



# Salud y acceso a los servicios de salud de la población de origen extranjero en Euskadi: evolución, diferencias por origen y desigualdades sociales

Antía Domínguez-Rodríguez

Yolanda González-Rábago





## Introducción

- **¿Por qué y para qué** es importante conocer la salud y el acceso a la asistencia sanitaria de la población migrante?
- **¿Qué condiciona** la salud de la población migrante? Tres enfoques (Jansà & García de Olalla, 2004):
  1. Características de la sociedad de origen (patrón epidemiológico, factores ambientales, culturales y sociales)
  2. Características del proceso migratorio (riesgos asociados a la movilidad, desplazamiento-tránsito, desarraigo, estrés)
  3. Características de la sociedad de destino y condiciones de vida (condiciones de trabajo, vivienda, situación administrativa, discriminación, apoyo social)



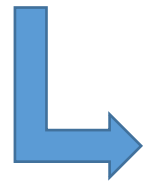
# Introducción

- Modelo de los **Determinantes Sociales de la Salud**

La salud es el resultado de las condiciones de vida y de trabajo, así como de las relaciones que las personas establecen con su entorno, y de las condiciones socioeconómicas, culturales y medioambientales en las que viven (Whitehead & Dahlgren, 2007).

- Desigual distribución de los Determinantes Sociales de la Salud genera **Desigualdades Sociales en Salud**

- **Estatus migratorio** es un eje de desigualdad en salud



Situaciones sociales específicas que interseccionan con otros ejes de desigualdad como el género o la clase social



# Introducción

- **Sistema sanitario** es un determinante de la salud
- Cobertura **universal** (de verdad) garantiza que todas las personas puedan acceder, sin discriminación, a una atención sanitaria **oportuna, efectiva, equitativa y de calidad**
- En sistemas universales y gratuitos hay desigualdades de acceso: **ley de atención inversa** (Hart, 1971)
  - Barreras de entrada, acceso y utilización: falta de información/conocimiento del sistema, idiomáticas, copago farmacéutico, movilidad residencial, temor, percepción sobre los problemas de salud y sobre el sistema sanitario (March et al. 2014)





# Introducción

- ¿Por qué un análisis por **grupos de origen**?
  - Migrante vs. Autóctona
  - Migración económica  $\approx$  países en desarrollo o no occidentales
- Potencialidad de la EPIE para el análisis desagregado: *rara avis* en el análisis de la salud de población migrante
- ¿Por qué un análisis **temporal**? (2014-2018)
  - Expresión de integración (¿Healthy Immigrant Effect?)
  - Desempeño del sistema de salud como universal y equitativo



## Objetivos

1. Analizar la **evolución** entre 2014-2018 por grupos de origen y sexo de:
  - A. Estado de salud
  - B. Acceso a los servicios sanitarios:
    - Necesidades sanitarias no cubiertas y dificultades de acceso
    - Atención sanitaria en tres niveles asistenciales: atención primaria, especializada, urgencias
2. Examinar el estado de las **desigualdades sociales** en 2018 por sexo de:
  - A. Estado de salud
  - B. Atención sanitaria en tres niveles asistenciales: atención primaria, especializada, urgencias



## Metodología: variables de salud y acceso

- Estado de salud:
  - Salud autopercebida: **buena salud** (buena o muy buena) y **mala salud** (regular, mala o muy mala)
  - Limitación de la actividad de la vida diaria por problemas crónicos de salud o de edad
- Necesidades médicas no cubiertas y dificultades de acceso al sistema sanitario
  - Necesidad médicas no cubierta
  - Dificultades de acceso al sistema sanitario
  - Dificultades económicas para la compra de medicamentos
- Acceso a los servicios de salud
  - Atención Primaria
  - Especializada
  - Urgencias



## Metodología: variables clave

- País de origen:
  - 9 grupos: UE Occidental; Rumanía y otros UE Oriental; Magreb; Argentina, Chile, Uruguay y Paraguay; Colombia, Ecuador, Perú y Bolivia; Brasil, Venezuela, R. Dominicana y Resto de América Latina; China; Senegal y Resto de África; Resto del Mundo.
- Ejes de desigualdad:
  - Nivel educativo: **estudios obligatorios o inferiores** (Analfabetos, obligatorios sin terminar y obligatorios terminados); **secundarios** (Secundarios terminados y FPI (Medio) terminado); y **superiores** (FPII (superior) terminado, universitarios medios terminados, universitarios superiores terminados).
  - Dificultades económicas: **Para cubrir necesidades de alimentación, vestido-calzado o vivienda, para hacer frente a gastos imprevistos y sin dificultades.**



# **Evolución del estado de salud: salud autopercebida y limitación de la actividad 2014-2018**



# Salud autopercebida

- Buen estado de salud general
- Diferencias de género
  - Peor estado de salud entre las mujeres
  - Excepciones:
    - Mujeres de origen africano mejor salud que sus homólogos varones en el 2014
    - Mujeres de Europa del Este y China mejor salud que sus homólogos en 2018.
- Evolución 2014-2018:
  - Empeoramiento de la salud
  - Ambos sexos: población de UE Occidental (más de 7 puntos)
  - Hombres de Brasil, Venezuela, República Dominicana y resto de América Latina
  - Mujeres africanas descienden más de 10 puntos.

