deber de sentirse agradecido.

En definitiva, la posición que han adaptado la mayoría de sanitarios viene influenciada por un conjunto de factores que “condicionan” el bienestar de la población española que hasta hace unos años funcionaba de la mejor manera, sin embargo ahora con la llegada masiva de la población extranjera estos beneficios se ha ido mermando, porque los bienes públicos se tienen que compartir con los inmigrados, lo que supone una pérdida en la calidad de vida. Lo que “significa” proporcionar unos derechos, que habilitan el acceso a recursos nacionales que no le corresponde a la población extranjera.

(Revista Mugak; 2008) (17).

Salud sexual y reproductiva en mujeres inmigradas Latinoamericanas.

Los datos a destacar que nos proporciona este artículo consisten en que los comportamientos reproductivos y los problemas potenciales dependen en gran medida del bagaje cultural y educativo que traen desde su zona de origen. La maternidad en países latinoamericanos la contemplan desde una perspectiva distinta y la planificación familiar lo asumen con gran particularidad y con actitudes de “rechazo pasivo”, derivadas de sus roles sociales, de su educación sexual y de su grado de cualificación.

El conocimientos y el uso de métodos anticonceptivos dependen de determinados factores como; nivel de desarrollo de sus respectivas zonas de procedencia, si esta es rural o urbana, de sus creencias religiosas, de su nivel educativo, de sus propia percepción ó de la adquirida, de sus situación administrativa del tipo de relación de pareja y sobre todo de las circunstancias personales, laborales y económicas actuales (Rodríguez; N y Martínez; C) (18).

Las particularidades de la sexualidad y reproducción de estas mujeres son: Tienen hijos a edades más tempranas que las autóctonas y la paridad es ligeramente superior respecto a la población nacional.

El conocimientos y el uso de métodos anticonceptivos dependen de determinados factores como; nivel de desarrollo de sus respectivas zonas de procedencia, si esta es rural o urbana, de sus creencias religiosas, de su nivel educativo, de sus propia percepción ó de la adquirida, de sus situación administrativa del tipo de relación de pareja y sobre todo de las circunstancias personales, laborales y económicas actuales.

Ante la feminización de la inmigración durante los últimos años y la asociación de esta con el aumento de las interrupciones voluntarias del embarazo, por tanto este fenómeno lleva implícito el surgimiento de nuevas necesidades en salud sexual y reproductiva que deben de ser contemplados desde un punto de vista multicultural.

Cabe preguntarse la siguiente cuestión ¿Es el bagaje cultural el único factor responsable de que exista tantos embarazos precoces y no deseados en este colectivo?, ó ¿Es que esta población desconoce la existencia de elementos como planificación familiar que les oriente al respecto?

Respondiente a la pregunta planteada, es evidente que cuanto más edad tenga la mujer inmigrada, más arraigadas estarán el estilo de vida de su cultura. Por lo que se van a desarrollar pautas de su salud reproductiva y sexual antes de venir al país de acogida.

Por el hecho de que la fertilidad es considerada en Latinoamérica como una oportunidad divina una “bendición”, con la convicción de que los hijos ayudaran a los padres en un futuro, el no tener hijos es sinónimo de fracaso, en su cultura; lo que le puede llegar a desencadenar un rechazo social.

Sin embargo el otro aspecto que dificulta aún más la salud reproductiva en esas mujeres, es el desconocimiento sobre el uso y acceso a los servicios de planificación familiar, la falta de información sobre estos servicios constituyen barreras que pueden dificultar el acceso a estrategias que permitan poner en contacto y en conocimiento de los recursos a los que tienen derecho.

El desconocimiento de nuestro sistema de salud supone otra dificultad añadida para las mujeres inmigrantes, en la mayor parte de los casos provenientes de países donde el sistema de salud no es público y si lo es tiene prestaciones y coberturas muy deficientes. (Garcés- Palacio y Kormosky 2008) (19).

CONCLUSIONES.

Primero. El racismo en España viene preconcebida por diferentes proyecciones, principalmente por razones económicas, el comportamiento de la población autóctona influenciada por la sociedad y el miedo transmitido por los de medios de comunicación y discursos políticos que generan prejuicios.

