

INMIGRACIÓN Y SALUD EN EL CONTEXTO DE CRISIS ECONÓMICA EN ESPAÑA, 2013-2016: PROYECTO MEISI



¿POR QUÉ EL PROYECTO?

La migración es uno de los determinantes sociales de la salud, entendidos como las circunstancias en que las personas viven y trabajan, incluido el sistema de salud. Las condiciones de vida en origen y destino así como el proceso migratorio afectan la salud y el bienestar de los inmigrantes. Los inmigrantes originarios de países de renta baja son una de las poblaciones que acumulan factores de vulnerabilidad y sufren de las desigualdades de salud.

La historia reciente de la inmigración en España se caracteriza por un aumento exponencial de la población extranjera desde finales de los 90 hasta aproximadamente el 2012. La estabilización del flujo migratorio fue una consecuencia de la crisis económica de 2008. En el contexto de la crisis fueron adoptadas diversas medidas políticas de austeridad que afectan a la salud. Por un lado, medidas sobre el sistema de salud, como la reducción del gasto público en salud -que llevó a una reducción en recursos y servicios de salud- y cambios en la legislación que han supuesto exclusiones de la cobertura en salud -tanto de prestaciones sanitarias como de algunos grupos de población- (RD16/2012). Por otro lado, medidas que afectan a otros determinantes sociales de la salud, como la reforma laboral -con la precarización y el incremento de la tasa de desempleo asociado- y la reducción del gasto público en políticas sociales. Estas medidas sobre todo han afectado a los grupos más vulnerables de la sociedad, entre ellos a los inmigrantes.

La realidad demográfica, social y el deterioro del contexto económico junto con las medidas políticas de austeridad motivaron el desarrollo del proyecto "Cambios en la salud y en la atención de los inmigrantes y poblaciones vulnerables en un contexto de crisis. Análisis de múltiples fuentes de información" (MEISI) formado por tres proyectos coordinados (I, II, III) (FIS P13/01962).

La hipótesis de partida era que la crisis económica habría empeorado el acceso a los servicios y la atención en salud de la población inmigrante (MEISI I), así como los determinantes sociales de salud y que se viera reflejado en un deterioro del estado de salud, observado en indicadores biológicos y conductuales (MEISI II) y de enfermedades transmisibles como la Tuberculosis, las Hepatitis A, B, C o la Tos Ferina (MEISI III).

El MEISI se enmarca en el Subprograma Inmigración y Salud (SIS) creado en 2011 en el Consorcio de Investigación Biomédica de Epidemiología y Salud Pública (CIBERESP) para impulsar actividades transversales entre grupos de investigación, sean o no miembros de la red.



<http://www.ciberesp.es/programas-de-investigacion/subprogramas-estrategicos/subprograma-inmigracion-y-salud-ciberesp-sis-ciberesp/>

¿QUÉ ENCONTRAMOS?

Los tres proyectos MEISI dibujan una imagen contrastada de la situación de salud de los inmigrantes en relación con el contexto socio-político y económico.

► Para entender la vulnerabilidad de los inmigrantes hace falta tener en cuenta que en ellos se produce una intersección de distintos ejes de desigualdad: clase social, género y de accesibilidad a servicios sanitarios de calidad.

► La salud percibida de los inmigrantes es peor que la de los autóctonos. Sin embargo los inmigrantes no son un grupo homogéneo ni respecto a su estado de salud ni respecto a los determinantes de salud que la afectan. Las diferencias en el estado de salud percibida entre inmigrantes y autóctonos disminuyen, e incluso pueden desaparecer, cuando se consideran los determinantes sociales de la salud (MEISI II).

► Existe un efecto amortiguador del sistema nacional de salud sobre las desigualdades sociales antes del real decreto ley de 2012. Posteriormente, aparecen barreras nuevas al uso de los servicios, así como una acentuación de las barreras preexistentes. Esto sugiere que las medidas de austeridad aplicadas al sistema de salud en un contexto de crisis pueden conducir a un empeoramiento de las desigualdades de salud (MEISI I).