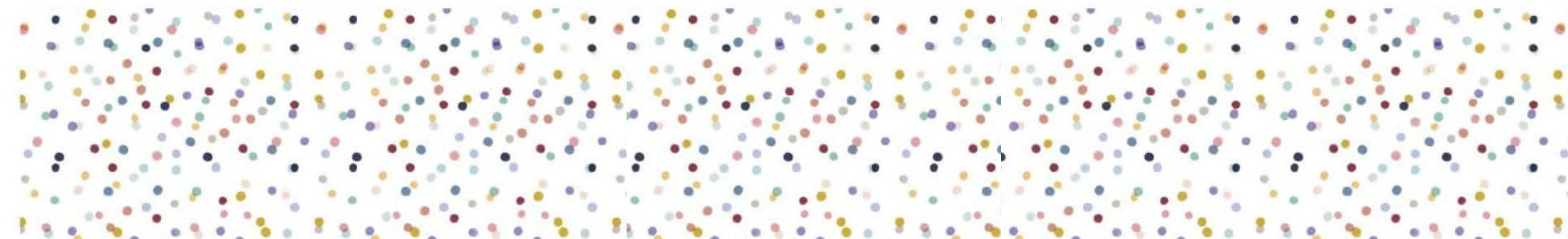
	2014		2018	
	Hombres	Mujeres	Hombres	Mujeres
UE Occidental	94.7	92.1	86.8	84.8
Rumanía y otros UE Oriental	86.3	80.4	80.9	85.7
Magreb	82.6	84.5	83.1	71.5
Argentina, Chile, Uruguay y Paraguay	96.6	91.5	91.4	87.8
Colombia, Ecuador, Perú y Bolivia	85.0	84.5	91.7	86.0
Brasil, Venezuela, R. Dominicana y Resto de América Latina	91.4	84.8	84.5	83.5
China	93.4	90.3	94.8	96.9
Senegal y Resto de África	91.2	92.2	89.0	82.5
Resto del Mundo	90.5	85.4	87.7	88.3

# Limitación de la actividad de la vida diaria por problemas crónicos de salud o de edad

- En general, más del 90% no tienen ninguna limitación
- Diferencias de género:
  - Diferencias en función del origen
    - 2014: mujeres de UE Occidental, Cono sur de AL, países andinos y resto del mundo **mayor** prevalencia de limitaciones que sus homólogos hombres.
    - 2018: Mujeres de UE, Brasil, Venezuela, R. Dominicana y Resto de AL y China **menor** prevalencia de limitaciones que sus homólogos hombres.
- Evolución 2014-2018:
  - Empeoramiento de la salud
  - En general, diferencias menores
    - Hombres: UE Occidental y Oriental y Resto del mundo (descenso de 2,6; 2 y 3 puntos respectivamente).
    - Mujeres: África (tanto Magreb como subsahariana), descenso de más de 7 puntos.

	2014		2018	
	Hombres	Mujeres	Hombres	Mujeres
UE Occidental	99.1	96.2	96.5	97.1
Rumanía y otros UE Oriental	96.8	98.0	94.8	97.3
Magreb	91.4	96.3	93.8	89.1
Argentina, Chile, Uruguay y Paraguay	98.8	97.8	99.0	98.1
Colombia, Ecuador, Perú y Bolivia	95.6	95.3	96.5	95.9
Brasil, Venezuela, R. Dominicana y Resto de América Latina	93.5	94.8	93.9	96.6
China	95.2	98.4	98.6	99.3
Senegal y Resto de África	93.5	96.1	92.5	87.2
Resto del Mundo	98.3	97.8	95.3	94.7

# **Evolución del acceso al sistema sanitario: necesidades no cubiertas, dificultades de acceso y atención sanitaria 2014-2018**





# Necesidades médicas no cubiertas y dificultades de acceso al sistema sanitario

	2014		2018	
	Hombres	Mujeres	Hombres	Mujeres
Necesidad no cubierta	1.1	1.3	0.1	0.0
Barrera de acceso	1.7	2.4	2.4	1.9
Medicamentos	6.6	6.2	1.4	2.4

\* No se realiza desagregación por origen por el bajo número de casos con la necesidad no cubierta

- Situaciones muy excepcionales: % muy bajos
- Evolución 2014-2018:
  - En general, reducción del porcentaje
  - Reducción a prácticamente cero las necesidades médicas no cubiertas.
  - Aumento del % entre los hombres en el acceso al sistema sanitario (de 1,7% a 2,4%).
  - Descenso de en torno a 5 puntos de las dificultades de compra de medicamentos.



