



FACULTAD DE TURISMO Y FINANZAS

GRADO EN FINANZAS Y CONTABILIDAD

**WELFARE MAGNET: COMPARATIVA DEL USO DE LA
SANIDAD ENTRE INMIGRANTES Y NATIVOS**

Trabajo Fin de Grado presentado por Beatriz Navarro Martínez, siendo la tutora del mismo la profesora Cristina Borra Marcos.

Vº. Bº. del Tutor/a/es/as:

Alumno/a:

D. Cristina Borra Marcos

D. Beatriz Navarro Martínez

Sevilla. Junio de 2019



**GRADO EN FINANZAS Y CONTABILIDAD
FACULTAD DE TURISMO Y FINANZAS**

**TRABAJO FIN DE GRADO
CURSO ACADÉMICO [2018-2019]**

TÍTULO:

**WELFARE MAGNET: COMPARATIVA DEL USO DE LA SANIDAD ENTRE
EXTRANJEROS Y NATIVOS.**

AUTOR:

BEATRIZ NAVARRO MARTINEZ

TUTOR:

D. CRISTINA BORRA MARCOS

DEPARTAMENTO:

ECONOMIA E HISTORIA ECONOMICA

ÁREA DE CONOCIMIENTO:

ECONOMIA APLICADA

RESUMEN:

El derecho a la salud es uno de los derechos fundamentales de todo ser humano y se define como un estado de completo bienestar física y mental. La población inmigrante es un grupo vulnerable. La migración ha aumentado en España considerablemente los últimos años, esto ha llevado a la población a debatir si los inmigrantes hacen un uso mayor de la sanidad pública que los nativos.

El objetivo de este trabajo es comparar la utilización de la sanidad pública en España por parte de los inmigrantes y la población autóctona. Encontramos que la población nativa utiliza los servicios de la sanidad pública en menor medida que la población nativa. Las causas que llevan a este comportamiento son la edad de los inmigrantes y sus hábitos de vida más saludable

ABSTRACT:

The right to healthcare is one of the fundamental rights of every human being and is defined as a state of physical and mental well-being. The immigrant population is a

vulnerable group. Migration has increased in Spain considerably in recent year, this has led the population to debate whether immigrants make greater use of public health than natives.

The objective of this work is to compare the use of public health in Spain by immigrants and natives. We found that the native population uses public health services to a lesser extent than the native population. The causes that lead to this behavior are the age of the immigrants and their healthier lifestyle habits.

PALABRAS CLAVE:

Inmigrantes; sanidad pública; nativos; servicios; población.

ÍNDICE

1.INTRODUCCIÓN.....	3-4
2.REVISIÓN DE LA LITERATURA. LA HIPÓTESIS DEL WELFARE MAGNET: TEORÍA Y EVIDENCIA	5-8
2.1 HIPOTESIS TEORICA.....	5
2.2 EVIDENCIA EMPIRICA	6-8
3. MARCO NORMATIVO.....	9-13
3.1 LA SANIDAD PÚBLICA EN ESPAÑA.....	9
3.2 CONTEXTO DEMOGRÁFICO.....	10
3.3 EL FENÓMENO MIGRATORIO EN ESPAÑA.....	11-12
3.4 MARCO NORMATIVO DEL DERECHO A LA SALUD DE LOS EXTRANJEROS.....	12-13
4. ANÁLISIS ESTADÍSTICO Y COMPARATIVO EN MATERIA DE SANIDAD ENTRE NATIVOS Y EXTRANJEROS.....	15-30
4.1 CONSULTAS MÉDICAS.....	15-18
4.2 HOSPITALIZACIÓN EN EL ÚLTIMO AÑO.....	18-20
4.3 SERVICIOS DE URGENCIAS.....	21-23
4.4 CONSUMO DE MEDICAMENTOS.....	23-24
4.5 PRÁCTICAS PREVENTIVAS.....	24-30
5. HIPÓTESIS ALTERNATIVAS.....	31-38
5.1 ESTADO DE SALUD.....	31-34
5.2 HÁBITOS DE VIDA.....	34-36
5.3 EDAD DE LA POBLACIÓN EXTRANJERA.....	36-37
5.4 CULTURA Y DESCONOCIMIENTO.....	37-38
6.CONCLUSIÓN.....	39-40
BIBLIOGRAFÍA.....	41-42

1. INTRODUCCIÓN

En el presente trabajo se estudia una cuestión de gran interés dentro del tema de la inmigración en España. Vivimos un momento de cambios en cuanto al racismo y la discriminación, las nuevas generaciones cada vez están más concienciadas con la importancia de vivir en un país libre de prejuicios y donde predomine el respeto y la solidaridad entre todos los ciudadanos independientemente de su lugar de origen. Es por ello que quiero cuestionar la veracidad de la preocupación de la población nativa por ver sus necesidades básicas en peligro por culpa de la población inmigrante, entre estas necesidades la sanidad pública. Esta preocupación viene derivada de la hipótesis sobre el uso excesivo de la sanidad pública por parte de la población inmigrante.

La inmigración ha aumentado en España según la base de datos del Instituto Nacional de Estadística en el primer trimestre de 2018 en 248716 inmigrantes. (INE,2018).

“El goce del grado máximo de salud que se pueda lograr es uno de los derechos fundamentales de todo ser humano sin distinción de raza, religión, ideología política o condición económica o social”. (OMS, 2019). La población inmigrante es un grupo vulnerable.

El objetivo de este proyecto es cuestionar y analizar la hipótesis de que la población inmigrante en nuestro país hace un mayor uso de la sanidad pública que la población nativa, para reforzar o desmontar esa idea en base a un análisis comparativo y completo sobre la tendencia real de estos inmigrantes al uso de la sanidad pública en España. Este documento aborda la pregunta “¿utilizan los inmigrantes la sanidad pública más que los nativos?”

Hasta la fecha se han llevado a cabo varios estudios sobre la comparación del estado de bienestar entre nativos e inmigrantes.

Según Borjas (1999), la hipótesis del Welfare Magnet se basa en que los inmigrantes tienen en cuenta la generosidad del estado para inmigrar a un país u otro, emigrando a países con mayor ayuda. Los inmigrantes poco cualificados inmigraran a países más igualitarios, mientras que los inmigrantes cualificados inmigraran a países con mayor desigualdad.

La literatura existente ha abordado la hipótesis del Welfare Magnet. La mayoría de los trabajos están en disenso con esta hipótesis. Por ejemplo, encuentra que el trabajo de Muñoz de Bustillo y Grande (2017). Las prestaciones sociales no influyen en gran medida en las decisiones de los migrantes a la hora de elegir España como destino, sobre todo por la falta de información previa. Velasco, Vinasco y Trilla (2016), realizan un estudio en la ciudad de Barcelona donde abordan el nivel de utilización y su satisfacción con los servicios ofrecidos por la sanidad pública, llegando a la conclusión de que los inmigrantes gozan de una salud muy buena¹, ya que las personas que inmigran son personas jóvenes en edad de trabajar. Su nivel de satisfacción es alto con los servicios ofrecidos por la sanidad pública.

También documenta Malmusi y Ortiz-Barreda (2014) que a pesar de unas condiciones socioeconómicas más duras con respecto a la de los nativos, el estado de salud de los inmigrantes es bueno. No obstante, con el paso de tiempo de la estancia en nuestro país, las enfermedades que más se repiten son las relacionadas con la salud mental y peor percepción de la salud sobre todo en mujeres.

¹ Según la teoría del inmigrante sano los inmigrantes tienen una salud relativamente mejor al llegar al país receptor que los nativos. En enfermedades crónicas tanto para hombres como mujeres existe una convergencia relativamente lenta a los niveles nativos.

Según Barrett y Maitre (2011) los inmigrantes no son más propensos de beneficiarse de las asistencias sociales ofrecidas por los países europeos; la tasa de pobreza de los inmigrantes es superior a los nativos y por ello los beneficios sociales que más demandan son los relacionados con el desempleo.

Para España, únicamente el trabajo de Regidor et al., (2009) aborda la cuestión del uso de la sanidad pública por parte de los inmigrantes. Este trabajo realizado para Cataluña, Valencia, Canarias y Madrid, llega también a la conclusión de la menor utilización de la sanidad pública por parte de la población inmigrante, respecto a la población nativa.

La contribución del presente trabajo es un análisis estadístico y comparativo a nivel nacional en materia de sanidad entre nativos e inmigrantes. Utilizando datos del Instituto Nacional de Estadística de los años 2017, 2011-2012 y 2006 comparamos la utilización de la sanidad pública entre la población inmigrante y la población nativa. Los porcentajes son calculados con cifras absolutas comparando el aumento o la disminución a lo largo de los años estudiados del uso de las diferentes variables diferenciando entre la población inmigrante y la nativa.² En concreto, las variables estudiadas son: consultas médicas, hospitalización, servicios de urgencias, consumo de medicamentos y prácticas preventivas.

También hemos contrastado otras hipótesis que pueden afectar a la utilización de la sanidad pública por parte de la población extranjera y nativa. Estas hipótesis son: el estado de salud, hábitos de vida, edad de la población extranjera y cultura y desconocimiento.

En concreto con respecto a la literatura existente sobre el tema en España nuestro trabajo contribuye a la literatura en 1) no se limita a regiones concretas, sino que estudia todo el territorio nacional; 2) utiliza los datos más recientes posible; y 3) utiliza muchos más indicadores de utilización de los servicios sanitarios.

El trabajo se organiza de la siguiente forma: tras esta breve introducción se realiza una revisión de la literatura relacionada. A continuación, como tercer capítulo se analiza el marco normativo, la sanidad pública en España, el contexto demográfico y el fenómeno migratorio en España. En un cuarto capítulo, se aborda el análisis estadístico y comparativo en materia de sanidad entre nativos e inmigrantes. Un quinto capítulo donde analizamos otras hipótesis de la salud. Un último capítulo presenta las conclusiones.

² Extranjero: residentes en viviendas familiares en España, con nacionalidad no española.

Nativo: persona que nació en el país en el que tiene su residencia habitual actual, independientemente de la ciudadanía de la persona.

2. REVISIÓN DE LA LITERATURA. LA HIPÓTESIS DEL WELFARE MAGNET: TEORÍA Y EVIDENCIA

2.1 HIPOTESIS TEORICA.

Nuestro marco teórico es la hipótesis del 'welfare magnet' Borjas (1999). Esta hipótesis indica que los movimientos migratorios están basados en los beneficios sociales, por lo que los inmigrantes se mueven atraídos por los programas de ayudas que los países ofrecen. Cuanto mayor sea la renta per cápita del país de destino y la diferencia entre la renta del país de origen con la renta del país de destino, mayor inmigración se producirá. El crecimiento económico y las tasas de paro bajas también contribuyen a los movimientos migratorios, Godenau (2012). Otros motivos de relevancia son la existencia de un sueldo mínimo, la existencia de conciudadanos emigrados y la credibilidad de las políticas inmigratorias de cada país, García y López-Casanovas (2005). Otras causas disminuyen la inmigración, como es el caso de la geografía, el idioma, la dispersión de la renta. La inmigración se basa en las funciones de utilidad y no en sus preferencias personales.

La figura 2.1 muestra dos países con unas características diferentes, el país 2 ofrece un ingreso mínimo garantizado, mientras que el país 1 no ofrece ningún sistema de asistencia. Esto hace que los individuos con un nivel de habilidad por debajo de un cierto umbral elijan el país 2, ya que recibirán asistencia social. Los individuos que tengan un nivel de habilidad por encima del umbral elijan el país 1. Los inmigrantes poco cualificados elijen países mas igualitarios y los inmigrantes más cualificados eligen países con mayor desigualdad.

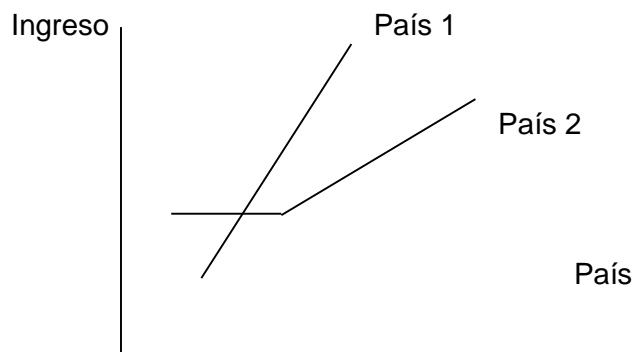


Figura 2.1 Decisiones de migración bajo mínimo bienestar.

Fuente: Fuente: elaboración propia a partir de Brucker et al., (2001)

2.2 EVIDENCIA EMPIRICA³

Según Barrett y Maitre (2011) los inmigrantes no son más propensos a beneficiarse de las asistencias sociales ofrecidas por los países europeos, la tasa de pobreza de los inmigrantes es superior a los nativos es por ello que los beneficios sociales que más demandan son los relacionados con el desempleo. Lo más preocupante es que pese a que los inmigrantes se encuentran ante unas tasas de pobreza muy altas comparadas con la población nativa, su uso de la asistencia social sea menor. Lo que lleva a pensar que las políticas del sistema de bienestar no protegen como es debido a la población inmigrante.

