

## REVISIÓN BIBLIOGRÁFICA

### ACCESO A LOS SERVICIOS DE SALUD DE LA POBLACIÓN INMIGRANTE EN ESPAÑA

Alba Llop-Gironés (1,2), Ingrid Vargas Lorenzo (1,2), Irene Garcia-Subirats (1,2), Marta-Beatriz Aller (1,2) y María Luisa Vázquez Navarrete (1,2).

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

(2) Subprograma de Inmigración y Salud del CIBERESP.

#### RESUMEN

**Fundamentos:** Una importante proporción de población en España es inmigrante y la evidencia internacional señala su acceso inadecuado a los servicios de salud. El objetivo es conocer el acceso a la atención de la población inmigrante en España.

**Métodos:** Revisión bibliográfica de los artículos originales (1998-2012) sobre acceso y utilización de los servicios de la población inmigrante en España registrados en Medline y MEDES. Se identificaron 319 artículos de los que se seleccionaron 20. Se utilizó el modelo de Aday y Andersen para el análisis.

**Resultados:** Entre los artículos seleccionados, 13 estudios cuantitativos analizaron diferencias en la utilización de los servicios entre inmigrantes y autóctonos y 7 determinantes del acceso en inmigrantes. En líneas generales estos muestran menor utilización de la atención especializada, mayor de las urgencias y no se observaron diferencias entre grupos en atención primaria. Los 5 estudios cuantitativos sobre determinantes se centraron en las características de la población (sexo, edad, nivel de estudios y posesión de seguro privado) sin observarse un patrón claro. Los 2 estudios cualitativos analizaron factores relacionados con los servicios de salud y encontraron barreras en el acceso, como la provisión de información o los requisitos para obtener la tarjeta sanitaria.

**Conclusiones:** El acceso a la atención en inmigrantes ha sido limitadamente abordado, con aproximaciones diferentes y los factores relacionados con la oferta, escasamente analizados. No se observa un patrón de utilización, las diferencias dependen de la clasificación de los inmigrantes según origen y nivel asistencial. No obstante, en inmigrantes se observa menor utilización de la atención especializada y mayor de las urgencias, así como determinantes del acceso distintos a la necesidad.

**Palabras clave:** Servicios de salud. Accesibilidad a los servicios de salud. Utilización. Prestación de atención de salud. Migración internacional. España.

Correspondencia  
M<sup>a</sup> Luisa Vázquez Navarrete  
Grup de Recerca en Polítiques de Salut i Serveis Sanitaris  
Servei d'Estudis i Prospectives en Polítiques de Salut  
Consorci de Salut i Social de Catalunya  
Avda Tibidabo 21,  
08022 Barcelona  
mlvazquez@consorci.org

DOI: <http://dx.doi.org/10.4321/S1135-57272014000600005>

#### ABSTRACT

### Immigrants' Access to Health Care in Spain: a Review

**Background:** An important proportion of the population in Spain is immigrant and the international literature indicates their inadequate access to health services. The objective is to contribute to improving the knowledge on access to health care of the immigrant population in Spain.

**Methods:** Review of original papers published (1998-2012) on access to health services of the immigrant population in Spain published in Medline and MEDES. Out of 319 studies, 20 were selected, applying pre-defined criteria. The results were analyzed using the Aday and Andersen framework.

**Results:** Among the publications, 13 quantitative studies analysed differences in health care use between the immigrant and the native population, and 7 studied determinants of access of immigrants. Studies showed less use of specialized care by immigrants, higher use of emergency care and no differences in the use of primary care between groups. Five quantitative articles on determinants of access focused on factors related to the immigrant population (sex, age, educational level and holding private health insurance), but without observing clear patterns. The two qualitative studies analyzed factors related to health services, describing access to healthcare barriers such as the limited provision of information or the requirements for personal health card.

**Conclusion:** Access to health care in immigrants has been scarcely studied, using different approaches and the barely analysed factors related to the services. No clear patterns were observed, as differences depend on the classification of migrants according to country of origin and the level of care. However, studies showed less use of specialized care by immigrants, higher use of emergency care and the existence of determinants of access different to their needs.

**Keyword:** Health Services. Health services accessibility. Utilization. Delivery of health care. Emigration and immigration. Spain.

## INTRODUCCIÓN

En los últimos años el perfil de la población de España cambió de manera considerable, pasando la población extranjera del 1,6% del total de la población en 1998 al 11,7% en 2013<sup>1</sup>. Proviene prácticamente de todas partes del mundo, con algo menos de la mitad procedente de países europeos y un predominio de Rumania, Marruecos, Reino Unido, Ecuador y Colombia, como países de origen<sup>1,2</sup>. Este cambio ha configurado una nueva realidad sociodemográfica con una diversificación de la población y sugiere la necesidad de adaptar los servicios de salud<sup>3</sup>.

En general, la población emigrante a su llegada al país de destino suele presentar un buen estado de salud, el denominado efecto del inmigrante sano<sup>4,5</sup>. A pesar de esto y de que las necesidades de salud son comparables a la población autóctona<sup>6</sup>, los estudios internacionales muestran que con el tiempo su estado de salud tiende a asimilarse al grupo socioeconómico equivalente de la población autóctona<sup>7,8</sup> y, por tanto, puede ser susceptible de desarrollar un peor estado de salud. Influyen en este deterioro de la salud, por un lado, el proceso migratorio y, por otro, los determinantes de salud en el país de acogida, como condiciones de vida y de trabajo precarias o el mayor riesgo a ser excluidos de los servicios de salud<sup>9,10</sup>. Este riesgo se relaciona con el bajo nivel socioeconómico, la insuficiente adaptación de los servicios que da lugar a barreras de carácter económico, lingüístico y cultural<sup>6,11,12</sup> o restricciones legales al acceso<sup>13,14</sup>.

Hasta 2012 en España los extranjeros empadronados tenían derecho a las prestaciones sanitarias en las mismas condiciones que los autóctonos y los no empadronados a la atención urgente, materna y menores hasta los dieciocho años. A pesar de ello, los estudios existentes mostraban desigualdades sociales en salud que podían ser explicadas por desigualdades en el acceso a los ser-

vicios de salud<sup>15</sup>. En los últimos años han aumentado los artículos que analizan la utilización de los servicios de la población inmigrante, en comparación con la autóctona<sup>16-18</sup> o los determinantes de su uso mediante estudios cuantitativos principalmente<sup>19,20</sup>, pero también cualitativos<sup>21,22</sup>. No obstante, no se había publicado un primer análisis conjunto. Solo un estudio reciente, publicado durante la edición de este artículo, sintetiza los análisis comparativos sobre utilización de las consultas de atención primaria y especializada por la población inmigrante y autóctona en diferentes países -Estados Unidos, Canadá y algunos países europeos- e incluye los estudios realizados en España<sup>23</sup>, pero no explora otros niveles asistenciales, como la atención de urgencias o la hospitalización ni los determinantes del acceso.

Uno de los modelos más utilizados para el análisis del acceso a la atención, el de Aday y Andersen<sup>24</sup>, de referencia en este estudio, distingue entre acceso realizado o utilización de los servicios de salud y acceso potencial o determinantes del acceso y para su análisis contempla factores relativos a la población y relativos a los servicios de salud. En el acceso realizado o utilización de los servicios se analiza el tipo de servicios que recibe el paciente, el lugar de la atención, el motivo de la consulta –preventiva o curativa- y los resultados de la atención (satisfacción, resolución del problema). El análisis de los determinantes incluye factores relativos a la población (que predisponen: sociodemográficos, creencias y actitudes y conocimientos sobre el sistema de salud; que capacitan, tales como la situación laboral o cobertura sanitaria y las necesidades de atención) y los relativos a los servicios de salud (tipo, organización, disponibilidad), así como, las políticas sanitarias que lo influyen<sup>24,25</sup>.

El objetivo de este artículo es conocer el acceso a los servicios de salud de la población inmigrante en España.

## MATERIAL Y MÉTODOS

Se realizó una revisión de la bibliografía para identificar artículos originales sobre el acceso a los servicios de salud de la población inmigrante en España<sup>26,27</sup>.

Se realizó una búsqueda bibliográfica en las bases de datos de Medline (Pubmed) y MEDES-MEDicine en diciembre de 2012. En la base de datos Medline, con tesauro, se emplearon los Medical Subject Headings [MeSH] para: a) Acceso a servicios de salud: Quality of Health Care, Health Services Accessibility, Health Services Needs and Demand, Healthcare Disparities, Needs Assessment y Health Policy; b) Inmigración: Emigrants and Immigrants, Emigration and Immigration, Transients and Migrants y Ethnic Groups; c) País<sup>28</sup>. En la base de datos MEDES-MEDicina, se utilizaron únicamente las palabras clave, “migración”, “migrantes”, “migrante”, “inmigración”, “inmigrantes”, “inmigrante” y, a partir de la lectura de títulos y resúmenes, se seleccionaron los estudios referentes al acceso a los servicios de salud en España. Los operadores booleanos “AND” y “OR” fueron utilizados para recuperar todas las publicaciones en ambas bases de datos.