Segundo. El nivel de salud de los inmigrados es mejor respecto a la población autóctona por su juventud y menor prevalencia de trastornos crónicos, por tanto no se registra mayor consumo de los servicios sanitarios por parte de la población inmigrada.

Tercero. Las afirmaciones sobre que los inmigrantes saturan los servicios de urgencias y atención primaria no se fundamentan en evidencia científica, a pesar más de la mitad del personal sanitario opina que el declive de la sanidad pública esta provocado por el aumento masivo de la población extranjera y el “abuso “de esta población sobre los recursos sanitarios.

Cuarto. La influencia cultural de la población Latinoamérica determina su actitud respecto al uso de anticonceptivos y interrupción voluntaria del embarazo que son cruciales en el momento de afrontar su salud sexual y reproductiva.

BIBLIOGRAFÍA

- (1) Inmigración y salud-lesiones por causa externa. Carteles electrónicos. Publicado en Gac Sanit.[revista en la Internet] 2011; [citado 2013 Mayo 28] ; 182-6 - vol.25 núm Esp.Congreso_2. Español. Disponible en: www.congresosee-sespas.es/es/Programa.html
- (2) Gil-González Diana, Vives-Cases Carmen, Álvarez-Dardet Carlos. ¿Es el racismo relevante para la salud pública española?. Gac Sanit [revista en la Internet]. 2007 Oct [citado 2013 Mayo 28] ; 21(5): 431-432. Disponible en: http://scielo.isciii.es/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0213-91112007000700014&lng=es.
- (3) Ribera, B., Casal, B., Cantarero, D., & Pascual, M. (2008). Adaptación de los servicios de salud a las características específicas y de utilización de los nuevos españoles. Informe SESPAS 2008. *Gac. Sanit*, 22(Suppl 1), 86-95.Disponible en: <http://www.sciencedirect.com/science/article/pii/S0213911108760795>
- (4) Sanz B, Torres AM, Schumacher R. Características sociodemográficas y utilización de servicios sanitarios por la población inmigrante residente en un área de la Comunidad de Madrid. *Aten Primaria*. 2000;26:314-8.
- (5) Encuesta de Condiciones de Vida 2004 y 2005. Madrid: Instituto Nacional de Estadística; 2006 y 2007.
- (6) Encuesta Nacional de Salud de España 2003 (CD-ROM). Madrid: Instituto Nacional de Estadística; 2006.
- (7) Panel de Hogares de la Unión Europea 2001. Madrid: Instituto Nacional de Estadística; 2002.
- (8) 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.
- (9) Guillermo Algar : Médicos del mundo
<http://elaticocritico.files.wordpress.com/2012/10/8-mitos-y-mentiras-sobre-inmigracion-y-sanidad-c2ab-pobreza-cero.pdf>
- (10) Hernando Arizaleta, L., Palomar Rodríguez, J., Márquez Cid, M., & Monteagudo Piqueras, O. (2009). Impacto de la inmigración sobre la asistencia hospitalaria: frecuentación, casuística y repercusión económica. *Gaceta Sanitaria*, [citado 2013 Mayo 28] 23(3), 208-215. Disponible en <http://www.sciencedirect.com/science/article/pii/S0213911108000204>

