

Inmigración y Salud.

Junio 2012.

Lucía Rodríguez
Domingo

**Trabajo Fin de
Grado.**

Departamento
de Enfermería.

**Universidad de
Cantabria.**

Situación actual del fenómeno inmigratorio y análisis de los principales
determinantes de la salud en la población inmigrante.

Tutora:
M^a Visitación
Sanchón
Macías

INDICE

RESUMEN	3
1. INTRODUCCIÓN	4
2. LA INMIGRACIÓN EN ESPAÑA Y CANTABRIA Y SU IMPACTO EN LA SOCIEDAD.	7
2.1. SITUACIÓN ACTUAL	7
2.2. INDICADORES DE SALUD.	8
2.3. IMPACTO EN LA SOCIEDAD ESPAÑOLA	9
2.4. REFORMA SANITARIA 2012(23)	11
3. PRINCIPALES FACTORES DETERMINANTES DE LAS DESIGUALDADES EN SALUD.	13
3.1. MODELO CONCEPTUAL DE LAS DESIGUALDADES SOCIALES DE SALUD.	13
3.2. DETERMINANTES DE LAS DESIGUALDADES EN SALUD EN LA POBLACIÓN INMIGRANTE.	15
3.2.1. DETERMINANTES ESTRUCTURALES	15
3.2.1.1. POLÍTICAS MACROECONÓMICAS, SOCIALES, EDUCATIVAS...	15
3.2.1.2. CLASE SOCIAL O POSICIÓN SOCIAL: EDUCACIÓN, OCUPACIÓN, INGRESOS	18
3.2.1.3. EL GÉNERO, LA ETNIA Y EL LUGAR DE PROCEDENCIA.	19
3.2.1.4. VALORES SOCIALES Y CULTURALES	20
3.2.2. DETERMINANTES INTERMEDIOS.	20
3.2.2.1. VIVIENDA	20
3.2.2.2. SITUACIÓN LABORAL	21
3.2.2.3. SISTEMA DE SALUD.	23
3.2.2.4. FACTORES PSICOSOCIALES, CONDUCTUALES Y BIOLÓGICOS.	24
4. ESTRATEGIAS PARA REDUCIR LAS DESIGUALDADES EN SALUD.	25
CONCLUSIÓN	30
BIBLIOGRAFÍA	31

INMIGRACION Y SALUD.

Resumen

El rápido flujo migratorio experimentado en España en los últimos diez años ha producido la transformación de la sociedad española y ha supuesto un reto de adaptación a nivel demográfico, político, social y económico.

El propósito del trabajo es explorar las características de la población inmigrante residente en España y en Cantabria y examinar los principales factores determinantes de las desigualdades sociales en salud que afectan al colectivo inmigrante.

Se realiza una revisión bibliográfica de la información disponible sobre salud e inmigración, analizando artículos publicados en revistas académicas y bases de datos del Instituto Nacional de Estadística, el Instituto Cántabro de Estadística y el Observatorio Permanente de Inmigración.

A pesar de la iniciativa de desarrollar programas y planes de integración, siguen existiendo desigualdades socioeconómicas en salud para la población inmigrante que vive en España, en comparación con la población española.

El esfuerzo de los profesionales sanitarios es fundamental para conocer los factores socioeconómicos y culturales que inciden en la salud de la población inmigrante, y así eliminar las barreras y obstáculos que impiden a esta población acceder a los servicios de salud.

Palabras clave

Inmigración, salud, determinantes sociales, desigualdades socioeconómicas, política migratoria.

Abstract

The rapid migratory flow experienced in Spain in the last ten years has produced the transformation of the Spanish society and it has caused an adjustment challenge from the demographic, political, social and economic points of view.

The purpose of this paper is to explore the characteristics of the immigrant population who resides in Spain and Cantabria and examine the main determinant factors of the social inequalities in health which affect to the migrant population.

A literature review of the available information about migration and health is performed, with an analysis of articles published in academic magazines and the National Institute of Statistics, the Cantabrian Institute of Statistics and the Permanent Observatory of Immigration databases.

The health professionals' efforts are essential to know the socioeconomic and cultural factors which affect health of migrant population, helping this way to eliminate the barriers and handicaps that prevent this population from acceding to health care.

1. Introducción

Los flujos migratorios forman parte de la historia de la humanidad y las personas se han estado desplazando desde que son personas, ya sea por motivos políticos, religiosos, militares o económicos. Los avances tecnológicos del siglo XX han permitido el acceso al conocimiento de otros pueblos, culturas y estructuras sociales, así como el flujo de gran número de personas y de grandes distancias, inconcebibles en otras épocas(1).

Las migraciones constituyen un fenómeno social complejo por sus causas y sus consecuencias, por sus orígenes y sus destinos, y por los desafíos que plantean tanto a las sociedades de donde proceden los inmigrantes como a aquellas donde se asientan. Con mayor o menor intensidad según los momentos históricos, en todas las sociedades se han producido movimientos migratorios, interiores y exteriores.

Sin embargo, en la última década la sociedad española ha experimentado un incremento de población muy significativo, debido a la llegada de alrededor de 5 millones de inmigrantes, que supone casi un 12% de la población total(2). La rapidez con que se ha producido este importante fenómeno migratorio ha dado lugar a impactos de origen demográfico, económico, social y político, y más en particular en el funcionamiento de los servicios públicos esenciales como la salud, que es el tema en el que nos vamos a centrar. (2)

Como profesionales de la salud, es indispensable conocer las características de la población que va a atender el Sistema Nacional de Salud. Para atender a todos los usuarios desde la equidad, sin imponer desigualdades en salud, es necesario conocer los determinantes de esta nueva sociedad tan heterogénea.

En la última década, el Sistema Nacional de Salud ha tenido que adaptarse al importante cambio demográfico experimentado por la sociedad española debido, mayoritariamente, a la incorporación de más de 5 millones de inmigrantes(3). Este es un hecho social de importancia crucial, porque la presencia de estas personas transformará profundamente, está transformando ya, nuestra sociedad, tanto desde una perspectiva demográfica y económica como cultural y política(3).

Este trabajo describe, en primer lugar, el perfil del cambio demográfico y su impacto en la sociedad española; en segundo lugar, se analizan los principales determinantes de la salud en la población inmigrante; y por último, se presentan medidas y estrategias dirigidas a garantizar la reducción de las desigualdades en salud en el colectivo inmigrante.

El primer capítulo de esta revisión bibliográfica trata de explicar el perfil del fenómeno migratorio actual en España y en Cantabria, así como, el impacto que está suponiendo la llegada de población inmigrante para la sociedad española. Los inmigrantes tienen una gran relevancia para nuestra estructura demográfica, porque, aunque la inmigración por sí sola no va a compensar la

desequilibrada pirámide de población española, la estructura de sexo y de edades de los inmigrantes sí que puede contribuir, y está contribuyendo, a amortiguar esos desequilibrios(4). La llegada de tal cantidad de población en tan corto periodo de tiempo y su diversa distribución geográfica en el territorio, además de la heterogeneidad cultural y social, suponen un importante reto de adaptación social. Factores como las dificultades de tipo lingüístico, los aspectos religiosos, las condiciones laborales y de vida, la posesión de la tarjeta sanitaria y la situación administrativa de regularidad o irregularidad en el país de acogida pueden identificarse como barreras en los procesos de atención sanitaria y determinantes de la salud. En el segundo capítulo estudiaremos estos determinantes de la salud y las principales necesidades de los colectivos inmigrantes residentes en Cantabria y en España, y los compararemos con los de la población autóctona. (5). Por último, se expone una recopilación de estrategias de intervención en salud, propuestas en diferentes trabajos y planes de integración, tanto a nivel autonómico como estatal, dirigidas a garantizar la equidad en salud de toda la población.

Estrategia de búsqueda.

Para la realización de la búsqueda bibliográfica se utilizaron principalmente 5 buscadores: PubMed, Dialnet, Elsevier, SciELO y la BUC. Se utilizó primero la palabra clave “inmigración” (immigration/migration), a través de la cual se encontraron un total de 160.467 artículos entre todos los buscadores, algunos coincidentes. También utilizamos el Google Académico pero debido al volumen de referencias, lo utilizamos para búsquedas más selectivas. Seleccionamos los artículos encontrados más relevantes y la información extraída fue clasificada en 4 bloques temáticos: 1) Información estadística de la situación demográfica; 2) Políticas migratorias; 3) Problemas de Salud de la población inmigrante y relación con el Sistema Nacional de Salud; 4) Estrategias de mejora contra las desigualdades. Se estableció otro bloque con un número considerable de artículos ampliamente heterogéneos en cuanto al tema estudiado.

Los temas más frecuentes fueron los requerimientos de estadísticas sobre población inmigrante en España y sus comunidades autónomas, aspectos relacionados con la situación laboral de hombres y mujeres inmigrantes, políticas y estrategias generales dirigidas a esta población y estrategias para conseguir eliminar las desigualdades.

Posteriormente, se realizó una nueva búsqueda sobre “inmigración y salud” (migration and health). Se obtuvieron 601 referencias. Estas últimas se agruparon en 6 temas: 1) Recursos disponibles; 2) Acceso a los Servicios de salud; 3) Salud Mental; 4) Atención en salud para las mujeres embarazadas; 5) Enfermedades importadas; 6) Estrategias para dar atención en salud.

También se realizaron nuevas búsquedas bibliográficas una vez iniciado el proyecto, a medida que este se iba redactando y en función de la necesidad de información para cada capítulo. Se utilizaron las siguientes palabras clave: “política migratoria”, “reforma sanitaria”, “determinantes salud”.

Llama la atención la evolución de los artículos encontrados por año de publicación, en función de los flujos migratorios. A partir de 1996 se observa una presencia cada vez mayor de inmigrantes con relación a la población española, y en los artículos que abordan el tema de inmigración se presentaron cambios significativos después del año 1996, con las mayores frecuencias en los años 2003, 2006 y 2009. En las referencias que abordan el tema de inmigración y salud, se hallaron cambios importantes después del año 1999 y las mayores frecuencias en los años, 2002, 2006 y 2009.

Pal.clave / Buscador	PUBMED	DIALNET	ELSEVIER	SciELO	BUC	TOTAL	Google Académico
-Inmigración	153.023	6.015	456	24	949	160.467	124.000
-Inmigración y Salud	8	184	387	19	3	601	44.700

2. La inmigración en España y Cantabria y su impacto en la sociedad.

España conoce el fenómeno migratorio porque ha sido un país en el que las migraciones internas y a otros países europeos han tenido mucha importancia, durante el último cuarto de siglo, en gran parte provocadas por las condiciones económicas y políticas(6). Sin embargo, el notable incremento del flujo migratorio que ha tenido lugar en la última década supone una nueva realidad social y demográfica. (7)

Desde el año 1999(7) se produce un incremento súbito de la inmigración en España como respuesta al rápido ritmo de crecimiento experimentado por la economía española a partir del año 2000, lo que provocó una gran capacidad de demanda por parte del mercado de trabajo. (8)

2.1. Situación actual

Este fenómeno migratorio se caracteriza por el gran número de población recibida, por la diversidad de los países de origen, por la concentración en determinadas comunidades autónomas, pero sobre todo por la velocidad con la que se ha producido. Según los datos del Instituto Nacional de Estadística (INE), el 1 de enero de 1999 el número de personas empadronadas se situaba cerca de los 40,2 millones, de los cuales 748.953 eran inmigrantes, lo que supone casi un 2% de la población total. Actualmente, en poco más de una década después, las cifras se han disparado, siendo registradas en el censo de población a 1 de enero de 2012, 47.212.990 de personas, de las cuales un 11,12% son extranjeros (5.251.094) según el OPI (Observatorio Permanente de Inmigración)(9). En este mismo sentido, el fenómeno migratorio ha afectado a Cantabria(10), donde comenzó a adquirir relevancia a partir del año 2000, y que, según el ICANE, cuenta actualmente con 39.214 extranjeros que residen en la región, lo que supone un 6,61% de la población total (593.620), aún a distancia numérica y problemática con relación a otras Comunidades Autónomas.

