

Original

# La perspectiva de personas migrantes sobre el acceso a la atención sanitaria en el contexto de políticas de austeridad en Andalucía



Ainhoa Ruiz-Azarola<sup>a,b,\*</sup>, María Escudero Carretero<sup>a,b,c</sup>, Luis Andrés López-Fernández<sup>a,b</sup>, Eugenia Gil García<sup>d</sup>, Joan Carles March Cerdà<sup>a,b,c</sup> y Daniel López Jaramillo<sup>e</sup>

<sup>a</sup> Escuela Andaluza de Salud Pública, Granada, España

<sup>b</sup> CIBER de Epidemiología y Salud Pública (CIBERESP), España

<sup>c</sup> Instituto de Investigación Biosanitaria de Granada, Granada, España

<sup>d</sup> Departamento de Enfermería, Universidad de Sevilla, Sevilla, España

<sup>e</sup> Consultoría Independiente en Investigación Social, Barcelona, España

## INFORMACIÓN DEL ARTÍCULO

### Historia del artículo:

Recibido el 13 de febrero de 2018

Aceptado el 18 de septiembre de 2018

On-line el 13 de diciembre de 2018

### Palabras clave:

Accesibilidad a los servicios de salud

Emigración e inmigración

Investigación cualitativa

Recesión económica

Participación de pacientes

## R E S U M E N

**Objetivo:** Conocer la valoración de personas migrantes sobre su acceso al sistema sanitario tras la entrada en vigor del Real Decreto-Ley 16/2012 y sobre el efecto que han podido producir los recortes económicos en dicho acceso.

**Método:** Estudio cualitativo fenomenológico con entrevistas semiestructuradas, realizado en Andalucía, en dos fases (2009-2010 y 2012-2013), con 36 participantes. Se segmentó la muestra por tiempo de estancia, nacionalidad y ámbito de residencia. Las nacionalidades de las personas migrantes son Bolivia, Marruecos y Rumanía.

**Resultados:** Como elementos facilitadores del acceso en ambas fases se identifican la situación administrativa regular, la posesión de tarjeta sanitaria individual, el conocimiento del idioma, las redes sociales y la información. Los resultados muestran diferencias en el acceso a la atención sanitaria de las personas migrantes antes y después de la aplicación del RDL 16/2012, en el marco de las políticas de austeridad. En la segunda fase se agravan algunas barreras de acceso, como los tiempos de espera y la incompatibilidad de horarios, y empeoran las condiciones socioeconómicas y administrativas de las personas participantes.

**Conclusiones:** El diseño de políticas económicas y de regulación de la atención sanitaria debería tener en cuenta las barreras y los facilitadores de acceso como ejes fundamentales de la protección de la salud de las personas migrantes y, por ende, de la población general.

© 2018 SESPAS. Publicado por Elsevier España, S.L.U. Este es un artículo Open Access bajo la licencia CC BY-NC-ND (<http://creativecommons.org/licenses/by-nc-nd/4.0/>).

## The perspective of migrants on access to health care in the context of austerity policies in Andalusia (Spain)

### A B S T R A C T

**Objective:** To conduct an assessment of migrant people regarding their access to the health system following entry into force of Royal Decree-Law 16/2012 along with the impact of economic cuts on such access.

**Method:** Qualitative phenomenological study with semi-structured interviews, conducted in Andalusia (Spain), in two phases (2009-2010 and 2012-2013), with 36 participants. The sample was segmented by length of stay, nationality and area of residence. The nationalities of origin are Bolivia, Morocco and Romania.

**Results:** Elements facilitating access in both periods: regular administrative situation, possession of Individual Health Card, knowledge of the language, social networks and information. The results show differences in access to health care for migrants before and after the enforcement of the RDL 16/2012, within austerity policies. In the second period, access barriers such as waiting times or incompatibility of schedules are aggravated and the socio-economic and administrative conditions of participants worsen.

**Conclusions:** The design of policies, economic and regulatory health care, should take into account barriers and facilitators of access as fundamental main points of health protection for migrants and, therefore, for the general population.

© 2018 SESPAS. Published by Elsevier España, S.L.U. This is an open access article under the CC BY-NC-ND license (<http://creativecommons.org/licenses/by-nc-nd/4.0/>).

### Keywords:

Health services accessibility

Emigration and immigration

Qualitative research

Economic recession

Patient participation

\* Autora para correspondencia.

Correo electrónico: [ainhoa.ruiz.easp@juntadeandalucia.es](mailto:ainhoa.ruiz.easp@juntadeandalucia.es) (A. Ruiz-Azarola).

## Introducción

La Constitución Española (1978), la Ley 14/1986, de 25 de abril, General de Sanidad, la Ley Orgánica 4/2000, de 11 de enero, sobre derechos y libertades de los extranjeros en España y su integración social, y la Ley 33/2011, de 4 de octubre, General de Salud Pública, otorgan el derecho a la asistencia sanitaria a toda la ciudadanía española, así como a la población extranjera residente o empadronada. Hasta el año 2012, el acceso a la asistencia sanitaria se caracterizaba fundamentalmente por la sencillez de los trámites administrativos, la gratuidad y la atención de urgencias garantizada para toda la ciudadanía<sup>1</sup>. Una revisión sistemática publicada en el año 2009 sobre el acceso al sistema sanitario en Europa mostraba mejores resultados en España que la media europea<sup>2</sup>. El sistema sanitario español ha ido adaptándose a las nuevas demandas sanitarias originadas por las dinámicas migratorias<sup>3,4</sup>, siendo uno de los más integradores del mundo desde la perspectiva de su acceso universal y gratuito<sup>5,6</sup>.