## Acceso a los servicios de salud

- Resultados estandarizados por el estado de salud (salud autopercebida).
- En general, mayor acceso entre las mujeres.
- Evolución entre 2014 y 2018:
  - Atención primaria:
    - Hombres: **descenso de 76% a 69,7%**
    - Mujeres: descenso de 88,4% a 84,9%
  - Especializada:
    - Hombres: aumento de 37,7% a 39,1%
    - Mujeres: descenso de 57,1% a 53,9%
  - Urgencias:
    - Hombres: **aumento de 23,7% a 32,0%**
    - Mujeres: aumento de 26,5% a 33,3%

# Acceso a Atención primaria

- Grandes diferencias según sexo.
  - Mujeres mayor acceso
- No existen grandes diferencias por origen (2018):
  - Destaca con un menor acceso la población de origen chino
  - Destacan los hombres subsahariana que 3 de cada 4 accedieron a la atención primaria
- Evolución 2014-2018:
  - Descenso del acceso:
    - Población de origen europeo
    - Magreb y África Subsahariana
    - Países andinos
    - Cono sur de Latinoamérica
  - Incremento:
    - Brasil, Venezuela, R. Dominicana y otros países de Latinoamérica
    - China

	2014		2018	
	Hombres	Mujeres	Hombres	Mujeres
<b>Total</b>	<b>76.0</b>	<b>88.4</b>	<b>69.7</b>	<b>84.9</b>
UE Occidental	73.5	92.1	64.1	88.0
Rumanía y otros UE	77.7	89.2	61.3	79.4
Oriental				
Magreb	82.5	88.5	71.1	93.6
Argentina, Chile, Uruguay y Paraguay	74.3	87.9	72.5	77.7
Colombia, Ecuador, Perú y Bolivia	78.0	91.6	66.0	86.4
Brasil, Venezuela, R. Dominicana y Resto de América Latina	64.0	84.8	71.6	85.8
China	56.8	68.0	64.9	71.2
Senegal y Resto de África	77.7	97.6	76.9	87.5
Resto del Mundo	73.5	82.5	65.9	89.1



# Acceso a Especialidad

- Diferencias según sexo
  - Mujeres mayor acceso
- Diferencias según origen (2018):
  - Destaca con un menor acceso la población de origen chino
  - Entre los hombres destacan: Cono sur de AL (47,1%); Brasil, Venezuela, R. Dominicana y resto de AL (43,1%); y, Magreb (42,3%)
  - Destacan las mujeres de África subsahariana (70,2%); de Magreb (60,1%) y UE Occidental (56,6%).
- Evolución 2014-2018:
  - Incremento:
    - Hombres de África (Magreb y subsahariana), del cono sur de AL y Brasil, Venezuela, R. Dominicana y otros de AL.
    - Destacan las mujeres de África Subsahariana (20 puntos de diferencia). Otras de origen chino, UE Occidental o Magreb.
  - Descenso:
    - Hombres de origen europeo y chino
    - Mujeres de origen latinoamericano (especialmente origen andino (11 puntos)).

	2014		2018	
	Hombres	Mujeres	Hombres	Mujeres
<b>Total</b>	<b>37.7</b>	<b>57.1</b>	<b>39.1</b>	<b>53.9</b>
UE Occidental	42.8	55.7	32.7	56.6
Rumanía y otros	37.3	49.7	33.3	49.3
UE Oriental				
Magreb	38.9	57.6	42.3	60.1
Argentina, Chile, Uruguay y Paraguay	42.4	59.6	47.1	52.1
Colombia, Ecuador, Perú y Bolivia	35.8	61.6	34.6	50.1
Brasil, Venezuela, R, Dominicana y Resto de América Latina	34.7	61.5	43.1	57.8
China	30.2	37.1	26.3	45.4
Senegal y Resto de África	31.4	50.0	40.0	70.2
Resto del Mundo	36.1	53.4	33.7	57.0



# Acceso a Urgencias

- Mujeres mayor acceso, excepto:
  - 2014: Resto del mundo
  - 2018: Cono sur de AL
- Diferencias según origen (2018):
  - Destaca con un menor acceso la población de origen chino
  - Destacan la población de origen magrebí (hombres un 31,6% y mujeres 51%) y las mujeres subsaharianas (43,1%)
- Evolución 2014-2018
  - Incremento entre la población de UE Occidental, Magreb y África subsahariana, más intenso entre las mujeres
  - Descenso entre la población de Europa del Este (en el 2014 1 de cada 3 acudió a urgencias, mientras que en 2018 1 de cada 5) y países andinos.