► El mantenimiento de las medidas preventivas de las enfermedades transmisibles (programas de cribado, vacunación y tratamiento en grupos de riesgo) puede explicar que la incidencia de las enfermedades declaradas obligatorias disminuyan tanto en la población general como en los inmigrantes (MEISI III). Esto sugiere que las consecuencias de la crisis económica sobre la salud de las poblaciones más vulnerables se podrán mitigar preservando el sistema nacional de salud, además de llevar a cabo medidas específicas dirigidas a poblaciones vulnerables.



INMIGRACIÓN Y SALUD EN EL CONTEXTO DE CRISIS ECONÓMICA EN ESPAÑA, 2013-2016: PROYECTO MEISI

MEISI I

ACCESO Y CALIDAD DE LA ATENCIÓN SANITARIA DE LA POBLACIÓN INMIGRANTE EN EL CONTEXTO DE LA CRISIS ECONÓMICA

Investigadora principal: M.L. Vázquez / mlvazquez@consorci.org

OBJETIVO

Analizar la influencia de la crisis económica en el acceso y calidad de la atención sanitaria de la población inmigrante en España.

MÉTODOS

Sub-estudio I: Estudio transversal basado en el análisis de las Encuestas Nacionales de Salud de España (ENSE) de 2006 y 2012, de una muestra representativa de la población española no institucionalizada entre 16-59 años. Análisis comparativo entre autóctonos e inmigrantes.

Sub-estudio II: Estudio cualitativo de carácter fenomenológico, descriptivo e interpretativo, basado en entrevistas individuales a una muestra teórica de profesionales de atención primaria (19) y especializada (24), y usuarios inmigrantes (20) realizado en Madrid y Catalunya durante el 2015.

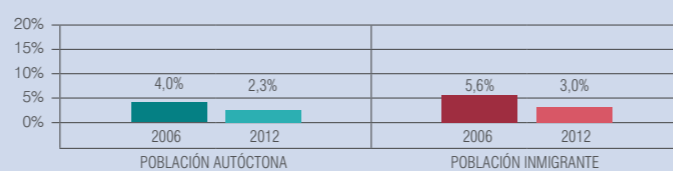
RESULTADOS

Sub-estudio I: Estudio cuantitativo

El análisis comparativo de las encuestas nacionales de salud (ENSE) de 2006 y 2012 señalaba:

- Que el acceso a los servicios de salud no se había reducido y que existía una disminución de las necesidades insatisfechas de atención en general (**Gráfico A**).
- Que existe una disminución de las desigualdades en el acceso a la atención especializada según país de origen, aunque los inmigrantes seguían haciendo menor uso de este nivel de atención (**Gráfico B**).

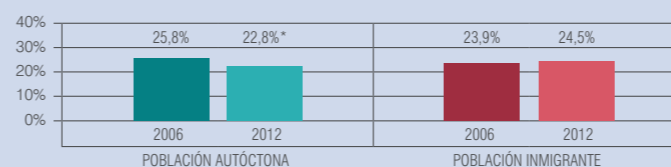
Gráfico A. Porcentaje de población que no recibió atención cuando la necesitó, por año de estudio y país de origen (autóctonos e inmigrantes). Datos de las ENSE 2006 y 2012*



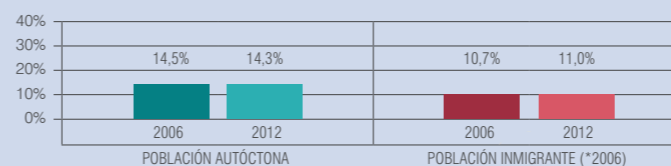
*La necesidad insatisfecha disminuyó de manera estadísticamente significativa en ambas poblaciones, pero se mantiene más elevada en la población inmigrante.