En cuanto al lugar de procedencia, es importante entender la diferencia entre régimen comunitario y régimen general. El régimen de residencia indica el régimen jurídico de extranjería aplicable al extranjero que reside en España. Así, el régimen comunitario es aplicable a los ciudadanos nacionales de países de la Unión Europea y de otros Estados parte en el Acuerdo sobre el Espacio Económico Europeo (Islandia, Liechtenstein y Noruega) y de la Confederación Suiza; y el régimen general se aplica a los nacionales de terceros países, salvo que les sea de aplicación el Régimen Comunitario por ser familiares de ciudadanos comunitarios. En este caso, se les expide una tarjeta de residencia. (9)

En España, la mayor parte de los inmigrantes son extranjeros en régimen general (51,35%), aunque a escasa diferencia respecto a los de régimen comunitario (48,65%). Del total de residentes en Régimen General (2.696.476), el 29,74% son marroquíes (801.690 personas). A continuación se encuentran, con un número bastante menor, ecuatorianos (13,82%), colombianos (8,31%), chinos (6,21%), bolivianos (5,29%) y peruanos (4,57%). Los tres países que encabezan la lista en número de residentes del Régimen Comunitario son Rumanía, con 912.526 (35,72%), Reino Unido, con 235.052 (9,20%) e Italia, con 180.221 (7,06%). “Se podría decir que dos de cada cinco extranjeros residentes en España son de nacionalidad rumana, ecuatoriana o marroquí”.(9).

En Cantabria ocurre lo mismo, siendo sutilmente menor el porcentaje de extranjeros en régimen comunitario (51,22%).(9) Del total de todos los extranjeros residentes en Cantabria, a expensas del régimen de residencia, Rumanía es con mucho el país que más inmigrantes trae a la región (6.899), suponiendo el 17,59% del total de los inmigrantes. Le siguen Colombia con un 8,51% (3.338), Perú con un 7,3% (2.862), Moldavia con un 6,49% (2.546), Marruecos con un 4,84% (1.899) y Portugal con un 4,72% (1850). (10)

Otro punto a destacar es la desigual distribución geográfica del conjunto de extranjeros empadronados en nuestro país, que presenta cierta tendencia a concentrarse en determinadas zonas de la región. Las comunidades que mayor población acogen, según el INE, son Cataluña, Madrid, La comunidad Valenciana y Andalucía. Es decir, allí donde se han desarrollado de forma más intensa las actividades deficitarias en mano de obra que la inmigración ha venido a cubrir. Por otra parte, es también donde se concentra la mayor parte de la población española.

2.2. Indicadores de Salud.

La esperanza de vida supera los 80 años en muchos países desarrollados y con mayor renta per cápita, y no alcanza los 50 en los países más pobres. El 13,92% de los residentes extranjeros en España es menor de 16 años, lo que supone un total de 431.222. En edad laboral se encuentra el 81,98% de los inmigrantes, lo que se traduce en 4.305.278 personas. Los extranjeros de 65 y más años representan el 4,08% (214.594) del total del colectivo inmigrante. La edad media de los extranjeros residentes en España es de 34,25 años. Los ciudadanos con edad media más elevada son los nacionales de los países AELC-EFTA, es el caso de Suiza (53,5 años) y Noruega (51,4 años). (9) .

De los 39.885 extranjeros residentes en Cantabria, el 12,71% tienen menos de 16 años, entre 16 y 64 años se encuentra el 84,88% de la población, y los mayores de 64 años son el 2,39% de los inmigrantes.(11)

Las tasas de fecundidad y de mortalidad infantil o adulta, y las prevalencias de discapacidad dependen también de cada país, o incluso de cada ciudad; y son progresivamente mayores en zonas de menor nivel socioeconómico.(12)

Al contrastar diferentes estudios donde se analizan la **fecundidad** y la falta de planificación de los embarazos(13)(13)(14)(15)(14,16), se observa que aunque España sea un país con bajas tasas de fecundidad en relación a otros países de la UE, en los últimos años se ha registrado un aumento de la fecundidad debido al incremento de embarazos de mujeres en edades avanzadas y de mujeres inmigrantes. En consecuencia, y a pesar de que las mujeres inmigrantes también contribuyen al incremento de las interrupciones voluntarias del embarazo, se ha observado una tendencia creciente de natalidad. Así, según los últimos datos del INE, durante el primer semestre del 2011, en España nacieron 231.294 niños, de los que un 19% fueron hijos de mujeres con nacionalidad extranjera.

En Cantabria se ha experimentado un crecimiento vegetativo negativo (**menos nacimientos que defunciones**) en la última década. Sin embargo, la tasa de fecundidad general en Cantabria

presenta una leve tendencia al crecimiento gracias a los embarazos de mujeres extranjeras. (5) Las mujeres inmigrantes tienen mayor número de hijos y a edades más tempranas que las españolas, aunque por otra parte se ha dado un leve aumento en los últimos años en la fecundidad y número medio de hijos de las mujeres españolas, que rompe con la tendencia decreciente de los últimos años.

En contrapunto, también hay que señalar, la contribución del colectivo inmigrante al incremento de **interrupciones voluntarias del embarazo**, sin olvidar que las mujeres inmigrantes al llegar a España se encuentran en una situación de mayor vulnerabilidad respecto a las autóctonas, debido frecuentemente a una menor información sobre anticoncepción, así como a mayores dificultades para acceder a los servicios de salud.

La tasa de IVE en Cantabria se encuentra muy por debajo de la media nacional(5), situándose en 2008 en 6,1 por 1.000 mujeres en edad fértil, frente al 11,1 nacional. La tasa en población inmigrante en este año es de un 15,9 por mil mujeres, frente a un 4,9 por mil en mujeres autóctonas.

2.3. Impacto en la Sociedad española

La sociedad europea y la española en particular se caracterizan por la presencia de dos fenómenos demográficos de indiscutibles consecuencias para el Sistema Nacional de Salud; por un lado el intenso aumento de población inmigrante y por otro el envejecimiento de la población, lo que supone una amenaza para la sostenibilidad de su sistema de pensiones(17). Existen algunos datos que nos invitan a reflexionar sobre los inconvenientes y beneficios de la inmigración.

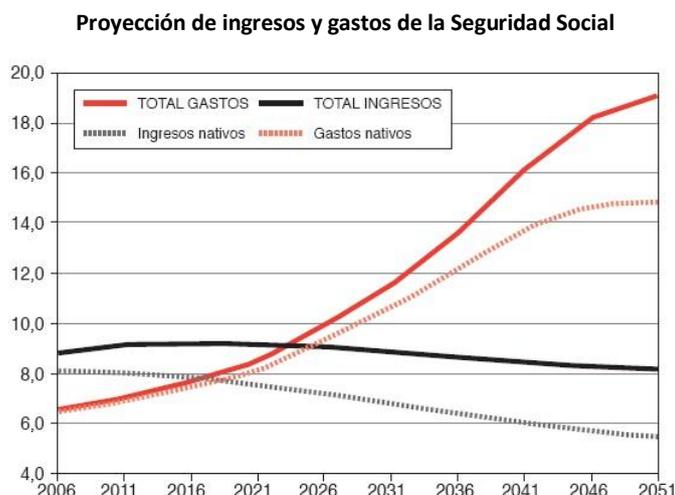
España tiene un envejecimiento demográfico importante, pero además es uno de los países de la Unión Europea, e incluso del planeta, que registra las tasas de natalidad más bajas (1,07 hijos por cada mujer fértil). Como resultado de estos dos fenómenos, surge la pirámide poblacional invertida propia de los países desarrollados. La consecuencia es que el número de personas activas que cotizan a la seguridad social es muy bajo respecto al número de jubilados, por lo que se hace necesario el incremento de población joven, que actualmente se consigue gracias al flujo de inmigrantes, para compensar este desequilibrio (que haya más personas en activo por cada jubilado)(17).

Los inmigrantes están evitando, gracias a que son población joven, que España entre en un crecimiento demográfico negativo y aunque a corto plazo impliquen un mayor coste sanitario y educativo, a medio plazo pueden resultar muy beneficiosos. El flujo continuo de inmigrantes mantendrá la demografía y contribuirá al mantenimiento de pensiones. Desde este punto de vista, la inmigración no sería un problema sino más bien al contrario, representaría una fuente de riqueza y una apuesta de futuro.

“Hemos envejecido como consecuencia de la disminución de la fecundidad y del aumento de los años vividos. “La conclusión es clara: la economía y la demografía necesitan del inmigrante”.(17)

Sin embargo, La Unión Europea(18) prevé un estancamiento de la población, aun contando con la continuidad de los flujos de inmigrantes, por lo que esto no implica que vaya a resolver por sí solo los desequilibrios a largo plazo provocados por el envejecimiento(19), aunque

si ayudará a retrasarlos. La previsión para el déficit del sistema de pensiones, es que la población inmigrante contribuirá a retrasarlo en aproximadamente 11 años. (4)



Fuente: Gonzalez,C; Conde-Ruiz, I; Boldrin,M.

A pesar de que hasta ahora, todo parece indicar que el continuo flujo migratorio es positivo y necesario, con la llegada de la crisis económica a partir de mediados del 2008, se han comenzado a difundir opiniones en contra de este fenómeno, pues ha tenido un impacto especialmente importante en el mercado laboral y en el aumento de la tasa de desempleo hasta porcentajes que superan el 20%(20). Según de la Rica(21,21) podemos establecer dos periodos:

1. En un primer periodo pre-crisis (1998-2008), la aportación más importante de la inmigración había sido, como ya hemos visto, el rejuvenecimiento de la población, lo que provocaba un gran cambio demográfico. La consecuencia de este hecho era el retraso del problema en la sostenibilidad del sistema de pensiones(21). Para entenderlo, hemos de analizar el crecimiento y desarrollo económico durante este periodo. El pilar de este crecimiento se encontraba en los sectores de Servicios y de Construcción, donde la mano de obra de origen extranjero (en su condición de inmigrantes económicos con necesidad imperiosa de trabajar) resultó fundamental. Tanto es así, que su aportación al crecimiento real del PIB (Presupuesto Interior Bruto) fue del 72% en el caso del sector servicios y de un 18% en el de la Construcción(3). En los últimos 15 años, España presentaba una de las tasas de productividad más bajas de la Unión Europea, desarrollando un modelo de productividad caracterizado por un crecimiento económico de una acumulación de trabajo y no de una mejora de la productividad. La consecuencia fue la necesidad de incorporar gran cantidad de mano de obra al mercado laboral que preciso la llegada de flujos migratorios. Como resultado, el número de afiliados a la Seguridad Social se elevó hasta los 5.7 millones de trabajadores (el más alto de la UE), y el porcentaje de cotizantes extranjeros fue significativamente superior al de la población nativa en Abril de 2001, 50% frente al 37%(8).
2. Al estallar la crisis (2008), el paro tuvo un mayor impacto entre los trabajadores extranjeros que entre los nativos. Los empleos en los que mayoritariamente estaban trabajando los inmigrantes, son los primeros en desaparecer. Los trabajadores

extranjeros aportaban gran cantidad de mano de obra y ocupaban los sectores con mayor crecimiento económico en el periodo pre-crisis, y que ahora, previsiblemente, son los más expuestos a ella.(21) Así, el desempleo entre los extranjeros aumentó casi un 164% en solo dos años (entre el cuarto trimestre de 2007 y el cuarto de 2009) (8) y el 30% de los trabajadores extranjeros se encontraba sin empleo en el tercer trimestre de 2010, frente al 18% de los desempleados españoles. (21)