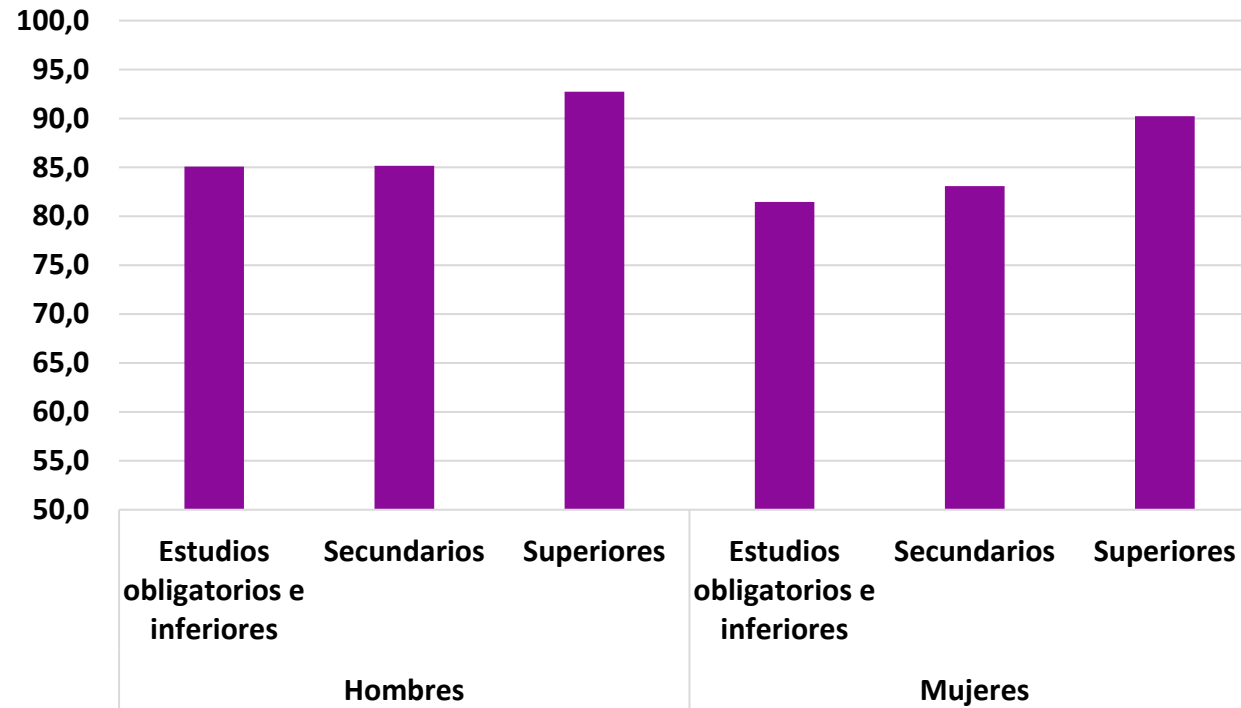
	2014		2018	
	Hombres	Mujeres	Hombres	Mujeres
<b>Total</b>	<b>23.7</b>	<b>32.0</b>	<b>26.5</b>	<b>33.3</b>
UE Occidental	21.2	25.5	27.1	36.3
Rumanía y otros	32.3	38.0	19.0	22.6
UE Oriental	23.0	41.0	31.6	51.0
Magreb	23.0	41.0	31.6	51.0
Argentina, Chile, Uruguay y Paraguay	18.1	28.7	29.8	26.6
Colombia, Ecuador, Perú y Bolivia	28.7	36.6	22.9	34.5
Brasil, Venezuela, R, Dominicana y Resto de América Latina	13.6	30.9	23.8	31.6
China	12.0	13.0	12.2	17.4
Senegal y Resto de África	17.4	28.5	26.8	43.1
Resto del Mundo	33.1	19.2	28.7	31.2