Se seleccionaron artículos originales publicados en español o inglés que utilizaron métodos tanto cuantitativos como cualitativos y analizaron el acceso a los servicios de salud de la población inmigrante en España, en general o referido a alguna procedencia específica, siempre que incluyeran población inmigrante procedente de países de renta baja. Los estudios tenían que estar publicados con posterioridad a 1998, por ser el año en que el fenómeno de la inmigración dejó de ser minoritario. En cuanto al enfoque analítico, solo se incluyeron aquellos estudios cuantitativos que tuvieron en cuenta la necesidad como factor de ajuste en el análisis de la utilización de los servicios de salud de la población inmigrante y autóctona, por considerar que es la única manera de poder comparar el acceso a los servicios<sup>24</sup>.

Se elaboró un protocolo de extracción de datos que incluía información relativa a los aspectos metodológicos (objetivo principal, periodo de estudio, población, muestra, definición de inmigrante, procedencia de los inmigrantes, variables o categorías de análisis y limitaciones) y de resultado de los estudios. Se extrajo la información de los artículos y se presentó en tablas.

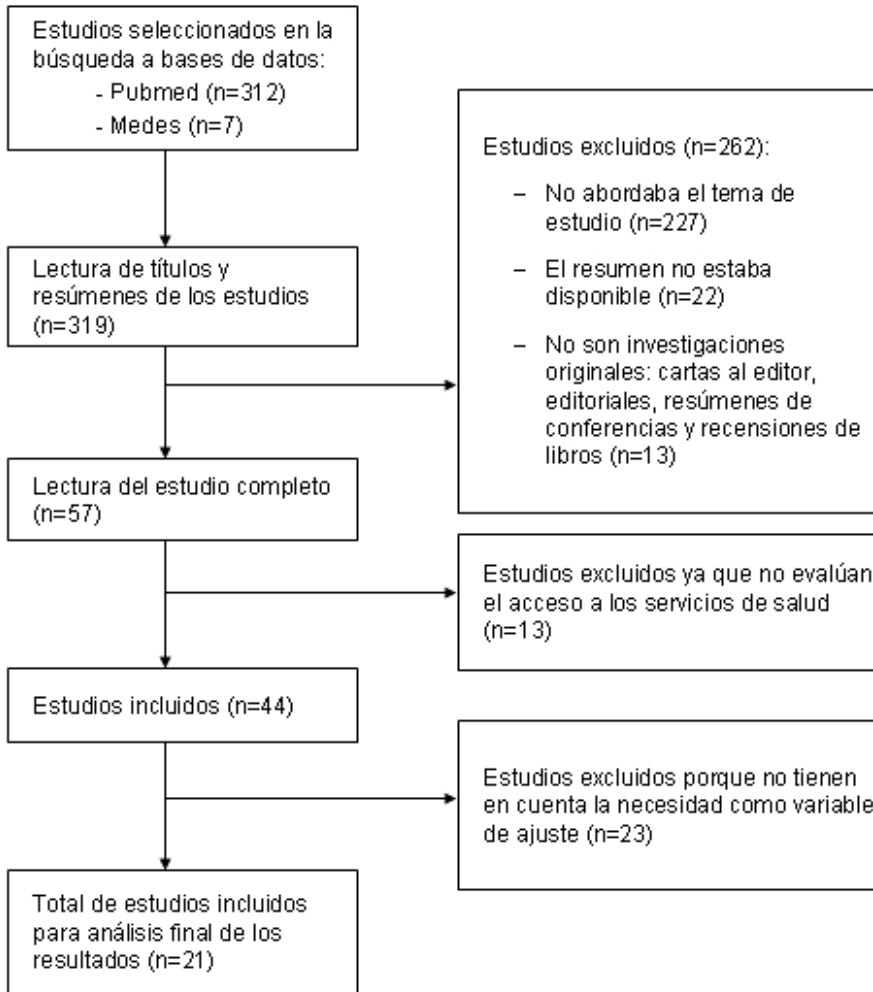
Siguiendo el marco de Aday y Andersen<sup>24</sup>, los estudios se clasificaron en los que analizaron la utilización de servicios y los que exploraron los determinantes del acceso a los servicios de salud. Los resultados se resumieron de acuerdo al marco de análisis, identificando las lagunas existentes en el conocimiento.

## RESULTADOS

Se identificaron inicialmente 319 artículos, de los que se seleccionaron 57 tras la lectura de sus títulos y resúmenes y 44 tras la lectura del artículo completo. Finalmente, una vez excluidos los que no consideraron la necesidad en el análisis de la utilización de los servicios de salud, se analizaron 20 estudios (figura 1). Ningún estudio identificado fue anterior al año 2000 y el mayor número se concentró en el 2011 (6 estudios).

De los 20 artículos seleccionados 13 analizaron diferencias en la utilización de los servicios entre inmigrantes y autóctonos y 7, determinantes del acceso a los servicios de salud de los inmigrantes. Los 13 estudios de utilización aplicaron métodos cuantitativos, realizaron análisis multivariados y usaron como fuente de datos encuestas poblacionales o registros de los servicios de salud. Por un lado, 8 analizaron datos de la Encuesta Nacional de Salud (ENS 2003 y 2006), 2 de la Encuesta de Salud de Cataluña (ESCA 2006) y uno comparó distintas Encuestas de Salud autonómicas: de Cataluña (2006), Comunidad Valenciana (2005), Madrid (2005) y Canarias (2004). Por otro

**Figura 1**  
**Proceso de selección de los estudios incluidos en la revisión**



lado, dos analizaron datos provenientes de registros de los servicios de salud de Aragón (2007) y de Cataluña (2000). Las poblaciones de estudio incluyeron todos los grupos etarios, excepto un estudio en Cataluña centrado en menores de 15 años, y ambos sexos, excepto dos que exploraron la utilización de pruebas preventivas en salud de la mujer. La definición de inmigrante se basó o bien en la nacionalidad o bien en el país de

origen o nacimiento. No obstante, el estudio basado en las encuestas de salud autonómicas utilizó ambas definiciones, de acuerdo a cada encuesta. La clasificación de la población inmigrante varió en los diferentes estudios. Por un lado, 2 estudios abordaron la población inmigrante de forma conjunta, sin desagregar por procedencia. Dos estudios incluyeron, además de este abordaje, un análisis desagregado según procedencia

(África, Asia, Europa del Este, Latinoamérica, América del Norte, Oceanía y Unión Europea). Por el otro, 9 estudios analizaron la población inmigrante desagregada según su procedencia: 4 en función de la renta de los países de origen –de renta baja (PRB) o de renta alta (PRA)- y 5 por continentes o subcontinentes –África (Norte de África y África Subsahariana), Asia, Europa del Este o Latinoamérica. Del total, 8 analizaron la utilización de los distintos niveles asistenciales –atención primaria (AP), atención especializada (AE), urgencias y hospitalización- y 5, un único nivel –AP, hospitalización- o uso de pruebas preventivas o consumo de fármacos prescritos (tablas 1 y 2).

De los 7 artículos sobre determinantes del acceso identificados 5 eran de carácter cuantitativo (basados en encuestas poblacionales) y 2 cualitativos (basados en grupos focales y grupos nominales con profesionales y entrevistas semi-estructuradas a profesionales y población inmigrante). Dos de los estudios cuantitativos usaron datos de la ENS (2003 y 2006); 2 encuestas específicas a inmigrantes realizadas en Madrid (2000, 2007) y uno la Encuesta de Salud del País Vasco (ESCAV 2002). Todos realizaron análisis multivariado. Los estudios cualitativos se realizaron 1 en Mallorca (2000) y 1 en Barcelona (2008). La definición de inmigrante se basó o en la nacionalidad o en el país de origen. Tres de los estudios cuantitativos analizaron los determinantes del acceso de los inmigrantes procedentes de PRB, uno desagregó según áreas de procedencia –Norte de África, África Subsahariana, Europa del Este y Latinoamérica- y uno, solo analizó la población procedente de Ecuador (tabla 3). De los estudios cualitativos uno se centró en inmigrantes procedentes de PRB y el otro en población ecuatoriana (tabla 4). Por último, un estudio cuantitativo analizó los determinantes del acceso a la atención en general y urgencias, uno a los diferentes niveles asistenciales –AP, AE, urgencias y hospitalización- otro, el consumo de fármacos prescritos y dos, la búsqueda de aten-

ción. Los estudios cualitativos exploraron las opiniones sobre el acceso a los servicios de salud en general.