Este hecho ha provocado una gran controversia social, porque al escasear el empleo, surge la idea de que los trabajadores extranjeros pueden “estar quitando” trabajo a los autóctonos, aunque según de la Rica no existe evidencia clara de que esta hipótesis sea cierta. (21)

Así, en los últimos años la inmigración ha aparecido como uno de los problemas que más preocupan a los españoles, tal y como indican periódicamente los barómetros de opinión publicados por el Centro de Investigaciones Sociológicas (CIS). Aunque la actitud favorable hacia los inmigrantes sigue siendo mayoritaria, la población autóctona tiende a opinar, con una frecuencia cada vez mayor, que los inmigrantes compiten con la población autóctona por los puestos de trabajo y las prestaciones sociales (sanidad, plazas escolares, ayudas a la vivienda, asistencia pública). (22)

2.4.Reforma Sanitaria 2012(23)

La crisis ha afectado en gran medida a servicios públicos como la educación y la sanidad. En estos últimos días, Abril de 2012, se ha dado a conocer la reforma sanitaria aprobada por el Gobierno de Mariano Rajoy. En la cual:

1. 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, ha modificado la legislación, estableciendo nuevos requisitos y condiciones para la atención sanitaria de los inmigrantes indocumentados que residen en España.
2. También ha cambiado los requisitos para los ciudadanos europeos que quieren acceder a la sanidad pública española, con la modificación del **Real Decreto 240/2007**, de 16 de febrero, sobre entrada, libre circulación y residencia en España de ciudadanos de los Estados miembros de la Unión Europea y de otros Estados parte en el Acuerdo sobre el Espacio Económico Europeo.

A través de la reforma del artículo 3 de la **Ley de cohesión y calidad del Sistema Nacional de Salud**, que data del año 2003, el gobierno ha introducido cambios en la lista de beneficiarios de la Seguridad Social.

El Instituto Nacional de la Seguridad Social será el encargado de comprobar que se cumplen los requisitos para reconocer la condición de asegurado o beneficiario, y las comunidades autónomas se ocuparan de expedir la Tarjeta Sanitaria Individual (TSI). Quienes tienen acceso a la sanidad, cumpliendo con la condición de asegurados son:

1. Los trabajadores, tanto por cuenta ajena como por cuenta propia (autónomos), que estén afiliados a la Seguridad Social y en situación de alta o asimilada a la de alta.

2. Los pensionistas.
3. Quienes perciben la prestación y el subsidio por desempleo. Cualquier perceptor de alguna prestación periódica de la Seguridad Social.
4. Quienes habiendo agotado la prestación o el subsidio por desempleo, figuren inscritos como demandantes de empleo.

Los beneficiarios de un asegurado deben residir en España, y pueden ser:

1. El cónyuge o pareja de hecho inscrita oficialmente en el registro correspondiente.
2. El ex cónyuge a cargo del asegurado.
3. Los hijos a cargo del mismo, siempre que sean menores de 26 años o que tengan una discapacidad en grado igual o superior al 65%.

En cuanto a los ciudadanos extranjeros, dice el texto legislativo que "**los extranjeros no registrados ni autorizados como residentes en España**", recibirán asistencia sanitaria en las siguientes modalidades:

1. Asistencia sanitaria de Urgencias. Cuando presenten una enfermedad grave o tengan un accidente. Recibirán esta atención hasta que le den el alta médica.
2. De asistencia al embarazo, parto y postparto. Las extranjeras en situación irregular que queden embarazadas tendrán asistencia al embarazo, parto y postparto.
3. Menores de edad. Los extranjeros menores de dieciocho años recibirán asistencia sanitaria en las mismas condiciones que los españoles.

En otro punto del texto se añade que las personas que con anterioridad a la entrada en vigor del Real Decreto-Ley tuvieron acceso a la asistencia sanitaria en España, **podrán seguir accediendo a la misma hasta el día 31 de agosto de 2012** sin necesidad de acreditar la condición de asegurado. Estas medidas suponen un recorte en los derechos sociales de los inmigrantes y la ruptura de la universalidad del Sistema Sanitario, reconocida en la Constitución Española y en la Ley de Calidad del Servicio Nacional de Salud. Además, deja sin servicios de salud curativos y preventivos a los inmigrantes sin documentación que son los grupos más vulnerables.

Para **erradicar el llamado turismo sanitario**, la reforma establece la "residencia superior a tres meses de ciudadanos de un Estado miembro de la Unión Europea o de otro Estado parte en el Acuerdo sobre el Espacio Económico Europeo", que deberá quedar acreditada mediante documentación veraz.

3. Principales factores determinantes de las desigualdades en salud.

Si establecemos una tipología general de la población inmigrante, la mayoría son inmigrantes económicos que acuden a España en busca de un empleo al que no han podido acceder en su país de origen. En general, su perfil responde al de una persona joven y con un buen nivel de salud que trae a su familia en cuanto consigue establecerse(24).

La Encuesta Nacional de Inmigrantes(25), realizada por el INE en el año 2007, define inmigrante como “aquella persona nacida en el extranjero, mayor de quince años y con residencia en España, desde hace al menos un año. No incluye a los extranjeros de nacionalidad que hayan nacido en España, ni a los españoles de nacimiento nacidos fuera de España que a su llegada no cumplieran dos años de edad.” De acuerdo con los datos que proporciona esta encuesta, la población inmigrante es mayoritariamente joven (un 72% es menor de 45 años, un 21% se encuentra entre 45 y 64 años, y un 7% tiene 65 o más años), edades más claramente vinculadas a la actividad laboral, con una discreta mayor presencia masculina que femenina (52% y 48% respectivamente) y con elevado nivel educativo (una de cada dos personas había completado los estudios de educación secundaria y el 20,5% de los inmigrantes era titulado superior). En cuanto a las razones de su traslado a España, el 40% acuden por la calidad de vida y un 39% en busca de un trabajo mejor.

Pese a ser población joven y siendo lo esperable que mayoritariamente gocen de buena salud (efecto del inmigrante sano) (26) , la confrontación de esta inmigración muestra una amplia diversidad cultural, social, política y económica. Esto representa un reto a la integración de los extranjeros como ciudadanos de pleno derecho y requiere análisis específicos que analicen su estado de salud, los determinantes que influyen en su salud y la utilización de los recursos sanitarios, partiendo de las diferencias en la salud y las condiciones de vida de este colectivo.(27)

Por lo tanto, para el estudio de los determinantes de la salud de los inmigrantes se requiere de un análisis de las experiencias anteriores en sus países de origen, así como el sexo, la edad, la clase social y los factores culturales, ya que de estos va a depender su estado de salud y las oportunidades que se brinden a su incorporación a la estructura social y laboral del país receptor, lo cual determinará a su vez sus futuras condiciones de vida.(28)

3.1. Modelo Conceptual de las Desigualdades Sociales de Salud.

El estudio de los determinantes de las desigualdades en salud es un hecho relativamente nuevo, y en la política española no ha sido un tema prioritario(12). En 1994 se creó una comisión para el estudio de las desigualdades sociales en salud, que publicó un informe(29) que no tuvo mucha repercusión. Después se han publicado muchos estudios que evidenciaban la existencia de desigualdades en salud; e incluso algunas comunidades como Cataluña(30)(29), Madrid(31), País Vasco(32) y Andalucía(33) han realizado numerosos análisis que demostraban el impacto que estas desigualdades provocaban en la salud de la población.(12)

Aunque hoy en día se cuenta con numerosas aportaciones científicas en cuanto a los factores que afectan a la salud de las personas, algunas de las contribuciones más importantes actualmente fueron propuestas para la “Comisión sobre los determinantes sociales de la salud”, creada en 2005 por la OMS. La “Comisión para reducir las desigualdades en Salud en España, 2010” hace una adaptación a partir de los modelos propuestos por Orielle Soler y Alec Irwin para la OMS(34) y por Vicent Navarro(35), a través de la cual redacta un informe repasando los diferentes determinantes de las desigualdades en salud.

Dicho informe(12), pone de manifiesto que en la salud influyen muchos más elementos que los puramente biológicos. Este modelo propone un marco conceptual en el que se identifican dos elementos principales: determinantes estructurales y determinantes intermedios de las desigualdades en salud.



Fuente: Avanzando hacia la equidad. Comisión para Reducir las Desigualdades Sociales en Salud en España, 2010.

Por un lado, los determinantes estructurales tienen que ver con el contexto socioeconómico y político. Las políticas macroeconómicas, el mercado de trabajo y las políticas del Estado de Bienestar, como la educación y la atención sanitaria, van a venir determinados por el gobierno y los actores económicos y sociales.

Por otro lado, estos determinantes estructurales van a afectar a la estructura social y a la distribución del poder mediante los ejes que determinan las desigualdades en salud debido a las jerarquías de poder en la sociedad. Estos ejes de desigualdad son la clase social, el género, la edad, la etnia y el territorio.

Las desigualdades en los determinantes intermedios vienen generadas por la estructura social y son los factores de los que van a depender directamente las desigualdades en salud.

Factores como la situación laboral, las condiciones de trabajo o la calidad de la vivienda y el área de residencia, que agruparemos como recursos materiales, tienen gran influencia en los factores psicosociales y biológicos, así como en las conductas que de ellos deriven.

En este grupo también se contemplan los servicios de salud, a los cuales este modelo no les da mucha importancia refiriendo su escasa contribución a la generación de las desigualdades en salud. Sin embargo en este trabajo dedicaremos un apartado considerable haciendo alusión al Sistema de salud y sus políticas, pues las barreras en el acceso a estos servicios pueden originar importantes desigualdades en salud.

3.2. Determinantes de las desigualdades en salud en la población inmigrante.

Partiendo de este modelo(12), vamos a tratar de explorar los principales determinantes de la salud que generan desigualdades significativas en la población inmigrante y que son resultado de distintas oportunidades y recursos en el ámbito de la salud.

3.2.1. Determinantes estructurales

En este primer grupo se tendrían en cuenta la globalización, las particularidades del gobierno y de las políticas sociales y sanitarias del país receptor, así como los valores sociales y cuestiones culturales que influyen de manera determinante en las desigualdades de salud. Al mismo tiempo, estos contextos son los responsables de los ejes de desigualdad que determinan las oportunidades de tener o no una buena salud.

3.2.1.1. Políticas macroeconómicas, sociales, educativas...

En políticas macroeconómicas se incluye la globalización económica mundial que ha originado grandes diferencias o desigualdades económicas entre los países y ha obligado a muchas personas a emigrar en busca de una vida mejor. Por otra parte, las políticas migratorias de Europa y España, en los últimos años, se han vuelto más restrictivas a la entrada de inmigrantes como puede apreciarse por los cambios realizados en la Ley de Extranjería de los últimos años (36).