# **Desigualdades sociales en salud y acceso a los servicios de salud: salud autopercebida y atención sanitaria 2018**



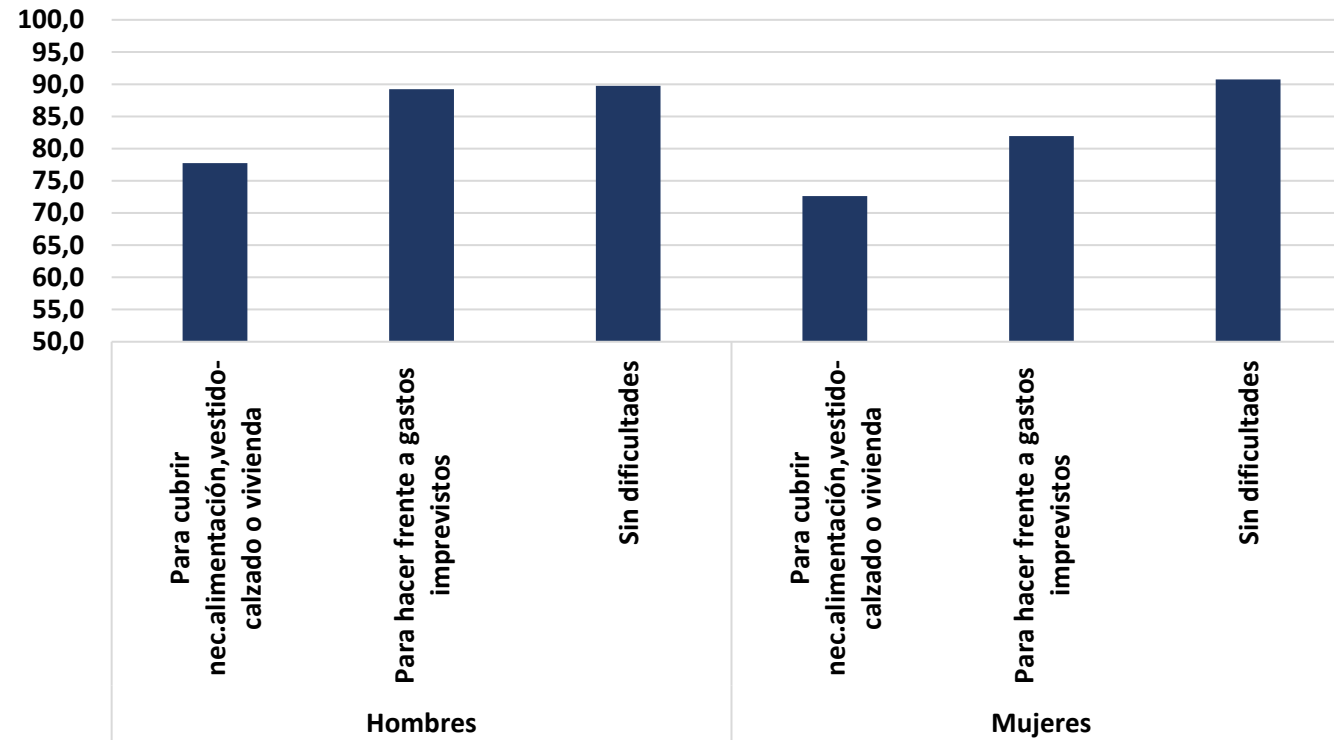
# Desigualdades sociales en el estado de salud-

## Nivel educativo



- Gradiente social esperado
  - Mayor nivel educativo mejor salud
  - Mayor desigualdad entre las mujeres → brecha de casi 9 puntos entre los extremos (casi 8 entre los hombres)