La publicación del Real Decreto-Ley 16/2012 (RDL 16/2012) modificó el acceso a la condición de persona beneficiaria, incluyendo el concepto de asegurado/a<sup>5</sup>. El carácter descentralizado del sistema sanitario español implicó diferente aplicación de dicha normativa en las autonomías, en paralelo a las diferencias existentes en los servicios sanitarios y su financiación<sup>7,8</sup>.

Andalucía es uno de los territorios españoles que ha recibido más personas migrantes (más de medio millón entre 2004 y 2011, según la Agencia Eurostat<sup>9</sup>), y la crisis ha tenido aquí una repercusión más significativa en la financiación y los recursos sanitarios<sup>10,11</sup>, generando impactos específicos sobre la población migrante<sup>2</sup>. Sin embargo, se mantuvo y reconoció el derecho a la asistencia sanitaria de toda la población en el Sistema Sanitario Público Andaluz, con cobertura de la totalidad de la cartera de servicios. Para las personas migrantes se dispuso la posibilidad de obtener una tarjeta sanitaria individual (TSI) temporal, por un período de 1 a 12 meses, prorrogable<sup>12</sup>.

Durante la última década, los cambios legislativos y la crisis económica han afectado seriamente al derecho y la salud de las personas migrantes también en España<sup>13,14</sup> y en el contexto europeo<sup>15–17</sup>. Estudios realizados en países con mayor tradición inmigratoria, como el Reino Unido o Canadá, reflejan una peor salud y una menor esperanza de vida en la población migrante<sup>18</sup>. Entre las causas se identifican peores condiciones socioeconómicas e incapacidad de los servicios sanitarios para adaptarse a las necesidades específicas de este colectivo. En nuestro contexto se evidencia también la vulnerabilidad de la población migrante por ser un colectivo con riesgo de exclusión de los servicios de salud, tanto por sus determinantes de salud —bajo poder adquisitivo o condiciones de vida y laborales precarias— como por las desigualdades en el acceso a los servicios —barreras idiomáticas, culturales y religiosas, y desconocimiento del funcionamiento del sistema sanitario<sup>19,20</sup>.

Esta situación de vulnerabilidad de la casi totalidad de la población migrante<sup>13</sup>, la pérdida del efecto del «migrante sano» (que confirma una mejor salud de la población migrante frente a la nativa en los primeros momentos de llegada)<sup>21–23</sup> y el mantenimiento de percepciones de discriminación y trato diferenciado por parte de las personas migrantes<sup>24,25</sup> dificultan su acceso al sistema sanitario.

Para estudiar dicho acceso, uno de los modelos teóricos más consolidados y explicativos es el de Aday y Andersen<sup>26</sup>, que diferencia entre acceso potencial (factores que determinan el uso de los servicios) y acceso real (utilización efectiva de los servicios de salud). Para valorar los determinantes del acceso, este modelo distingue entre factores que predisponen (como los relacionados con la organización del sistema y los servicios, así como los sociodemográficos, creencias, actitudes y conocimientos sobre los servicios) y los factores que capacitan (como la situación laboral, la cobertura sanitaria y los relativos a los servicios sanitarios y las políticas sanitarias).

Existen importantes estudios sobre el acceso de las personas migrantes a la atención sanitaria, principalmente de tipo descriptivo<sup>20,27</sup>. Sin embargo, suelen estar realizados desde la perspectiva de los servicios y en menor medida desde las propias personas migrantes.

Esta limitación en la investigación científica sobre el tema justifica la pertinencia de este estudio, que se plantea el objetivo de conocer la valoración de personas migrantes sobre su acceso al sistema sanitario antes y después de la entrada en vigor del RDL 16/2012, y el efecto que han podido producir los recortes económicos en dicho acceso. Para ello, se ha partido de una adaptación del modelo de Aday y Andersen<sup>26</sup>, identificando aspectos que se encuentran en el recorrido que va desde la situación personal de nuestros/as informantes hasta que acceden a la atención sanitaria.

## Método

Diseño cualitativo de carácter fenomenológico, descriptivo e interpretativo, mediante entrevistas semiestructuradas individuales a personas migrantes, realizadas en dos fases (2009–2010 y 2012–2013), tratando de incluir en ambos periodos a las mismas personas informantes para comparar su valoración.

La primera fase se había realizado antes de la publicación del RDL 16/2012 y de la puesta en marcha de los recortes ocasionados por la crisis económica. Se decidió entonces realizar una segunda fase para poder sondear los efectos de dichos eventos en el acceso de la población migrante a la atención sanitaria.

## Ámbito

Se seleccionaron zonas rurales, periurbanas y urbanas de Andalucía con una alta concentración de población migrante: 1) urbana en Granada capital, 2) periurbana en Sevilla, y 3) rural en Almería.