Gráfico B. Prevalencia de utilización de los servicios por nivel asistencial, por año y país de origen (autóctonos e inmigrantes). Datos de las ENSE 2006 y 2012

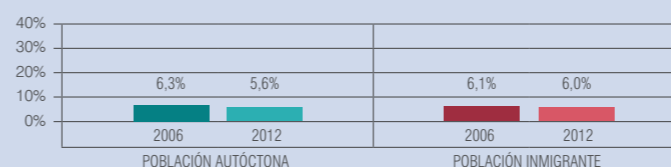
ATENCIÓN PRIMARIA



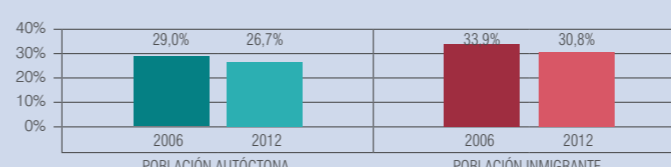
ATENCIÓN ESPECIALIZADA



HOSPITALIZACIÓN



URGENCIAS



*Diferencia estadísticamente significativa después del ajuste por factores que predisponen (sexo, edad, capacidad (clase social, situación laboral, estado civil, seguro de salud privado) y de necesidad (salud auto-percibida, enfermedades crónicas).

Sub-estudio II: Estudio cualitativo

En el estudio cualitativo (desarrollado en plena crisis y tras la introducción del RDL16/2012) emergen:

- Nuevas barreras en la entrada al sistema (restricción de derechos y aumento de requisitos).
- La agudización de las barreras preexistentes, derivadas del empeoramiento e interacción entre los factores de los servicios (recursos insuficientes, aumento listas de espera) y de los inmigrantes (deterioro de las condiciones de vida y laborales) que disminuyen la capacidad de los inmigrantes de acceder a la atención que necesitan.
- Profesionales y usuarios identificaban cambios en la calidad técnica e interpersonal percibida de la atención recibida. Los cambios observados, afectan al conjunto de la población aunque especialmente a la población más vulnerable como son los inmigrantes.

Los datos previos al RDL16/2012 señalan un importante efecto amortiguador del sistema nacional de salud sobre las desigualdades por origen en el acceso a la atención sanitaria. Posteriormente, se identifica un aumento de barreras en el acceso y empeoramiento en la calidad percibida de la atención, que afectan especialmente a la población inmigrante y que se atribuyen a los cambios derivados de las políticas de reducción del gasto y restricción de derechos.

MEISI II

EVOLUCIÓN DE LOS DETERMINANTES BIOLÓGICOS Y ESTRUCTURALES EN UNA COHORTE DE FAMILIAS INMIGRANTES

Investigador principal: J. Casabona / jcasabona@iconcologia.net

OBJETIVO

Describir la evolución de los determinantes de salud y su asociación con los resultados de salud en una cohorte de familias inmigrantes.

MÉTODOS

Estudio longitudinal de familias residiendo en Badalona y Santa Coloma de Gramenet. Se entrevistaron a padres, madres e hijos de más de 16 años que convivían en la misma unidad familiar. Se seleccionaron familias donde los padres y madres habían nacido en Pakistán, Marruecos, China, Bolivia, Ecuador y Perú, así como un grupo control de origen español. El cuestionario incluía información sobre determinantes de salud (variables demográficas, socio-económicas y del proceso migratorio) y resultados de salud. Se recogió muestra biológica en una sub-muestra de familias. Se llevaron a cabo análisis bivariados para comparar los determinantes de salud entre comunidad de origen y sexo y multivariados para identificar los factores asociados con los resultados de salud.