# Desigualdades sociales en el estado de salud- Dificultades económicas

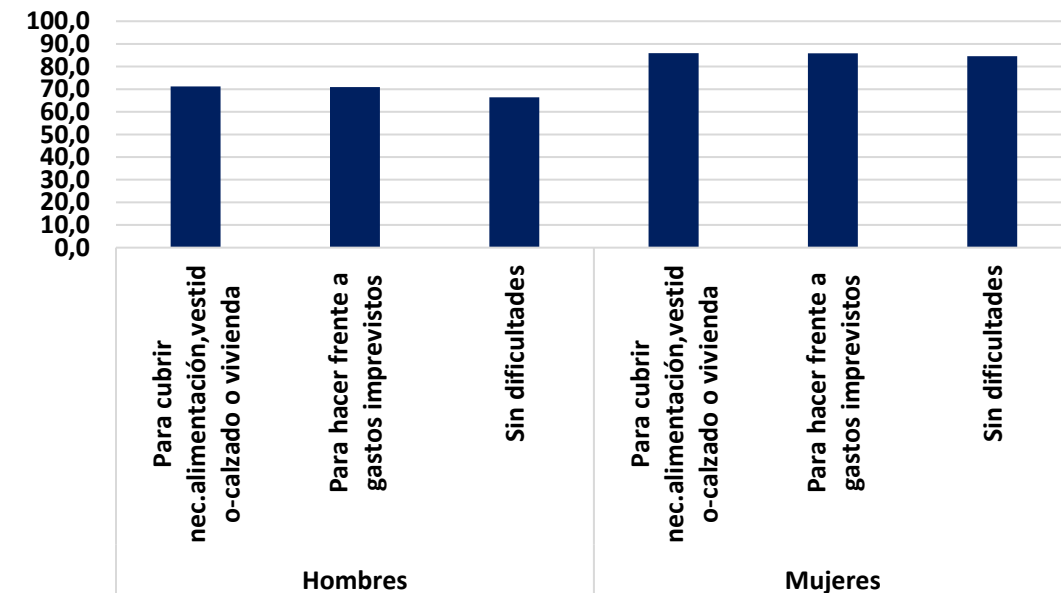
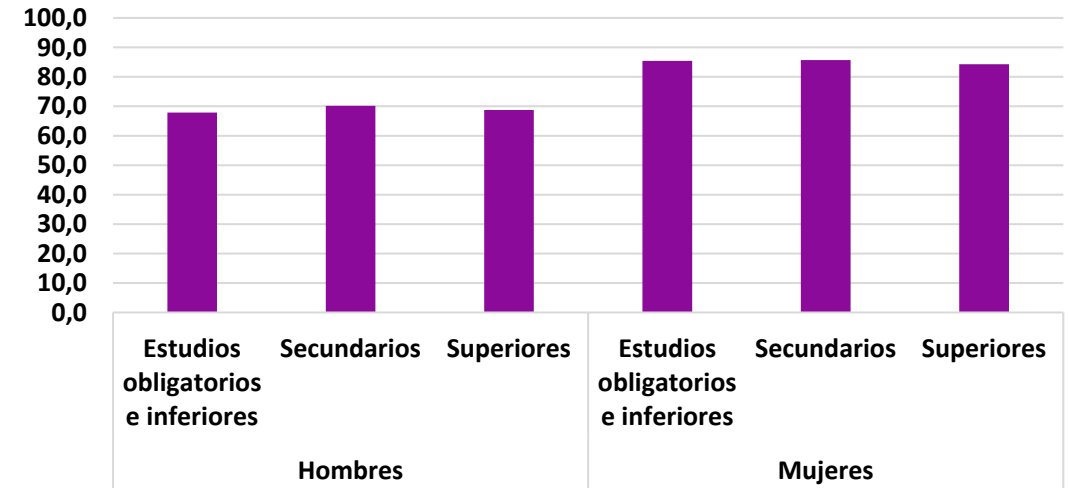


- Mujeres:
  - Gradiente social: menores dificultades mejor salud, con una brecha de 18 puntos
- Hombres:
  - Gradiente poco pronunciado:
    - Necesidades básicas de la vida diaria → peor salud
    - Sin dificultades y para hacer frente a gastos imprevistos → sin diferencias



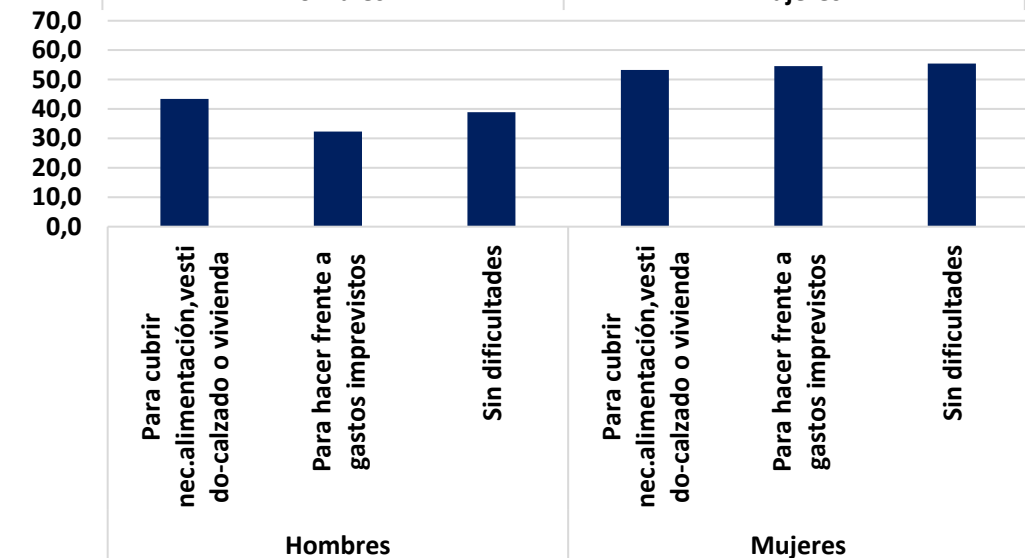
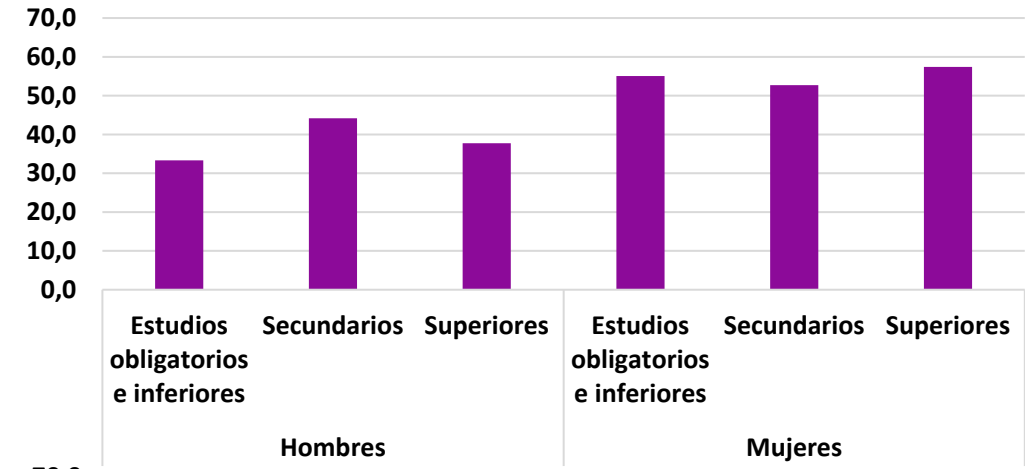
# Desigualdades sociales en el acceso a Atención primaria