## Personas participantes

Personas migrantes usuarias de los servicios sanitarios en las áreas geográficas seleccionadas. Se incluyen personas en situación administrativa regularizada mayores de 18 años. Se buscó heterogeneidad por sexo, edad, nivel de estudios, nivel socioeconómico/situación laboral y posesión o no de TSI. El perfil teórico de las personas candidatas a participar se definió para la primera fase del estudio y se segmentó a partir de las siguientes variables: 1) tiempo de estancia en España (más o menos de 3 años); 2) ámbito de residencia (rural, urbano o periurbano); y 3) nacionalidad (Marruecos, Bolivia o Rumanía). Se seleccionaron estas nacionalidades porque en el momento de realizar la primera fase del estudio eran las poblaciones más numerosas en Andalucía<sup>28</sup>.

En la segunda fase del estudio se mantuvieron los criterios de segmentación, aunque no se consideró el tiempo de estancia en España, ya que se decidió intentar entrevistar a las mismas personas para valorar si había variado su experiencia y valoración, y muchas de ellas ya habían excedido los 3 años de estancia.

En total se realizaron 60 entrevistas (tabla 1) a 36 personas participantes, 24 mujeres y 12 hombres, configurando la muestra tal como se presenta en la tabla 2.

## Estrategia de selección de participantes

En la primera fase se seleccionó a las personas participantes con la técnica de bola de nieve, partiendo de la localización inicial en lugares muy frecuentados por cada colectivo priorizado (plazas, calles concretas, asociaciones de ayuda mutua, colegios, actividades comunitarias. . .) y estableciendo contactos directamente o a través de asociaciones.

**Tabla 1**  
Perfiles de las entrevistas realizadas

Lugar	Marruecos Localidades rurales de Almería	Bolivia Localidades periurbanas de Sevilla	Rumania Localidades urbanas de Granada
<i>Periodo PRE RD 16/2012</i>			
> 3 años en España	3 mujeres y 4 hombres	6 mujeres y 3 hombres	6 mujeres 1 hombre
< 3 años en España	4 mujeres 1 hombre	1 mujer 2 hombres	1 mujer y 1 hombre
Total periodo PRE	12	12	9
<i>Periodo POST RD 16/2012</i>			
< 3 años en España	7 hombres 4 mujeres	3 hombres 5 mujeres	8 mujeres
Total periodo POST	11	8	8
<i>Total de entrevistas</i>	23	20	17

**Tabla 2**  
Características sociodemográficas de las personas entrevistadas

	Sevilla		Almería		Granada		Total
	Bolivia (n = 12)		Marruecos (n = 14)		Rumanía (n = 10)		
Sexo	7 mujeres	5 hombres	8 mujeres	6 hombres	9 mujeres	1 hombre	36 (24 mujeres y 12 hombres)
Nivel de estudios (clasificación según el Instituto Nacional de Estadística) <sup>a</sup>	1 (3) 3 (5) 1 (6) 2 (7) 1 (8)	1 (5) 1 (6) 1 (7) 2 (8)	3 (3) 4 (4) 1 (5)	3 (3) 2 (4) 1 (7)	1 (5) 1 (6) 2 (7) 1 (8) 1 (9)	1 (6)	
Edad, años	22-49 Media: 35,6	25-50 Media: 39	19-40 Media: 32	22-61 Media: 35,7	18-48 Media: 32,6	45 Media: 45	18-61 Media: 36,6
TSI/no TSI	Fase PRE:	10 con TSI	Fase PRE:	11 TSI	Fase PRE:	7 TSI	Fase PRE: 28 TSI 5 no TSI
	Fase POST:	2 en trámite 7 TSI	Fase POST:	1 no TSI 11 TSI	Fase POST:	2 no TSI 7 TSI	Fase POST: 25 TSI 2 no TSI
Tiempo en España	Fase PRE:	1 no TSI 9 >3 años	Fase PRE:	0 no TSI 7 >3 años	Fase PRE:	1 TSI pasiva 7 >3 años	Fase PRE: 23 >3 años 10 <3 años
	Fase POST:	3 >3 años 8 >3 años	Fase POST:	5 <3 años 10 >3 años	Fase POST:	2 <3 años 6 >3 años	Fase POST: 24 >3 años 3 <3 años
		0 <3 años		1 <3 años		2 <3 años	

<sup>a</sup> 1: analfabeto por problemas físicos o psíquicos; 2: analfabeto por otras razones; 3: sin estudios; 4: estudios primarios o equivalentes; 5: enseñanza general secundaria, primer ciclo; 6: enseñanza profesional de segundo grado, segundo ciclo; 7: enseñanza general secundaria, segundo ciclo; 8: enseñanzas profesionales superiores; 9: estudios universitarios o equivalentes.

**Tabla 3**  
Perfil de las personas candidatas a participar en el estudio

Tipo de informante	Criterios de segmentación	Características de heterogeneidad
<i>Origen:</i> Marruecos Bolivia Rumania	<i>Periodo pre:</i> Tiempo permanencia < 3 años Tiempo permanencia > 3 años  <i>Periodo post:</i> Tiempo permanencia > 3 años	18 años Hombre/mujer Nivel socioeconómico (estudios acabados) TSI / no TSI / TSI pasiva Situación laboral Usuarios / potenciales usuarios

Según muestra la [tabla 3](#), las nacionalidades coinciden cada una con una provincia y un ámbito territorial (urbano, periurbano o rural). Se optó por esta distribución como forma de facilitar la identificación y el contacto con informantes. Se eligieron localidades con proporciones comparativamente altas de cada nacionalidad de origen.