Para España Muñoz de Bustillo y Grande (2017) llegan a la conclusión de que las prestaciones sociales no influyen en gran medida en las decisiones de los migrantes a la hora de elegir España como destino, sobre todo por la falta de información previa. Los inmigrantes no utilizan en mayor proporción las prestaciones sociales, en cuanto a salud debido a sus características (población más joven), muestran un comportamiento similar a los nativos y respecto a las prestaciones monetarias, las recibidas por los inmigrantes son muy inferiores a las recibidas por los nativos. Por último, la inmigración ha ayudado en el sector de cuidado a dependientes y a la ayuda doméstica. En conclusión, la inmigración no ha puesto en peligro la sostenibilidad del estado de bienestar.

Moreno y Bruquetas (2007) detallan los problemas que la inmigración ha provocado en España y los retos futuros a los que se debe enfrentar el estado, llevando a cabo una serie de medidas y respuestas a las necesidades de una sociedad multicultural. Entre estos problemas destaca la situación socioeconómica de los inmigrantes de la que nos habla Malmusi y Ortiz-Barreda (2014) con un análisis de la de la situación socioeconómica de los inmigrantes respecto a los nativos. La población inmigrante presenta peores condiciones de vida lo que genera una salud peor que la salud de los nativos.

Centrándonos en obras más concretas sobre la utilización de la sanidad pública en España por parte de los inmigrantes, nos encontramos con Regidor et al (2009) y Carmona et al, (2014) ambos estudios concluyeron que la población extranjera y la nativa hacen un uso similar de la sanidad pública en medicina general e inferior en medicina específica en el caso de los inmigrantes. Realizadas cuatro encuestas de salud en Cataluña, Canarias, Madrid y Comunidad Valenciana sobre diferentes áreas de la asistencia sanitaria se ha llegado a la teoría de que los inmigrantes no utilizan la sanidad más que los nativos. La utilizan con menos frecuencia los extranjeros que los nativos.

Acotando la población a los individuos menores de edad se realizó un estudio en 26 centros de salud de Zaragoza, lo que llevo a Costa et.al (2012) a la misma conclusión que Carmona et al (2014) para este rango de la población, los niños menores de 15 años inmigrantes utilizaban menos los servicios sanitarios que los autóctonos.

Según un estudio realizado a 225 inmigrantes residentes en Barcelona, El grado de satisfacción que tiene la población extranjera que utiliza los servicios de la sanidad pública según Velasco et.al. (2016) es buena, aun así, mencionando problemas psicosociales en la atención sanitaria. Un 59,4% tuvo una percepción discriminatoria por ser inmigrantes.

Centrándonos en nuestro estudio concreto de la comparación de la sanidad entre inmigrantes y autóctonos, se llega a la conclusión en todos los trabajos estudiados que los inmigrantes no sobreutilizan la sanidad pública. Debido a sus características (son jóvenes) tienen un uso similar cuando no menor de la sanidad.

³ Se lleva a cabo una revisión sistemática de la literatura científica en España y en el resto de la Unión Europea que analiza cómo afecta el imán del bienestar en las decisiones de migración y la comparación del uso de la sanidad pública entre los inmigrantes y los autóctonos. Los trabajos seleccionados para la revisión de la literatura deben cumplir los siguientes requisitos: las fechas de las publicaciones no deben superar los 10 años, deben tratar sobre las prestaciones sociales de las que dispone la población de ese país haciendo énfasis en la sanidad pública.

Con la información ya aportada por otros autores a este tema, mi estudio trata de actualizar los datos al momento actual y hacer un estudio más detallado de los diversos servicios por los que se puede necesitar la sanidad, llevando a cabo una comparativa a través de gráficas con datos aportados por el Instituto Nacional de Estadística a nivel de la población total de nuestro país.

3. MARCO NORMATIVO

3.1 LA SANIDAD PÚBLICA EN ESPAÑA

El art. 43 de la Constitución Española, reconoce el derecho a la protección de la salud, estableciendo su párrafo segundo que “Compete a los poderes públicos organizar y tutelar la salud pública a través de medidas preventivas y de las prestaciones y servicios necesarios. La ley establecerá los derechos y deberes de todos al respecto”.

Se trata de un derecho vinculado directamente con otros derechos constitucionales, algunos de ellos fundamentales, como el derecho a la vida y el derecho a la integridad física y moral (art. 15 CE).

Por tanto, este principio inspirador propio de nuestro Estado Social (art. 1 de la Constitución), no distingue entre los distintos ciudadanos beneficiarios de esta acción pública, si bien remite a la ley para el establecimiento (esto es, para la determinación y concreción) de todos, lo que permite establecer ciertas diferencias en virtud, entre otros criterios y en lo que importa a efectos del presente trabajo, de la nacionalidad del ciudadano y su situación regular o irregular –desde un punto de vista administrativo- en el territorio nacional.

En desarrollo de este mandato constitucional, la Ley 14/1986 de 25 de abril, General de Sanidad (en adelante LGS) regula con carácter de norma básica (ex art. 149.1.1.6 Constitución Española) las distintas acciones que permitan hacer efectivo el derecho a la protección a la salud reconocido en el art. 43 de la Constitución (art. 1) y realiza una primera distinción entre los españoles y extranjeros, definiendo como beneficiarios del sistema sanitario español a “todos los españoles y los extranjeros que tengan establecida su residencia en el territorio nacional” (art. 2). El sistema sanitario español así definido posee unas características definidas, destacadamente:

1.- Universalización de la atención: Cubriendo al 100% de la población, extranjeros y nacionales, independientemente de su situación económica y de su afiliación a la Seguridad Social y sin perjuicio de las diferencias que la norma pueda establecer entre nacionales y extranjeros, comunitarios y no comunitarios, y con residencia legal o no en España. Se trata de un sistema basado en la financiación pública.

2.- Accesibilidad y desconcentración: Los centros sanitarios se distribuyen regular y equitativamente por todo el territorio nacional, garantizando a todos los ciudadanos el acceso a estos servicios con un criterio de cercanía y proximidad a sus viviendas y centros de trabajo, tanto en el medio urbano como rural.

3.- Descentralización. Sin perjuicio del carácter de norma básica de la Ley General de Sanidad, se tiende a la descentralización en la gestión de los servicios sanitarios, buscando una mayor eficacia y mejor adecuación de los servicios y profesionales sanitarios a las necesidades de cada núcleo de población de acuerdo con sus características específicas.

4.- Definición de derechos y deberes para los ciudadanos y las Administraciones Públicas implicadas.

5.- Atención Primaria. En el Servicio Nacional de Salud, la base de la atención sanitaria es la atención primaria de salud.

6.- Integración de todas las estructuras y servicios públicos en adecuada coordinación en el Sistema Nacional de Salud.

3.2 CONTEXTO DEMOGRÁFICO

La población en España en 2018 ascendía a 46722980 personas (INE 2018), aumento con respecto a 2017 exclusivo en el colectivo de extranjeros que experimento un crecimiento interanual del 5%. Por lo contrario, el colectivo de nativos, disminuyo por primera vez en 2009.

La población española continua el proceso de envejecimiento, alcanzando los 43,4 años, mientras la edad media de la población extranjera se sitúa en los 36,4 años. El 19% de la población es mayor de 65 años. (INE, 2019a)

El estilo de vida saludable y nuestro sistema sanitario ha favorecido una mayor longevidad con una calidad de vida mayor. Llegando a una esperanza de vida para una persona que nace ahora de 83 años (Ministerio de Sanidad, 2019). Convirtiendo a España en el segundo país del mundo con una esperanza de vida mayor.

Nuestra pirámide de población en 2018 muestra unos datos preocupantes ya que solo el 8,7% de la población se encuentra en edades de 40 y 44 años.

Los flujos migratorios son protagonizados por individuos en edad de trabajar. La entrada de inmigrantes con educación baja ha sufrido un pequeño aumento en el último año (EPA, 2019)

Como describe la figura 3.1. los datos demográficos ofrecen una línea descendente desde 2013 hasta 2016 de la población total residente en España, disminuyendo en 572775 personas a lo largo de los tres años, aumentando en el último año, 2017 en 150848 personas. En cuanto a la población extranjera disminuye desde el año 2012 al 2017 considerablemente, pasando de ser un 12% de la población total a un 9.8% en el 2017. La población española aumenta durante todo el periodo estudiado, disminuyendo en el último año en 11000 personas.

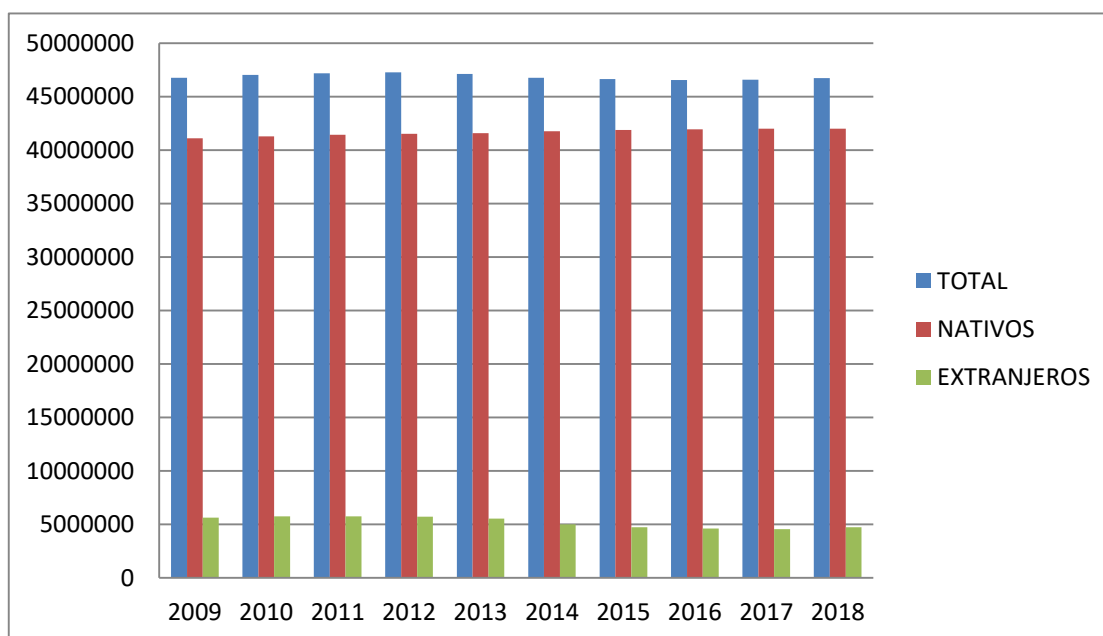


Figura 3.1 Población residente en España

Fuente: elaboración propia a partir de los datos del Instituto Nacional de Estadística (2019a)

3.3. EL FENÓMENO MIGRATORIO EN ESPAÑA

En la década de los 2000 muchas personas inmigraron a España. Sobre todo, entre 2004 y 2008, en 2007 se batió el record de inmigrantes con más de 900.000 llegadas de personas. Con el comienzo de la crisis la inmigración se freno y se estimulo la emigración, lo que conlleva a números rojos en los saldos migratorios durante el periodo transcurrido de 2012 a 2015. A partir del 2016 las cifras se recuperan y los extranjeros vuelven a venir a España a la vez que el número de nativos, aunque siguen emigrando, esta cifra disminuye.

En la figura 3.2. observamos como los inmigrantes que llegan a España, en el último año registrado 2017, ha aumentado y está recuperando los datos de antes de la crisis económica. 532.132 inmigrantes procedentes de otros países establecieron su hogar en España, un 28% más que el año anterior según INE (2019). Este dato es el mayor de los últimos años registrado desde 2008 cuando se alcanzaron casi la llegada de 600000 inmigrantes. A partir de 2016 el saldo vuelve a ser positivo desde 2010 que comenzó a ser negativo.

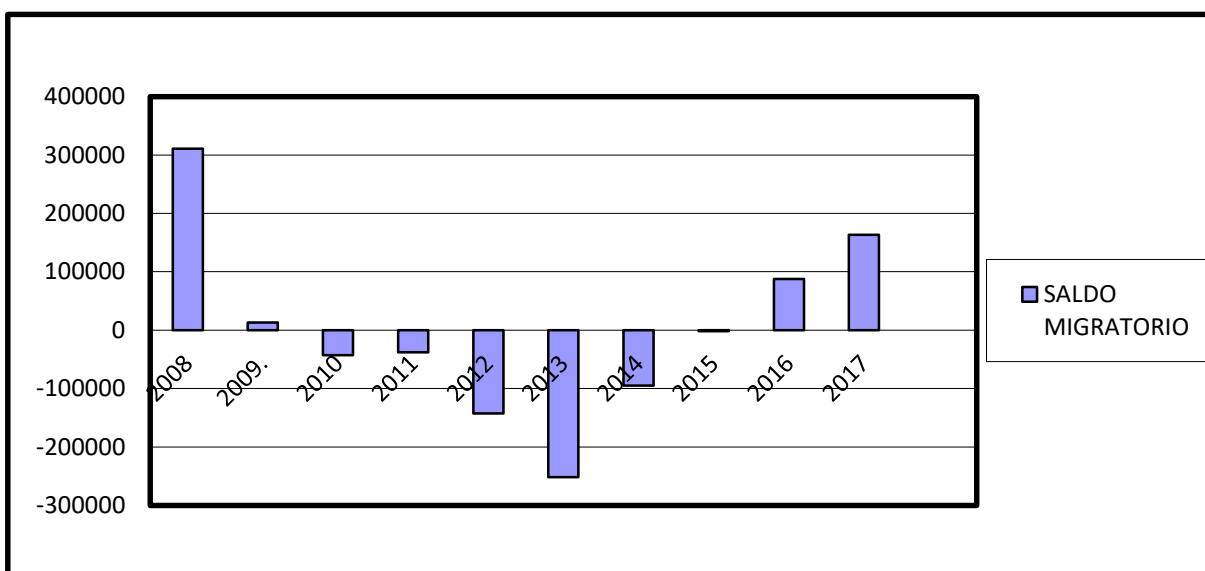


Figura 3.2. Evolución del número de extranjeros en España.