RESULTADOS

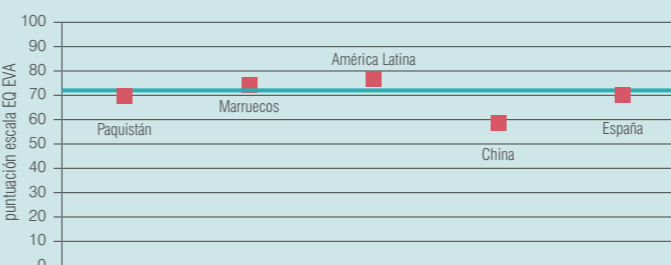
Se presentan resultados basales. Participan en la cohorte 117 familias (205 adultos y 50 hijos):

La media del tiempo de residencia de los adultos es de 12 años...

... siendo superior entre los padres que las madres (15 y 10 años respectivamente).

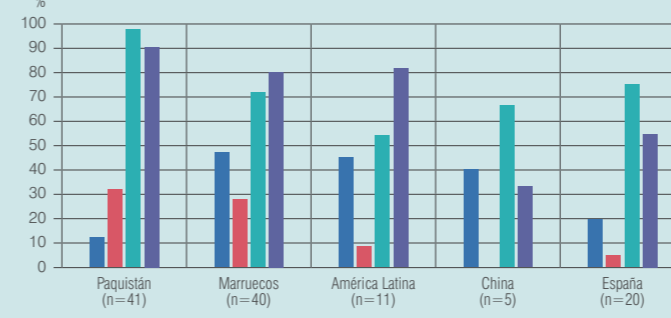


Gráfico A. Percepción de la salud por comunidad de origen



*Se toma de referencia la puntuación media de EQ EVA en Catalunya: 72.3 puntos.

Gráfico B. Condiciones socio-económicas de las familias por comunidad de origen



- Se observan diferencias por sexo y por origen en la percepción de la salud (en base a una escala de 0 a 100, EQ EVA)*: El 75% de los padres están por encima de la media en Catalunya respecto al 47% de las madres, así como el 82% de los autóctonos respecto al 59% de los inmigrantes. Las peores puntuaciones las presentan las poblaciones paquistaní y china (**Gráfico A**).
- Los determinantes socio-económicos como el desempleo, los ingresos del hogar o el hacinamiento de la vivienda reflejan la vulnerabilidad de las familias de la cohorte. En más del 40% de las familias marroquíes y latinas los padres están desempleados. Más de 20% de las familias de Pakistán y Marruecos viven con menos de 600 € al mes (**Gráfico B**).

Gráfico C. Dominio del castellano de los adultos inmigrantes por sexos

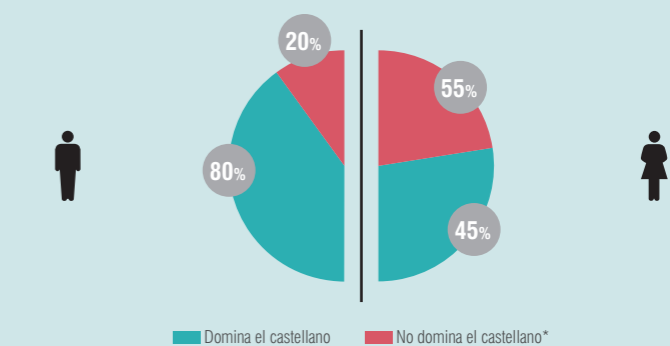
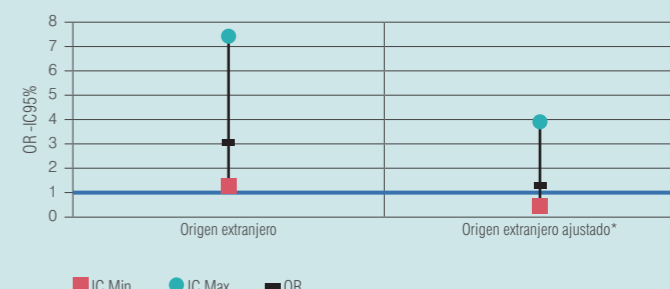


Gráfico D. Riesgo de mal estado de salud percibida de los inmigrantes respecto a los autóctonos cuando se considera (o no) el soporte social**