En la segunda fase se contactó directamente con las personas que habían participado en la primera. Algunas no pudieron participar de nuevo por haber retornado a su país, por cambio de

localización o por dificultades prácticas. En ese caso, se intentó sustituir su perfil a través de la técnica de bola de nieve.

#### Técnica

Se realizaron entrevistas semiestructuradas individuales con un guion elaborado sobre temas identificados en la revisión bibliográfica. La duración de las entrevistas fue de 15 a 75 minutos.

**Tabla 4**  
Dimensiones exploradas en el estudio y categorías de análisis

Dimensiones	Categorías de análisis	
Factores que influyen en el acceso relacionados con el sistema y sus servicios	Entrada al sistema	Provisión de información sobre la entrada al sistema <i>Tarjeta sanitaria individual (TSI)</i> Trámites para la obtención Documentación para la obtención de la TSI Estrategias para obtener la TSI Situación administrativa y socioeconómica Conocimiento del sistema: derechos, funcionamiento del sistema
	Entrada a los servicios	<i>Volumen y distribución. Atención primaria / atención especializada</i> - Infraestructura física, equipamientos, personal, servicios disponibles - Accesibilidad geográfica: Distribución de recursos Distancia a los servicios <i>Organización de los servicios. Atención primaria / atención especializada</i> - Accesibilidad organizativa Tiempos de espera (programación, consulta) Trámites (petición de cita, pruebas, cirugía) Horarios de atención de los servicios - Accesibilidad económica Pagos consulta, tratamientos
Factores que influyen en el acceso relacionados con las poblaciones migrantes (características y condiciones de vida)	<i>Predisponen</i> Condiciones de vida Tiempo de permanencia en España <i>Capacitan</i> Redes sociales Familia Conocimiento del funcionamiento de los servicios Idioma <i>Necesidades en salud</i> Percepción de salud/enfermedad; necesidad de atención en salud, autotratamiento <i>Contexto</i> Transporte público Condiciones del entorno	

En la mayoría de ellas se habló en español, pero con siete personas marroquíes fue necesaria la traducción simultánea. La [tabla 4](#) muestra las dimensiones exploradas.

#### Análisis

Se realizó un análisis de contenido basado en las dimensiones sugeridas en el modelo de Aday y Andersen<sup>26</sup>.

#### Procedimiento

- 1) Transcripción literal de las entrevistas.
- 2) Elaboración de un árbol de categorías de análisis ([tabla 4](#)).
- 3) Codificación deductiva de la información con el programa Atlas.ti v6.
- 4) Ordenación de los resultados según las categorías de análisis.
- 5) Triangulación de los resultados entre cuatro investigadores/as.
- 6) Redacción de los resultados y discusión de estos.

#### Consideraciones éticas

Antes de la entrevista se solicitó el consentimiento informado por escrito de los/las participantes y se garantizaron la protección y la confidencialidad de las informaciones y de los datos personales. La información obtenida se trató de manera que no fuera posible identificar a las personas participantes. El tratamiento de los datos se hizo según la Ley Orgánica 15/1999 sobre protección de datos y el Real Decreto 994/1999 sobre seguridad de ficheros automatizados que contengan datos personales.

#### Resultados

Los principales resultados agrupados por dimensiones se presentan en la [tabla I del Apéndice online](#), destacando las diferencias entre ambos periodos. En la [tabla II del Apéndice online](#) se incluyen citas literales de las personas participantes. Los resultados significativos se agrupan en tres bloques: 1) entrada al sistema sanitario, 2) entrada a los servicios sanitarios, y 3) características relacionadas con la situación de las personas entrevistadas que condicionan el acceso a la atención sanitaria.

#### Entrada al sistema sanitario

Las principales barreras de acceso al sistema son los procedimientos administrativos y la falta de información sobre trámites o condiciones para recibir atención sanitaria. Se percibe poca información desde las instituciones. La desinformación genera miedo a no recibir atención y a que les cobren por la misma o por los medicamentos. El mayor facilitador es contar con una red informal (familiar y social) que facilite información. Como diferencias entre ambos periodos estudiados destacan los cambios relacionados con la información en la segunda fase: emergen como fuentes de información la televisión y los medios digitales, desaparece el rol de las organizaciones no gubernamentales (ONG) como facilitadoras de trámites (que en la primera fase es muy fuerte, especialmente entre la población boliviana) y destaca que la falta de información fiable aumenta sus miedos.

## Entrada a los servicios sanitarios

La TSI es el elemento fundamental que garantiza el acceso a los servicios sanitarios, aunque incluso con ella se producen dificultades de acceso derivadas de la desinformación de los/las profesionales administrativos/as y sanitarios/as, incompatibilidades para conciliar horarios de atención sanitaria con sus horarios y condiciones laborales, dificultades de acceso derivadas del coste de los transportes, o los propios miedos generados por la falta de información veraz y fiable sobre sus condiciones de acceso a los servicios. Todo ello tiene como consecuencia la desviación de parte de la demanda de atención hacia urgencias como puerta de entrada y el empeoramiento de la salud porque se pospone la búsqueda de atención sanitaria mientras los problemas de salud no se consideran graves. Así mismo, se relatan algunas situaciones de discriminación y de negación de la atención sanitaria a personas sin TSI o que no cotizan.