De manera general, los estudios que compararon la utilización entre la población inmigrante y la autóctona mostraron diferencias en algunos de los niveles asistenciales, menor uso de AE y mayor uso de urgencias, mientras que en AP no hubo diferencias y en la hospitalización no fueron concluyentes los resultados. No obstante, los tiempos de recordatorio diferían en los distintos estudios, así como la agrupación de la población inmigrante. Los estudios que desagregaron los análisis según la procedencia de los inmigrantes (en ocasiones también según sexo) observaron diferencias con la población autóctona que, a su vez, difirieron según el estudio. Diferencias adicionales podrían no haberse detectado por una posible infrarrepresentación de algunos orígenes como Asia y Europa del Este en la ENS y la ESCA y África en las encuestas de Madrid, Canarias y la Comunidad Valenciana (tablas 1 y 2).

Los estudios sobre la utilización de la atención primaria se limitaron al análisis de la consulta con el médico general e indicaron que a igual necesidad no existían diferencias en la utilización entre la población inmigrante en su conjunto<sup>29,30</sup> o procedente de PRB<sup>31</sup> y la autóctona, con datos de la ENS<sup>29,31</sup> y del registro de servicios de salud de Aragón<sup>30</sup>. No obstante, al desagregar según procedencia los resultados con datos de la ENS<sup>29,32,33</sup> y de Encuestas de Salud autonómicas<sup>34,35</sup>, no fueron concluyentes. Los inmigrantes provenientes de África mostraron un mayor uso al comparar con la población autóctona a nivel nacional<sup>29</sup>, que se mantuvo a nivel autonómico en Madrid<sup>34</sup>, pero no en Cataluña donde el uso fue menor<sup>34</sup>. Asimismo, se describió una mayor utilización por las mujeres subsaharianas a nivel nacional<sup>32</sup> y menor de las procedentes del Norte de África en Cataluña<sup>35</sup>. En la población asiática se observó menor uso de las mujeres a nivel nacional<sup>32</sup> y de

**Tabla 1**  
**Estudios de utilización de los servicios de salud basados en encuestas que comparan la población inmigrante y autóctona publicados entre 1998 y 2012**

Primer autor y año de publicación	Fuente de datos y año	Población de estudio y muestra	Definición de inmigrante	VARIABLES de ajuste*	VARIABLES de resultado	Principales resultados
Hernández-Quevedo 2009 <sup>29</sup>	Encuesta Nacional de Salud, 2003 y 2006	Inmigrantes procedentes de África, Asia, Europa del Este, Latinoamérica, América del Norte, Oceanía y Unión Europea y autóctonos mayores de 16 años n=51.086	Nacionalidad	Sexo, edad, nivel de estudios, situación laboral, ingresos, seguro privado, tamaño familiar, hábitos de vida, lugar de residencia	Consulta al médico general en el último mes (ENS 2006) y últimas dos semanas (ENS 2003)	No se encontraron diferencias entre los inmigrantes en su conjunto y autóctonos; aunque sí una mayor utilización de los inmigrantes de África y menor de los de Europa del Este respecto a los autóctonos
					Consulta al médico especialista en el último mes (ENS 2006) y últimas dos semanas (ENS 2003)	Menor utilización de los inmigrantes en su conjunto y de los inmigrantes de Asia y Latinoamérica respecto a los autóctonos
					Consulta a urgencias en el último año	Mayor utilización de los inmigrantes en su conjunto y de los inmigrantes de África y Latinoamérica, y menor de los de Europa del Este respecto a los autóctonos
					Hospitalización en el último año	Mayor ingreso hospitalario de los inmigrantes en su conjunto y de los inmigrantes de África y Latinoamérica respecto a los autóctonos
Sanz 2011 <sup>32</sup>	Encuesta Nacional de Salud, 2006	Inmigrantes procedentes de África del Norte, África Subsahariana, Asia/Oceanía, Europa del Este, Latinoamérica y Países Occidentales y autóctonos de edades entre 0 y 74 años n=26.728	País de nacimiento	Edad, nivel de estudios, clase social, ingresos, seguro privado Variables de estratificación: sexo	Consulta al médico general en el último mes	Mayor utilización de las mujeres inmigrantes de África Subsahariana y menor de las de Asia respecto a las mujeres autóctonas; menor utilización de los hombres de Europa del Este respecto a los autóctonos
					Consulta al médico especialista en el último mes	Mayor utilización de los inmigrantes (mujeres y hombres) de África Subsahariana y, menor de los del Norte de África y Latinoamérica respecto a la población autóctona
					Consulta a urgencias en el último año	Mayor utilización de las mujeres inmigrantes de África Subsahariana respecto a las mujeres autóctonas; mayor utilización de los hombres de África Subsahariana y, menor de los de Asia, Europa del Este y Latinoamérica respecto a los autóctonos
					Hospitalización en el último año	Menor ingreso hospitalario de las mujeres inmigrantes de Europa del Este respecto a las mujeres autóctonas; mayor de los hombres de África Subsahariana respecto a los autóctonos

Tabla 1 (continuación)

Primer autor y año de publicación	Fuente de datos y año	Población de estudio y muestra	Definición de inmigrante	VARIABLES DE AJUSTE*	VARIABLES DE RESULTADO	Principales resultados
Antón 2010 <sup>31</sup>	Encuesta Nacional de Salud, 2006	Inmigrantes procedentes de Unión Europea 15 y no Unión Europea 15 y autóctonos mayores de 16 años n=25.033	País de nacimiento	Sexo, edad, nivel de estudios, situación laboral, ingresos, seguro privado, tamaño familiar, estado civil, número de niños menores de 5 años, calidad del ambiente del hogar, hábitos de vida, lugar de residencia, médicos por 1000 habitantes	Consulta al médico general en el último mes	No se encontraron diferencias entre los inmigrantes de países distintos de los de la UE-15 y autóctonos
					Consulta al médico especialista en el último mes	Menor utilización de los inmigrantes de países distintos de los de la UE-15 respecto a los autóctonos
					Consulta a urgencias en el último año	Mayor utilización de los inmigrantes de países distintos de los de la UE-15 respecto a los autóctonos
					Hospitalización en el último año	No se encontraron diferencias entre los inmigrantes de países distintos de los de la UE-15 y autóctonos
Carrasco-Garrido 2009 <sup>39</sup>	Encuesta Nacional de Salud, 2006	Inmigrantes procedentes de países de renta baja y autóctonos junto a otros países de renta alta mayores de 16 años n=29.478	País de nacimiento	Sexo, edad, nivel de estudios, situación laboral, ingresos, estado civil, hábitos de vida	Consulta a urgencias en el último año	Mayor utilización de los inmigrantes de PRB respecto a los autóctonos y procedentes de otros PRA
					Hospitalización en el último año	Mayor ingreso hospitalario de los inmigrantes de PRB respecto a los autóctonos y procedentes de otros PRA
					Consulta al odontólogo en los últimos tres meses	Menor utilización de los inmigrantes de PRB respecto a los autóctonos y procedentes de otros PRA
Muñoz-de Bustillo 2010 <sup>33</sup>	Encuesta Nacional de Salud, 2006	Inmigrantes procedentes de Latinoamérica y autóctonos mayores de 16 años n=24.206	País de nacimiento	Sexo, edad, nivel de estudios, situación laboral, lugar de residencia, médicos por 1000 habitantes	Consulta al médico general en el último mes	No se encontraron diferencias entre los inmigrantes de Latinoamérica y autóctonos
					Consulta al médico especialista en el último mes	No se encontraron diferencias entre los inmigrantes de Latinoamérica y autóctonos
					Consulta a urgencias en el último año	Mayor utilización de los inmigrantes de Latinoamérica respecto a los autóctonos
					Hospitalización en el último año	Mayor ingreso hospitalario de los inmigrantes de Latinoamérica respecto a los autóctonos

**Tabla 1 (continuación)**

Primer autor y año de publicación	Fuente de datos y año	Población de estudio y muestra	Definición de inmigrante	Variables de ajuste*	Variables de resultado	Principales resultados
Regidor 2009 <sup>34</sup>	Encuesta de Salud de Cataluña, 2006; Madrid, 2005; Comunidad Valenciana, 2005; Canarias, 2004	Inmigrantes procedentes de Asia/Oceanía, África, Europa del Este, Latinoamérica y países occidentales y autóctonos mayores de 16 años n=28.379	Nacionalidad y país de origen	Sexo, edad, nivel de estudios, clase social Variables de estratificación: lugar de residencia	Consulta al médico general en los últimos 15 días en Cataluña y Madrid o en el último año en Valencia y Canarias	Menor utilización de los inmigrantes de África y Asia en Cataluña y de los de Europa del Este en la Comunidad Valenciana y, mayor de los inmigrantes de África en Madrid respecto a los autóctonos
					Consulta al médico especialista en los últimos 15 días en Cataluña y Madrid o en el último año en Valencia y Canarias	Menor utilización de los inmigrantes de Asia en Cataluña y, de Latinoamérica en Madrid y Canarias respecto a los autóctonos
					Consulta a urgencias en el último año	Mayor utilización de los inmigrantes de Latinoamérica en Cataluña y Comunidad Valenciana respecto a los autóctonos
					Hospitalización en el último año	Mayor ingreso hospitalario de los inmigrantes de África y Asia en Madrid y, menor de los de Latinoamérica en Canarias respecto a los autóctonos
Rivera 2009 <sup>38</sup>	Encuesta de Salud de Cataluña, 2006	Hijos de inmigrantes y autóctonos menores de 15 años n=203	País de origen	Sexo, edad, comprensión del idioma, escolarizado, estudios de la madre y el padre, ocupación de la madre y el padre, seguro privado, calidad del ambiente del hogar	Consulta al médico especialista en el último año	Menor utilización de los inmigrantes respecto a los autóctonos
					Consulta a urgencias en el último año	Mayor utilización de los inmigrantes respecto a los autóctonos
					Hospitalización en el último año	Mayor ingreso hospitalario de los inmigrantes respecto a los autóctonos