La participación en el mercado de trabajo determina en gran parte los derechos sociales de los inmigrantes en España, a través de su afiliación a la seguridad social. Del mismo modo, la conceptualización de determinados ámbitos de bienestar como derechos de la persona, garantiza el acceso de todas las personas residentes en España, independientemente de su estatus jurídico, a una serie de programas de protección social, como la sanidad o la educación(2).

La transformación del papel desempeñado por España en el sistema internacional de migraciones ha tenido un profundo impacto sobre su propio sistema productivo, en particular sobre el mercado de trabajo. La mitad de los nuevos empleos creados entre 1995-2005 fueron ocupados por extranjeros, que pasaron de representar algo más de 4% de los afiliados a la seguridad social en 2001 a más del 10,5% a finales de 2010(2).

La inmigración ha tenido, como ya comentábamos anteriormente, un papel fundamental en el significativo crecimiento económico español experimentado en las dos últimas décadas. La mano de obra inmigrante ha favorecido la transición de los trabajadores autóctonos hacia otros empleos con mejores condiciones laborales. De igual modo, las «cuidadoras» inmigrantes han contribuido en gran medida al incremento de la tasa de actividad entre las mujeres autóctonas, al asumir buena parte de las tareas generalmente asociadas al ámbito del hogar.

Esta nueva situación ha provocado importantes implicaciones para las políticas públicas, en particular sobre las de protección social, englobadas en el llamado “Estado de Bienestar, pero las respuestas de las administraciones y los poderes públicos han sido insuficientes y orientadas sobre todo a responder las necesidades más urgentes con actuaciones algo improvisadas. (2)

Estas medidas se ven reforzadas en un período de crisis económica como el que vivimos actualmente, caracterizado fundamentalmente por altísimas tasas de desempleo y por recortes presupuestarios que afectan de manera directa a los programas de protección social. En particular, determinados «empresarios políticos» se aprovechan de la incertidumbre ciudadana para transformarla en desconfianza hacia la inmigración, viendo en ello un potencial caladero de votos. En el discurso político en torno a la inmigración entre los principales partidos políticos españoles, esta cuestión ha comenzado a ganar gradualmente espacio en los programas y campañas electorales(37). Por su parte, las sociedades receptoras abordan la gestión de flujos migratorios desde una perspectiva básicamente utilitarista, de acuerdo con la cual los inmigrantes son bienvenidos en la medida en que actúen como contribuyentes para el sostenimiento financiero del Estado de bienestar.

También es interesante comentar el presupuesto que dedica España a estos programas. En relación con los países de la Europa desarrollada, el Estado de bienestar español se caracteriza por su tardío e incompleto desarrollo y, en buena medida como consecuencia de lo anterior, por su bajo nivel de gasto social. En términos generales, el porcentaje del PIB dedicado a gasto social en España se encuentra entre los más bajos de los países europeos, sobre todo si lo comparamos con los países europeos de mayor tradición de inversión en políticas de protección social, como son Suecia, Francia o Alemania(2). Las variaciones de gasto social entre distintos ámbitos de políticas implican una serie de desequilibrios y tensiones que generan desigualdades sociales y económicas (38). Esto acaba repercutiendo en la relación entre la inmigración y el Estado de Bienestar español, afectando a los inmigrantes como usuarios y agentes del sistema, así como a las consecuencias de la inmigración sobre su sostenibilidad financiera.

Hay que recordar también que muchas veces es la propia legislación la que genera la irregularidad, al dificultar la renovación de permisos de trabajo y/o residencia exigiendo requisitos y trámites cuyo cumplimiento puede resultar extremadamente complicado, especialmente en contextos de crisis económica con altos niveles de desempleo y precariedad laboral. La existencia de grupos de inmigrantes en situación de irregularidad administrativa tiene importantes consecuencias para la integración social de este colectivo, determinando en gran medida su relación con el Estado de bienestar(2).

La presencia cada vez mayor de alumnado inmigrante supone también un importante reto para las políticas públicas en el ámbito de la **educación**. El primer reto es el acceso formal del alumnado inmigrante a la educación en las mismas condiciones de igualdad que la población

autóctona. La legislación sobre extranjería establece el derecho de los menores inmigrantes a la educación en el artículo 9 de la Ley 4/2000, pero este derecho resulta insuficiente para garantizar el acceso efectivo a la educación en igualdad de condiciones.

Los niños inmigrantes deben superar diversos obstáculos para acceder al sistema educativo español y además han de hacerlo en generalmente en inferioridad de condiciones respecto a los alumnos nativos, lo que conlleva a unos peores resultados educativos(2).

El sistema sanitario público español se transformo en Sistema Nacional de Salud (SNS) a partir de la segunda mitad de los 80(2). Este cambio permitió extender la cobertura del sistema sanitario público a toda la población de nacionalidad española. La indefinición legislativa respecto a los derechos de los extranjeros, junto con una restrictiva Ley General de Sanidad (LGS), implicó que la universalidad de la cobertura sanitaria aplicada en 1989 afectase únicamente a los españoles. El acceso de los extranjeros a las prestaciones del SNS quedaba condicionado únicamente a la cotización al sistema de seguridad social, generando una cobertura parcial y segmentada. Los inmigrantes indocumentados constituían el colectivo extranjero más precario, con acceso exclusivo a los servicios de Urgencias y para el tratamiento de enfermedades infecciosas y/o contagiosas.

Los primeros inmigrantes indocumentados que consiguieron el acceso al sistema sanitario público en igualdad de condiciones que los españoles fueron los menores y las mujeres embarazadas, tras la aprobación de la Ley de Protección del menor, 1996, y del Reglamento de aplicación de la Ley de Extranjería 7/1985. La cobertura sanitaria irrumpió en la agenda política a principios de 1999. La Ley Orgánica sobre Derechos y Libertades de los Extranjeros en España y su integración social, supuso una expansión de la cobertura sanitaria a toda persona residente en España que careciese de recursos para abordar los gastos de su atención sanitaria. La regularización se hizo efectiva mediante el registro en el padrón municipal.

Este principio, aunque no explícitamente, conllevaba la exclusión del derecho a las prestaciones sanitarias a aquellos inmigrantes que, aunque residían en nuestro país, no lo hacían de manera regularizada ni autorizada, pues no habían conseguido o habían perdido el “derecho” a su permiso de residencia.

En este sentido hay que señalar las dificultades para acceder a la tarjeta sanitaria individual (TSI). Según la normativa estatal, obtener la TSI requiere el empadronamiento, para lo cual se precisa una identificación (pasaporte o documento de identidad). Esto les aleja del sistema sanitario y les impide disfrutar de una atención de salud normalizada. (39) Ante la dimensión de este problema algunas Comunidades Autónomas crearon tarjetas sanitarias provisionales que les permitían acceder con facilidad y sin muchas exigencias al sistema de atención. (40,40)

La cifra estimativa de 4.383 personas sin permiso de residencia o de TSI en Cantabria a 1 de enero de 2009, o los datos de cobertura de TSI (de los 102 municipios de Cantabria, 60 tienen una cobertura de TSI inferior al 80% y 7 están por debajo del 50%), sugieren que hay una población invisible sin cobertura sanitaria.(5)

Además, las múltiples modificaciones de la Ley de Extranjería y su reglamento, así como los diversos procesos de regularización, consecuencia de las erráticas políticas migratorias de los últimos gobiernos y la actual reforma sanitaria, han provocado que hoy en día el país siga contando con numerosos inmigrantes “sin papeles”, con las dificultades que ello implica.

La Unión Europea ha establecido los valores y principios comunes de los sistemas sanitarios de los países miembros. En junio de 2006 el Consejo de Ministros de Sanidad enunció como valores esenciales la universalidad, el acceso a una atención sanitaria de calidad, la equidad y la solidaridad.(41) La ministra de Sanidad Ana Mato, anunciaba el 17 de Mayo de 2012, que la Reforma Sanitaria, **“hace efectiva la universalidad y la gratuidad” de los servicios asistenciales incluidos en la cartera básica común para todos los españoles.** Sin embargo, lo expuesto, junto con la definición de la Reforma Sanitaria, en el apartado anterior, impide hacer extensivo el principio de la universalidad del derecho a la atención sanitaria a todos los inmigrantes.

En el marco legal autonómico es La **Ley 7/2002 de Ordenación Sanitaria de Cantabria**(42) la que ampara el derecho a la salud de la población inmigrante, y la que en su artículo 25, hace referencia a los Derechos relacionados con la igualdad y la no discriminación de las personas por razón alguna.

3.2.1.2. Clase social o posición social: educación, ocupación, ingresos

La clase social se mide habitualmente por el nivel de educación, la ocupación y el nivel de renta: En referencia a las desigualdades en salud según la clase social, está demostrado que al disminuir la clase social, empeora la salud y aumentan las desigualdades(43)(44). Además las desigualdades se van acumulando y reproduciendo a lo largo del ciclo vital.

El nivel de estudios adquiridos, por ejemplo, es una manera de generar recursos y oportunidades desiguales a lo largo de la vida que se traducen en desigualdades de salud. (12)

Diferentes análisis constatan que la población inmigrante que llega a España, lo hace con un nivel de estudios superior al de sus compatriotas, y en el caso de algunos grupos con un nivel equiparable o superior a la media en los países de destino.(45)

El problema es que este colectivo alcanza niveles educativos en su país de origen que son difíciles de comparar con otros grupos de inmigrantes y con la población autóctona. Además, habitualmente los inmigrantes ocupan estratos laborales inferiores a su nivel de formación, por lo que el nivel socioeconómico no suele reflejar el nivel educativo alcanzado en su país. A pesar de ello, hay estudios que muestran que los inmigrantes con un mayor nivel de estudios tienen mejor estado de salud, pues se supone que tienen una mayor capacidad para adaptarse al país receptor y para utilizar el sistema sanitario.(46)

Las mayores diferencias entre población inmigrante y autóctona en Cantabria en este ámbito se dan en la educación primaria y sin estudios y en la educación universitaria. Los inmigrantes sin estudios representan solo el 3% de la población frente al 20,3% de los españoles sin estudios. La proporción de inmigrantes es menor en el caso de aquellos con estudios primarios (21,7%) que el de la población española (30%). En el caso de la educación universitaria, el porcentaje de población inmigrante con un título universitario es del 29,6% frente al 22,2% de población

general. Con estos datos se llega a la conclusión que la población inmigrante residente en Cantabria tiene un nivel de estudios superior a la media de la población general.(5)

Por lo general, los trabajadores inmigrantes procedentes de países de **renta** baja y media baja ocupan los puestos de trabajo más precarios e inestables y con peores condiciones laborales e ingresos. (47). La distribución por sectores, sigue teniendo una presencia mayor de hombres extranjeros en la construcción y de mujeres en el sector servicios. Pero en cuanto a la categoría profesional, la presencia de extranjeros, hombres y mujeres, sigue siendo mayor en las de inferior cualificación y consideración: peones, trabajos no cualificados, dependientas, empleadas domésticas.

3.2.1.3. El género, la etnia y el lugar de procedencia.

El género, la etnia y el lugar de procedencia son otros elementos que podemos clasificar como ejes de desigualdad ya que pueden determinar la existencia de desigualdades en salud.