Hay pocas diferencias entre ambos periodos. La diferencia principal es que, en el segundo, las situaciones mencionadas se agravan y empeoran tras el RDL 16/2012. En la fase posterior al RDL 16/2012, los discursos muestran la falta de claridad para interpretarlo y aplicarlo, tanto por personas usuarias como por profesionales, apareciendo menciones a trabas en el acceso a los servicios por carencia de TSI, posesión de TSI temporal o estar en situación irregular.

Se percibe también que los recortes económicos han afectado a la calidad de los servicios, con reducción de personal en la segunda fase, reducción de horarios de atención, aumento de esperas en atención primaria, hospitalaria y urgencias, e incremento en el pago de medicamentos, principalmente para personas migrantes que no cotizan a la Seguridad Social.

### *Características relacionadas con la situación de las personas entrevistadas que condicionan el acceso a la atención sanitaria*

Se menciona un empeoramiento de las condiciones de vida, en coherencia con el contexto socioeconómico, laboral y político, y la aplicación del RDL 16/2012. Se percibe la crisis como favorecedora de un aumento de las personas en situación administrativa irregular, una mayor precariedad laboral, la subida en el precio de medicamentos y la disminución de recursos para traducciones. Todas ellas son barreras al acceso a la atención sanitaria y empeoran en el segundo periodo. También se relatan más experiencias de discriminación en el sistema sanitario por ser migrantes. En cuanto al impacto en su salud, las personas entrevistadas consideran que ser migrante sin trabajo o sin papeles implica mayores barreras de acceso a la atención, mayor coste económico derivado y menor provisión de actuaciones de prevención y detección temprana.

Como resultado global hay que apuntar que en ninguno de los temas explorados se han encontrado diferencias discursivas relevantes según las características de segmentación de los/las participantes, excepto en función de la nacionalidad en algún caso. Como ejemplos, se pueden citar el discurso de las personas marroquíes y rumanas sobre la reducción de descuentos en medicamentos y la influencia facilitadora del tejido asociativo en la población boliviana. Las diferencias entre ambos periodos de estudio no indican nuevas barreras de acceso, aunque sí un agravamiento de las que ya existían.

## Discusión

Los resultados de este estudio muestran diferencias en el acceso a la atención sanitaria de las personas migrantes antes y después de la aplicación del RDL 16/2012, contextualizado en políticas de austeridad. Elementos facilitadores del acceso en ambas fases son la situación administrativa regular, la posesión de

TSI, el conocimiento del idioma, las redes sociales y la información sobre el sistema y los servicios. Como diferencias, las principales barreras de acceso al sistema y servicios se han agravado en la segunda fase por ajustes en los servicios, mayor tiempo de espera e incompatibilidad de horarios; y por parte de las personas migrantes, situaciones de irregularidad administrativa y deterioro de las condiciones socioeconómicas.

La crisis económica ha tenido un profundo impacto en el sistema público de salud en general<sup>5,7,8</sup> y consecuencias específicas en la atención a las poblaciones migrantes. Aunque los recortes económicos comenzaron antes del inicio de este estudio, los últimos años han dado lugar a otros ajustes, como reducción de personal y servicios, disminución de financiación de medicamentos y copago de servicios en alguna comunidad autónoma<sup>19,29</sup>. Los recortes económicos y las medidas de ajuste realizadas durante la crisis económica<sup>5,13,16,30</sup> son percibidos por las personas entrevistadas como una dificultad en el acceso respecto a la primera fase. Coincidiendo con Vázquez et al.<sup>1</sup>, se mencionan una mayor falta de personal respecto a la primera fase, por disminución de plantilla o por falta de sustituciones, y un aumento en el pago de medicamentos. A ello se une el empeoramiento de la situación económica personal de la mayoría de las personas participantes, derivada también de la crisis y que ha conllevado el retorno de muchas de ellas a sus países de origen. Esta situación de interseccionalidad<sup>31</sup>, con mayor vulnerabilidad y disminución de las redes sociales, junto con el empeoramiento del sistema sanitario público, tiene consecuencias importantes no solo para el acceso, sino también para la protección de la salud pública de la población general, y más en particular de algunas personas migrantes por su mayor exposición a dichos determinantes<sup>14,17</sup>. En nuestro estudio, los resultados corroboran una pérdida del llamado «efecto del migrante sano» por efecto de la crisis<sup>19,23,32</sup>. Esta percepción es compartida por algunas personas entrevistadas, así como por otros estudios, en nuestro contexto más cercano y en Europa<sup>1,19,22,24,33</sup>.

La incompatibilidad de horarios laborales de algunas personas entrevistadas y el horario de atención en los centros sanitarios, la falta de consultas en horario de tarde y el aumento del tiempo de espera en las consultas de atención primaria se repiten en ambas fases, en coincidencia con otros estudios<sup>34,35</sup>.

La precariedad laboral y las características del empleo de la población migrante dificultan también el acceso por sus dificultades para conseguir permiso para acudir a la consulta<sup>32</sup>. Aunque Vázquez Villegas<sup>35</sup> habla de diferencias en la frecuentación en el contexto andaluz en función de la nacionalidad, en este estudio no hemos encontrado dicha diferencia entre las nacionalidades incluidas.