Tabla 1 (continuación)

Primer autor y año de publicación	Fuente de datos y año	Población de estudio y muestra	Definición de inmigrante	Variables de ajuste*	Variables de resultado	Principales resultados
Medina 2011 <sup>35</sup>	Encuesta de Salud de Cataluña, 2006	Inmigrantes procedentes de África del Norte, África Subsahariana, Asia, Europa del Este y Latinoamérica y autóctonos junto a otros países de renta alta de todas las edades n=18.126	País de origen	Nivel de estudios, clase social, seguro privado, hábitos de vida, lugar de residencia Variables de estratificación: sexo, edad	Consulta al médico general en el último año	Menor utilización de las mujeres inmigrantes del Norte de África y Asia respecto a las mujeres autóctonas y procedentes de otros PRA; menor utilización de los hombres de Asia respecto a los autóctonos y procedentes de otros PRA
					Consulta al médico especialista en el último año	Menor utilización de las mujeres inmigrantes del Norte de África, Asia y Europa del Este respecto a las mujeres autóctonas y procedentes de otros PRA; menor utilización de los hombres de África y Asia respecto a los autóctonos y procedentes de otros PRA
					Consulta a urgencias en el último año	Mayor utilización de las mujeres inmigrantes de Europa del Este y Latinoamérica respecto a las mujeres autóctonas y procedentes de otros PRA; no se encontraron diferencias entre los hombres inmigrantes y los autóctonos y procedentes de otros PRA
					Hospitalización en el último año	Mayor ingreso hospitalario de las mujeres inmigrantes de África respecto a las mujeres autóctonas y procedentes de otros PRA; menor de los hombres de Latinoamérica respecto a los autóctonos y procedentes de otros PRA
Sanz-Barbero 2011 <sup>37</sup>	Encuesta Nacional de Salud, 2006	Mujeres inmigrantes procedentes de África, Asia, Europa del Este, Latinoamérica y Países Occidentales y autóctonas de edad entre 16 y 74 años n=13.422	País de origen	Edad, nivel de estudios, clase social, ingresos, seguro privado, salud autopercebida, enfermedad crónica	Consulta preventiva (mamografía o citología vaginal) en el último año	Menor utilización de las mujeres inmigrantes de África, Europa del Este y Latinoamérica respecto a las mujeres.
Pons-Vigués 2011 <sup>36</sup>	Encuesta Nacional de Salud, 2006	Mujeres inmigrantes procedentes de países de renta baja y países de renta alta y autóctonas de edad entre 25 y 69 años n=10.093	País de origen	Edad, clase social, seguro privado, cohabitar	Consulta preventiva (mamografía o citología vaginal) en alguna ocasión	Menor utilización de las mujeres inmigrantes de PRB respecto a las mujeres autóctonas
Jiménez-Rubio 2010 <sup>41</sup>	Encuesta Nacional de Salud, 2006	Inmigrantes procedentes de África, Asia, Europa del Este, Latinoamérica, América del Norte/Oceania y autóctonos mayores de 16 años n=29.478	País de nacimiento	Sexo, edad, nivel de estudios, situación laboral, ingresos, seguro privado, hábitos de vida	Consumo de fármacos prescritos en las últimas dos semanas	Menor consumo de fármacos prescritos de los inmigrantes en su conjunto y de los inmigrantes de África y Europa del Este respecto a los autóctonos

**Tabla 2**  
**Estudios de utilización de los servicios de salud basados en registros que comparan la población inmigrante y autóctona publicados entre 1998 y 2012**

Primer autor y año de publicación	Fuente de datos y año	Población de estudio y muestra	Definición de inmigrante	Variables de ajuste*	Variables de resultado	Principales resultados
Calderón-Larrañaga, 2011 <sup>30</sup>	Registro de datos del Sistema Sanitario de Aragón de la población asignada a 3 centros, 2007	Inmigrantes y autóctonos que utilizaron los servicios de atención primaria del área de estudio durante el año 2007 n=69.067	Nacionalidad	Sexo, edad	Número de consultas al médico general por persona y año	No se encontraron diferencias entre inmigrantes y autóctonos
Cots 2002 <sup>40</sup>	Registro del Conjunto Mínimo Básico de Datos de las altas del Hospital del Mar en Barcelona, 2000	Inmigrantes procedentes de países de renta baja y autóctonos junto a otros países de renta alta que fueron dados de alta durante el año 2000 n=15.057	País de origen	Sexo, edad	Duración de la estancia hospitalaria	Menor duración de la estancia hospitalaria de los inmigrantes de PRB respecto a los autóctonos e inmigrantes de otros PRA

PRB: países de renta baja, PRA: países de renta alta. \*Todos los estudios ajustaron por variables de necesidad

ambos sexos en Cataluña<sup>34,35</sup> respecto a la población autóctona. Los resultados sobre los inmigrantes de Europa del Este señalaron menor uso en su conjunto<sup>29</sup> o de los hombres a nivel nacional<sup>29,32</sup> y de la Comunidad Valenciana<sup>34</sup>. Por último, no se encontraron diferencias en el uso entre autóctonos y latinoamericanos en ningún estudio<sup>29,32-35</sup>.

En mujeres, la realización de pruebas preventivas en salud (mamografía o citología vaginal) fue menor en las inmigrantes que en las autóctonas<sup>36</sup>. En el análisis desagregado por procedencia, también se observó un menor uso de las mujeres inmigrantes, con excepción de las asiáticas<sup>37</sup>, excepción que los autores atribuyen al insuficiente tamaño muestral de este grupo.

Los estudios sobre utilización de la atención especializada analizaron la consulta con el médico especialista y mostraron menor uso de los inmigrantes tanto en su conjunto<sup>29</sup> como los procedentes de PRB<sup>31</sup> (datos de la ENS) o en los menores de 15 años en Cataluña<sup>38</sup> (ESCA). En cambio, no fueron concluyentes los resultados de los estudios con datos de la ENS<sup>29,32,33</sup> y de encuestas de salud autonómicas<sup>34,35</sup> que compararon a los inmigrantes según su procedencia. En relación a la población procedente de África, a nivel nacional, un estudio no encontró diferencias en el uso en comparación con la población autóctona<sup>29</sup>, mientras otro, al diferenciar entre África Subsahariana y del Norte, observó mayor utilización en los primeros y menor en los segun-

**Tabla 3**  
**Estudios de determinantes del acceso a los servicios de salud de la población inmigrante publicados entre 1998 y 2012**

Primer autor y año de publicación	Fuente de datos y año	Población de estudio y muestra	Definición de inmigrante	Factores asociados	VARIABLES DE RESULTADO	Principales resultados
Jiménez-Rubio 2011 <sup>19</sup>	Encuesta Nacional de Salud, 2003 y 2006	Inmigrantes procedentes de África, Asia, Europa del Este, Latinoamérica, América del Norte, Oceanía y Unión Europea y autóctonos mayores de 16 años n=2705	Nacionalidad	Factores que predisponen (sexo, edad), factores que capacitan (nivel de estudios, situación laboral, ingresos, seguro privado), necesidades de atención (salud autopercebida, enfermedad crónica, limitación de la actividad, accidente), otros factores (comunidad autónoma de residencia)	Consulta al médico general en el último mes (ENS 2006) y últimas dos semanas (ENS 2003)	Menor uso: ser estudiante, poseer seguro privado Mayor uso: enfermedades crónicas, limitación de la actividad
					Consulta al médico especialista en el último mes (ENS 2006) y últimas dos semanas (ENS 2003)	Menor uso: ser estudiante Mayor uso: sexo femenino, poseer seguro privado, peor salud autopercebida, limitación de la actividad, accidente
					Consulta a urgencias en el último año	Mayor uso: peor salud autopercebida, enfermedades crónicas, limitación de la actividad, accidente
					Hospitalización en el último año	Menor ingreso: ser estudiante Mayor ingreso: sexo femenino, empleo doméstico, peor salud autopercebida, enfermedades crónicas, limitación de la actividad, accidente
Rodríguez Álvarez 2008 <sup>20</sup>	Encuesta de Salud del País Vasco, 2002	Inmigrantes procedentes de Norte de África, África Subsahariana, Europa del Este y Latinoamérica mayores de 15 años n=689	País de origen	Factores que predisponen (sexo, edad), factores que capacitan (nivel de estudios, tiempo de estancia en España), necesidades de atención (salud autopercebida), otros factores (hábitos de vida)	Consulta al médico (sin especificar) en alguna ocasión	Mayor uso: sexo femenino, peor salud autopercebida
					Consulta a urgencias en alguna ocasión	Menor uso: menor tiempo de estancia en España, excepto inmigrantes de África Subsahariana y Europa del Este
Torres 2007 <sup>43</sup>	Encuesta en un distrito de Madrid, 2005	Inmigrantes procedentes de Ecuador mayores de 15 años que viven en el área de influencia del centro y que han vivido más de tres meses en España n=380	País de origen	Factores que predisponen (sexo), factores que capacitan (nivel de estudios, situación laboral, tiempo de estancia en España, situación administrativa, red social), necesidades de atención (salud autopercebida), factores relativos a los servicios (dificultades en el uso de los servicios, negación de la atención médica alguna vez)	Consulta a los servicios de salud la última vez que estuvo enfermo	Menor búsqueda de atención: menor nivel de estudios