Entre hombres y mujeres no solo existen diferencias biológicas, sino también desigualdades de género debidas a diferencias sociales que se dan entre ambos sexos. Estas desigualdades que aún persisten hoy en día en los diferentes ámbitos de la sociedad, revelan una mayor vulnerabilidad de las mujeres a situaciones de pobreza y de exclusión social, así como de menor participación en los espacios de poder y toma de decisión. Sin embargo también existen desigualdades en salud asociadas a comportamientos de riesgo más frecuentes en los hombres, por ejemplo, que repercuten negativamente en el sexo masculino, como la conducción de riesgo o el consumo de sustancias adictivas, y que contribuyen a la menor esperanza de vida de los hombres. (12)

En los movimientos migratorios siempre han estado presentes las mujeres, sin embargo, en los últimos años, estos procesos migratorios se han caracterizado por su feminización. Además de incrementar el número de mujeres que llegan a España, han pasado de formar parte de un proyecto migratorio familiar, generalmente iniciado por un varón, a ser ellas las que toman la iniciativa de la migración, desempeñando un rol más independiente y autónomo. (3)

Según datos del Observatorio Permanente de la Inmigración(9), a fecha de 31 de diciembre de 2011, el 47,38% de las personas con autorización de residencia en España eran mujeres, suponiendo casi un 18% más que quince años atrás.

En Cantabria, los varones con nacionalidad extranjera representan un 50,29% frente al 49,71% de las féminas; situación opuesta a la de los ciudadanos cántabros nacidos en España, donde las mujeres son mayoría, aunque con escasa diferencia, un 51,24%, frente al 48,76% de los hombres. (10)

Las mujeres de origen extranjero, al igual que las de origen español, sufren desigualdades sociales como discriminación salarial, falta de valoración de su capacidad para la participación en la toma de decisiones, segmentación horizontal y vertical del mercado laboral, menor acceso a los recursos sociales, la falta de corresponsabilidad de la vida laboral y personal o la violencia de género.(3)

El lugar de procedencia también afecta en la salud, pues muchos de los problemas que afectan a determinados grupos de inmigrantes no son los mismos que padece la población autóctona, y aunque las enfermedades de las familias inmigrantes sean casi siempre superponibles a las nuestras, existe un 10% de patologías que tienen mayor prevalencia en su país de procedencia(48)(49), como la TBC(50)(51), el SIDA o las hepatitis(52).

3.2.1.4. Valores sociales y culturales

Teniendo en cuenta la heterogeneidad de nacionalidades que residen en el país, es lógico pensar que coexiste una diversidad cultural digna de estudiar a la hora de analizar las particularidades de la zona de la zona de origen. Existen diferentes concepciones de salud, así como determinadas costumbres y valores que son propias de algunas **culturas, etnias, religiones...** y que son totalmente diferentes a las autóctonas. El valor atribuido al cuidado de la salud también cambia en función de las circunstancias socioeconómicas y culturales. La mayoría de los inmigrantes asocia salud a tener trabajo. Algunos comportamientos, como los hábitos dietéticos o las tradiciones en salud materno infantil pueden generar discriminación(53) e incidir en la salud.

Algunos ejemplos habituales son la consanguinidad o la endogamia entre primos, por ejemplo, que es frecuente entre grupos musulmanes procedentes de la India y Pakistán, lo cual aumenta la incidencia de enfermedades genéticas, la prolongación de la lactancia materna más de 6 meses también frecuente entre la población del África subsahariana, o la introducción de la alimentación complementaria demasiado pronto en otras zonas... (17)

3.2.2. Determinantes intermedios.

Una vez analizados los determinantes estructurales, nos centremos en los principales determinantes intermedios que afectan a la población inmigrante. Por un lado analizaremos los recursos materiales, y por otro compararemos el acceso y utilización de los servicios sanitarios por parte del colectivo inmigrante y de la población autóctona.

La salud también está condicionada, al igual que por la estructura de la sociedad y su contexto socioeconómico y político, por elementos relacionados con los recursos materiales de los que dispone la persona. La vivienda, y las condiciones de trabajo (horarios, situación laboral, siniestralidad, estabilidad de contratos, etc.) pueden ser motivo de una menor utilización de los servicios, y por lo tanto, todos estos factores también determinan su salud.(3)

3.2.2.1. Vivienda

Tener una vivienda donde residir supone una necesidad para toda la población, ya que tener un alojamiento digno es un bien imprescindible para satisfacer las necesidades básicas de la vida. Por tanto, adquiere una importancia aún mayor en el caso de los inmigrantes en el proceso de integración en la sociedad ya que el lugar de residencia es uno de los requisitos principales

para tramitar la regularización en España y el empadronamiento, a través del cual se puede obtener la Tarjeta Sanitaria Individual (TSI), así como acceder a la escolarización y otros recursos sociales. La dificultad en la obtención y mantenimiento de la vivienda es uno de los temas de preocupación prioritarios para la población inmigrante.(5)

Tanto para la población española como para las personas inmigrantes, los obstáculos a la hora de adquirir una vivienda suelen ser los altos precios de alquiler y de venta, y aunque actualmente, debido a la crisis, están bajando mucho, también comienzan a escasear las ayudas. Hemos de tener en cuenta también que la población inmigrante se enfrenta a barreras y dificultades adicionales debido al simple hecho de ser personas extranjeras, ya que muchas veces se desconoce el proceso de búsqueda, las condiciones y tipos de contrato, la existencia de recursos y ayudas públicas, así como la forma de conseguir el dinero necesario para los meses de fianza y los avales bancarios exigidos(3).

Además, hay algunos propietarios que a la hora de alquilar sus viviendas exigen mayores condiciones a sus inquilinos si estos son extranjeros, como precio más alto de alquiler o más meses de fianza, a cambio de ampliar la limitación de personas que habiten en su inmueble(5).

En un estudio de 2004 sobre los determinantes socioeconómicos en un colectivo de familias inmigrantes pone de manifiesto que el 88% de las familias compartía casa con otras personas y que hasta 20 personas vivían en la misma casa.(54)

La situación actual no es tan desoladora, pero siguen existiendo importantes diferencias entre la situación de vivienda de la población inmigrante y de la población general.(25)(55). En 45,7% de las viviendas ocupadas por población inmigrante están ocupadas por 4 o más personas, frente al 31,7% de las ocupadas por población general. En cambio, en el caso de las viviendas ocupadas por una sola persona el porcentaje es mayor en el caso de las ocupadas por población general (16,7%, frente al 6,2% de las de los inmigrantes). El número medio de personas por vivienda en población inmigrante es de 3,5 mientras que el de población general es de 2,7. Otra diferencia notable es la posesión de viviendas en propiedad, en la que la población general dobla a la inmigrante (87,8% frente a 43,2%), y en el régimen del alquiler, en el que sucede lo contrario, y es un 32,1% de los inmigrantes los que viven de alquiler frente a un pequeño porcentaje de población general (7,2%).

3.2.2.2. Situación Laboral

Las condiciones laborales junto con la posición social son los factores que más influyen en la salud y en las desigualdades de salud. Por tanto, estudiar la situación en el ámbito del trabajo del colectivo inmigrante(56)(25)(5)(47) nos resulta imprescindible para conocer su representación en la población activa e inactiva, así como en los sectores de empleo y sus correspondientes cotizaciones.

Al comenzar la crisis, el desempleo afectó sobre todo a los inmigrantes, debido en parte a que estaban muy concentrados en el sector de la construcción, y en parte al incremento de nuevos activos en busca de empleo(47).

La crisis económica ha provocado la pérdida de un millón y medio de altas en la Seguridad Social. En 2008 se produjo un descenso de 620.100 ocupados en España, de los cuales 500 eran

extranjeros. En el segundo año de la crisis el descenso fue muy superior (el doble), produciendo un descenso de 1.210.900 ocupados, y afectando más que el año anterior a los extranjeros (339.300).(47)

El primer año de crisis, 2008, término con 3.207.900 parados, de los que 779.400 eran trabajadores extranjeros, lo que equivale a un 24,3% de los desempleados. Efectivamente, del incremento total de parados que hubo en 2008 (1.280.300), el 29% fue aportado por inmigrantes (371.700), cuando estos solo eran el 15,6% de la población activa (un porcentaje bastante menor). En el caso de los españoles, no todos los nuevos desempleados eran personas que habían perdido su trabajo, ya que los que realmente lo perdieron fueron 619.600, sino que hubo otras 219.000 personas que aparecieron en las estadísticas de desempleo procedentes de la población inactiva. Este hecho, fue todavía más desproporcionado en el caso de los inmigrantes, ya que casi la totalidad de su incremento de desempleados se debió a un fuerte crecimiento de su población activa. De los 371.700 nuevos parados extranjeros que hubo en 2008, 371.200 procedían de población inactiva (o eran nuevos inmigrantes).(47)

A finales de 2008 la población de inmigrantes en Cantabria representaba un 6.5% de toda la población de la comunidad, y un 87,69% de ellos estaban afiliados a la Seguridad Social.(5)

En 2009 ocurrió parecido, pero los extranjeros no se vieron afectados de manera tan significativa, y aunque representaban un 24,9% de los desempleados (porcentaje similar al año anterior), la aportación por su parte fue algo menor. El incremento total de parados en 2009 fue de 1.118.700, llegando a una tasa de desempleo del 18,8% para el conjunto de la población, un 16,8% para los españoles y un 29,7% para los extranjeros. De este incremento de desempleo producido en 2009, el 26,5% lo aportó el colectivo inmigrante (276.900), cuando a finales de este año representaba el 15,7% de la población activa.(47)(47)

En cuanto a la distribución por sexo, los hombres se han visto más afectados que las mujeres, hecho que se relaciona con el peso del sector de la construcción (en que abunda el sexo masculino) en la generación de desempleo. En 2008, en torno al 35% de los desempleados fueron mujeres, tanto en el caso de los españoles como en el de los inmigrantes. En cambio, en 2009 hubo una gran diferencia, ya que las mujeres fueron el 40% de los nuevos desempleados españoles, pero solo el 27% de los nuevos desempleados extranjeros.(47)

Referente a la nacionalidad, los colectivos que tuvieron mayor incremento de paro en 2008 fueron el rumano, el boliviano y el colombiano. Los colectivos ucraniano, argentino, peruano, dominicano y chino fueron los que tuvieron mayor incremento de paro en 2009. La justificación puede ser que los primeros están más insertados en el sector de la construcción y los segundos en el sector servicios, pero otra razón puede ser la evolución de la población activa en esos colectivos, que incorporan mayor volumen de población en busca de empleo.(47)

También es importante analizar, y más ahora con el estallido de la crisis económica, la temporalidad o estabilidad en los contratos, pues ha tenido una mayor influencia entre los trabajadores extranjeros. Y aunque en 2008 no se constatan diferencias importantes entre la población autóctona y la inmigrante, si que es cierto que con la llegada de la crisis, como ya comentamos en el capítulo anterior, los empleos de los sectores que más mano de obra

demandan, y que son generalmente ocupados por el colectivo inmigrante, son los más afectados, y por tanto los primeros en desaparecer (21).