- (11) Inmigración y economía española 1996-2006. Oficina Económica. Presidencia del Gobierno. [Consultado 27/11/2006]. Disponible en: <http://www.la-moncloa.es/NR/rdonlyres/0A0CB2F0-97AB-4F7D-8915-136A678022AE/78630/INMIGRACIONYECONOMIAESPAÑOLA15noviembre.pdf>.
- (12) <http://www.boe.es/boe/dias/2012/04/24/pdfs/BOE-A-2012-5403.pdf> Boletín Oficial del Estado. [abril 2012]
- (13) INSS. Afiliación media de extranjeros a la Seguridad Social. Informe septiembre 2008. Ministerio de Trabajo e Inmigración. Gobierno de España.
- (14) Plaza del Pino, Fernando J; Martínez Gálvez, Loreto. Actitud de la Enfermería ante los derechos sociales de los inmigrantes. *Rev Paraninfo Digital*, 2011; 11. Disponible en: < <http://www.index-f.com/para/n11-12/071p.php> > Consultado el [28 mayo 2013-05]
- (15) Antonín M y Tomás J. (2004). La escala de actitud ante la inmigración para enfermería: validación preliminar. *Enfermería Científica*. 262-263.
Casabona I, Lillo M, Mora MD y Galao R. (2005). El nuevo fenómeno europeo del turismo de salud: estado de la cuestión. *Cultura de los Cuidados*. IX(18). Disponible en: <http://0-www.index-f.com.almirez.ual.es/cultura/18/18-38.php>
- (16) Organización Mundial de la Salud, OMS. (2003). Informe de inmigración internacional. *Salud y derechos humanos*. Nº 4
- (17) Revista "Mugak. Centro de estudios y documentación sobre racismo y xenofobia", Número 42, Marzo del 2008.
Luis Seoane Pascual, Paloma Portero [Julio 2006]; Actitudes y demandas de los profesionales de la salud hacia la atención sanitaria de los inmigrantes
<http://www.madrid.org/cs/Satellite?blobcol=urldata&blobheader=application%2Fpdf&blobheadername1=Content>
- (18) Rodríguez Portilla N.E., Martínez Rojo C. Salud sexual y reproductiva, anticoncepción e interrupción voluntaria del embarazo en las mujeres inmigrantes latinoamericanas. *Enferm. glob.* [revista en la Internet]. 2011 Jul [citado 2013 Mayo 28]; 10(23): 359-371. Disponible en:
http://scielo.isciii.es/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1695-61412011000300024&lng=es. <http://dx.doi.org/10.4321/S1695-61412011000300024>
- (19) Garcés-Palacio, I.C.; Altarac, M.; Scarinci, I.C. (2008), Contraceptive knowledge and use among low-income Hispanic immigrant women and non-Hispanic women. *Contraception*. 77(4), 270-5. –
- (20) Kormosky, J.L.; Peck, J.D.; Sweeney, A.M.; Adelson, P.L.; Schantz, S.L. (2008) Reproductive characteristics of Southeast Asian immigrants before and after migration. *Journal of Immigrant and Minority Health* 10(2) 135- 43.