- Nivel educativo:
  - No existen grandes diferencias
  - Hombres:
    - Apenas un punto de diferencia entre extremos (67,9% vs. 68,7%)
  - Mujeres:
    - Estudios superiores 84,3% frente a un 85,4% para el menor nivel educativo.
- Dificultades económicas
  - Mismo patrón: apenas existen diferencias



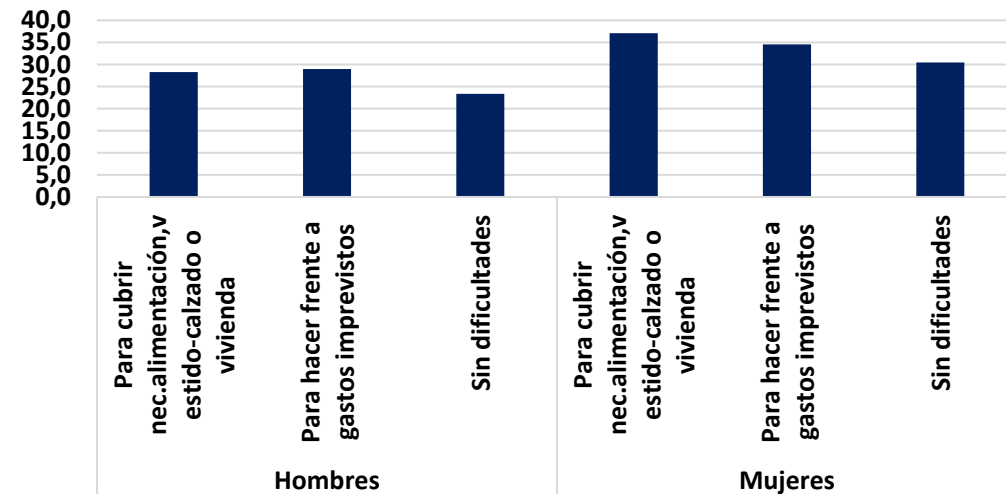
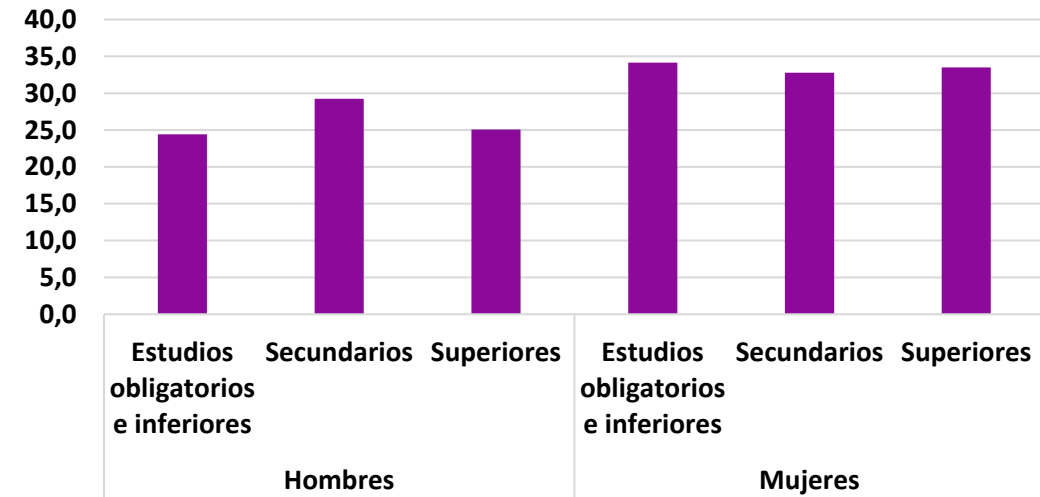
# Desigualdades sociales en el acceso a Especialidad