El miedo a cobros y a la falta de atención aparece recurrentemente en ambas fases. No obstante, en la segunda, la falta de atención emerge con fuerza y es uno de los resultados más llamativos en torno al RDL 16/2012. Esto conlleva una menor búsqueda de atención por parte de las personas migrantes y coincide con los resultados obtenidos en estudios realizados con migrantes en situación administrativa irregular, que repiten este patrón. Otro resultado importante es la percepción de las personas migrantes de que a los trámites necesarios para acceder a los servicios se une la interpretación variable del RDL 16/2012 por parte del personal administrativo y sanitario.

El discurso de sentimiento de discriminación y de trato diferenciado sigue siendo recurrente también en nuestro estudio<sup>25,29</sup>. Autores como Agudelo-Suárez et al.<sup>36</sup> relacionan la discriminación estructural y su consecuente efecto como barrera de acceso, coincidiendo con el discurso de las personas entrevistadas para este estudio.

Disfrutar de una situación administrativa regularizada y la posesión de la TSI se consideran los principales facilitadores de entrada al sistema en ambas fases. No obstante, también

encontramos dificultades al acceso relacionadas con la realización de los trámites<sup>19,29,30</sup>, al igual que ocurre en el contexto europeo<sup>24</sup>.

En nuestro estudio, una de las consecuencias de la falta de TSI es la inadecuada utilización del servicio de urgencias, así como la escasa frecuentación de los servicios sanitarios por parte de las personas de llegada más reciente<sup>17,25</sup>. Este patrón de uso, que encontramos en los dos momentos de nuestro estudio, se relaciona con una mejor salud de las personas migrantes recién llegadas en la primera fase, por el llamado efecto del «migrante sano»<sup>30,34</sup>, y con una búsqueda de atención cuando los síntomas se agravan. Sin embargo, este patrón no siempre aparece en la literatura sobre el tema<sup>22,34</sup>.

Respecto a cómo acceder al sistema sanitario, las principales fuentes de información que aparecen son la familia, la red social y las ONG<sup>19,33</sup>; estas últimas lo hacen en menor medida en la segunda fase, mientras que emergen con fuerza los medios digitales y la televisión, aunque esta en ocasiones es percibida como fuente de información fidedigna y otras como generadora de confusión. El idioma sigue apareciendo como un claro facilitador del acceso<sup>2,24,33,34</sup>.

Consideramos importante referir el valor del tejido asociativo como facilitador de la relación con los/las profesionales sanitarios/as y las fuentes oficiales (consulado), y como fuente de información, tal como ocurre con las personas de nacionalidad boliviana de este estudio, que están mejor informadas<sup>37</sup>. Esto mismo encuentran Llop-Gironés et al.<sup>19</sup> en su estudio.

La metodología cualitativa ha permitido comprender la realidad del acceso de las personas migrantes en Andalucía desde su propia experiencia. No obstante, la limitación del poco tiempo transcurrido entre las dos fases es un factor importante a solventar en investigaciones futuras. Sería también de gran interés profundizar cuantitativamente en las diferencias relevantes aparecidas en este estudio en función del tiempo de permanencia, la condición administrativa y de TSI, la situación laboral y la nacionalidad de origen. Podría resultar de interés replicar el estudio a partir de los cambios introducidos por la nueva regulación que modifica el RDL 16/2012, el RDL 7/2018, de 27 de julio, sobre el acceso universal al Sistema Nacional de Salud.

## Conclusiones

Los resultados muestran diferencias en el acceso a la atención sanitaria de las personas migrantes antes y después de la aplicación del RDL 16/2012.

La crisis y los recortes económicos se han visto agravados en la segunda fase, y ello, junto con las dificultades en la interpretación del RDL 16/2012, ha generado barreras en el acceso, tales como ajustes de servicios y personal, confusión respecto al derecho a la atención y empeoramiento de la situación socioeconómica personal de las personas migrantes.

Este estudio muestra que las personas migrantes en situación regular han visto dificultado su acceso a los servicios sanitarios debido a las dificultades administrativas, la pérdida de apoyos sociales y la precariedad económica. Una parte del efecto del RDL 16/2012 ha sido legitimar, por su contenido normativo y por la falta de claridad sobre su aplicación, barreras o amenazas de exclusión existentes anteriormente. El diseño de políticas, tanto económicas como de regulación de la atención sanitaria, debería tener en cuenta las barreras y los facilitadores de acceso como ejes fundamentales de la protección de la salud de las personas migrantes y, por ende, de la población general.

### ¿Qué se sabe sobre el tema?

La literatura ha mostrado que las políticas y los factores socioeconómicos condicionan el acceso de las personas migrantes al sistema sanitario. La publicación del Real Decreto-Ley 16/2012 modificó el acceso a la condición de persona beneficiaria, incluyendo el concepto de asegurado/a y condicionando el acceso de las personas migrantes.

### ¿Qué añade el estudio realizado a la literatura?

Los cambios legales y económicos que se han producido tienden a legitimar barreras ya existentes en el acceso sanitario de las personas migrantes, tales como barreras administrativas, ajustes en servicios o dificultades socioeconómicas. Tiempos de espera, incompatibilidad de horarios con los servicios, situaciones de irregularidad administrativa y deterioro de condiciones socioeconómicas de personas migrantes deben considerarse tanto en la práctica como en las políticas.

## Editora responsable del artículo

Erica Briones-Vozmediano.