**Tabla 3**  
**continuación**

<b>Primer autor y año de publicación</b>	<b>Fuente de datos y año</b>	<b>Población de estudio y muestra</b>	<b>Definición de inmigrante</b>	<b>Factores asociados</b>	<b>Variables de resultado</b>	<b>Principales resultados</b>
Torres 2000 <sup>44</sup>	Encuesta en un distrito Madrid, 1997	Inmigrantes procedentes de países de renta baja y autóctonos mayores de 15 años que viven en el área de influencia del centro y que han vivido más de tres meses en España n=300	País de origen	Factores que predisponen (sexo, conocimiento del español), factores que capacitan (nivel de estudios, situación administrativa, tiempo de estancia en España, red social), necesidades de atención (salud autopercebida, severidad de la enfermedad), factores relativos a los servicios (dificultades en el uso de los servicios, negación de la atención médica alguna vez)	Consulta a los servicios de salud la última vez que estuvo enfermo	Menor búsqueda de atención: situación administrativa irregular
Carrasco-Garrido 2009 <sup>42</sup>	Encuesta Nacional de Salud, 2006	Inmigrantes procedentes de países de renta baja y países de renta alta y autóctonos mayores de 16 años n=2.055	País de origen	Factores que predisponen (sexo, edad), factores que capacitan (nivel de estudios, situación laboral, estado civil), necesidades de atención (salud autopercebida, enfermedad crónica), otros factores (hábitos de vida)	Consumo de fármacos (incluye: fármacos prescritos y automedicación) en las últimas dos semanas	Mayor consumo: sexo femenino, peor salud autopercebida, enfermedades crónicas

dos<sup>32</sup>. A nivel autonómico no se encontraron diferencias<sup>34</sup>, excepto en Cataluña donde los hombres africanos y mujeres del Norte de África<sup>35</sup> mostraban un menor uso. En relación a la población asiática, a nivel nacional y de Cataluña se observó una menor utilización en general<sup>29,34,35</sup> aunque no se encontraron diferencias al desagregar por sexos a nivel nacional<sup>32</sup> o en otras comunidades autónomas<sup>34</sup>. Respecto a la población de Europa del Este, a nivel nacional no se encontraron diferencias<sup>29,32</sup>, pero sí en Cataluña con un menor uso por parte de las mujeres<sup>35</sup>. En relación a la población latinoamericana, los estudios mostraron una menor utilización a nivel nacional<sup>29,32</sup>, en Madrid y Comunidad Valenciana<sup>34</sup>, mientras que otros no observaron estas diferencias ni a nivel nacional<sup>33</sup> ni de Cataluña<sup>35</sup>.

En relación a la utilización de servicios de urgencias, los estudios, basados en la ENS<sup>29,31,39</sup> y en la ESCA<sup>38</sup>, indicaron que la población inmigrante en su conjunto<sup>29</sup>, la menor de 15 años<sup>38</sup> o la procedente de PRB<sup>31,39</sup>, realizó un mayor uso que la autóctona. Al desagregar por procedencia, en los estudios con datos de la ENS<sup>29,32,33</sup> y de encuestas de salud autonómicas<sup>34,35</sup>, se observó mayor uso de las urgencias por parte de la población procedente de África respecto a la autóctona a nivel nacional<sup>29</sup>, sin embargo, no se observaron diferencias en los hombres del Norte de África<sup>32</sup> ni en Cataluña en los del Norte de África o África Subsahariana<sup>35</sup>. Tampoco se detectaron diferencias entre los inmigrantes asiáticos y autóctonos a nivel nacional<sup>29</sup> o de Cataluña<sup>35</sup>, aunque sí un menor uso por parte de los hombres a nivel nacional<sup>32</sup>. La población procedente de Europa del Este presentó mayor utilización que la autóctona a nivel nacional<sup>29</sup>, aunque un estudio describió menor utilización en hombres<sup>32</sup> y en Cataluña se observó mayor uso por parte de las mujeres, sin diferencias en hombres<sup>35</sup>. Los procedentes de Latinoamérica presentaron mayor utilización de las urgencias que los autóctonos a nivel nacional<sup>29,33</sup>, de Catalu-

ña<sup>35</sup> y Comunidad Valenciana<sup>34</sup>, aunque al desagregar por sexo se observó menor uso de los hombres a nivel nacional<sup>32</sup> y de las mujeres en Cataluña<sup>34,35</sup>.

Los diferentes estudios que analizaron el ingreso hospitalario no fueron concluyentes. Por un lado, un estudio basado en la ENS<sup>31</sup> no encontró diferencias entre inmigrantes de PRB y autóctonos. Aunque por otro lado, estudios basados en la ENS<sup>29,39</sup> y la ESCA<sup>38</sup> mostraron mayor nivel de hospitalizaciones de la población inmigrante en su conjunto<sup>29</sup> y de los menores de 15 años<sup>38</sup>, aun cuando se compararon con los autóctonos incluyendo los inmigrantes de PRA<sup>39</sup>. Por último, un estudio basado en un registro hospitalario en Cataluña observó que los inmigrantes de PRB presentaron menor duración de la estancia hospitalaria respecto a los autóctonos y otros inmigrantes de PRA<sup>40</sup>. En el análisis desagregado por áreas de procedencia, con datos de la ENS<sup>29,32,33</sup> y de Encuestas de Salud autonómicas<sup>34,35</sup>, se observó que la población procedente de África presentó mayor hospitalización a nivel nacional<sup>29</sup>, así como los hombres de África Subsahariana<sup>32</sup>, pero no se observaron diferencias en las mujeres<sup>32</sup> o con los procedentes del Norte de África<sup>32</sup>, aunque en Cataluña se observó mayor hospitalización en las mujeres<sup>35</sup>. En la población asiática no se observaron diferencias a nivel nacional<sup>29</sup> aunque sí en Madrid<sup>34</sup>, con una mayor hospitalización cuando se analizó junto con la procedente de África. En los procedentes de Europa del Este un estudio no observó diferencias a nivel nacional<sup>29</sup> y otro mostró menos hospitalizaciones en las mujeres<sup>32</sup>. Los resultados en relación a la población latinoamericana indicaron mayor hospitalización a nivel nacional<sup>29,33</sup>, aunque a nivel autonómico era menor en Canarias<sup>34</sup> y de los hombres en Cataluña<sup>35</sup>.

El único estudio que analizaba la consulta al odontólogo, basado en la ENS, mostró menor utilización por parte de la población inmigrante respecto a la autóctona<sup>39</sup>. Por

último, el estudio que analizó el consumo de fármacos prescritos, basado en la ENS, identificó menor consumo en la población inmigrante en conjunto respecto a la autóctona. Sin embargo, en el mismo estudio, al desagregar por procedencia no se encontraron diferencias respecto a la población latinoamericana y asiática<sup>41</sup>.

Los determinantes del acceso de la población inmigrante se analizaron tanto en estudios cuantitativos como cualitativos. Los primeros exploraron factores relativos a la población, principalmente de carácter socio-demográfico (tabla 3) y los segundos identificaron barreras en el acceso no analizadas en los estudios anteriores y relacionadas tanto con los servicios de salud como con la población inmigrante (tabla 4).

Los resultados de los pocos estudios cuantitativos encontrados identificaron diversos determinantes del acceso además de la necesidad en salud. Estos determinantes fueron diferentes según se analizó o no el uso en conjunto, por niveles asistenciales o la búsqueda de atención sanitaria y según si tomaron la población inmigrante en conjunto o desagregaron por procedencia. Además, los factores analizados fueron distintos según la fuente de datos utilizada.