- Patrón social no definido
- Nivel educativo:
  - Hombres:
    - Menor nivel educativo → menor acceso
    - Estudios secundarios → mayor acceso
  - Mujeres:
    - Estudios secundarios → menor acceso.
    - Estudios superiores → mayor acceso
- Dificultades económicas
  - Hombres:
    - Dificultades para hacer frente a gastos imprevistos → Menor acceso.
    - Dificultades para cubrir las necesidades básicas → mayor acceso
  - Mujeres:
    - Dificultades para cubrir las necesidades básicas → menor acceso.
    - Sin dificultades → mayor acceso

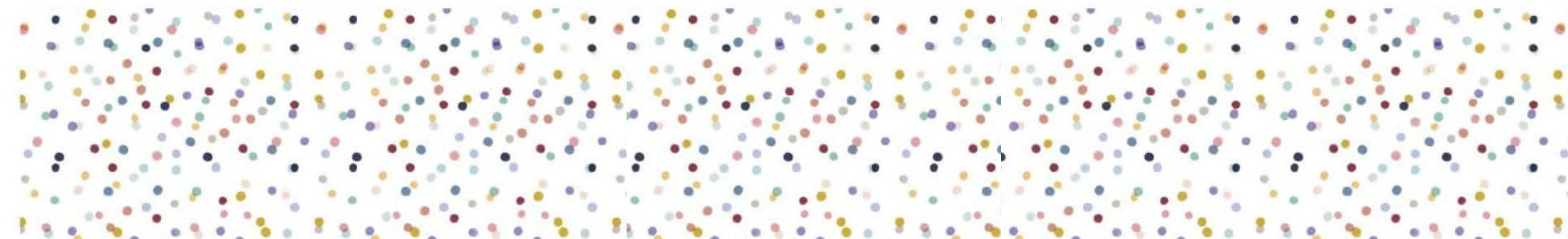


# Desigualdades sociales en el acceso a Urgencias

- Nivel educativo:
  - Patrón social no definido
  - Hombres
    - Estudios secundarios → Mayor uso de urgencias
  - Mujeres
    - Pocas diferencias
    - La brecha entre los extremos no alcanza un punto
- Dificultades económicas
  - Gradiente social más claro.
  - Hombres:
    - Patrón solamente en los extremos
    - Algún tipo de dificultad → mayor uso (28-29%)
    - Sin dificultades → menor uso (23,4%)
  - Mujeres:
    - Dificultades para cubrir necesidades básicas → mayor uso de urgencias (37,1%)
    - Sin dificultades → menor uso (30,5%)



# Conclusiones







## La evolución de la salud y el acceso entre el 2014 y el 2018

- Empeoramiento de la salud de la población de origen extranjero en la CAE → con excepciones
- Descenso en el acceso a la atención primaria, especialmente entre los hombres
- Atención especializada presenta diferencias en la evolución según sexo y origen → Aumento entre los hombres y descenso entre las mujeres
- Aumento en el uso de las urgencias, tanto en hombres como en mujeres
- Reducción, casi en su totalidad, de las necesidades médicas no cubiertas



## La población inmigrante difiere según origen

- Desigualdades según lugar de nacimiento (y sexo)
- Mujeres peor salud que los hombres del mismo grupo de origen
  - Peor salud y mayor limitación entre las mujeres de Magreb y África subsahariana y Brasil, Venezuela, R. Dominicana y otros países de AL
- Menor acceso a la asistencia sanitaria de la población de origen chino
- Mayor acceso a la asistencia sanitaria entre las mujeres



**Necesidad de analizar la población inmigrante según grupos de origen**



## Las desigualdades sociales

- Gradiente social esperado en el estado de salud
- Sin gradiente socioeconómico claro en los diferentes niveles asistenciales
  - Atención a urgencias → mayor acceso entre la población con peor situación económica
  - Contrasta con el patrón de desigualdad social en el acceso a los servicios de salud (Mortueruel & Martín, 2020).
  - Condiciones socioeconómicas más similares, y peores en general, que la población en su conjunto



## En definitiva...

- Analizar la población migrante como un grupo heterogéneo
- Ampliar el análisis de las desigualdades sociales
  - Profundizar en otros determinantes relacionados con el proceso migratorio
    - Situación administrativa
    - Discriminación
    - Diferencias culturales en la conceptualización de la salud y su forma de atenderla





Eskerrik asko!  
¡Gracias!

[a.drodriguez@udc.es](mailto:a.drodriguez@udc.es) (@a\_drodriguez84)

[yolanda.gonzalezr@ehu.eus](mailto:yolanda.gonzalezr@ehu.eus) (@YolandaGRabago)