ANEXOS

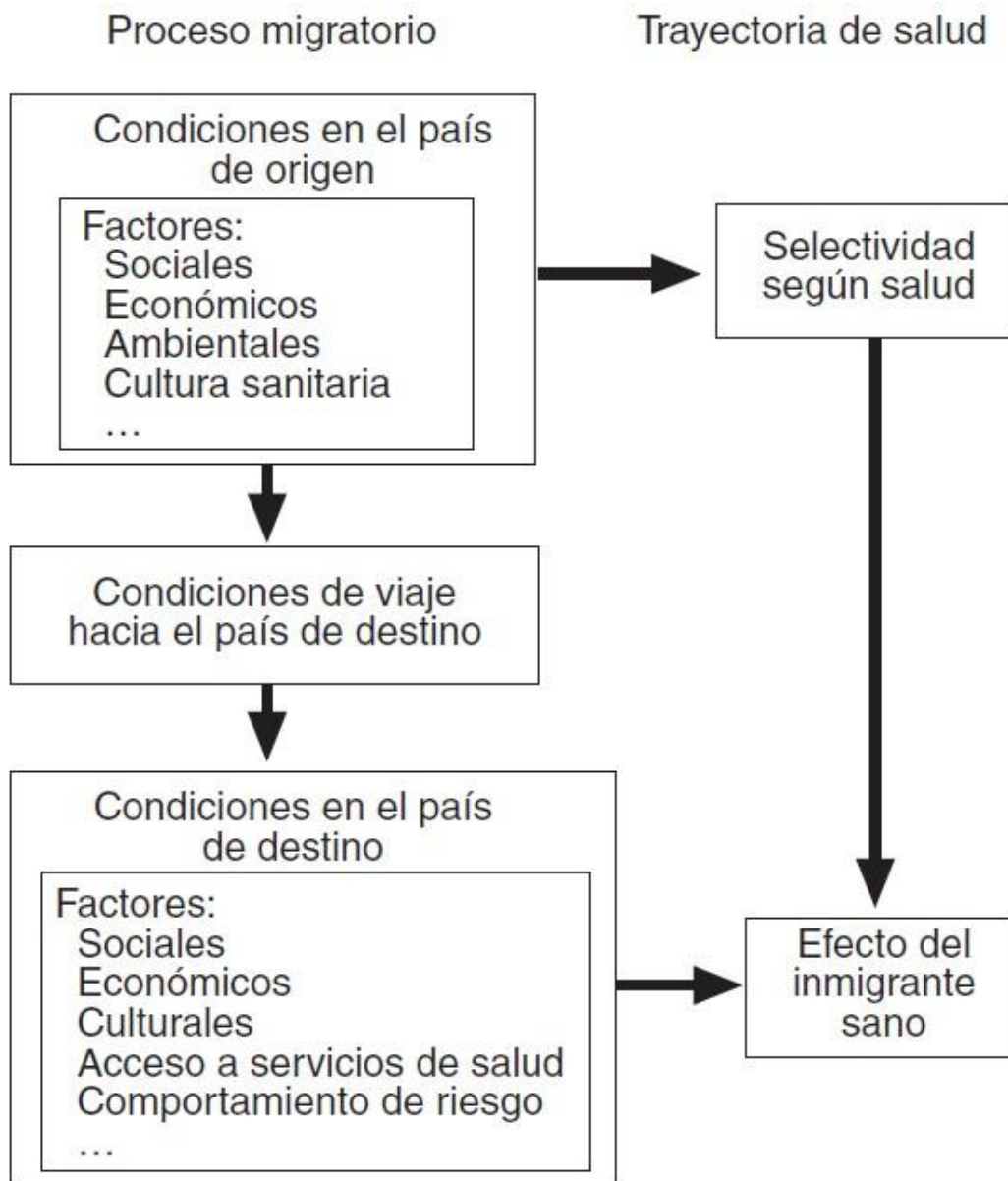


Tabla 1. Proceso migratorio y grupos de enfermedades

	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, nemogloinopatías, desnutrición, anemias
Enfermedades reactivas o de adaptación	Relacionadas con el proceso de adaptación al nuevo entorno	Condiciones de vida en el país receptor	Trastornos psicosomáticos 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	tTS, tuberculosis, dermatitis, trastornos digestivos, depresiones y somatizaciones
Enfermedades de retorno	Consecuencia del regreso al país de origen	Enfermedades infecciosas deudas a la pérdida de inmunidad y prácticas de riesgo	Paludismo, dengue y otras tTS

tTS: enfermedades de transmisión sexual.

Fuente: elaboración propia.

Frecuentación hospitalaria e impacto económico por grupo de edad y países de nacimiento (Región de Murcia, 2004–2005)