En primer lugar, en el análisis de la utilización de los servicios en su conjunto, con datos de la ESCAV<sup>20</sup>, el sexo femenino se asoció a una mayor utilización<sup>20</sup>. En segundo lugar, los estudios que hicieron un análisis por niveles asistenciales, con datos de la ENS<sup>19,42</sup> y de la ESCAV<sup>20</sup> observaron que los determinantes eran diferentes según el nivel asistencial. En atención primaria, la posesión de seguro privado y ser estudiante se asociaron a un menor uso<sup>19</sup>. En atención especializada se asociaron a una mayor utilización ser mujer y tener un seguro privado<sup>19</sup>, mientras que ser estudiante se asoció a un menor uso<sup>19</sup>. En la utilización de urgencias se asoció a mayor utilización ser estudiante<sup>19</sup>, mientras que menor tiempo de estancia

en España se asoció a un menor uso de los inmigrantes en su conjunto<sup>20</sup> pero a mayor uso en los procedentes de África Subsahariana y los de Europa del Este. En relación a las hospitalizaciones se asoció el sexo femenino<sup>19</sup> a una mayor frecuencia y ser estudiante<sup>19</sup> a una menor. No obstante, ninguno de estos estudios, donde el sexo femenino se asoció a mayor uso, había excluido los diagnósticos relativos a procedimientos obstétricos. En el análisis del consumo de fármacos prescritos se asoció el sexo femenino<sup>42</sup> a un mayor consumo. Finalmente, en la búsqueda de la atención sanitaria, el nivel bajo de estudios<sup>43</sup> y la situación administrativa irregular<sup>44</sup> se asociaron a una menor búsqueda en las encuestas a población inmigrante<sup>43,44</sup>.

Respecto a las necesidades de atención, los resultados a partir de la ENS<sup>19,42</sup> y la ESCAV<sup>20</sup>, fueron consistentes y mostraron una asociación entre percibir la salud como regular o mala<sup>19,20,42</sup>, padecer enfermedades crónicas<sup>19,42</sup>, la limitación de la actividad diaria<sup>19</sup> o haber sufrido un accidente<sup>19</sup> y un mayor uso de los servicios de salud en su conjunto y también por niveles asistenciales. Por otra parte, los resultados de un estudio cualitativo<sup>22</sup> señalaron que los adultos solo buscaron atención en caso de enfermedad grave, aunque para los niños lo hacían cada vez que presentaban una enfermedad.

Los estudios cualitativos señalaron otras barreras en el acceso a los servicios relacionadas con los usuarios, percibidas por profesionales<sup>21</sup> y usuarios<sup>21,22</sup>: las dificultades para empadronarse como requisito para la obtención de la tarjeta sanitaria, particularmente en inmigrantes con situación administrativa irregular por el miedo a registrarse<sup>22</sup>, el desconocimiento de los circuitos y formas de acceso a los servicios, las condiciones laborales precarias, junto a la incompatibilidad entre los horarios laborales y de los servicios de salud, por la dificultad para obtener permisos para acudir a consulta<sup>21,22</sup>, más frecuentemente para los inmigrantes en situación administrativa irregular, especial-

**Tabla 4**  
**Estudios cualitativos sobre acceso a la atención de la población inmigrante publicados entre 1998 y 2012**

Primer autor y año de publicación	Técnica de recogida de información y año	Área de estudio	Población de estudio	Principales resultados
Ramos 2001 <sup>21</sup>	14 entrevistas semiestructuradas	Mallorca	Inmigrantes procedentes de Norte de África, África Subsahariana, Asia, Europa del Este y Latinoamérica	Barreras en el acceso desde la perspectiva del inmigrante: dificultades de comunicación relacionadas con el idioma, no poseer tarjeta sanitaria, condiciones laborales precarias
	3 grupos focales 3 grupo nominales 2000		Profesionales de atención primaria y secundaria y directivos	Barreras en el acceso desde la perspectiva del profesional: dificultades de comunicación relacionadas con el idioma, desconocimiento del sistema de salud, insuficiencia de recursos sanitarios y sobrecarga de trabajo, aplicación diferente de la normativa y diferencias en las actuaciones según los centros sanitarios
Terraza 2010 <sup>22</sup>	Entrevistas semiestructuradas (18), 2008	Barcelona	Inmigrantes en situación administrativa regular e irregular procedentes de Ecuador mayores de 18 años	Factores relacionados con la población: conocimiento del idioma local, obtención de la tarjeta sanitaria, condiciones laborales precarias, conocimiento del sistema de salud, actitudes de la población, necesidades de atención y uso de los servicios Factores relacionados con los servicios de salud: documentación necesaria para la obtención de la tarjeta sanitaria, organización de la prestación, percepción de calidad técnica del personal limitada, suministro de información, horarios de los centros, gratuidad de la asistencia en el punto de dispensación y proximidad de los centros de atención primaria

mente en el acceso a la AE<sup>21</sup>. Se identificaron como facilitadores del acceso a la atención sanitaria hablar el idioma local y la red social del inmigrante<sup>22</sup>, incluyendo las ONGs como mediadoras.

Los factores relativos a los servicios de salud, de carácter organizativo y estructural, fueron analizados exclusivamente en los estudios cualitativos. Se señalaron como barreras la insuficiente provisión de información sobre los servicios y la tarjeta sanitaria<sup>22</sup>, así como los requisitos exigidos

para la obtención de esta última<sup>22</sup> y la aplicación diferente de las normativas<sup>21</sup>, la insuficiencia de recursos sanitarios por el incremento del volumen de la población<sup>21</sup>, horarios de atención incompatibles con los laborales<sup>21,22</sup> y una limitada calidad percibida, sobre todo en AP<sup>22</sup>. Como facilitadores del acceso se señalaron la gratuidad de la asistencia en el punto de dispensación, la posibilidad de acceder a través del servicio de urgencias para inmigrantes en situación administrativa irregular<sup>21</sup> y la proximidad de los centros de AP<sup>22</sup>.

## DISCUSIÓN

A pesar de la aparente abundancia de artículos que abordan la utilización de los servicios de salud por parte de la población inmigrante, los resultados muestran una relativa escasez de estudios que tengan en cuenta la necesidad de atención sanitaria. Los estudios suelen analizar a la población inmigrante en su conjunto y pocos diferencian según su procedencia, el nivel de desagregación suele ser por continentes o subcontinentes. Estos resultados se deben interpretar con cautela debido a que algunos grupos poblacionales están infrarrepresentados. Por otra parte, son pocos los estudios que exploran los determinantes del acceso de la población inmigrante y se centran en el análisis de características sociodemográficas sin analizar los factores relativos a los servicios de salud, excepto los dos estudios cualitativos<sup>21,22</sup>.

Los estudios existentes parecen señalar que inmigrantes y autóctonos acceden de manera diferente a los distintos niveles de atención ante una misma necesidad y que el sentido de estas diferencias varía según el lugar de procedencia del inmigrante. En el caso de la utilización de la atención primaria no se observan diferencias entre los autóctonos e inmigrantes considerados en su conjunto, lo que podría indicar un acceso equitativo a los servicios y el buen desempeño del sistema nacional de salud español, dado que el acceso fue universal hasta 2012, lo que es consistente con otros análisis<sup>23,45</sup>. No obstante, los estudios que desagregan según la procedencia de la población inmigrante, muestran un menor acceso de sujetos de determinados orígenes a este nivel asistencial como la población de Europa del Este<sup>29,32,34</sup> o de origen africano y asiático<sup>34,35</sup>. Las diferencias más importantes se observan en el menor uso de la atención especializada, mostrando diferencias en el acceso al médico especialista relacionadas con la condición de inmigrante, también en línea con los resultados de estudios en con-

textos nacionales<sup>23</sup> e internacionales<sup>46,47</sup> que podría señalar barreras en el acceso de tipo socioeconómico. Asimismo, la mayor utilización de urgencias de los inmigrantes es consistente con las conclusiones a nivel internacional<sup>48</sup> y con las barreras en el acceso relacionadas con la organización de los servicios, como los horarios de atención incompatibles con el horario laboral de los trabajadores inmigrantes<sup>22</sup>. Cabe destacar que los resultados de los análisis a nivel nacional y autonómico no son concluyentes, ya que se observan diferencias en el acceso según la comunidad autónoma. Así en Cataluña parecería existir un menor acceso de la población inmigrante a la atención primaria y especializada que no se ha encontrado en otras comunidades autónomas y que podrían estar señalando condiciones de acceso diferente.

La literatura internacional apunta a la importancia de analizar a la población inmigrante de forma desagregada, ya que se trata de una población heterogénea<sup>49</sup>. Son pocos los estudios identificados que analizan la utilización según la procedencia y los que lo hacen, utilizan distintos criterios (país de origen/nacimiento, nacionalidad) y amplias áreas geográficas (países de renta alta/baja; continentes o subcontinentes). A pesar de los diferentes enfoques, en los estudios disponibles se observa diferencias en la utilización de servicios sanitarios entre grupos de inmigrantes, las cuales podrían ser consecuencia de sus diferentes perfiles socioeconómicos y/o culturales<sup>13</sup>, aunque también es posible que se deban a una actuación diferente del sistema de salud frente a los diferentes grupos, según su procedencia, por ejemplo, por diferencias en la comunicación con el paciente inmigrante o actitudes de discriminación, ya sea a nivel institucional o individual<sup>50,51</sup>.