Fuente: elaboración propia a partir de los datos del Instituto Nacional de Estadística (2019b)

La figura 3.3 manifiesta que la inmigración que llega a España es sobre todo de Europa, siendo esta casi la mitad de la población extranjera con 2061035 de un total de 4734691 inmigrantes en el año 2018. Seguida por la Unión Europea con un 1789686, América con 1162350, África con 1066029 y América del Sur, América Central y Caribe, Argentina y América del Norte con datos menos relevantes

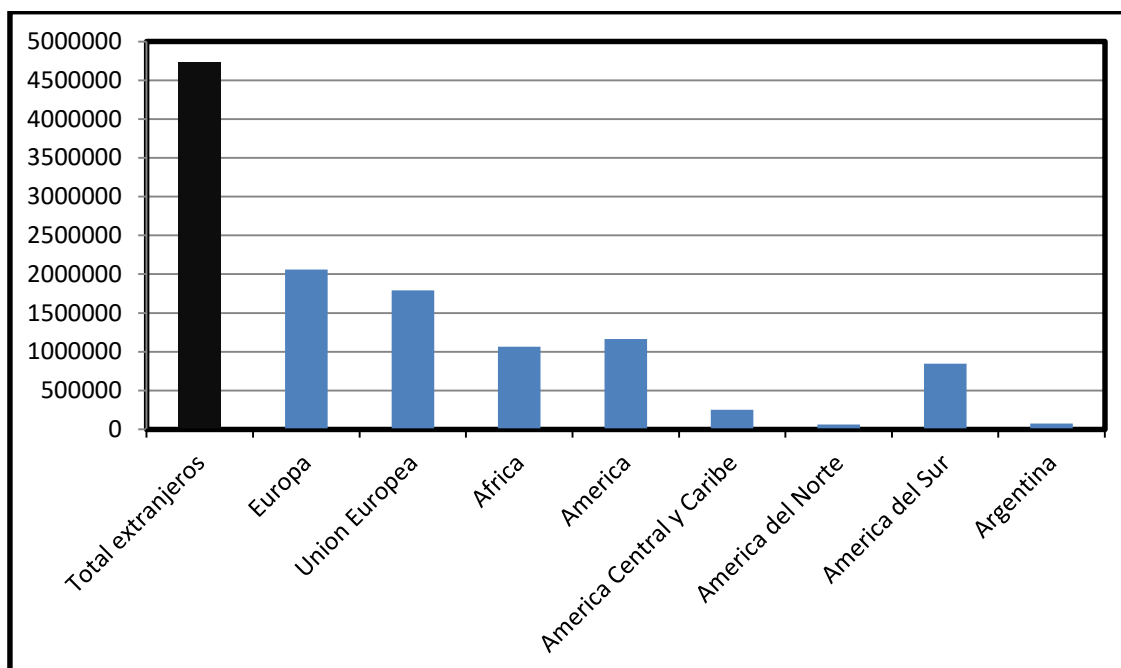


Figura 3.3 Población extranjera por nacionalidad 2018

Fuente: elaboración propia a partir de los datos del Instituto Nacional de Estadística (2019c).

3.4 MARCO NORMATIVO DEL DERECHO A LA SALUD DE LOS INMIGRANTES.

En el año 2000 entro en vigor la Ley orgánica 4/2000 sobre derechos y libertades de los extranjeros en España y su integración social. En su artículo 12 explica el derecho a la asistencia sanitaria. El único requisito para recibir la misma asistencia sanitaria que los nativos era estar empadronado en un municipio, y en caso de no estar empadronados tenían derecho a asistencia sanitaria urgente.

En el año 2012 a consecuencia de la crisis económica que atravesaba el país la ley de asistencia sanitaria cambio, con una serie de medidas urgentes para garantizar la sostenibilidad del Sistema Nacional de Salud. España tenía una alta tasa de morosidad, un envejecimiento de la población lo que supuso un incremento de la utilización del sistema sanitario y un déficit insostenible de las cuentas públicas sanitarias.

La Ley Orgánica 4/2000, de 11 de enero, sobre derechos y libertades de los extranjeros en España y su integración social es modificada.

A través del Artículo 12. Derecho a la asistencia sanitaria los beneficios de los que disponían los inmigrantes cambian y son más restrictivos

“En virtud de la reforma, el derecho a la asistencia sanitaria en España depende del previo cumplimiento del artículo 3. De la condición de asegurado. Para que un extranjero ostente la condición de asegurado debe encontrarse en alguno de los siguientes supuestos: a) ser trabajador por cuenta ajena o por cuenta propia, afiliado a la Seguridad Social y en situación de alta o asimilada a la de alta; b) ostentar la condición de pensionista del sistema de la Seguridad Social; c) ser perceptor de cualquier otra prestación periódica de la Seguridad Social, incluidas la prestación y el subsidio por desempleo; d) haber agotado la prestación o el subsidio por desempleo y figurar inscrito en la oficina correspondiente como demandante de empleo, no acreditando la condición de asegurado por cualquier otro título. En asistencia sanitaria en situaciones especiales para los casos de extranjeros no registrados ni autorizados como residentes en España, que recibirán asistencia sanitaria en dos casos: a) de urgencia por enfermedad grave o accidente, cualquiera que sea su causa, hasta la situación de alta médica; b) de

asistencia al embarazo, parto y postparto. En todo caso, los menores de dieciocho años recibirán asistencia en las mismas condiciones que los españoles.” (Real Decreto-ley 16/2012, de 20 de abril).

En la actualidad el gobierno ha aprobado el Real Decreto Ley 7/2018, de 27 de julio, sobre el acceso universal al Sistema Nacional de Salud que garantiza de nuevo la atención sanitaria universal. Se desliga el reconocimiento del derecho a la salud de la condición de asegurado y reconoce la titularidad de dicho derecho y a la atención sanitaria a las personas con nacionalidad española y a los extranjeros que tengan residencia en España, además de garantizar la asistencia sanitaria a los colectivos excluidos por el RDL 16/2012.

4. ANÁLISIS ESTADÍSTICO Y COMPARATIVO EN MATERIA DE SANIDAD ENTRE NATIVOS Y EXTRANJEROS

Con la intención de analizar si la población extranjera utiliza más los servicios de la sanidad pública que la población nativa, en este apartado vamos a analizar y comparar la utilización por parte de ambas de los diferentes servicios ofertados por la sanidad pública en España. Realizamos este estudio mediante la realización de gráficas comparativas durante los años de los que tenemos información. Los años analizados son 2006, 2011-2012 y 2017, teniendo en ocasiones solo información de los años 2011-2012 o incluso únicamente de 2017.

La información utilizada para realizar este estudio es la Encuesta Nacional de Salud de España (ENSE), es la principal fuente de información sobre salud de la población de España. Realizada por el Ministerio de Sanidad, Consumo y Bienestar Social (MSCBS) en colaboración con el Instituto Nacional de Estadística (INE).

Las encuestas para los años 2006, 2011-2012 y 2017 se han llevado a cabo a partir de una muestra de entre 24000 y 37500 viviendas distribuidas entre 2000 y 2500 secciones censales. El número de viviendas seleccionadas en cada sección censal es de 12 a 15. Las muestras se distribuyen entre comunidades autónomas asignada una parte uniformemente y otra de forma proporcional de la comanda.

Las variables analizadas son consultas médicas, hospitalizaciones, servicios de urgencias, consumo de medicamentos y prácticas preventivas.

4.1 CONSULTAS MÉDICAS

En este apartado vamos a analizar y comparar la utilización de los diferentes tipos de consultas médicas (cualquier visita a un/a profesional médico/a titulado/a (personal o telefónicamente), para diagnóstico, examen, tratamiento, seguimiento, consejo o cualquier otro trámite. También se considera consulta médica las revisiones y peticiones de recetas (INE 2019)). Que ofrece la sanidad pública española a lo largo de los 3 períodos de los que disponemos; por parte de la población nativa y la población extranjera.

Las variables que analizamos en este apartado son: tiempo transcurrido desde la última consulta médica, tiempo transcurrido desde la última consulta a un médico de familia o de pediatría, tiempo transcurrido desde la última consulta al médico especialista y lugar de la última consulta médica en las últimas 4 semanas.

Según se desprende de la Figura 4.1, la población extranjera visita con menos frecuencia la consulta médica. La población extranjera ha utilizado los servicios de consulta médica en un 82,25% en menos de un año frente al 87,44% de la población nativa. Siendo un 5,19% inferior en 2017, observándose los años anteriores un mismo comportamiento, siendo superior la utilización por parte de la población nativa.

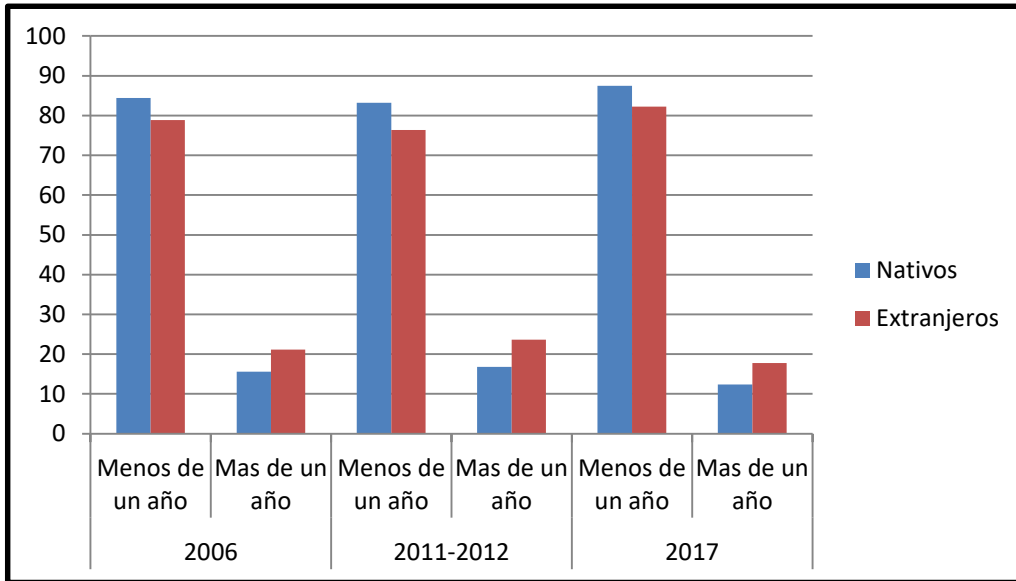


Figura 4.1. Tiempo transcurrido desde la última consulta médica.

Fuente: elaboración propia a partir de la encuesta de salud (INE 2019d)

La figura 4.2 muestra que ambas poblaciones están prácticamente equiparadas en sus visitas al médico de familia o pediatría, como señala Carmona et al. (2014). Alrededor del 50% de ambas poblaciones utilizan estas consultas entre >4 semanas < 1 año; 52,16% para la población nativa y 52,02% para la población extranjera en 2017.

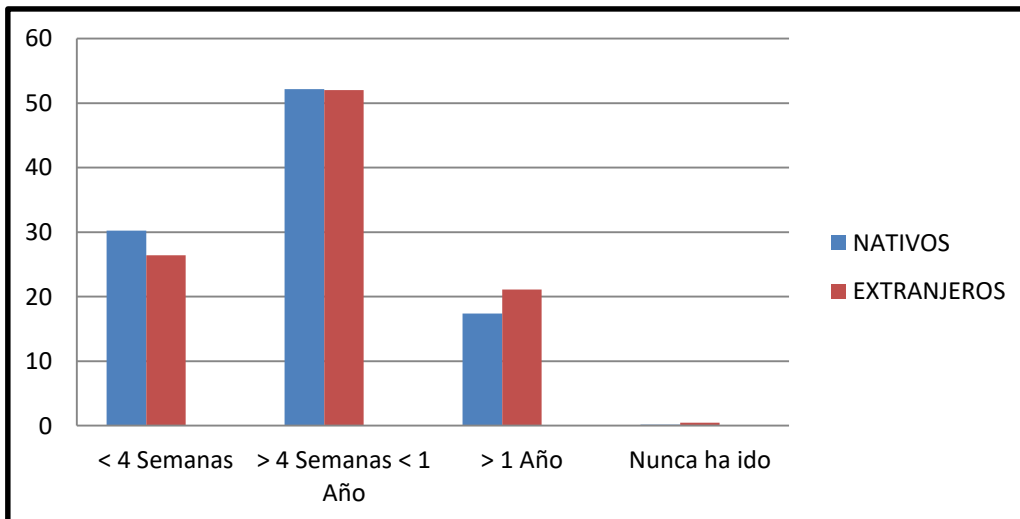


Figura 4.2. Tiempo transcurrido desde la última consulta al médico de familia o pediatría (2017).