## Declaración de transparencia

La autora principal (garante responsable del manuscrito) afirma que este manuscrito es un reporte honesto, preciso y transparente del estudio que se remite a GACETA SANITARIA, que no se han omitido aspectos importantes del estudio, y que las discrepancias del estudio según lo previsto (y, si son relevantes, registradas) se han explicado.

## Contribuciones de autoría

Todas las personas autoras han contribuido intelectualmente a la elaboración del artículo, y han leído y aprobado la versión final. Todas las personas firmantes son responsables y garantes de que todos los aspectos que integran el manuscrito han sido revisados y discutidos entre ellos/ellas con la finalidad de que sean expuestos con la máxima precisión e integridad.

## Agradecimientos

Agradecemos especialmente la participación de las personas migrantes que han compartido sus vivencias y experiencia, y han hecho posible este trabajo. Este artículo ha sido realizado en el marco del Programa de Doctorado «Ciencias de la Salud» (compartido por Universidad de Sevilla, Universidad de Jaén y Escuela Andaluza de Salud Pública), y forma parte de la tesis de Ainhoa Ruiz-Azarola.

## Financiación

Los resultados de la primera fase del estudio se obtuvieron en el marco del proyecto financiado por el Fondo de Investigación en Salud (FIS), Instituto de Salud Carlos III, con el título «El acceso a la atención en salud adecuada de la población migrante desde el punto de vista de las políticas y agentes implicados», número de expediente PS09/01611, que fue realizado de forma coordinada en Cataluña y Andalucía.

## Conflictos de intereses

Ninguno.

## Anexo. Material adicional

Se puede consultar material adicional a este artículo en su versión electrónica disponible en [doi:10.1016/j.gaceta.2018.09.006](https://doi.org/10.1016/j.gaceta.2018.09.006).