Los estudios que analizan los determinantes parecen indicar que existen factores que determinan el acceso, distintos de la necesidad de atención relativos a la pobla-



ción inmigrante y a los servicios de salud. Estos factores, no obstante, han sido limitadamente explorados y a partir de diversas aproximaciones y fuentes de información, lo que dificulta la extracción de conclusiones. Se han explorado de forma mayoritaria los relativos a la población inmigrante de carácter sociodemográfico, mientras que los relacionados con los servicios de salud solo fueron analizados en los estudios cualitativos.

Los resultados parecen indicar que una gran parte de los factores que determinan el acceso de la población inmigrante son de carácter socioeconómico y similares a los de la población autóctona, por ejemplo, tener seguro privado<sup>52</sup> o el nivel de estudios<sup>53</sup> en el acceso a la atención especializada, y señalan la existencia de barreras socioeconómicas, indicando desigualdades sociales en el acceso en ambas poblaciones. Por otro lado, la asociación de una menor búsqueda de atención de la población inmigrante en situación administrativa irregular junto con el miedo a registrarse en instituciones oficiales podría indicar su carácter determinante, aun en contextos donde el acceso es universal<sup>54</sup>, como señalan los estudios realizados en países con sistemas de salud análogos<sup>55,56</sup>.

Resulta evidente, sin embargo, la ausencia de análisis del peso de otros factores que son identificados en los estudios cualitativos, como el conocimiento de los circuitos y formas de acceso, las condiciones laborales de la población inmigrante o dificultades para la obtención de tarjeta sanitaria, a pesar de que la mayoría de autores que adoptan un abordaje cuantitativo destacan su importancia en la discusión de los resultados. Asimismo, existe una falta de consideración en los estudios cuantitativos existentes de factores relativos a los servicios de salud, sus características estructurales y organizativas y otros aspectos de las políticas que influyen en el acceso, que también emergen en los estudios cualitativos, por ejemplo los requi-

sitos de acceso (posesión de tarjeta sanitaria), insuficiente información u horarios de atención incompatibles con los laborales. Es precisamente sobre estos determinantes donde más pueden incidir las políticas para mejorar el acceso de la población vulnerable, de acuerdo a la evidencia en otros entornos<sup>57-59</sup>. Cabe destacar que se encontraron muy pocos estudios que abordaran el acceso de los inmigrante con metodología cualitativa, a pesar de las críticas que el análisis cuantitativo del acceso ha recibido por no conseguir describirlo adecuadamente. En los modelos, una parte considerable de la varianza de la utilización de los servicios permanece sin explicar<sup>58,60,61</sup> y algunos autores recomiendan abordar el tema también desde un enfoque cualitativo<sup>32,34</sup>.

El estudio presenta algunas limitaciones. En primer lugar, sería posible que se hayan ignorado estudios relevantes especialmente con una aproximación cualitativa, dado que solamente se ha buscado en dos bases de datos y no se ha incluido literatura gris. Sin embargo, las consultadas son de referencia internacional y nacional y es de esperar que sean pocos los estudios omitidos. En segundo lugar, la aplicación de un límite temporal que podría haber excluido algún estudio relevante para la revisión; sin embargo, como el fenómeno de la inmigración comenzó a cobrar relevancia en las dos últimas décadas en España y ninguno de los estudios identificados es anterior al año 2000, es poco probable que se haya excluido algún estudio relevante por este motivo.

La principal conclusión del estudio es que el acceso a la atención de la población inmigrante en España ha sido limitadamente abordado en las investigaciones y se ha hecho con aproximaciones diferentes, por ejemplo, en la definición de los grupos de inmigrantes o en el tipo de determinantes del acceso, así como con diferente representatividad de las muestras, por lo que los resultados han de interpretarse con cautela. No obstante, se observa una tendencia a dife-

rencias en la utilización entre la población inmigrante en su conjunto y la autóctona: menor utilización de la atención especializada o mayor utilización de las urgencias, a pesar de que los resultados varían según el lugar de procedencia y la comunidad autónoma de residencia. Asimismo, los estudios apuntan a la existencia de factores socioeconómicos distintos a la necesidad de atención que determinan el acceso de los inmigrantes a los servicios de salud y que necesitarían ser explorados en mayor profundidad.

Futuros estudios deberían profundizar en las diferencias según la procedencia, para identificar a los grupos más vulnerables a experimentar un inadecuado acceso a los diferentes niveles de atención y profundizar en los factores determinantes, especialmente los relacionados con las políticas y características de servicios, tanto desde una perspectiva cuantitativa como cualitativa. Asimismo, se deberían analizar los efectos de los cambios introducidos en el sistema de salud en el contexto de la crisis económica, -reducción del gasto, limitación de la atención a inmigrantes en situación administrativa irregular- en el acceso a la atención de la población más vulnerable, entre ella la de los inmigrantes.

## BIBLIOGRAFÍA

1. Instituto Nacional de Estadística. Estadística del Padrón Continuo. Datos provisionales a 1 de enero de 2013. Disponible en: <http://www.ine.es/prensa/np776.pdf>.
2. Observatorio Permanente de la Inmigración, Ministerio de Empleo y Seguridad Social. Extranjeros con certificado de registro o tarjeta de residencia en vigor. Disponible en: <http://www.empleo.gob.es/es/estadisticas/resumenweb/RUD.pdf>.
3. Departament de Salut. Pla Director d'Immigració en l'àmbit de la salut. Disponible en: [http://www.bcn.cat/novaciutadania/pdf/ca/salut/plans/PladirectorImmiiSalut2006\\_ca.pdf](http://www.bcn.cat/novaciutadania/pdf/ca/salut/plans/PladirectorImmiiSalut2006_ca.pdf).
4. Uretsky MC, Mathiesen SG. The effects of years lived in the United States on the general health status of California's foreign-born populations. *J Immigrant Health*. 2007; 9:125-36.
5. Ribera B, Casal B, Cantarero D, Pascual M. Adaptación de los servicios de salud a las características específicas y de utilización de los nuevos españoles. *Gac Sanit*. 2008; 22:86-95.
6. Mladovsky P. Migration and health in the EU. Disponible en: [http://ec.europa.eu/employment\\_social/social\\_situation/docs/rn\\_migration\\_health.pdf](http://ec.europa.eu/employment_social/social_situation/docs/rn_migration_health.pdf).
7. Fennelly K. The "healthy migrant" effect. *Minn Med*. 2007; 90:51-3.
8. McDonald JT, Kennedy S. Insights into the 'healthy immigrant effect': health status and health service use of immigrants to Canada. *Soc Sci Med*. 2004; 59:1613-27.
9. Ahonen EQ, Benavides FG, Benach J. Immigrant populations, work and health - a systematic literature review. *Scand J Work Environ Health*. 2007; 33:96-104.
10. Gushulak B, Pace P, Weekers J. Migration and health of migrants. En: WHO Regional Office for Europe, editor. *Poverty and Social Exclusion in the WHO European Region: Health systems respond*. Copenhagen: WHO Regional Office for Europe; 2010. p. 257-281.
11. Carrasquillo O, Carrasquillo AI, Shea S. Health insurance coverage of immigrants living in the United States: differences by citizenship status and country of origin. *Am J Public Health*. 2000; 90:917-23.
12. Delvaux T, Buekens P, Godin I, Boutsen M. Barriers to prenatal care in Europe. *Am J Prev Med*. 2001; 21:52-9.
13. Derose KP, Bahney BW, Lurie N, Escarce JJ. Review: immigrants and health care access, quality, and cost. *Med Care Res Rev*. 2009; 66:355-408.
14. Cuadra CB. Right of access to health care for undocumented migrants in EU: a comparative study of national policies. *Eur J Public Health*. 2012; 22:267-71.
15. Daponte Codina A, Bolívar Muñoz J, García Calvente MM. *Las desigualdades sociales en salud*. 1a ed. Granada: Escuela Andaluza de Salud Pública; 2008.
16. Burón A, Cots F, García O, Vall O, Castells X. Hospital emergency department utilisation rates among the immigrant population in Barcelona, Spain. *BMC Health Serv Res*. 2008; 8:51.