Fuente: elaboración propia a partir de la encuesta de salud (INE 2019d)

La figura 4.3. nos indica que la población extranjera visita la consulta al médico especialista con menos frecuencia que la población nativa. El 43,17% de la población extranjera hace más de 1 año que no visita al médico especialista. Observamos que la población nativa ha utilizado este servicio con una regularidad mayor en el periodo > 4 semanas < 1 año 41,57% respecto a un 36,51% de la población extranjera. Cabe destacar que casi un 10% de la población extranjera no ha ido a la consulta de un médico especialista en el año 2017.

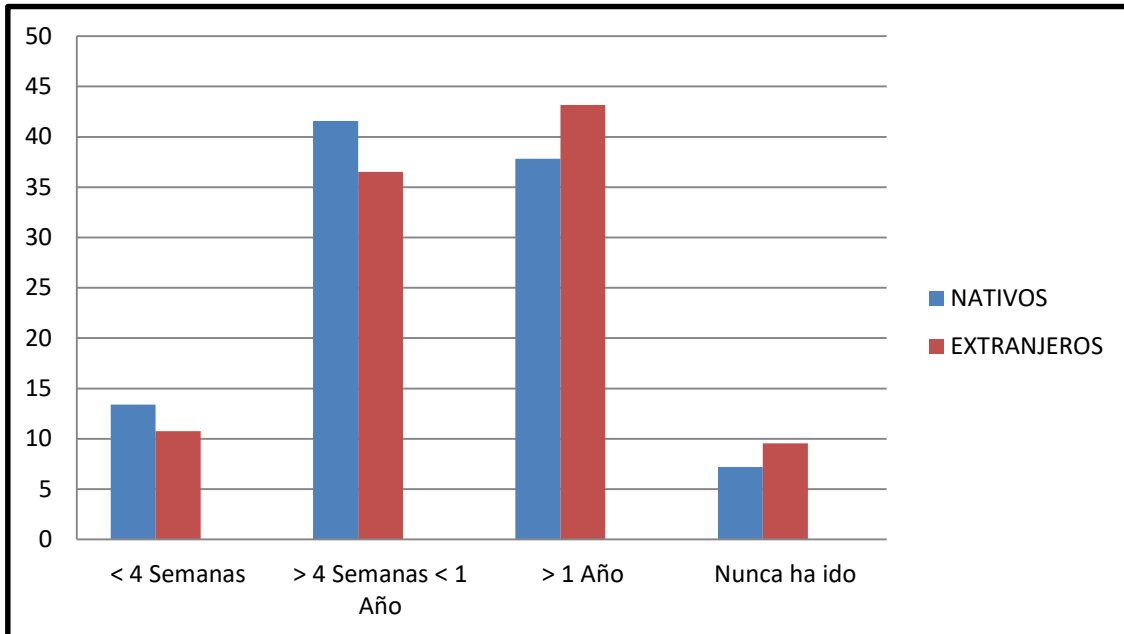


Figura 4.3. Tiempo transcurrido desde la última consulta al médico especialista (2017).

Fuente: elaboración propia a partir de la encuesta de salud (INE 2019d)

En la Tabla 4.1. observamos que ambas poblaciones utilizan en mayor proporción los Centros de Salud. Obteniendo más del 60% del total, siendo más utilizados por los extranjeros con un 64% de la población frente al 60,93% de la población nativa en 2017. Durante el periodo analizado los datos han oscilado en un rango similar.

	2006		2011-2012		2017	
	Nativos	Extranjeros	Nativos	Extranjeros	Nativos	Extranjeros
Centro de Salud	55,41	55,79	60,20	65,12	60,93	64,52
Ambulatorio	15,05	19,68	13,38	15,77	10,38	11,74
Consulta Externa	12,37	8,11	12,58	8,79	15,45	11,57
Urgencias	2,78	4,43	2,09	3,49	1,04	2,41
Médico particular	11,83	9,52	9,23	5,03	10,61	8,95
Domicilio	0,81	0,29	1,00	0,36	0,77	0,00
Otro lugar	1,76	2,18	1,52	1,45	0,83	0,81

Tabla 4.1. Lugar de la última consulta médica en las últimas 4 semanas.

Fuente: elaboración propia a partir de la encuesta de salud (INE 2019d)

4.2 HOSPITALIZACIONES

Se considera hospitalización todo ingreso en un hospital para recibir asistencia médica o médico quirúrgico que suponga, al menos, pasar una noche en el mismo o tener una cama asignada. (INE, 2017). Analizamos el porcentaje de población que ha sido hospitalizada en los últimos doce meses al menos una noche o hayan tenido una cama asignada y el motivo de la hospitalización.

La grafica 4.4 muestra que ambas poblaciones son hospitalizadas en los mismos porcentajes, manteniendo unos numeros constantes a lo largo del periodo analizado las dos poblaciones. Entorno a un 8% de ambas poblacion es hospitalizada a lo largo del año 2017.

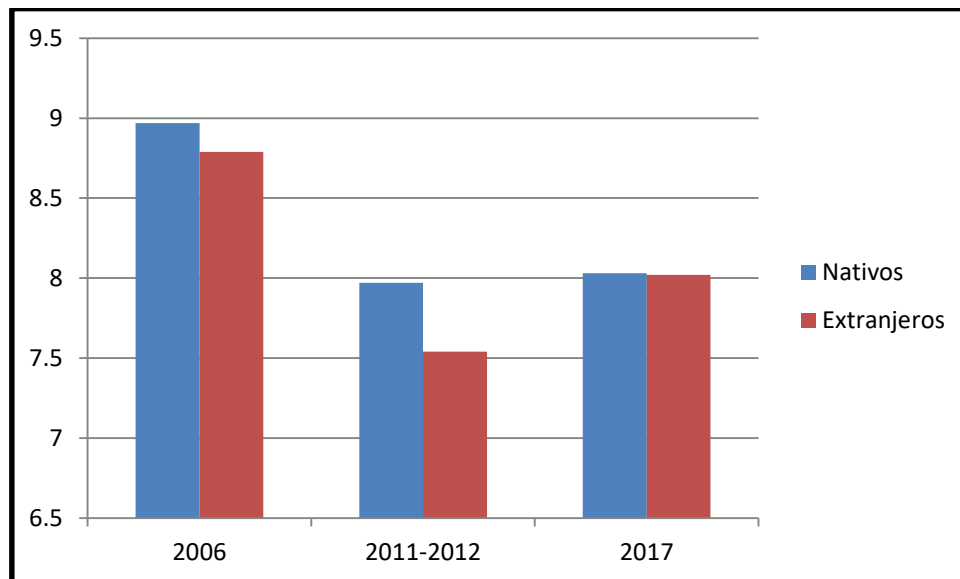


Figura 4.4. Hospitalización en los últimos 12 meses.

Fuente: *elaboración propia a partir de la encuesta de salud (INE 2019d)*

La tabla 4.2. evidencia que el motivo principal por el que tanto la población nativa como la española ingresan en el hospital es por intervenciones quirúrgicas. El dato más relevante es el alto porcentaje de ingresos por parto (incluye cesárea) por parte de la población extranjera. Cabe comentar que la media de días que dura un ingreso hospitalario para un paciente nativo es de 6,35 días y para un paciente extranjero de 4,22 días (INE, 2019), debiéndose la diferencia al alto porcentaje de ingresos por partos de las mujeres extranjeras.

El 26,75% de la población extranjera es ingresada por partos frente a un 8,58% de la población nativa, lo que supone un 18,71% de diferencia; siendo la segunda causa de ingreso para la población extranjera mientras que para la nativa es la cuarta causa de ingreso, suponiendo solo el 8,58% del total de ingresos hospitalarios en 2017, siendo este el peor dato de los años estudiados.

	2006		2011-2012		2017	
	Nativos	Extranjeros	Nativos	Extranjeros	Nativos	Extranjeros
Intervención quirúrgica	43,92	31,05	44,92	38,57	44,40	36,13
Estudio médico para diagnóstico	18,36	18,12	16,25	11,02	20,22	20,23
Tratamiento médico sin intervención quirúrgica	19,43	9,48	20,65	18,05	21,98	14,64
Parto(incluye cesárea)	11,11	28,48	10,37	24,82	8,58	26,75
Otros motivos	7,18	12,87	7,80	7,53	4,83	2,24

Tabla 4.2. Motivo de la estancia en el hospital en los últimos 12 meses.

Fuente: elaboración propia a partir de la encuesta de salud (INE 2019d)

España es un país con crecimiento vegetativo negativo (-46590) es decir, hay mas defunciones que nacimientos en la actualidad, en el primer trimestre de 2018 murieron 226.384 personas y nacieron 179.794 personas según (INE, 2019). Son solo las mujeres extranjeras las que retrasan la caída que cada vez es más acelerada. También hay que tener en cuenta que la población extranjera es más joven por lo que sufren menos defunciones.

4.3 SERVICIOS DE URGENCIAS

Los servicios de urgencias tienen la misión de prestar atención sanitaria urgente a cualquier miembro de la población española que lo necesite en el momento adecuado y con los servicios técnicos y humanos necesarios. (SEMES, 2019).

En este apartado vamos a analizar la utilización del servicio de urgencias, el lugar de la última asistencia prestada y los tipos de servicios de urgencias utilizados.

En la figura 4.5. observamos cómo ambas poblaciones utilizan los servicios de urgencias de forma similar. El 31,67% de la población extranjera frente al 31,21% de la población española en 2017 oscilando de manera similar durante todo el periodo analizado, llegando en 2011-2012 a ser iguales.

Uno de los factores que argumenta el mayor uso de los servicios de urgencias por parte de la población extranjera es que ellos intentan evitar el absentismo laboral (Núñez et al.,2099).

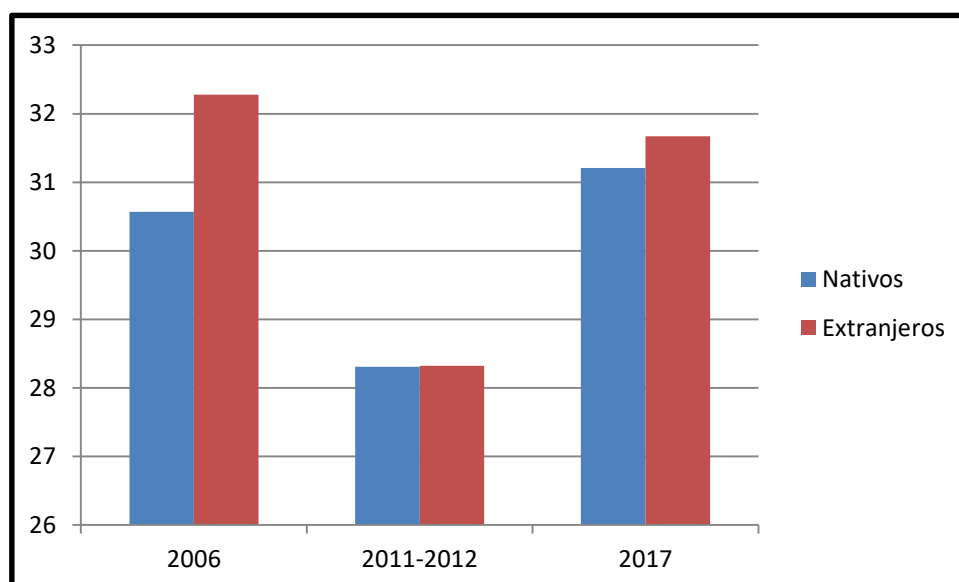


Figura 4.5. Utilización del servicio de urgencias en los últimos doce meses.

Fuente: elaboración propia a partir de la encuesta de salud (INE 2019d)

Según se desprende de la figura 4.6. ambas poblaciones son atendidas para un servicio de urgencias en urgencias, siendo la población extranjera superior.

La población extranjera es atendida en las instalaciones de urgencias en un 95,74% de los casos, mientras la población española lo es un 93,04% en el año 2017.