	Edad (años)										Total E"	Total T'	Total E+T'
	0-4	5-14	15-24	25-34	35-44	45-54	55-64	65-74	75+	Total			
Ambos sexos													
Episodios													
E. españoles	12398	5.225	12.013	28.947	19.409	15.560	19.369	29.502	35.509	178056			
Europa-25	32	28	133	626	525	136	232	405	225	2.343			
Resto países	562	618	4.209	6.365	2.741	801	266	191	123	15.876			
Total	12.992	5.871	16.355	35.938	22.675	16.497	19.867	30.098	35.857	196.275			
Frecuentación													
E. españoles	88,7	20,4	39,4	73,3	54,5	59,3	94,1	151,1	197,5	77,6	76,5	76,8	75,8
Europa-25	63,0	14,8	45,7	64,2	47,9	51,2	75,8	122,4	158,3	64,3	64,2	64,3	64,3
Resto países	57,4	22,0	97,4	69,3	48,9	37,1	50,1	102,9	141,2	61,4	72,8	61,6	73,8
Total	86,6	20,5	46,6	72,4	53,6	57,5	92,7	150,2	196,9	75,8	77,2	75,1	76,6
Coste medio por episodio (€)													
E. españoles	2.911	2.777	2.627	2.238	3.010	3.867	4.196	4.261	4.161	3.484		3.529	
Europa-25	4.347	2.996	2.257	2.209	3.045	3.922	3.952	4.133	4.328	3.245		3.231	
Resto países	2.980	3.049	1.964	2.231	2.749	3.465	4.165	4.432	4.048	2.443		2.423	
Total	2.918	2.807	2.453	2.237	2.980	3.848	4.193	4.260	4.161	3.397		3.433	
Coste medio por persona/año protegida (€)													
E. españoles	258	57	103	164	164	229	395	644	822	270	263	271	263
Europa-25	274	44	103	142	146	201	300	506	685	200	221	208	217
Resto países	171	67	191	155	135	129	209	456	572	150	216	149	219
Total	253	58	114	162	160	221	389	640	819	257	262	262	262
Hombres													
Episodios													
E. españoles	7.114	3.062	4.044	5.166	6.833	8.322	1.500	16.866	17.643	80.571			
Europa-25	14	19	26	122	175	91	139	243	139	968			
Resto países	338	344	488	1.187	769	394	125	125	52	3.822			
Total	7.466	3.425	4.558	6.475	7.777	8.807	11.764	17.234	17.834	85.361			
Frecuentación													
E. españoles	98,9	23,2	25,9	26	38,4	64,1	115,2	186,4	247,1	71,4	71,5	69,5	69,8
Europa-25	54,0	18,5	18,5	25,4	31,3	66,7	110,7	132,9	194,4	53,1	58,1	53,1	58,4
Resto países	65,9	23,8	21,1	20,9	21,9	29,7	44	154,3	178,4	25,2	48,3	23,8	47,2
Total	96,6	23,3	25,2	24,9	35,6	61,0	113,2	185,1	246,3	65,8	69,9	63,8	68,3
Coste medio por episodio (€)													
E. españoles	2.959	2.774	3.573	3.528	3.854	4.085	4.361	4.346	4.148	3.961		4.060	
Europa-25	5.379	2.828	4.119	3.536	3.825	4.041	3.948	4.287	4.346	4.028		4.009	
Resto países	2.983	3.042	3.600	3.696	3.905	3.518	4.431	4.723	3.967	3.647		3.711	
Total	2.964	2.801	3.579	3.559	3.858	4.059	4.356	4.348	4.149	3.948		4.043	
Coste medio por persona/año protegida (€)													
E. españoles	293	64	92	92	148	262	502	810	1.025	283	284	282	283
Europa-25	290	52	76	90	120	269	437	570	845	214	239	213	236
Resto países	197	72	76	77	86	104	195	729	708	92	192	88	192
Total	286	65	90	89	137	248	493	805	1.022	260	278	277	277
Mujeres													
Episodios													
E. españolas	5.284	2.163	7.969	23.781	12.576	7.237	7.868	12.630	17.864	97.475			
Europa-25	18	9	107	504	350	45	93	162	86	1.375			
Resto países	224	274	3.721	5.177	1.972	407	141	66	71	12.053			
Total	5.526	2.446	11.797	29.462	14.898	7.689	8.102	12.858	18.021	110.903			
Frecuentación													
E. españolas	77,9	17,3	53,6	121,4	70,6	54,5	74,2	120,5	164,8	83,5	81,6	83,8	81,8
Europa-25	72,5	10,3	71,3	101,9	65,2	34,9	51,5	109,4	121,8	75,5	70,3	75,5	70,2
Resto países	48,1	20,2	184,9	147,4	94,1	49,2	57,0	63,1	122,5	112,8	97,3	115,8	100,4
Total	75,9	17,6	69,3	124,8	72,9	54,0	73,4	119,8	164,3	85,8	84,4	86,3	85,0
Coste medio por episodio (€)													
E. españolas	2.848	2.782	2.147	1.958	2.552	3.616	3.955	4.148	4.173	3.089		3.106	
Europa-25	3.544	3.351	1.805	1.888	2.654	3.679	3.957	3.901	4.299	2.693		2.684	
Resto países	2.975	3.057	1.749	1.894	2.298	3.415	3.930	3.880	4.107	2.061		2.044	
Total	2.855	2.815	2.018	1.946	2.521	3.606	3.955	4.144	4.173	2.972		2.981	
Coste medio por persona/año protegida (€)													
E. españolas	222	48	115	238	180	197	293	500	688	258	242	260	243
Europa-25	257	35	129	192	173	128	204	427	524	203	202	203	199
Resto países	143	62	323	279	216	168	224	245	503	233	239	237	245
Total	217	49	140	243	184	195	290	497	686	255	246	248	248

• Total estandarizado por edad y sexo.

" Total truncado: recoge los sucesos de los grupos de edad > 4 años.

< Total truncado y estandarizado.

d Tasas por 1.000 personas/año.

• Acercamiento al impacto económico mediante la traducción de los pesos de los GRO a euros.