17. Rué M, Cabré X, Soler J, Bosch A, Almirall M, Serna MC. Emergency hospital services utilization in Lleida (Spain): A cross-sectional study of immigrant and Spanish-born populations. *BMC Health Serv Res.* 2008; 8.
18. Pérez-Rodríguez MM, Baca-García E, Quintero-Gutiérrez FJ, González G, Saiz-González D, Botillo C, et al. Demand for psychiatric emergency services and immigration. Findings in a Spanish hospital during the year 2003. *Eur J Public Health.* 2006; 16:383-7.
19. Jiménez-Rubio D, Hernández-Quevedo C. Inequalities in the use of health services between immigrants and the native population in Spain: what is driving the differences? *Eur J Health Econ.* 2011; 12:17-28.
20. Rodríguez Álvarez E, Lanborena Elordui N, Pereda Riguera C, Rodríguez Rodríguez A. Impacto en la utilización de los servicios sanitarios de las variables sociodemográficas, estilos de vida y autovaloración de la salud por parte de los colectivos de inmigrantes del País Vasco, 2005. *Rev Esp Salud Publica.* 2008; 82:209-20.
21. Ramos JM, García R, Prieto MA, March JC. Problemas y propuestas de mejora en la atención sanitaria a los inmigrantes económicos. *Gac Sanit.* 2001; 15:320-6.
22. Terraza-Núñez R, Toledo D, Vargas I, Vázquez ML. Perception of the Ecuadorian population living in Barcelona regarding access to health services. *Int J Public Health.* 2010; 55:381-90.
23. Carmona R, Alcázar-Alcázar R, Sarría-Santamera A, Regidor E. Frecuentación de las consultas de medicina general y especializada por población inmigrante y autóctona: una revisión sistemática. *Rev Esp Salud Publica.* 2014; 88:135-55.
24. Aday LA, Andersen RM. A framework for the study of access to medical care. *Health Serv Res.* 1974; 9:208-20.
25. Aday LA, Andersen RM. Theoretical framework for the study of access to medical care. *Health Serv Res.* 1993;208-22.
26. Levac D, Colquhoun H, O'Brien KK. Scoping studies: advancing the methodology. *Implement Sci.* 2010; 5:69.
27. Arksey H, O'Malley L. Scoping studies: towards a methodological framework. *J Soc Res Methodol.* 2005; 8:19-32.
28. Valderasa JM, Mendivila J, Parada A. Construcción de un filtro geográfico para la identificación en PubMed de estudios realizados en España. *Rev Esp Cardiol.* 2006; 59:1244-51.
29. Hernández-Quevedo C, Jiménez-Rubio D. A comparison of the health status and health care utilization patterns between foreigners and the national population in Spain: new evidence from the Spanish National Health Survey. *Soc Sci Med.* 2009; 69:370-8.
30. Calderón-Larrañaga A, Gimeno-Feliu LA, Macipe-Costa R, Poblador-Plou B, Bordonaba-Bosque D, Prados-Torres A. Primary care utilisation patterns among an urban immigrant population in the Spanish National Health System. *BMC Public Health.* 2011; 11:432.
31. Antón JI, Muñoz de Bustillo R. Health care utilisation and immigration in Spain. *Eur J Health Econ.* 2010; 11:487-98.
32. Sanz B, Regidor E, Galindo S, Pascual C, Lostao L, Díaz JM, et al. Pattern of health services use by immigrants from different regions of the world residing in Spain. *Int J Public Health.* 2011; 56:567-76.
33. Muñoz de Bustillo R, Antón Pérez JI. Utilización de los servicios públicos de salud por parte de la población inmigrante latinoamericana en España. *Salud Publica Mex.* 2010; 52:357-63.
34. 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. *Gac Sanit.* 2009; 23:4-11.
35. Medina C, Salvador X, Faixedas MT, Gallo P. Patrones de utilización de los servicios sanitarios en Cataluña. *Med Clin (Barc).* 2011; 137:42-8.
36. Pons-Vigués M, Puigpinós-Riera R, Rodríguez-Sanz M, Serral G, Palencia L, Borrell C. Preventive control of breast and cervical cancer in immigrant and native women in Spain: the role of country of origin and social class. *Int J Health Serv.* 2011; 41:483-99.
37. Sanz-Barbero B, Regidor E, Galindo S. Impact of geographic origin on gynecological cancer screening in Spain. *Rev Saude Publica.* 2011; 45:1019-26.
38. Rivera B, Casal B, Currais L. Estado de salud y frecuentación de los servicios sanitarios de los menores hijos de inmigrantes. *Gac Sanit.* 2009; 23:53-6.
39. Carrasco-Garrido P, Jiménez-García R, Barrera VH, López de Andrés A, Gil de Miguel A. Significant differences in the use of healthcare resources of native-born and foreign born in Spain. *BMC Public Health.* 2009; 9:201.
40. Cots F, Castells X, Ollé C, Manzanera R, Varela J, Vall O. Perfil de la casuística hospitalaria de la población inmigrante en Barcelona. *Gac Sanit.* 2002; 16:376-84.

41. Jiménez-Rubio D, Hernández-Quevedo C. Explaining the demand for pharmaceuticals in Spain: are there differences in drug consumption between foreigners and the Spanish population? *Health Policy*. 2010; 97:217-24.
42. Carrasco-Garrido P, Jiménez-García R, Hernández Barrera V, López de Andrés A, Gil de Miguel A. Patterns of medication use in the immigrant population resident in Spain: associated factors. *Pharmacoepidemiol Drug Saf*. 2009; 18:743-50.
43. Torres-Cantero AM, Miguel AG, Gallardo C, Ippolito S. Health care provision for illegal migrants: may health policy make a difference? *Eur J Public Health*. 2007; 17:483-5.
44. Torres AM, Sanz B. Health care provision for illegal immigrants: should public health be concerned? *J Epidemiol Community Health*. 2000; 54:478-9.
45. Hjern A, Haglund B, Persson G, Rosen M. Is there equity in access to health services for ethnic minorities in Sweden? *Eur J Public Health*. 2001; 11:147-52.
46. Morris S, Sutton M, Gravelle H. Inequity and inequality in the use of health care in England: an empirical investigation. *Soc Sci Med*. 2005; 60:1251-66.
47. Smaje C, Grand JL. Ethnicity, equity and the use of health services in the British NHS. *Soc Sci Med*. 1997; 45:485-96.
48. Norredam M, Mygind A, Nielsen AS, Bagger J, Krasnik A. Motivation and relevance of emergency room visits among immigrants and patients of Danish origin. *Eur J Public Health*. 2007; 17:497-502.
49. Stronks K, Ravelli AC, Reijneveld SA. Immigrants in the Netherlands: equal access for equal needs? *J Epidemiol Community Health*. 2001; 55:701-7.
50. Meeuwesen L, Harmsen JA, Bernsen RM, Bruijnzeels MA. Do Dutch doctors communicate differently with immigrant patients than with Dutch patients? *Soc Sci Med*. 2006; 63:2407-17.
51. Worth A, Irshad T, Bhopal R, Brown D, Lawton J, Grant E, et al. Vulnerability and access to care for South Asian Sikh and Muslim patients with life limiting illness in Scotland: prospective longitudinal qualitative study. *BMJ*. 2009; 338:b183.
52. Borrell C, Fernandez E, Schiaffino A, Benach J, Rajmil L, Villalbi JR, et al. Social class inequalities in the use of and access to health services in Catalonia, Spain: what is the influence of supplemental private health insurance? *Int J Qual Health Care*. 2001; 13:117-25.
53. Regidor E, Martinez D, Calle ME, Astasio P, Ortega P, Dominguez V. Socioeconomic patterns in the use of public and private health services and equity in health care. *BMC Health Serv Res*. 2008; 8:183.
54. Human for Undocumented Migrants and asylum seekers. Access to health care for undocumented migrants and asylum seekers in ten EU countries. Law and practice. Disponible en: [http://www.episouth.org/doc/r\\_documents/Rapport\\_huma-network.pdf](http://www.episouth.org/doc/r_documents/Rapport_huma-network.pdf).
55. Magalhaes L, Carrasco C, Gastaldo D. Undocumented migrants in Canada: a scope literature review on health, access to services, and working conditions. *J Immigr Minor Health*. 2010; 12:132-51.
56. Dias SF, Severo M, Barros H. Determinants of health care utilization by immigrants in Portugal. *BMC Health Serv Res*. 2008; 8:207.
57. Andersen RM, Giachello AL, Aday LA. Access of hispanics to health care and cuts in services: a state of the art overview. *Public Health Reports*. 1986; 101:238-52.
58. Mayberry RM, Mili F, Ofili E. Racial and ethnic differences in access to medical care. *Med Care Res Rev*. 2000; 57:108-45.
59. Scheppers E, van Dongen E, Dekker J, Geertzen J, Dekker J. Potential barriers to the use of health services among ethnic minorities: a review. *Fam Pract*. 2006; 23:325-48.
60. Ricketts TC, Goldsmith LJ. Access in health services research: the battle of the frameworks. *Nurs Outlook*. 2005; 53:274-80.
61. Dixon-Woods M, Cavers D, Agarwal S, Annandale E, Arthur A, Harvey J, et al. Conducting a critical interpretive synthesis of the literature on access to healthcare by vulnerable groups. *BMC Med Res Methodol* 2006; 6:35.