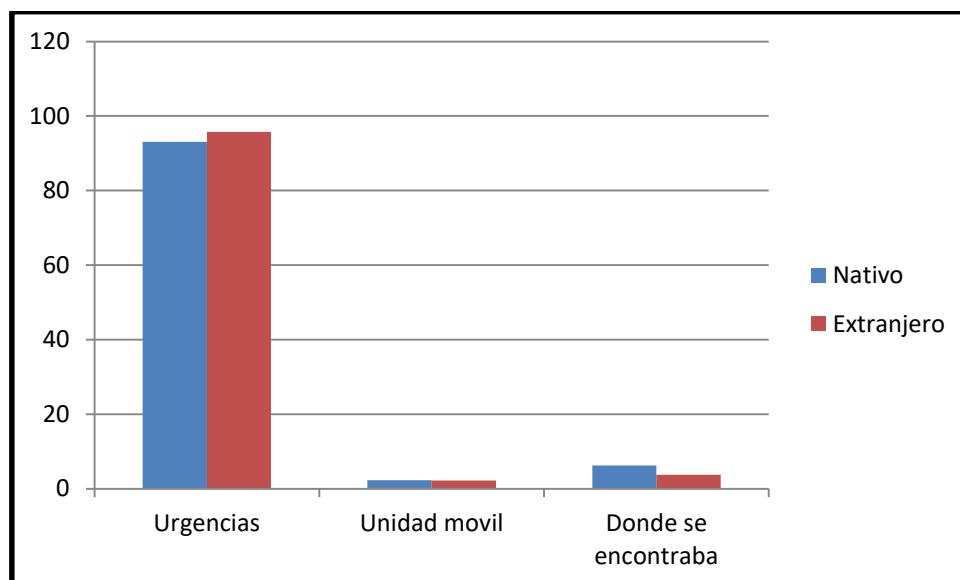


Figura 4.6. Lugar de la última asistencia prestada por el servicio de urgencias e los últimos 12 meses (2017).

Fuente: elaboración propia a partir de la encuesta de salud (INE 2019d)

En la figura 4.7. observamos que la población extranjera utiliza con más frecuencia el hospital y servicio de urgencias público cuando necesita acudir a urgencias. La población extranjera utiliza el 94,59% el hospital y el servicio de urgencias público, mientras que la población española lo hace en un 88,92%; utilizando el resto de la población el servicio de urgencias privado.

La población extranjera que necesita asistencia urgente utiliza un 5,58% más los servicios de urgencias públicos que la población nativa en 2017. Durante todo el periodo analizado la población extranjera utiliza mas el servicio de urgencias publico que la nativa, sufriendo un descenso en 2011-2012 por ambas partes, volviendo a recuperarse y elevando su participación en el último año.

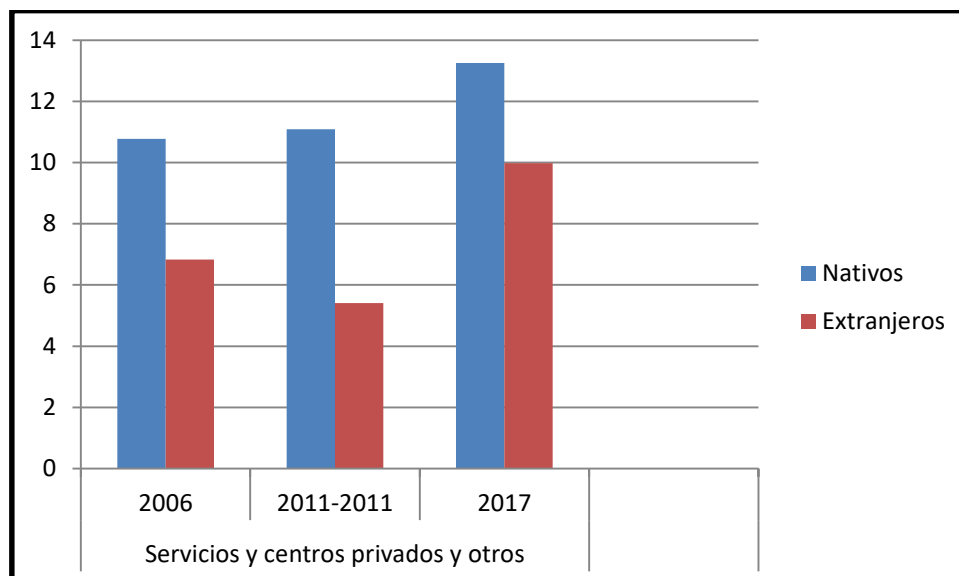


Figura 4.7. Tipo de servicio de urgencias utilizado en los últimos 12 meses.

Fuente: elaboración propia a partir de la encuesta de salud (INE 2019d)

4.4 CONSUMO DE MEDICAMENTOS

El gobierno español invierte 11000 millones de euros en recetas de medicamentos (MS, 2019). Para hacer frente al gasto que supone el consumo de medicamentos, en España existe la figura del copago farmacéutico, el beneficiario del medicamento tiene que aportar obligatoriamente una parte proporcional del precio del medicamento recetado por el Sistema Nacional de Salud. Este sistema se modificó a raíz de la reforma sanitaria de 2012, aumentando la parte proporcional del precio a pagar por la población jubilada. Se establecieron diferentes copagos según el rango de rentas de las personas.

En la figura 4.8 observamos como la población extranjera ha consumido menos medicamentos que la población nativa. El 47,6% de la población extranjera no ha consumido medicamentos en las últimas dos semanas. En cuanto al consumo de medicamentos recetados la población nativa supera a la extranjera en un 14,94%, siendo para la población nativa un 48,02% frente al 33,56% de la población extranjera. Esto indica que el nivel de gasto público destinado a medicación para la población extranjera es muy inferior proporcionalmente que el destinado a la población nativa.

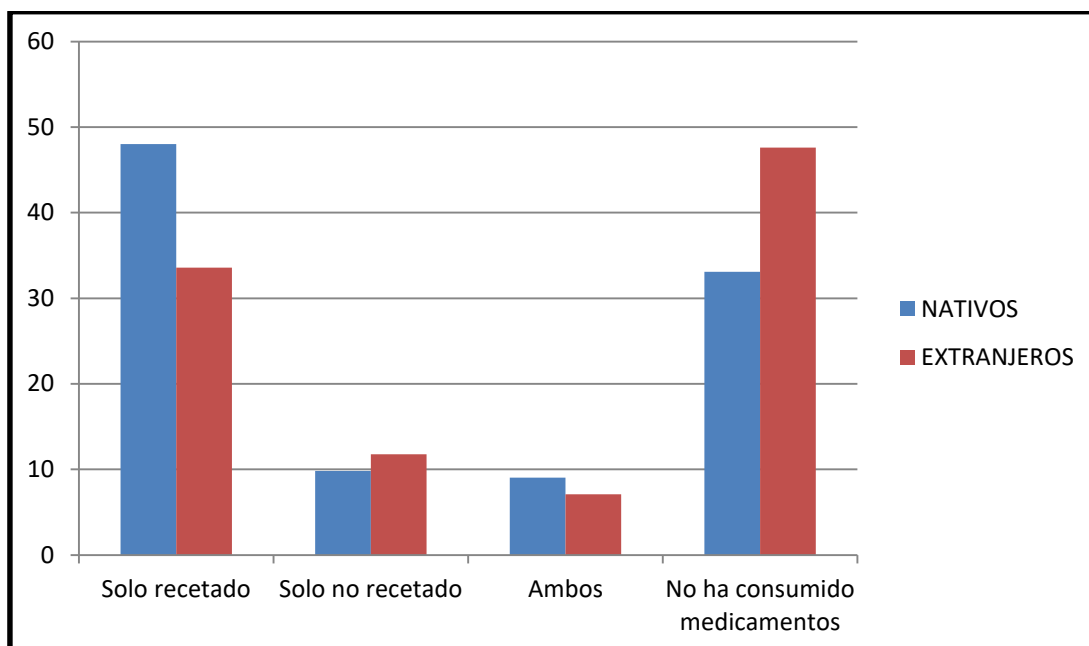


Figura 4.8. Consumo de medicamentos en las últimas dos semanas 2017.

Fuente: elaboración propia a partir de la encuesta de salud (INE 2019d)

4.5 PRÁCTICAS PREVENTIVAS

Vamos a analizar el nivel de vacunación antigripal, el tiempo transcurrido desde la última toma de tensión arterial, desde la última medición de colesterol y nivel de azúcar y la última realización de una colonoscopia a nivel nacional, separando entre población nativa y extranjera. Las siguientes variables se analizan para la población femenina, tanto nativa y española, ya que estas variables solo afectan a la población femenina. Estas variables son la realización de mamografía para el cribado de cáncer de mama en mujeres de entre 50 a 69 años, el tiempo transcurrido desde la última mamografía en mujeres de 15 años y mas y el tiempo transcurrido desde la última citología vaginal en mujeres de más de 15 años.

La figura 4.9. muestra que la población extranjera no se vacuna ante la gripe en un porcentaje muy superior a la población nativa. Observamos que en ambas poblaciones el total de vacunados es pequeño respecto al total, siendo mayor el de la población nativa, llegando al 19,75% de la población, mientras la población extranjera solo ha utilizado esta práctica preventiva en un 7,53%. Si dividimos la población por rango de edad nos quedamos con la población de 65 años y mas puesto que es la población más susceptible de utilizar este servicio ya que tienen un alto riesgo de complicaciones en el caso de padecer gripe; observamos que el porcentaje de utilización es muy superior al de la población total, siendo para la población nativa de un 54,62% y de un 32,12% para la población extranjera, por lo que la utilización de la población nativa supera en un 22,5% a la población extranjera. Ambas poblaciones han disminuido su utilización en comparación con el anterior periodo analizado (2011-2012), siendo un 20,62% para los nativos y un 9,29% para los extranjeros.

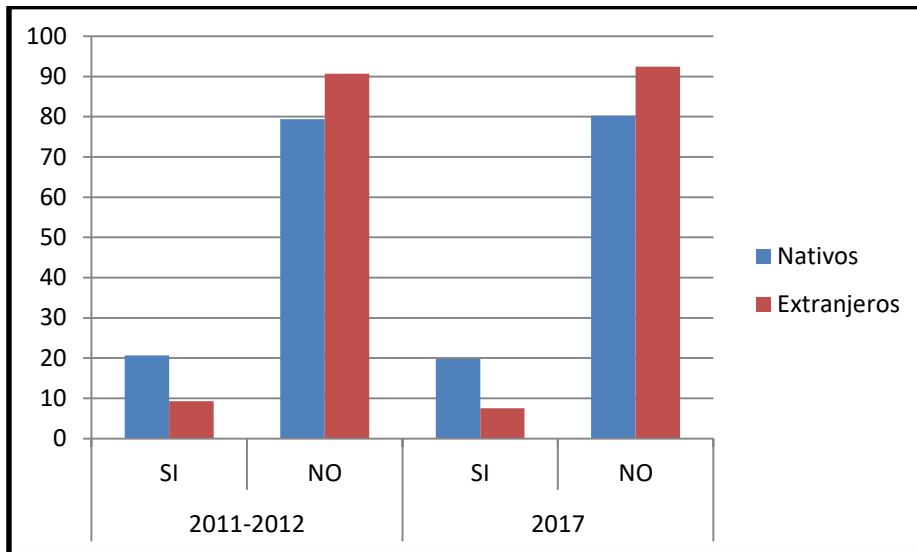


Figura 4.9. Vacunación antigripal en la última campaña

Fuente: elaboración propia a partir de la encuesta de salud (INE 2019d)

La toma de tensión arterial es la medición de la tensión arterial sistólica y diastólica realizada por un profesional sanitario (incluye farmacias). (INE, 2019).

En la figura 4.10. observamos como la población extranjera se realiza la toma de tensión arterial en menor medida que la población nativa. El 73,42% de la población nativa se ha tomado la tensión hace menos de 1 año frente al 65,26% de la población extranjera; siendo esta diferencia del 8,16%. El porcentaje de población que nunca se ha tomado la tensión es más elevado en el caso de la población extranjera siendo este de un 7,32% frente al 3,51% de la población nativa; todo ello en 2017. Los porcentajes de la toma de tensión arterial han aumentado respecto al anterior periodo analizado 65,70% nativos y 52,26% extranjeros.

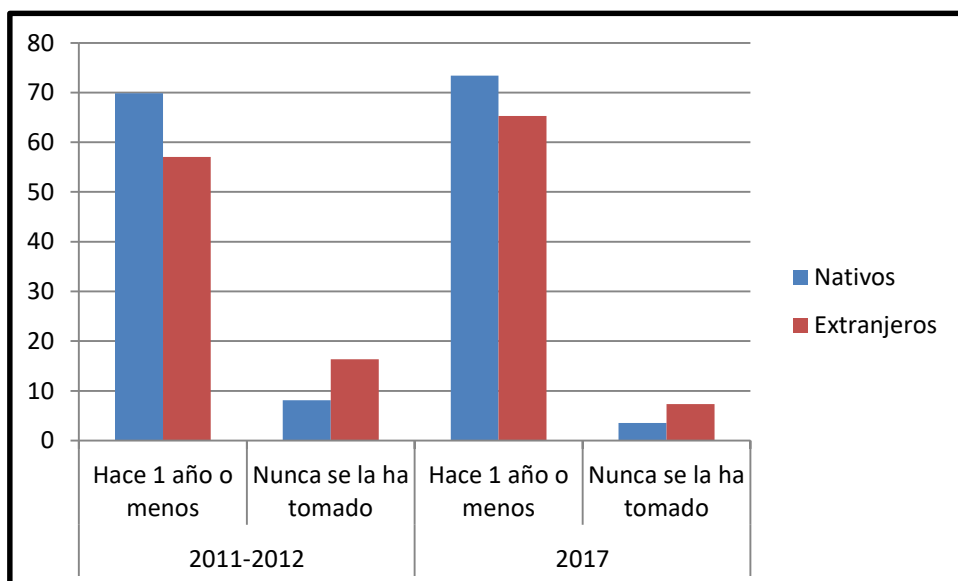


Figura 4.10. Tiempo transcurrido desde la última toma de tensión arterial.