**Escala DUKE-UNC. Ajustado por sexo.

- En relación al proceso migratorio, se observan diferencias entre hombres y mujeres. Los padres inmigrantes tienen un mayor dominio del castellano que las madres (80% y 45% respectivamente) (**Gráfico C**).
- El 44% de la muestra declara tener un nivel de apoyo social normal (en base a la escala de apoyo social DUKE-UNC). Se observan diferencias por origen siendo los paquistaníes el grupo de población con un menor soporte social (14%). El apoyo social hace desaparecer las desigualdades en el mal estado de salud percibida entre las poblaciones autóctonas e inmigrantes (**Gráfico D**).

MEISI III

IMPACTO DE LA CRISIS ECONÓMICA SOBRE LAS PRINCIPALES ENFERMEDADES INFECCIOSAS DE DECLARACIÓN OBLIGATORIA: ESTUDIO DE BASE POBLACIONAL

Investigador principal: J.P. Millet / jmillet@aspb.cat

OBJETIVO

Analizar la evolución de unas enfermedades de declaración obligatoria (tuberculosis, hepatitis víricas y tos ferina) antes y después del inicio de la crisis económica y determinar factores asociados al cambio de la incidencia en autóctonos e inmigrantes en Barcelona.

MÉTODOS

Estudio de incidencia de base poblacional en la ciudad de Barcelona. La población del estudio fueron casos incidentes de tuberculosis (período 2003-2015), hepatitis víricas (período 2001-2014) y tos ferina (período 2000-2015), de la ciudad de Barcelona. Se analizó el registro de enfermedades de declaración obligatoria de la Agencia de Salud Pública de Barcelona y el padrón de la ciudad. Los barrios fueron categorizados en función del Índice de Renta Familiar Disponible (IRFD).

Gráfico A. Evolución de la tasa de incidencia de la tuberculosis por 100.000 habitantes (2003-2013)

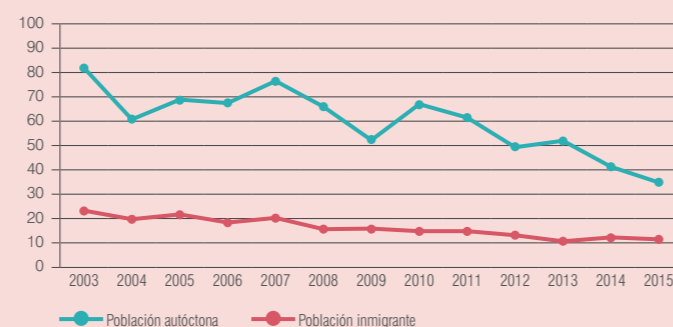
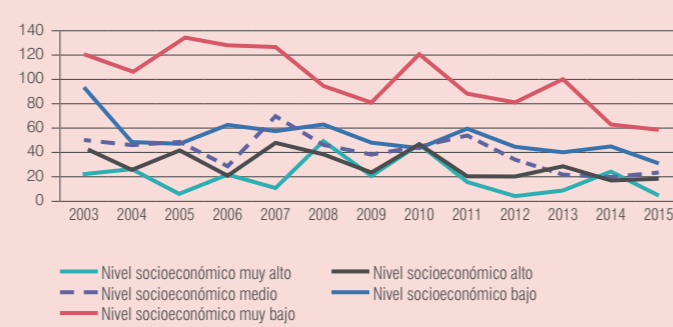


Gráfico B. Evolución de la tasa de incidencia de la tuberculosis en inmigrantes por 100.000 habitantes en relación con la renta del barrio IRFD (2003-2015)



Tuberculosis

- Inicio del descenso de las tasas de incidencia durante la crisis. Mayor descenso en población autóctona que en población inmigrante. Mayor incidencia en población inmigrante y en barrios de renta baja. Las diferencias entre inmigrantes y autóctonos fueron mayores en barrios de renta baja comparando con barrios de renta alta.