De los 4.326.600 parados con los que termino el 2009, el mayor número se correspondía a los parados de más de un año que no se atribuyen a ningún sector (1.477.200), pero el 32,7% pertenecían al sector Servicios (1.414.600), seguido muy de lejos por la construcción y la industria, sin dejar de tener en cuenta que el sector Servicios agrupa al 65% de la población activa. Cabe destacar también en relación al desempleo por sectores, que es el de la construcción en el que existen mayores diferencias entre españoles y extranjeros. El porcentaje de parados extranjeros en este sector es muy superior al de los parados españoles, 21,2% frente a 11,9%.(47)

En 2008, (5) la población activa española en Cantabria suponía un 92.1%, frente al 7,9% restante de población activa inmigrante. Los hombres de nacionalidad española representaban más de la mitad de la población activa de Cantabria, pero en el caso de la población activa inmigrante, las mujeres y los hombres constituyen porcentajes similares (un 4 % y un 3,9% respectivamente). Sin embargo en el caso de población inactiva, es más alto el porcentaje de mujeres inmigrantes y de hombres españoles. En cuanto a población ocupada, las mujeres españolas representan un valor significativamente menor que el de los hombres (38,4% frente a 54,2%), hecho que no ocurre en la población inmigrante, ya que los porcentajes de hombres y mujeres ocupados son muy similares.

Los datos de las personas paradas españolas en Cantabria en 2008 son inversamente proporcionales, representando esta vez un mayor porcentaje las mujeres. En el caso de los inmigrantes parados no hay tampoco diferencias entre ambos sexos.(5)

En cuanto a la siniestrabilidad laboral, tanto en la población española como inmigrante, sufren más accidentes los hombres. Durante los últimos años, han ido disminuyendo los accidentes laborales con baja entre la población trabajadora española, y se ha dado una tendencia creciente en el caso de los accidentes entre población extranjera, en cualquiera de los sectores.(57)

3.2.2.3. Sistema de Salud.

La Comisión de los DSDS incorpora al modelo el sistema sanitario como un determinante social más de la salud. La capacidad del sector sanitario para producir salud se manifiesta a través de las diferencias en la vulnerabilidad, en la exposición y en las consecuencias sociales de la enfermedad (OMS 2007).

Atendiendo a la esfera de la organización de los Servicios de Salud, es importante explorar primero la cobertura de las necesidades de salud y el principio de universalidad, ya examinadas anteriormente cuando analizábamos las políticas sanitarias ; pero también la utilización y accesibilidad a los servicios.

La intensidad del flujo migratorio, y la concentración geográfica de la población, han dado lugar, al menos a corto plazo, a la congestión de algunos servicios, hecho que se puede cuantificar mediante la saturación de consultas de Atención Primaria(58).

Además hay que señalar otros muchos obstáculos por parte de la población inmigrante a la hora de acceder a la red sanitaria, ya sea porque su situación administrativa les impide tener un acceso normalizado al sistema sanitario; porque desconocen los trámites administrativos necesarios para el acceso; por la falta de documentación de identidad ; porque ignoran que existen algunos servicios sanitarios; porque les faltan los recursos económicos necesarios para acceder a otros; por incompatibilidad horaria con extensas jornadas laborales; o bien porque tienen dificultades de comunicación con el personal del sistema sanitario, bien por problemas de idioma o por cuestiones culturales (3).

Esto explica el temor de muchos de los inmigrantes, sobre todo de los no regularizados, a utilizar los servicios públicos, incluyendo los sanitarios, y la preferencia por aquellos ya conocidos en los que pueden confiar, entre otras razones porque en estos no se les piden papeles. Por eso en buena medida se producen concentraciones en determinados servicios asistenciales.

En cuanto a los aspectos diferenciales en la utilización de los servicios sanitarios entre la población inmigrante y los residentes nacionales, existen muchos estudios que se centran en cuantificar las consultas por parte de ambos. Y mientras en unos se pone de manifiesto que los primeros hacen un mayor uso que los segundos, en otros muchos análisis científicos ocurren lo contrario. (59) Muchas veces esto depende de la zona geográfica de la región a estudiar, pero lo cierto es que la frecuentación de los servicios sanitarios de Urgencias y Hospitalización es similar a la de la población autóctona(60) (excepto en el caso de los ingresos por motivos obstétricos(5), en el que los inmigrantes presentan un diferencial positivo) y no existen evidencias de que los inmigrantes utilicen más los servicios sanitarios que los españoles ni que el coste que supone sea más elevado (59).

Si nos centramos en la población residente en Cantabria, observamos que hacen un uso del Servicio de Urgencias ligeramente más elevado, de forma proporcional, los inmigrantes que los nacionales. Pero si diferenciamos por sexo, hay una mayor frecuentación por parte de los hombres españoles y de las mujeres inmigrantes(5), probablemente debido a un mayor índice de urgencias obstétricas de las mujeres inmigrantes(61).

3.2.2.4. Factores Psicosociales, conductuales y biológicos.

Además de los condicionantes sociales comúnmente estudiados que tienen un impacto sobre la salud, como son el género, edad, clase social, nivel educativo y ocupación, etnia, cultura, origen y lugar de residencia, en el caso de las migraciones existe otro conjunto de factores añadidos relativos a la experiencia de emprender un proceso migratorio que impactan no solo en el proceso de integración, sino también en la salud.

Los recursos materiales, como el lugar de residencia y la situación laboral, que acabamos de analizar, influyen en los procesos psicosociales como la falta de control, de apoyo social, y las situaciones de estrés; por eso no es de extrañar que la salud mental en la población inmigrante

sea uno de los elementos más estudiados. Los procesos generados por las condiciones de la vivienda y del trabajo, sumados a los trastornos vinculados con el proceso migratorio (agotamiento físico y emocional, estrés, depresiones...), hacen que la salud mental sea uno de los motivos más frecuentes de consulta del colectivo inmigrante.(62)

Cuando el motivo migratorio ha sido la guerra o la persecución política o étnica el trauma psíquico viaja con la personas. En otros, el mismo fenómeno migratorio supone una ruptura del núcleo familiar, con las consecuencias que esto conlleva para muchas personas. La sensación de soledad, las diferencias sociales, las precarias condiciones en las que se encuentran y la desilusión ante falsas expectativas de bienestar terminan por desarrollar enfermedades psicosomáticas, con predominio de la ansiedad y la depresión(63). Es obvio el proceso de estrés al que se ve sometido la población que tiene que migrar; esto supone cambios sustanciales en el estilo y modo de vida, así como la necesidad de aprender a enfrentarse a situaciones adversas más hostiles que en el país de origen. Estas condiciones favorecen la aparición de tantos problemas de salud mental, que algunos ya han sido catalogados, como el síndrome del inmigrante con estrés crónico y múltiple, o también conocido como el "Síndrome de Ulises".(64). La persona que lo padece sufre, por un lado, estrés o duelo, provocado por factores estresores como la soledad, el miedo, el duelo por el fracaso del proyecto migratorio y la lucha por la supervivencia. Y por otro, una serie de síntomas psiquiátricos como depresión o ansiedad, que se acompañan de multitud de sentimientos asociados a esta sintomatología (culpa, tristeza, cefaleas, insomnio, irritabilidad, llanto, fatiga...).

4. Estrategias para reducir las desigualdades en Salud.

El Foro para la Integración Social de los Inmigrantes señala que "persiste una importante falta de adecuación de los protocolos de funcionamiento respecto a las modificaciones en los perfiles sociales, demográficos y culturales de las poblaciones a las que han de atender. Esta falta de adecuación puede traducirse en una atención insuficiente a las necesidades sanitarias de los colectivos inmigrantes, en un seguimiento ineficaz de los tratamientos proporcionados y por lo tanto en desigualdades en salud". Por esta razón se creó el primer Plan Estratégico de Ciudadanía e Integración (2007-2010) y posteriormente le sucedió el segundo plan (2011-2014), en el cual el centro de atención no estaba ya tanto en la acogida sino en fortalecer la cohesión social.

El Plan Estratégico de Ciudadanía e Integración 2011-2014 (3), de la Secretaria de Estado de Emigración e Inmigración, está dirigido a la adaptación mutua de las personas inmigrantes y autóctonas, con el fin de contribuir a ese proceso bidireccional fomentando un desarrollo económico, social, cultural e institucional sostenido para el conjunto de los residentes en España, a través de intervenciones equilibradas de los poderes públicos y de la sociedad civil.

Esta tarea se registra en el artículo 9.2 de la Constitución Española, cuando señala que "corresponde a los poderes públicos promover las condiciones para que la libertad y la igualdad del individuo y de los grupos en que se integra sean reales y efectivas; remover los obstáculos que impidan o dificulten su plenitud y facilitar la participación de todos los ciudadanos en la vida política, económica, cultural y social". Esto implica tanto disponer de líneas de actuación e intervención, como de medidas de educación cívica y sensibilización que faciliten y promuevan la comprensión y el respeto mutuo.

El PECEI lanza una serie de premisas, principios y objetivos dirigidas a distintas áreas, en las cuales se detecta mayor necesidad de actuación, como la vivienda, la educación y la salud entre otras.

Dentro de la esfera de la salud, El Plan Estratégico 2011-2014 fomenta la promoción de la salud, la salud comunitaria y de la prevención de las enfermedades, incorporando nuevas herramientas e instrumentos de intervención social que se centren en necesidades y problemas propios de las personas de la comunidad. Algunos ejemplos son los programas de mediación sanitaria, la identificación de actores en los programas de salud comunitaria, la gestión de la diversidad en el ámbito sanitario, o la formación en competencias interculturales de los profesionales sanitarios. Los objetivos en materia de salud que propone son los siguientes:

Objetivo 1. Garantizar el derecho a la protección de la salud a las personas inmigrantes.

- 1.1. Eliminación de barreras para el acceso al sistema.*
- 1.2. Promoción de la salud pública en contextos de diversidad.*

Objetivo 2. Mejorar la capacidad de gestión y actuación de los centros sanitarios en contextos de diversidad

- 2.1 Capacitación de profesionales sanitarios en la atención a población de origen extranjero.*
- 2.2 Desarrollo de la Gestión de la diversidad en el sistema sanitario.*
- 2.3 Mejora de los sistemas de gestión, conocimiento e información.*

El primer objetivo pretende fomentar actuaciones dirigidas a evitar la desigualdad en el acceso al Sistema Público de Salud, sobre todo en población inmigrante, y a mejorar la forma de afrontar la diversidad cultural en el ámbito de la gestión sanitaria. Se intenta que los determinantes de la salud determinen, valga la redundancia, lo mínimo posible la salud de las personas, facilitando la equidad en el acceso a los servicios de salud y evitando la discriminación y el racismo en la práctica profesional.

Con el segundo objetivo, el PECEI intenta promover la investigación del perfil sanitario actual respecto a la heterogeneidad de la población, para la creación de protocolos y de programas que contemplen la diversidad cultural y se centren en la formación de los profesionales sanitarios, desarrollando formas de trabajar que se adapten a todas las culturas, para una adecuada atención y detección de los determinantes de salud de la población inmigrante.

Propuestas de mejora.

La diversidad cultural, así como las dificultades inherentes a factores idiomáticos, culturales, religiosos y sociales de algunos de estos ciudadanos conlleva dificultades para la planificación de servicios de salud y para la puesta en marcha de programas y estrategias en el ámbito de la salud pública. Con la recopilación de estas acciones propuestas en diferentes estudios, se intenta proporcionar un apoyo a los diferentes profesionales y servicios de atención sanitaria. La mayoría de los artículos revisados(7)(65)(12)(40) proponen multitud de acciones para evitar desigualdades pero todos insisten en:

1. La integración de la atención sanitaria al inmigrante en el SNS.

La inclusión como principio supone tomar conciencia acerca de las posibilidades reales de que diversos sectores de la población accedan o no a los bienes sociales, culturales y económicos.(3) Una atención sanitaria normalizada exige una total integración de los inmigrantes en el sistema sanitario con los mismos derechos y obligaciones que la población autóctona. Para ello se deben flexibilizar los requisitos de acceso, ya que en la actualidad solo pueden acceder al Sistema Nacional de Salud en igualdad de condiciones que los españoles los inmigrantes residentes en España(23). El resto de inmigrantes, los cuáles no están regularizados como residentes, solo tienen acceso en determinados casos (ya explicados con anterioridad) pero no pueden disponer de atención sanitaria para satisfacer sus necesidades de salud con las mismas facilidades que el resto de la población.