## Bibliografía

- Vázquez ML, Vargas I, Jaramillo DL, et al. Was access to health care easy for immigrants in Spain? The perspectives of health personnel in Catalonia and Andalusia. *Health Policy*. 2016;120:396–405.
- Derose KP, Bahney BW, Lurie N, et al. Review: immigrants and health care access, quality, and cost. *Med Care Res Rev*. 2009;66:355–408.
- Moreno Fuentes FJ, Ferreira S, de F. Inmigración, sanidad, crisis económica y politización de la inmigración en España. *REMHU Rev Interdiscip da Mobilidade Humana*. 2013;21:27–47.
- Jansà JM, García de Olalla P. Salud e inmigración: nuevas realidades y nuevos retos. *Gac Sanit*. 2004;18:207–13.
- López-Fernández LA, Millán Martínez JI, Fernández Ajuria A, et al. ¿Está en peligro la cobertura universal en nuestro Sistema Nacional de Salud? *Gac Sanit*. 2012;26:298–300.
- Vázquez ML, Terraza-Núñez R, Hernández S, et al. Are migrants health policies aimed at improving access to quality healthcare? An analysis of Spanish policies. *Health Policy*. 2013;113:236–46.
- Bandrés E, González R. La reducción del gasto sanitario en España durante la crisis. *Cuad Inf Económica*. 2015;37–47 (Consultado el 24/11/2017.) Disponible en: <http://bit.ly/2EOiLR3>
- Suess A, Ruiz Pérez I, Ruiz-Azarola A, et al. El derecho de acceso sanitario en el contexto del Real Decreto-Ley 16/2012: la perspectiva de organizaciones de la sociedad civil y asociaciones profesionales. *Gac Sanit*. 2014;28:461–9.
- Statistics Explained. Bruselas: Eurostat; 2004–2011. Estadísticas de migración y población migrante. Disponible en: [https://ec.europa.eu/eurostat/statistics-explained/index.php?title=Migration\\_and\\_migrant\\_population\\_statistics/es](https://ec.europa.eu/eurostat/statistics-explained/index.php?title=Migration_and_migrant_population_statistics/es).
- Bacigalupe A, Martín U, Font R, et al. Austeridad y privatización sanitaria en época de crisis: ¿existen diferencias entre las comunidades autónomas? *Gac Sanit*. 2015;30:47–51.
- Cimas M, Gullón P, Aguilera E, et al. Healthcare coverage for undocumented migrants in Spain: regional differences after Royal Decree Law 16/2012. *Health Policy*. 2016;120:384–95.
- Junta de Andalucía, Consejería de Salud y Bienestar Social. Instrucciones de la Dirección General de Asistencia Sanitaria y Resultados en Salud del Servicio Andaluz de Salud sobre el reconocimiento del derecho a la asistencia sanitaria en centros del Sistema Sanitario Público de Andalucía a personas extranjeras en situación irregular y sin recursos. 6 de junio de 2013. (Consultado el 26/3/2018.) Disponible en: <http://www.defensordelpuebloandaluz.es/sites/default/files/20131205125641980.pdf>
- Vázquez ML, Vargas I, Aller MB. Reflexiones sobre el impacto de la crisis en la salud y la atención sanitaria de la población inmigrante. *Informe SESPAS 2014*. *Gac Sanit*. 2014;28 Supl 1:142–6.
- Cortés-Franch I, González López-Valcárcel B. Crisis económico-financiera y salud en España. Evidencia y perspectivas. *Informe SESPAS 2014*. *Gac Sanit*. 2014;28 Supl 1:1–6.
- Mock-Muñoz de Luna C, Ingleby D, Graval E, et al. Synthesis report. MEM-TP, Training packages for health professionals to improve access and quality of health services for migrants and ethnic minorities, including the Roma. Granada: Andalusian School of Public Health. (Consultado el 13/2/2018.) Disponible en: [http://www.mem-tp.org/pluginfile.php/1104/mod\\_resource/content/3/WP1%20Report.pdf](http://www.mem-tp.org/pluginfile.php/1104/mod_resource/content/3/WP1%20Report.pdf)
- Rechel B, Mladovsky P, Ingleby D, et al. Migration and health in an increasingly diverse Europe. *Lancet*. 2013;6:1235–45.
- Stuckler D, Reeves A, Loopstra R, et al. Austerity and health: the impact in the UK and Europe. *Eur J Public Health*. 2017;27 Suppl 4:18–21.
- Health Canada Publications. Certain circumstances: issues in equity and responsiveness in access to health care in Canada – a collection of papers and reports prepared for Health Canada. Public Works. 2001. (Consultado el 5/7/2018.) Disponible en: <https://www.canada.ca/en/health-canada/services/health-care-system/reports-publications/health-care-accessibility/certain-circumstances-issues-equity-responsiveness.html>.
- Llop-Gironés A, Lorenzo IV, García-Subirats I, et al. Immigrants' access to health care in Spain: a review. *Rev Esp Salud Pública*. 2014;88:715–34.
- Gea-Sánchez M, Alconada-Romero A, Briones-Vozmediano E, et al. Undocumented immigrant women in Spain: a scoping review on access to and utilization of health and social services. *Immigr Minor Health*. 2017;19:194–204.
- 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.
- Gimeno-Feliu LA, Calderón-Larrañaga A, Díaz E, et al. The healthy migrant effect in primary care. *Gac Sanit*. 2015;1:15–20.
- Gotsens M, Malmusi D, Villarroya N, et al. Health inequality between immigrants and natives in Spain: the loss of the healthy immigrant effect in times of economic crisis. *Eur J Public Health*. 2015;25:923–9.
- Velasco C, Vinasco AM, Trilla A, et al. Percepciones de un grupo de inmigrantes sobre el Sistema Nacional de Salud y sus servicios. *Palabras Clave. Aten Primaria*. 2016;48:149–58.
- Rodríguez-Álvarez E, González-Rabago Y, Borrell LN, et al. Perceived discrimination and self-rated health in the immigrant population of the Basque Country, Spain. *Gac Sanit*. 2017;31:390–5.
- Aday A, Andersen R. A framework for the study of access to medical care. *Health Serv Res*. 1993;9:208–22.
- Buron A, Cots F, García O, et al. Hospital emergency department utilisation rates among the immigrant population in Barcelona, Spain. *BMC Health Serv Res*. 2008;8:51–6.
- Explotación estadística del padrón municipal. Madrid: Instituto Nacional de Estadística; 2008. Disponible en: [http://www.ine.es/dyngs/INEbase/es/operacion.htm?c=Estadistica\\_C&cid=1254736177012&menu=resultados&secc=1254736195461&idp=1254734710990](http://www.ine.es/dyngs/INEbase/es/operacion.htm?c=Estadistica_C&cid=1254736177012&menu=resultados&secc=1254736195461&idp=1254734710990).
- Reyes-Uruena JM, Noori T, Pharris A, et al. Nuevos tiempos para la salud de emigrantes en Europa. *Rev Esp Sanid Penit*. 2014;16:48–58.
- Carmona R, Alcázar-Alcázar R, Sarría-Santamera A, et al. Frecuentación de las consultas de medicina general y especializada por población inmigrante y autóctona: una revisión sistemática. *Rev Esp Salud Pública*. 2014;88:135–55.
- Bowleg L. The problem with the phrase woman and minorities: intersectionality – an important theoretical framework for public health. *Am J Public Health*. 2012;102:1267–73.
- Urbanos-Garrido R. La desigualdad en el acceso a las prestaciones sanitarias. Propuestas para lograr la equidad. *Gac Sanit*. 2016;30 Supl 1:25–30.
- Woodward A, Howard N, Wolffers I. Health and access to care for undocumented migrants living in the European Union: a scoping review. *Health Policy Plan*. 2014;29:818–30.
- Gimeno-Feliu LA, Macipe-Costa RM, Dolsac I, et al. Frecuentación de la población inmigrante versus autóctona en atención primaria: ¿quién consume más servicios? *Atención Primaria*. 2011;43:544–50.
- Vázquez Villegas J. Asistencia al inmigrante desde el equipo de atención primaria (aspectos organizativos, formativos y de planificación). *Cuadernos de Gestión*. 2002;8:16–22.
- Agudelo-Suárez A, Gil-González D, Ronda-Pérez E, et al. Discrimination, work and health in immigrant populations in Spain. *Soc Sci Med*. 2009;68:1866–74.
- Aparicio Gómez R, Tornos Cubillos A. Las asociaciones de inmigrantes en España. Una visión de conjunto. Ministerio de Trabajo e Inmigración. Madrid; 2010. 133 p. (Documentos del Observatorio Permanente de la Inmigración n.º 26). Disponible en: [http://extranjeros.mitramiss.gob.es/es/ObservatorioPermanenteInmigracion/Publicaciones/fichas/publicacion\\_26.html](http://extranjeros.mitramiss.gob.es/es/ObservatorioPermanenteInmigracion/Publicaciones/fichas/publicacion_26.html)