Gráfico C. Evolución de la tasa de incidencia de la hepatitis A por 100.000 habitantes (2001-2014)

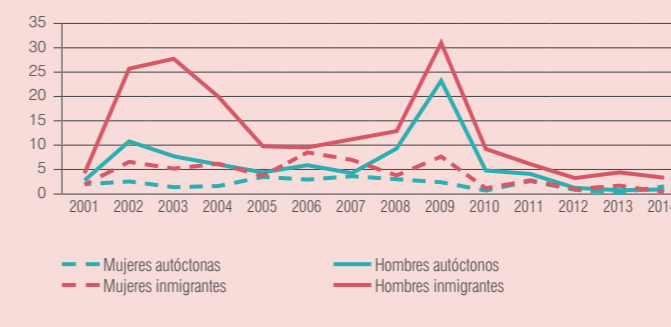
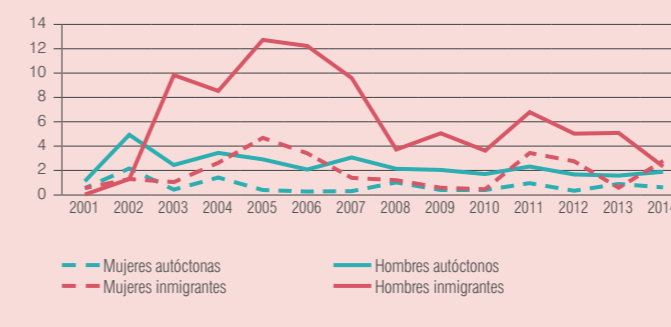


Gráfico D. Evolución de la tasa de incidencia de las hepatitis B por 100.000 habitantes (2001-2014)



Hepatitis víricas

- Descenso de las tasas de incidencia de hepatitis A, B y C tanto en población inmigrante como autóctona. Mayor incidencia en población inmigrante y en hombres; en el caso de la Hepatitis A en población inmigrante de barrios de renta baja.

Gráfico E. Evolución de la tasa de incidencia de tos ferina en Barcelona por IRFD (2000-2015)

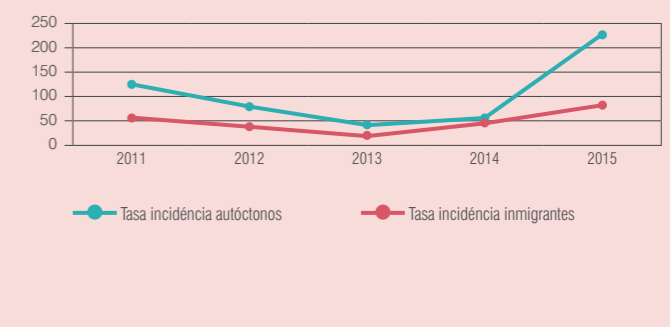
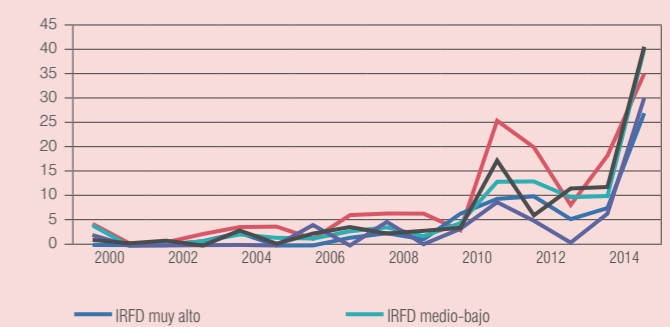


Gráfico F. Evolución de la tasa de incidencia de tos ferina en niños de 0 a 9 años por 100.000 habitantes según país origen (2011-2015)



Tos ferina

- Aumento de la incidencia tanto en población inmigrante como en población autóctona después del inicio de la crisis. Los barrios de renta media y baja fueron los más afectados, y la población autóctona respecto los inmigrantes.