2. El aporte de los recursos necesarios a la atención primaria.

Las situaciones de desventaja, segregación, marginación o riesgo de exclusión social dificultan que se acceda a los derechos, recursos, servicios y oportunidades en las mismas condiciones. Hemos de seguir esforzándonos en superar las barreras discriminatorias que permiten a unas personas y no a otras acceder a una serie de oportunidades.(3) Por lo tanto, para garantizar la equidad y universalidad que persigue nuestro sistema sanitario es necesario que las poblaciones más vulnerables como es el colectivo inmigrante dispongan de más recursos sanitarios, sobre todo en Atención Primaria, por tener esta mayor grado de eficiencia. También hay que tener en que la actual situación de crisis económica del país puede ralentizar esta adaptación.

3. La elaboración de protocolos, guías de actuación y desarrollo de estudios.

La elaboración de protocolos facilita el trabajo de los profesionales, evita la variabilidad asistencial, disminuye la incertidumbre en el personal y mejora la calidad asistencial. Sin embargo, es necesario seguir investigando para crear guías de actuación con suficiente evidencia científica.(3) También ha de potenciarse el desarrollo de guías informativas en cada una de las lenguas de los grupos existentes en el área, en este caso dirigidas a los usuarios, para facilitar el acceso y utilización de los recursos de nuestro sistema sanitario. Por otra parte, es necesario innovar los programas informáticos, para incluir todas las variables posibles en los datos de filiación del individuo, tales como el país de origen y la nacionalidad. La historia clínica portátil debe de ser una garantía de la continuidad de los servicios prestados, por lo que no debemos excluir información referente a la persona.(7)

4. La utilización de intérpretes y de un mediador intercultural.

Los mayores problemas en la relación médico-paciente inmigrante se dan en el ámbito de la comunicación verbal y comprensión cultural. Las prácticas sociosanitarias relacionadas con las diferencias culturales es otro de los elementos importantes que hay que tener en cuenta. La relación que se establece con el sistema sanitario está influida por los distintos conceptos de salud y de enfermedad y las prácticas preventivas y curativas usadas con anterioridad, a lo que hay que añadir las diferencias en el funcionamiento del sistema sanitario del territorio de

origen. La diversidad lingüística y cultural afecta a la comunicación. Incluso hablando el mismo idioma, las expresiones coloquiales, el tono de voz o el comportamiento no verbal pueden suscitar distorsiones en la comunicación.(3)

El poder disponer de una figura (traductora o intérprete) que “ayude” tanto a las personas inmigrantes a hacer un uso adecuado del sistema, como a los distintos niveles profesionales a cubrir las necesidades de atención, mejoraría sin duda la calidad de la asistencia prestada (5).

5. La formación continuada al personal sanitario en salud intercultural.

Los profesionales sanitarios y la presión asistencial son algunos de los factores que determinan la atención prestada. Los profesionales de la salud han realizado un esfuerzo considerable para la adaptación a una nueva realidad derivada de los flujos migratorios. Entre otras cuestiones, se ha impulsado la formación y capacitación en competencias interculturales (particularidades lingüísticas, étnicas y culturales de la diversidad de colectivos de inmigrantes que acuden al sistema de salud) y el cambio de actitudes ante el fenómeno de la inmigración. Estos esfuerzos han mejorado la atención sanitaria prestada, aunque es preciso continuar trabajando para la prevención de la aparición de actitudes paternalistas y para conseguir que la salud se entienda como un derecho. (3)

La atención al inmigrante debe realizarse bajo las directrices de la salud internacional. Son personas de procedencias geográficas variadas, etnias diferentes, lenguas y culturas distintas y con un patrón de salud-enfermedad que no coincide con el modelo al que estamos acostumbrados a tratar, por lo que su atención supone un reto para los profesionales sanitarios a la vez que un estímulo y un enriquecimiento profesional y humano. Los profesionales de la salud debemos ser, al igual que para el resto de población, la puerta de entrada al sistema sanitario. Esto favorecerá la integración del colectivo inmigrante en la sociedad y les creará un sentimiento y una percepción de igualdad de trato.

Debemos tener bien presente que el inmigrante antes de adquirir esta condición tuvo un país propio, siendo por tanto una persona que presenta características propias de ambos entornos, junto a los específicos del viaje migratorio.

Como profesionales sanitarios, hemos de garantizar que las prácticas culturales y religiosas no impidan a las personas inmigrantes acceder a los servicios que ofrece la sociedad de la misma forma que los autóctonos. Los mejores medios para abordar las cuestiones o conflictos de comunicación ligados a diferentes prácticas culturales o religiosas son el diálogo constructivo y la educación así como un discurso basado en la reflexión y el apoyo que respete los valores.

La religión tendría que estar registrada en todos los casos, para respetar, hasta donde nos permita nuestra práctica profesional, las restricciones dietéticas u otras normas relacionadas con la religión. De la misma forma de deberían adaptar las horas de la visita médica según los hábitos y necesidades de cada grupo, como el horario de trabajo o época de Ramadán.

Es importante referirse con el nombre propio hacia los pacientes pues lo contrario podría suponer perder parte de la identidad, así que conviene aprender a pronunciar los nombres más comunes en los grupos étnicos del área.

Es frecuente la comprensión errónea de las explicaciones sobre determinados problemas o instrucciones acerca de cómo utilizar algunos medicamentos, por lo que sería útil desarrollar folletos acerca de los problemas más frecuentes como la enuresis, los inhaladores, las vacunas... en diferentes lenguas según los grupos existentes en el área.

Tanto en atención primaria como en el hospital, es esencial ganarse la confianza de los pacientes o usuarios del centro. Para ello es importante una comunicación adecuada a la hora de realizar la historia clínica. Hay que hablar sin prisa, con tranquilidad y con mucho tacto, sobre todo cuando hay dificultades para la comprensión del idioma, pues esto evitará el aumento de la ansiedad, que ya de por sí provoca en mucha gente la entrevista con un profesional sanitario. Por lo que a veces, si la situación lo requiere, sería de gran utilidad disponer de un intérprete que actúe de intermediario, para recoger adecuadamente todos los datos necesarios relacionados con la diversidad cultural. Algunos indispensables son:

- a) País de origen y tiempo de estancia en el país de acogida.
- b) Lengua materna e idiomas hablados.
- d) Última vez que ha estado en el país de origen y enfermedades durante o tras la visita, así como el tratamiento administrado.
- e) Posible consanguinidad de los progenitores.
- f) Características de las personas que conviven en el mismo hogar.
- g) Vacunas administradas.
- h) Enfermedades importadas (aquellas enfermedades infecciosas adquiridas en un país donde es frecuente, y diagnosticadas en otro país donde es muy rara).

Durante la exploración hay que tener mucha delicadeza, pues son frecuentes sensaciones de inseguridad, ansiedad o vergüenza cuando tienen que desnudarse o mostrar zonas del cuerpo. Las mujeres hindúes y árabes, por ejemplo, pueden poner trabas si se tienen que desvestir o ser exploradas por un hombre. Así que para no incomodar a la persona, ni forzar una incómoda situación, es preferible que la exploración sea realizada si es posible, por una mujer o pedir ayuda a su acompañante. Otro ejemplo es la exploración o administración de medicamentos por vía rectal en el caso de los hindúes, pues lo consideran vejatorio, por lo que es preciso una explicación exhaustiva y sosegada previamente, para evitar malentendidos.(17)

Conclusión

La inmigración es el fenómeno social y demográfico que ha transformado la sociedad española de forma más significativa. Actualmente, la población inmigrante en España supera el 11% de la población total, y aunque suelen concentrarse en las grandes ciudades y en las islas, Cantabria acoge a más de 39.214 inmigrantes en su región, lo que supone un 8,76% de la población.

Nuestra sociedad tiene uno de los envejecimientos demográficos más notables de Europa, pero la incorporación de estas personas, mayoritariamente jóvenes, está compensando este desequilibrio. Igualmente, a lo largo de estos años, los inmigrantes han hecho aportaciones muy importantes a la sociedad española, como son; su contribución al crecimiento económico y sus aportaciones a las arcas de la seguridad social. También han facilitado la incorporación de las mujeres al ámbito laboral, llevando a cabo, principalmente, los trabajos relacionados con el servicio doméstico y de cuidados, tradicionalmente asignado a las mujeres. Finalmente, han favorecido la diversidad cultural en la Comunidad de Cantabria

Sin embargo, la situación está cambiando y con la llegada de la crisis se ha acrecentado la vulnerabilidad de estos grupos como consecuencia del aumento del nivel de desempleo, los ajustes presupuestarios, los recortes de las prestaciones sociales y con la aprobación de la nueva Reforma Sanitaria.

La diversidad cultural de esta nueva sociedad es tan extensa, que es necesario conocer los determinantes sociales de la salud, así como, los procesos por los cuales estos determinantes originan las desigualdades en salud, para tomar medidas políticas y adaptar los servicios de salud con el fin de conseguir equidad en salud y justicia social.

A pesar de que la cuestión migratoria es una de las que mayor interés ha despertado en la sociedad y se han elaborado numerosos estudios en los últimos años, sigue siendo una materia pendiente en la que hay que seguir investigando para desarrollar estrategias que garanticen la equidad en salud para toda la población.

Bibliografía

- (1) Capel H. Los inmigrantes en la ciudad. Crecimiento económico, innovación y conflicto social. Scripta Nova. Revista Electrónica de Geografía y Ciencias Sociales 2007;1(1-13).
- (2) Moreno Fuentes FJ, Bruquetas Callejo M. Inmigración y Estado de bienestar en España. Colección de Estudios Sociales. Núm.31. Obra Social la Caixa. Barcelona, 2011.
- (3) Ministerio de Trabajo e Inmigración. Plan Estratégico de Ciudadanía e Integración (2011-2014). Madrid: Gobierno de España, 2011.
- (4) González CI, Conde-Ruiz JI, Boldrin M. Efectos de la inmigración sobre el sistema español de pensiones. Efectos económicos de la inmigración en España. Madrid, Fundación de Estudios de Economía Aplicada (FEDEA) and Marcial Pons. 2009:267-306.
- (5) Observatorio de Salud Pública de Cantabria. Estudio sobre determinantes de la salud y acceso a servicios sanitarios de la población inmigrante en Cantabria. Consejería de Sanidad: Gobierno de Cantabria , 2010.
- (6) Rodríguez JS. Las emigraciones interiores en España durante los siglos XIX y XX: una revisión bibliográfica. Ager.Revista de Estudios sobre despoblación y desarrollo rural 2002(002):227-248.
- (7) Jansà JM, García de Olalla P. Salud e inmigración: nuevas realidades y nuevos retos. Gaceta sanitaria 2004; 18:207-213.
- (8) Trabajo e Inmigración M. Informe sobre la situación de la integración social de los inmigrantes y refugiados en 2010. Madrid: Gobierno de España, 2011.
- (9) Permanente de la Inmigración, Observatorio. Extranjeros Residentes en España a 31 de Diciembre de 2011. Principales Resultados. 2012, Madrid: Gobierno de España, 2012.
- (10) Instituto Cántabro de Estadística. Avance del Padrón Municipal a 1 de enero de 2012. Datos Provisionales. Nota de prensa, 19/04/2012; Cantabria, 2012.
- (11) Observatorio Permanente de la Inmigración. Extranjeros Residentes en España a 31 de Diciembre de 2011. Anexos de tablas. Madrid: Gobierno de España, 2012.
- (12) Comisión para reducir las desigualdades sociales en salud en España. Avanzando hacia la equidad. Propuestas de políticas e intervenciones para reducir las desigualdades sociales en salud en España. Madrid: Gobierno de España, 2010.
- (13) Malmusi D, Pérez G. Aborto legal en mujeres inmigrantes en un entorno urbano. Gaceta Sanitaria 2009;23:64-66.
- (14) Luque Fernández MÁ, Bueno-Cavanillas A. La fecundidad en España, 1996–2006: mujeres de nacionalidad extranjera frente a españolas. Gaceta Sanitaria 2009;23:67-71.