Fuente: elaboración propia a partir de la encuesta de salud (INE 2019d)

La medición de colesterol es la determinación de las cifras de colesterol total sérico, (INE 2019).

La figura 4.11. muestra que la población extranjera se realiza la medición de colesterol en un porcentaje inferior a la población nativa. El 74,20% de la población nativa se ha realizado la medición de colesterol hace menos de 1 año frente al 65,85% de la población extranjera, siendo esta diferencia del 8,35%. La población extranjera que nunca se ha realizado la medición del colesterol es del 7,06% frente a un 3,54% de la población nativa en 2017. El nivel de individuos que se realiza esta medida preventiva ha ido aumentando a lo largo de los periodos analizados, aumentando ambas poblaciones su nivel de utilización cada vez más constante de la medición del colesterol.

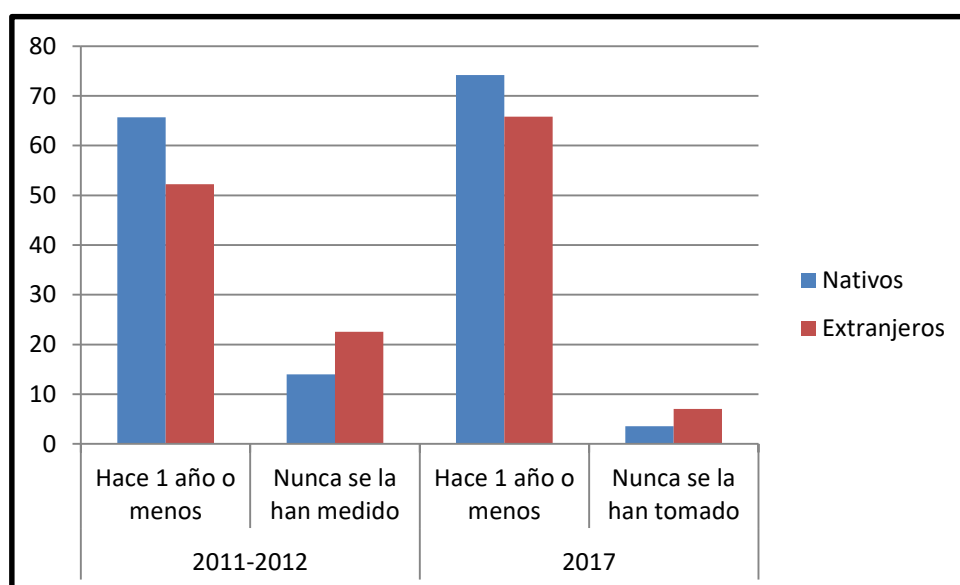


Figura 4.11. Tiempo transcurrido desde la última medición de colesterol.

Fuente: elaboración propia a partir de la encuesta de salud (INE 2019d)

La medición del nivel de azúcar es la determinación de las cifras de glucosa en sangre. (INE 2019).

La figura 4.12. indica que la población extranjera se ha realizado en los últimos 12 meses la medición del nivel de azúcar en un menor porcentaje que la nativa. El 73,31% de la población nativa frente al 65,74% de la extranjera. El porcentaje de individuos extranjeros que nunca se han realizado la medición del nivel de azúcar es del 7,62% frente a un 4,23% de los nativos en 2017. Ambas poblaciones han aumentado su nivel medición de azúcar.

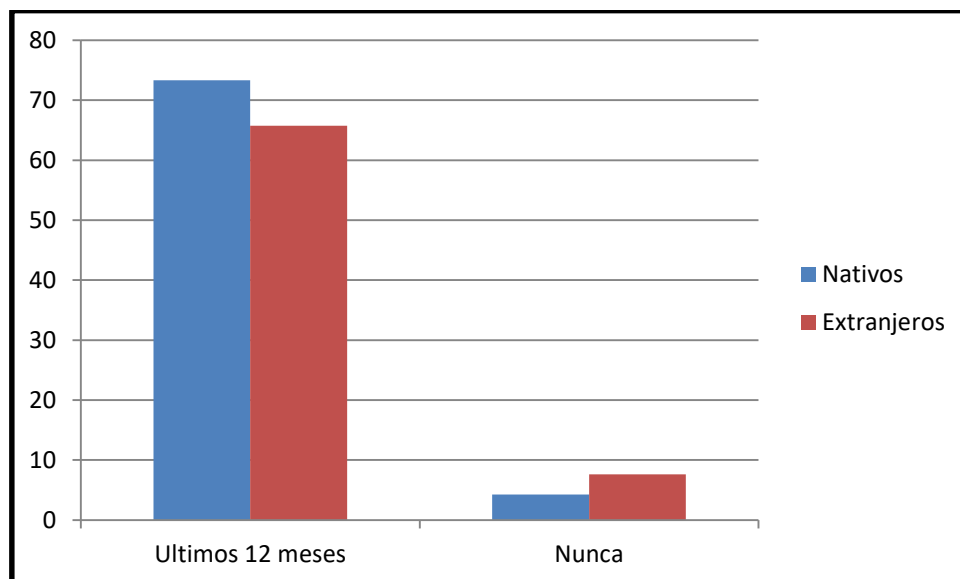


Figura 4.12. Tiempo transcurrido desde la última medición de nivel de azúcar (2017)

Fuente: elaboración propia a partir de la encuesta de salud (INE 2019d)

La colonoscopia es un examen en el que se visualiza el interior del colon (intestino grueso) y el recto, mediante un instrumento llamado colonoscopio. El colonoscopio tiene una pequeña cámara fijada a una sonda flexible que puede alcanzar toda la longitud del colon (INE 2019).

La figura 4.12. indica que la población extranjera se ha realizado en menor medida una colonoscopia en los últimos 12 meses. Un 3,44% de la población nativa frente a un 1,95% de la población extranjera en los últimos doce meses, si ampliamos el periodo a más de un año, pero menos de cinco años la población nativa sigue siendo superior con un 6,88% de su población frente a los 3,71% de la población extranjera en 2017.

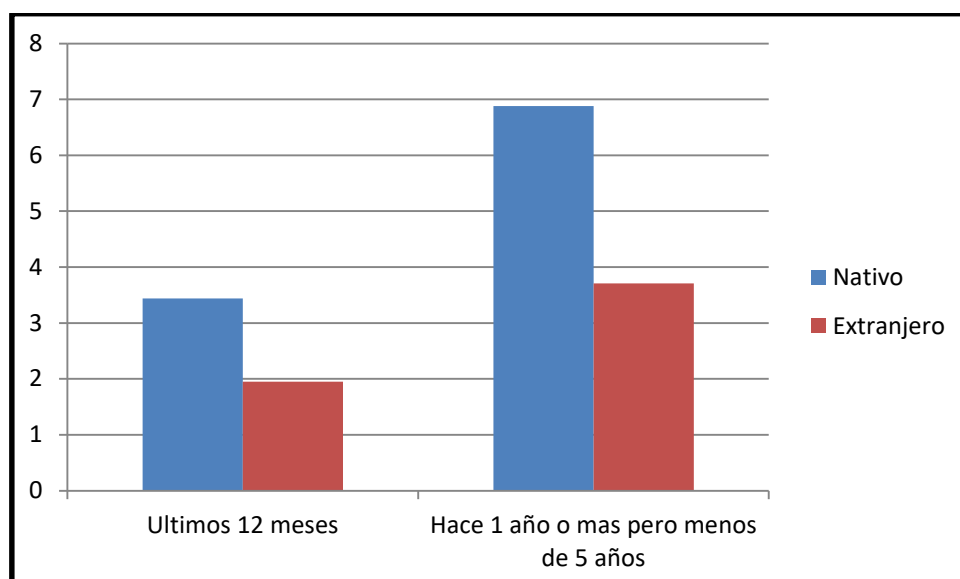


Figura 4.13. Tiempo transcurrido desde la última colonoscopia (2017).

Fuente: elaboración propia a partir de la encuesta de salud (INE 2019d)

La mamografía es una prueba realizada para la detección precoz de cáncer de mama. Consiste en la radiografía de uno o ambos pechos (INE, 2019). En el periodo recomendado para el cribado de cáncer de mama en mujeres de 50 a 69 años. El cáncer de mama es el cáncer que más afecta a las mujeres con 26370 casos registrados en España en 2017 (SEOM,2018).

Según muestra la figura 4.14. las mujeres extranjeras se realizan la mamografía en un porcentaje muy inferior a las mujeres nativas. Un 83,21% la prueba de mamografía frente a un 67,37% de las mujeres extranjeras. Esto implica que las mujeres nativas se han realizado en un periodo de un año o menos 15,84% más que las mujeres extranjeras en. El porcentaje de mujeres extranjeras que nunca se han realizado a prueba de mamografía es el 12,58% de su población, cifra muy elevada en comparación con el 4,26% de las mujeres nativas en 2017. En el año 2011-2012 los porcentajes de realización de mamografía eran menores para ambas poblaciones 79,49 y 53,99 respectivamente y los porcentajes de una nula realización han disminuido 6,34% y 19,41%, de esta manera ambas poblaciones son cada vez más conscientes de la importancia de la realización de esta prueba.

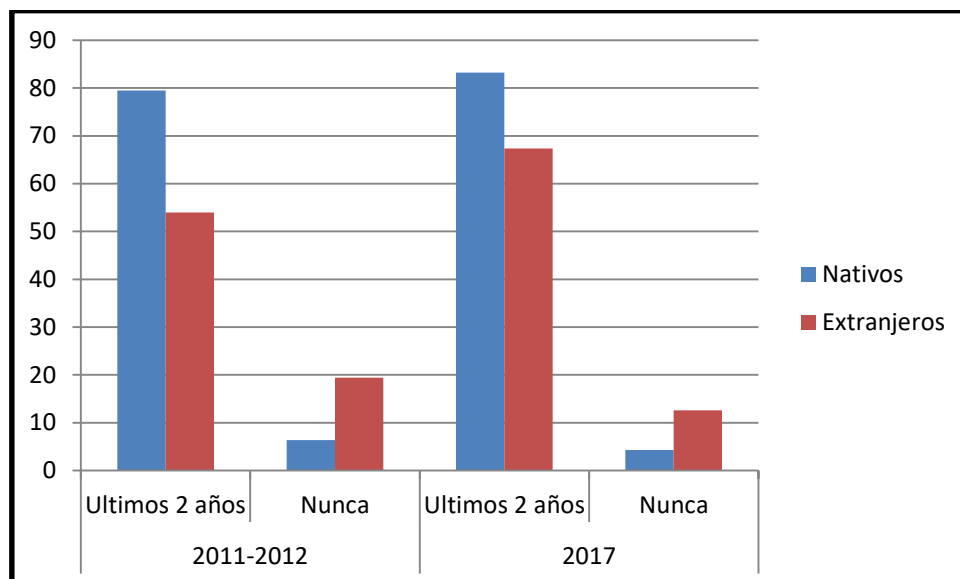


Figura 4.14. Realización de mamografía en el periodo recomendado para el cribado de cáncer de mama. Mujeres de 50 a 69 años.

Fuente: elaboración propia a partir de la encuesta de salud (INE 2019d)

La citología vaginal prueba utilizada para la detección precoz de cáncer de cuello de útero y de la vagina y de determinadas infecciones. Permite también conocer la actividad hormonal de la mujer. (INE,2019).

La figura 4.15. muestra que las mujeres extranjeras se han realizado en un periodo de menos de 3 años más citologías que las mujeres nativas. Las mujeres extranjeras se han realizado en un 60,62 % una citología vaginal frente al 55,81% de las mujeres nativas en menos de tres años. El 28,58% de las mujeres extranjeras nunca se han realizado una citología vaginal en el año 2017. En el periodo anterior 2011-2012 ambas poblaciones estaban prácticamente igualadas, 56,47% mujeres nativas y 57,64% mujeres extranjeras. La evolución para las mujeres nativas ha sido creciente en un 2,98%.