- (15) Zurriaga O, Martínez-Beneito MA, Galmes Truyols A, Torne MM, Bosch S, Bosser R, et al. Recourse to induced abortion in Spain: profiling of users and the influence of migrant populations. *Gac Sanit* 2009 Dec;23 Suppl 1:57-63.
- (16) Márquez-Calderón S, Rodríguez Rodríguez M. Influencia de la población inmigrante en la variabilidad de la tasa de abortos entre comunidades autónomas. *Gaceta Sanitaria* 2009;23:72-73.
- (17) Combelles OV, Pérez JG, Puig C, García O. La inmigración y su repercusión sanitaria. Aspectos culturales y nuevas patologías emergentes. *Pediatr Integral* 2001;6:42-50.
- (18) European Commission. Directorate-General for Economic and Financial Affairs, Economic Policy Committee of the European Communities. Ageing Working Group. The 2009 Ageing report: economic and budgetary projections for the EU-27 Member States (2008-2060). : Office for Official Publications of the European Communities; 2009.
- (19) M. S. Feldstein. The effects of the ageing european population on economic growth and budgets: implications for immigration and other policies. *Nber Working Paper Series: National Bureau Economic Research, Cambridge*; 2006.
- (20) Instituto Nacional de Estadística. Encuesta de Población Activa (EPA). Principales resultados: Primer Trimestre de 2012. Nota de prensa 27 de Abril, 2012.
- (21) De la Rica S. Los Inmigrantes y la Economía Española antes y después de la crisis. Fedea 2010. Disponible en: <http://www.fedeablogs.net/economia/?p=7659>
- (22) D'Ancona MÁC, Martínez MSV. Evolución del racismo y la xenofobia en España. Informe 2009. Observatorio Español del Racismo y la Xenofobia. Madrid: Ministerio de Trabajo de Inmigración. Andalucía, 2009.
- (23) 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. *Boletín Oficial de Estado*, nº98, Sec. I. Pág. 31278 (24-04-2012).
- (24) Rivera B. Inmigración y salud: nuevas demandas de atención sanitaria. *Economía y Salud*. 2007(58):1-2.
- (25) Instituto Nacional de Estadística. Informe Encuesta Nacional de Inmigrantes 2007. 2008, Madrid: Gobierno de España.
- (26) McDonald JT, Kennedy S. Insights into the 'healthy immigrant effect': health status and health service use of immigrants to Canada. *Soc Sci Med* 2004 Oct;59(8):1613-1627.
- (27) Wilkinson RG, Marmot M. Social determinants of health: the solid facts. : World Health Organization; 2003.
- (28) Whitehead M. The concepts and principles of equity and health. *International journal of health services* 1992;22(3):429-445.

- (29) Navarro López V, Benach de Rovira J. Desigualdades sociales de salud en España. Informe de la Comisión Científica de estudios de las desigualdades sociales de Salud en España. Revista Española de Salud Pública 1996;70(5-6):505-636.
- (30) Borrell C, Benach J, Bofill FJ. Les desigualtats en la salut a Catalunya: informe CAPS. Fundació Jaume Bofill. : Editorial Mediterrània; 2003.
- (31) Aerny Perreten N, Ramasco Gutiérrez M, Cruz Maceín JL, Rodríguez Rieiro C, Garabato González S, Rodríguez Laso Á. La salud y sus determinantes en la población inmigrante de la Comunidad de Madrid. Gaceta Sanitaria 2010;24(2):136-144.
- (32) de la Hera AB, Roncero UM. Desigualdades sociales en la salud de la población de la Comunidad Autónoma del País Vasco: la clase social y el género como determinantes de la salud. Ararteko, 2007.
- (33) Escolar Pujolar A. Primer informe sobre desigualdades y salud en Andalucía. Cádiz: Asociación para la Defensa de la Sanidad Pública de Andalucía, 2008.
- (34) A conceptual framework for action on the social determinants of health. Discussion paper for the Commission on Social Determinants of Health; 2007.
- (35) Navarro V, Shi L. The political context of social inequalities and health. Soc Sci Med 2001;52(3):481-491.
- (36) Ley Orgánica 4/2000, de 11 de enero, sobre derechos y libertades de los extranjeros en España y su integración social. Boletín Oficial del Estado, nº 10, (12/01/2000).
- (37) Zapata-Barrero R. Políticas de acomodación de la inmigración y administración local: La gestión de la coexistencia. Immigració y poders locals: Ciutats i persones. Barcelona: Institut de Ciències Polítiques i Socials, 2003.
- (38) Guillén AM, Matsaganis M. Testing the 'social dumping' hypothesis in Southern Europe: welfare policies in Greece and Spain during the last 20 years. Journal of European Social Policy 2000;10(2):120-145.
- (39) Llacer A, del Amo J, Castillo S, Belza M. Health and immigration; talking about AIDS. Gac Sanit 2001 May-Jun;15(3):197-199.
- (40) Médicos Sin Fronteras. Proyecto "Mejora en el acceso a los servicios públicos de los inmigrantes indocumentados en el área sanitaria 11 de la Comunidad de Madrid". Madrid, 2005.
- (41) Diario Oficial de la Unión Europea. Conclusiones del Consejo sobre los valores y principios comunes de los sistemas sanitarios de la Unión Europea. DOUE núm. C 146. DO L 22/6/2006; DOUE núm. C 146.
- (42) Ley 7/2002, de 10 de diciembre, de Ordenación Sanitaria de Cantabria. Boletín Oficial del Estado, nº 6, (7-01-2003).

- (43) Gutiérrez-Fisac JL, Rodríguez C. Diferencias y desigualdades en salud en España. : Ediciones Díaz de Santos; 1994.
- (44) Stronks K, Ravelli AC, Reijneveld SA. Immigrants in the Netherlands: equal access for equal needs? *J Epidemiol Community Health* 2001 Oct;55(10):701-707.
- (45) Regidor E, Sanz B, Pascual C, Lostao L, Sánchez E, Díaz Olalla JM. La utilización de los servicios sanitarios por la población inmigrante en España. *Gaceta Sanitaria* 2009;23:4-11.
- (46) Reijneveld SA. Reported health, lifestyles, and use of health care of first generation immigrants in The Netherlands: do socioeconomic factors explain their adverse position? *J Epidemiol Community Health* 1998 May;52(5):298-304.
- (47) Pajares M, de. Inmigración y mercado de trabajo. Informe 2010. Observatorio Permanente de la Inmigración. Ministerio de Trabajo e Inmigración. Madrid: Gobierno de España, 2010.
- (48) Roca C, Balanzó X. Enfermedades importadas en inmigrantes: mito y realidad. *An Sist Sanit Navar* 2006;29.
- (49) Gascón J. Enfermedades infecciosas e inmigración. *Enferm Infecc Microbiol Clin* 2003;21(10):535-539.
- (50) Sanz-Peláez Ó, Caminero-Luna JA, Pérez-Arellano JL. Tuberculosis e inmigración en España. Evidencias y controversias. *Med Clin* 2006;126(7):259-269.
- (51) Vallès X, Sánchez F, Pañella H, de Olalla PG, Jansà JM, Caylà JA. ORIGINAL BREVE Tuberculosis importada: una enfermedad emergente en países industrializados. *Med Clin* 2002;118(10):376-378.
- (52) López-Vélez R, Turrientes C, Gutierrez C, Mateos M. Prevalence of hepatitis B, C, and D markers in sub-Saharan African immigrants. *J Clin Gastroenterol* 1997;25(4):650.
- (53) Karlsen S, Nazroo JY. Relation between racial discrimination, social class, and health among ethnic minority groups. *Journal Information* 2002;92(4).
- (54) Benítez Robredo T, Llerena Achútegui P, López Giménez R, Bruguera Moreno C, Lasheras Lozano L, del Programa de Atención al Niño en Situación Social de Riesgo, G.T. Determinantes socioeconómicos en un colectivo de familias inmigrantes. *An Pediatr (Barc)* 2004;60(1):9-15.
- (55) Instituto Nacional de Estadística. Encuesta de condiciones de vida 2010. Datos provisionales: 21 de Octubre de 2011.
- (56) Instituto Cántabro de Estadística. Encuesta de Población Activa (EPA). Principales Resultados: Último trimestre de 2008. Cantabria, 2008.
- (57) Instituto Cántabro de Seguridad y Salud en el Trabajo. Accidentes de trabajo y enfermedades profesionales en Cantabria 2010. Memoria Anual 2010. Consejería de Empleo y Bienestar Social ed.; 2011, Gobierno de Cantabria.

- (58) Blanco A, Thuissard I. El sistema sanitario y la inmigración en España. Instituto de Estudios Fiscales. 2008; Madrid: Mimeo.
- (59) Hernando Arizaleta L, Palomar Rodríguez J, Márquez Cid M, Monteagudo Piqueras O. Impacto de la inmigración sobre la asistencia hospitalaria: frecuentación, casuística y repercusión económica. Gaceta Sanitaria 2009;23(3):208-215.
- (60) Jiménez-Martín S, Jorgensen N, Labeaga JM. Inmigración y demanda de servicios sanitarios. en FEDEA, Efectos económicos de la inmigración en España. Marcial Pons 2009.
- (61) de Cantabria OSP, Marques de Valdecilla HU, de Barcelona ASP. ESTUDIO SOBRE DIFERENCIAS EN LA UTILIZACIÓN DE SERVICIOS DE ATENCIÓN HOSPITALARIA ENTRE HOMBRES Y MUJERES EN CANTABRIA (2002-2006). Gobierno de Cantabria, 2007.
- (62) Sanz LJ, Elustondo I, Valverde M, Montilla JF, Miralles M. Salud mental e inmigración: adhesión al tratamiento ambulatorio. Revista de la Asociación Española de Neuropsiquiatría ;27(2):09-19.
- (63) Barro Lugo S, Saus Arús M, Barro Lugo A, Fons Martí M. Depresión y ansiedad en inmigrantes no regularizados. Aten Primaria 2004;34(9):504.
- (64) Achotegui J. Emigrar en situación extrema: el Síndrome del inmigrante con estrés crónico y múltiple (Síndrome de Ulises). Norte de Salud mental 2004;21:39-52.
- (65) Ramos M, García R, Prieto M, March J. Problemas y propuestas de mejora en la atención sanitaria a los inmigrantes económicos. Gac Sanit 2001;15(4):320-326.