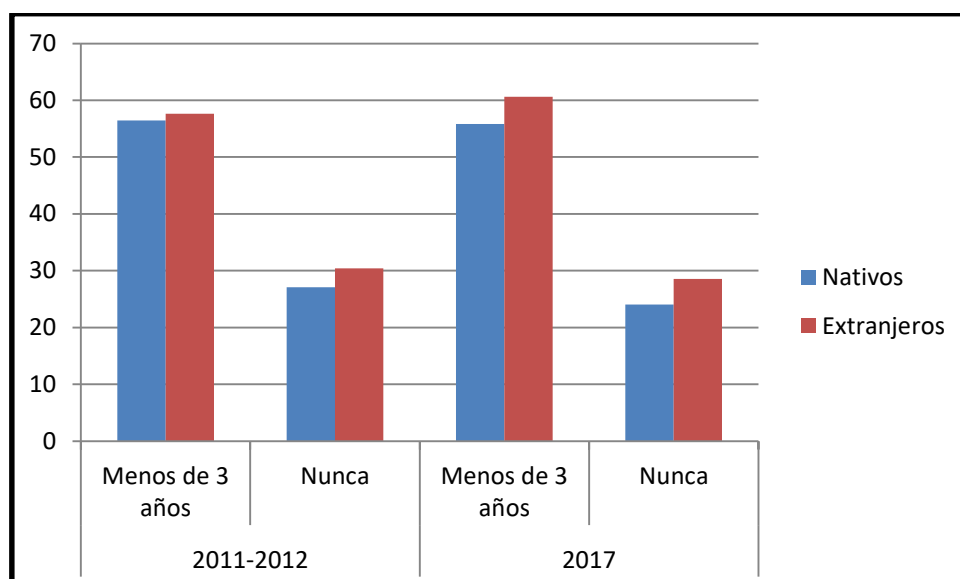


Figura 4.15. Tiempo transcurrido desde la última citología vaginal Mujeres de más de 15 años.

Fuente: elaboración propia a partir de la encuesta de salud (INE 2019d)

En las prácticas preventivas analizadas la población nativa ha superado en utilización a la población extranjera, excepto en el tiempo transcurrido desde la última citología vaginal. Este comportamiento se ha dado durante todo el periodo analizado, incluso en el período 2011-2012 cuando se restringió la utilización de la sanidad pública para los extranjeros indocumentados. Esto indica que la población nativa esta mas concienciada con la importancia de revisar su salud más frecuentemente que la población extranjera, el nivel de información y clase social es más elevado en la población nativa. La población extranjera que reside en España vienen de países menos desarrollados donde su sistema sanitario está muy por debajo del sistema sanitario público que ofrece España, es por ello que la población extranjera no está acostumbrada a realizarse pruebas preventivas. Al llegar a España, los extranjeros no están informados de los beneficios que ofrece la sanidad pública, puesto que ellos no llegan a España atraídos por nuestro sistema sanitario como dice Muñoz de Bustillo y Grande (2017). Además, la población extranjera es más joven que la población nativa. Las personas que deciden migrar son personas jóvenes y con buena salud, ya que se van a enfrentar a los retos laborales y a los de la inmigración. La edad media de los extranjeros en España es de 36,13 años (INE,2019).

5. HIPÓTESIS ALTERNATIVAS

Hemos visto que la hipótesis del welfare magnet explica como los movimientos migratorios se basan en los beneficios sociales que ofrecen los países receptores. Los emigrantes eligen los países que más ayudas sociales les ofrece.

Esta hipótesis no se cumple en el ámbito de la sanidad pública como hemos podido comprobar con el análisis de la comparación de la utilización de los servicios sanitarios por parte de la población nativa y extranjera. En todos los servicios disponibles los extranjeros los utilizan en menor medida que la población nativa, exceptuando el servicio de asistencia por urgencias.

Es por ello que nos preguntamos si puede haber algún otro motivo por el que la población extranjera utilice menos la sanidad pública que la población nativa. Las variables que vamos a analizar son las siguientes: el estado de salud, hábitos de vida, la edad, cultura y desconocimiento.

5.1. ESTADO DE SALUD.

El estado de salud es la percepción que un individuo tiene sobre su bienestar general, ya sea una percepción personal o a nivel objetivo con pruebas médicas que lo constaten OMS (2019). En este apartado recogemos información sobre el estado de salud percibido por parte de la población nativa y extranjera, el porcentaje de población que padece una enfermedad crónica tanto en nativos como en extranjeros y el porcentaje de obesidad de ambas poblaciones.

Según el ranking de Bloomberg 2019 healthiest Country Index, España es el país más saludable del mundo.

La figura 5.1. muestra que el estado de salud percibida es muy similar entre los españoles y los extranjeros. El estado de salud de la población de España en 2017 es bueno: un 47,33% de la población nativa y un 47,72% de la población extranjera posee un estado de salud buena, teniendo un 74,02% de la población total una salud muy buena y buena, en los años anteriores la evolución había sido ascendente tanto para la población nativa como para la población extranjera, situándose su mayor valor en el año 2011-2012 con un 75,27% de la población total con un estado de salud muy bueno y bueno. Ambas poblaciones, nativa y extranjera presentan valores de salud muy similares situándose en un rango similar durante todo el periodo estudiado; el último año (2017) la diferencia es del 2,85%, situándose la salud de los extranjeros por encima de los nativos.

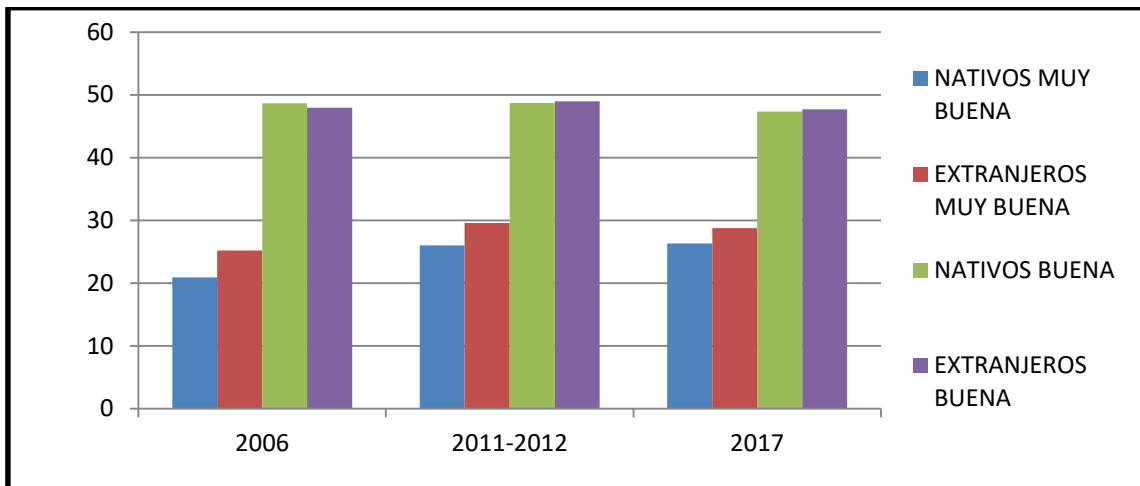


Figura 5.1. Estado de salud percibida

Fuente: elaboración propia a partir de la encuesta de salud (INE 2019d)

Las enfermedades crónicas son enfermedades o problemas de salud de una duración de al menos de 6 meses. No se consideran problemas temporales, pero si los estacionales o recurrentes. INE (2019).

La figura 5.2. muestra que los extranjeros sufren en menor medida una enfermedad crónica. La población nativa tiene un 66,57% de enfermos crónicos mientras que la población extranjera tiene un 49,33% de su población. Siendo un 17,24% superior los enfermos crónicos nativos que los extranjeros en 2017. El periodo anterior analizado ambas poblaciones tenían unos niveles de enfermos crónicos muy inferiores, en los últimos 5 años la población nativa aumento sus enfermos crónicos en un 21,63% y la extranjera aumento en un 21,07%.

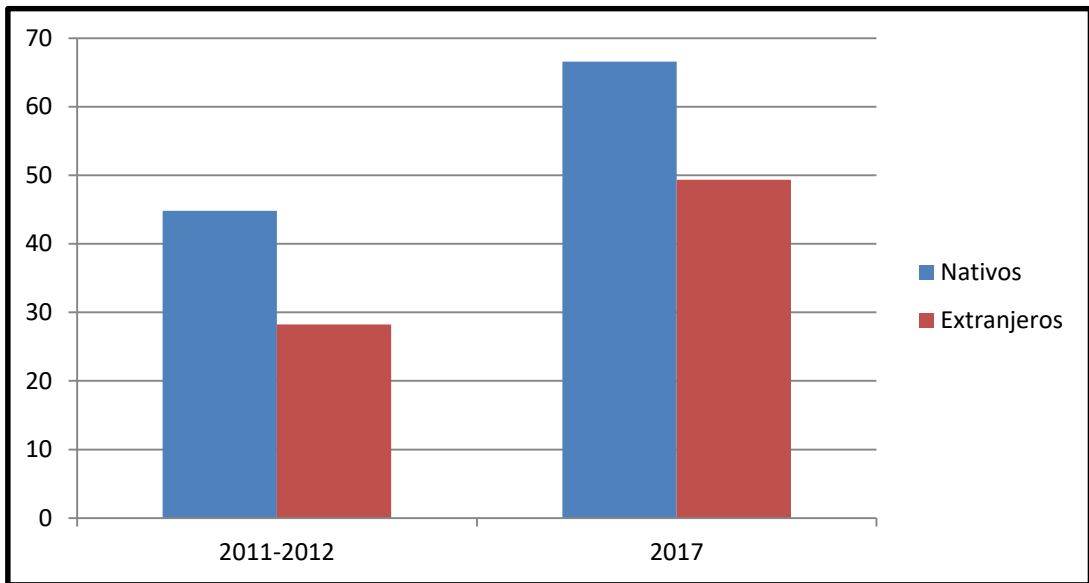


Figura 5.2. Enfermedades crónicas >15 años

Fuente: elaboración propia a partir de la encuesta de salud (INE 2019d)

En la figura 5.3 observamos como la población nativa sufre más de sobrepeso y obesidad. Un 37,44% de la población nativa sufre sobrepeso y 17,56% obesidad frente a un 34,71% de la población extranjera con sobrepeso y un 16,63% de obesidad en 2017. Los años anteriores la población nativa también era superior en sobrepeso y obesidad y a lo largo de los períodos estudiados estos porcentajes han aumentado para ambas poblaciones.

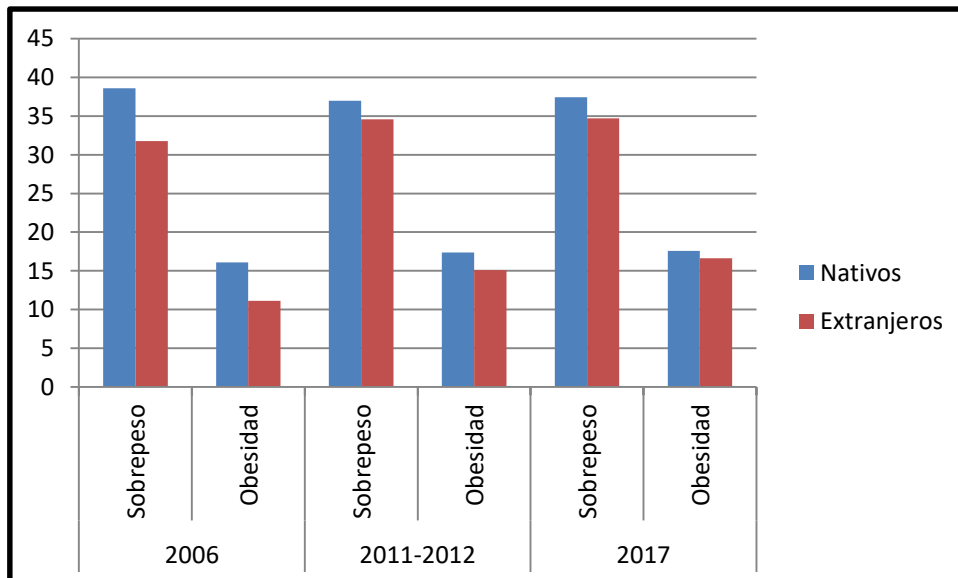


Figura 5.3. Índice de masa corporal población adulta. 18 años y más.

Fuente: elaboración propia a partir de la encuesta de salud (INE 2019d)

En conclusión el estado de salud percibido es similar para ambas poblaciones, aunque la población nativa sufre en mayor medida de enfermedades crónicas, siendo muy superior a la población extranjera. También es superior el índice de obesidad y sobrepeso para la población nativa.

5.2. HÁBITOS DE VIDA

Abraido-Lanza et al. (1999) en su hipótesis argumentó la disminución de la mortalidad de los latinos residentes en EEUU derivado de sus hábitos de salud más saludables que los estadounidenses. Los latinos fumaban y bebían menos.

La salud de los individuos se ve afectada por diversos factores tanto personales como sociales, ambientales y económicos. Vamos a analizar diferentes variables relacionadas con las características físicas y los hábitos de vida de ambas poblaciones.

Las variables analizadas son el consumo de tabaco, consumo de bebidas alcohólicas y sedentarismo.

La figura 5.2 refleja que la población nativa consume más tabaco. Siendo superior para la población nativa con un 22,63% de su población fumadora frente al 18,58% de la población nativa. El consumo de tabaco ha sufrido un descenso por parte de ambas poblaciones a lo largo del periodo analizado, siendo el año de más consumo el 2006 rondando el 25% ambas poblaciones. Ambas poblaciones se están concienciando con los graves problemas de salud que conlleva fumar tabaco.

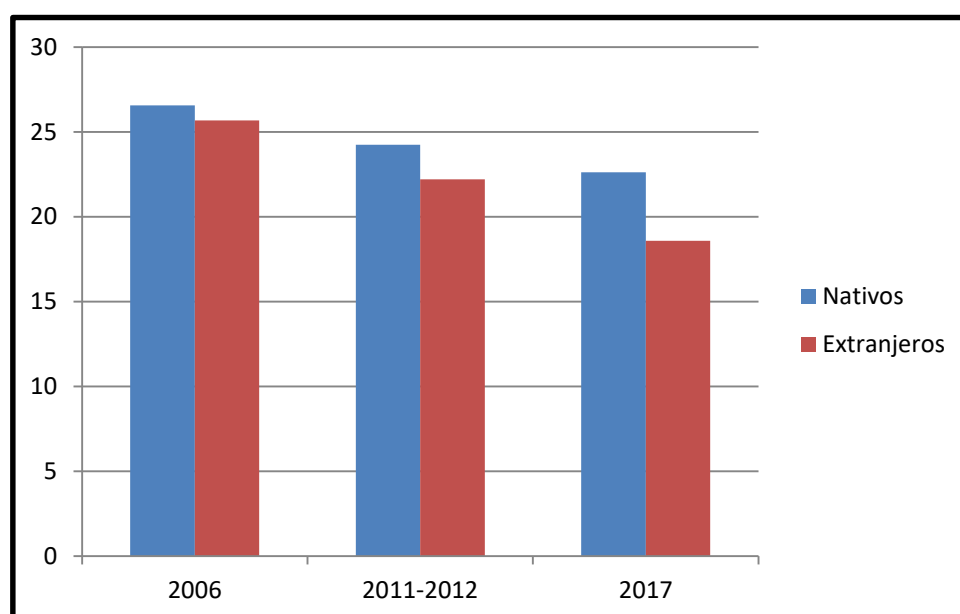


Figura 5.4. Consumo de tabaco.

Fuente: elaboración propia a partir de la encuesta de salud (INE 2019d)

La figura 5.5 muestra que el consumo de bebidas alcohólicas es superior para la población nativa. El 67,15% de la población nativa consume bebidas alcohólicas un 8,92% más que la población extranjera 58,23%. Como sucedía en el caso del consumo de tabaco, el consumo de bebidas alcohólicas también ha disminuido durante el periodo analizado para ambas poblaciones.

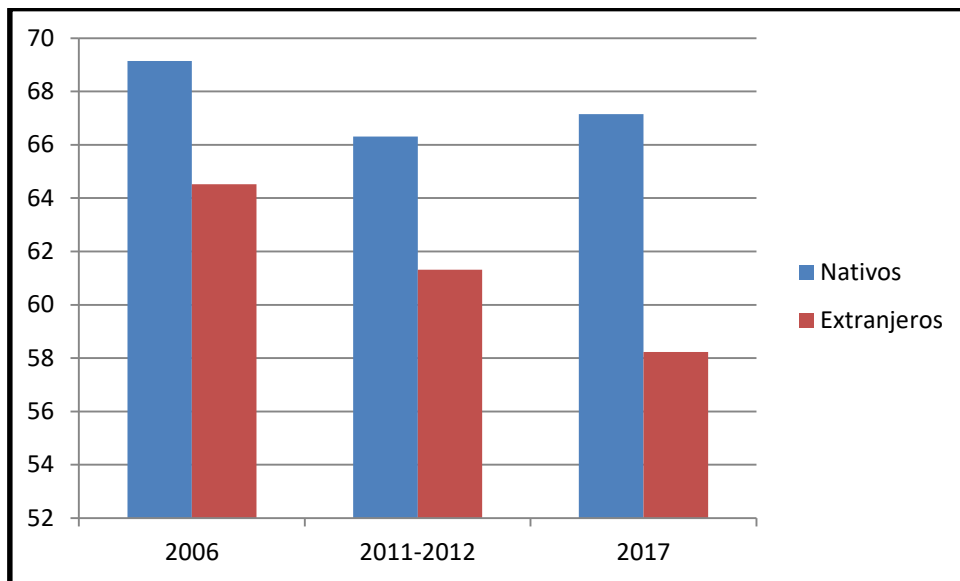


Figura 5.5. Consumo de bebidas alcohólicas

Fuente: elaboración propia a partir de la encuesta de salud (INE 2019d)

La figura 5.6 muestra el nivel de sedentarismo de ambas poblaciones. Observamos como la población con mayor sedentarismo es la población extranjera.

Un 43,18% de su población, mientras que el nivel de sedentarismo para la población nativa es del 35,02%. La población extranjera supera a la nativa en un 8,16% en 2017. El nivel de sedentarismo ha disminuido para ambas poblaciones en el periodo analizado, siendo cada vez ambas poblaciones menos sedentarias.

También tenemos que tener en cuenta que los trabajos con una carga física realizados por la población extranjera ocupan el 75,48% de su población frente a un 57,93% de los nativos. INE (2017) Esto les lleva a llegar más cansados a sus horas de tiempo libre y por ello convertirlos en mas sedentarios.

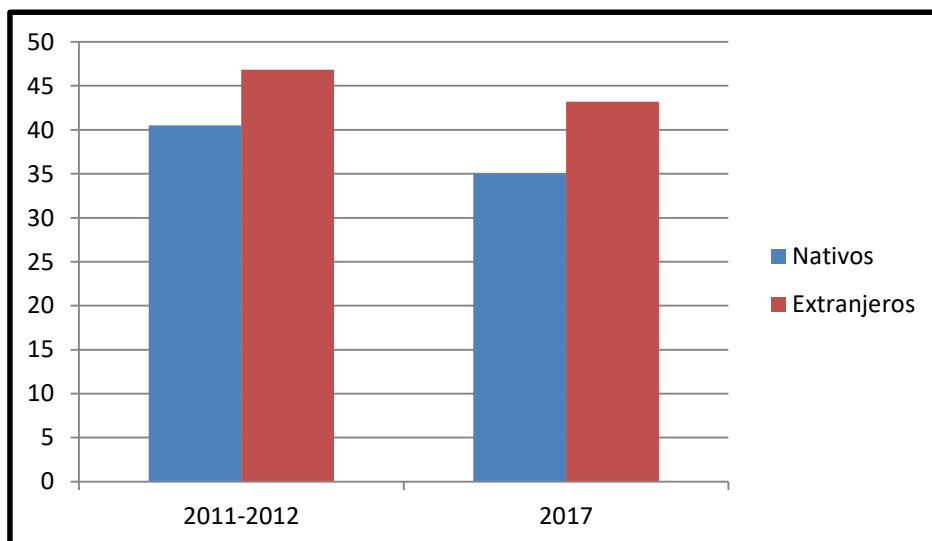


Figura 5.6. Sedentarismo

Fuente: elaboración propia a partir de la encuesta de salud (INE 2019d)

En conclusión, la población extranjera tiene unos hábitos de vida mucho más sanos que la población nativa. El consumo de tabaco y bebidas alcohólicas es inferior para la población extranjera, siendo únicamente superior el nivel de sedentarismo de la población extranjera frente a la nativa; en este factor hay que tener en cuenta que los trabajos realizados por los extranjeros son más duros que los realizados por los nativos por lo que en su tiempo libre se muestran más sedentarios.

5.3 EDAD DE LA POBLACIÓN EXTRANJERA

Los inmigrantes procedentes de la Unión Europea mantienen una distribución equilibrada, llegando familias y matrimonios jubilados atraídos por nuestro estilo de vida y clima. Mientras que los inmigrantes no comunitarios tienen una estructura de edad muy diferente a la de los anteriores. Su edad se concentra en edades de trabajar y procrear. (Corrado Guiulietti, 2014)

Al tratarse de una población más joven su salud es mejor por lo que no enferman demasiado y no necesitan realizarse tantas pruebas de control como la población más envejecida; esto hace que no necesiten acudir a los servicios de la sanidad pública con tanta frecuencia como la población nativa.

La siguiente figura 5.7 muestra como la población extranjera es más joven que la nativa. La gran proporción de población extranjera se encuentra en los rangos de edad de 30 a 44 años; mientras la gran parte de la población nativa se encuentra en el rango de edad de 40 a 54 años. La edad media de los extranjeros es de 36,13 años frente a 44,21 años de la población nativa.

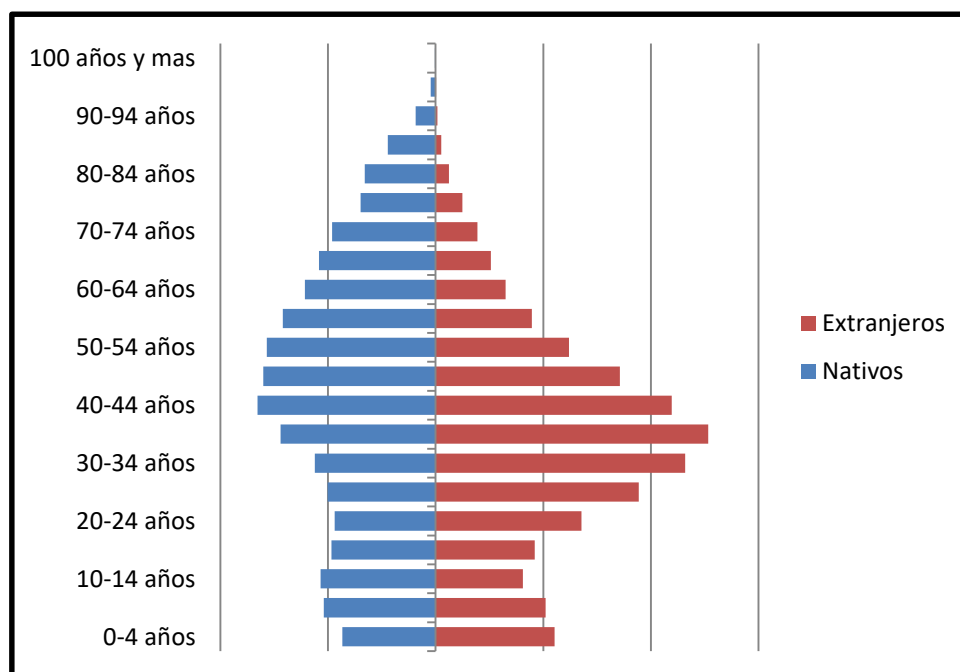


Figura 5.7. Pirámide poblacional (2018³).

Fuente: elaboración propia a partir de los datos del Instituto Nacional de Estadística (2019)

Podemos concluir que la distribución de edad de la población extranjera frente a la de los nativos si puede explicar su menor uso de los servicios de la sanidad pública. Al ser la población extranjera más joven no necesita realizarse tantos controles médicos ni visitar al médico por enfermedades como es el caso de una población nativa que es una población envejecida.

5.4 CULTURA Y DESCONOCIMIENTO

La inmigración supone un proceso complejo tanto para los inmigrantes como para los nativos. Con la llegada de inmigrantes a su país de destino se produce un choque cultural entre dos culturas diferentes. Cuando un inmigrante llega a un nuevo país se encuentra con nuevas normas y costumbres a las que no están acostumbrados. Los inmigrantes tienen que aprender rápidamente para poder adaptarse al nuevo país, a la vez los nativos tienen que habituarse a convivir con personas de otras culturas y por lo tanto pensamientos y creencias diferentes a los países. (Ann o ´Fallon, 2005).

Cuanto más lejanos sean los países de los que proceden los inmigrantes, más difícil será la comunicación y la adaptación, que los procedentes de países más cercanos.

Como es el caso de países de la Unión Europea donde la cultura y las normas son muy semejantes, o el caso de países con nuestro mismo idioma como por ejemplo es el caso de Colombia y Venezuela.

En general los inmigrantes que llegan a España pertenecen a sociedades de un menor desarrollo económico por lo que sus sistemas de sanidad estén por debajo de nuestro sistema de sanidad. Según el análisis de GBD 2016 Healthcare Access and Quality Collaborator España obtiene la puntuación máxima en cuanto acceso y calidad a la salud. (2018).

Los inmigrantes al no estar acostumbrados a recibir en sus países el nivel de asistencia sanitaria del que disponen en España, tampoco los utilizan en España. Al llegar a nuestro país ellos no son conscientes de los beneficios a los que pueden acceder.

En la figura 5.8 observamos cómo la mayoría de los países de los que provienen los inmigrantes tienen un nivel de sanidad pública inferior al nivel de la de España que obtiene el nivel más alto. La altura de la barra recoge la puntuación obtenida por cada país en su nivel de calidad y acceso a la sanidad. El paréntesis ofrece el número de extranjeros residentes en España procedentes del mismo. Se han seleccionado los 10 países con mayor número de extranjeros en España.

España posee una puntuación mayor del 91,3 al igual que Reino Unido e Italia, seguidos por Rumania, Bulgaria y China con un 78,35 de media, Colombia, Venezuela, Argentina y Ecuador con una media de 66,05 y Marruecos con 58,95 de media.

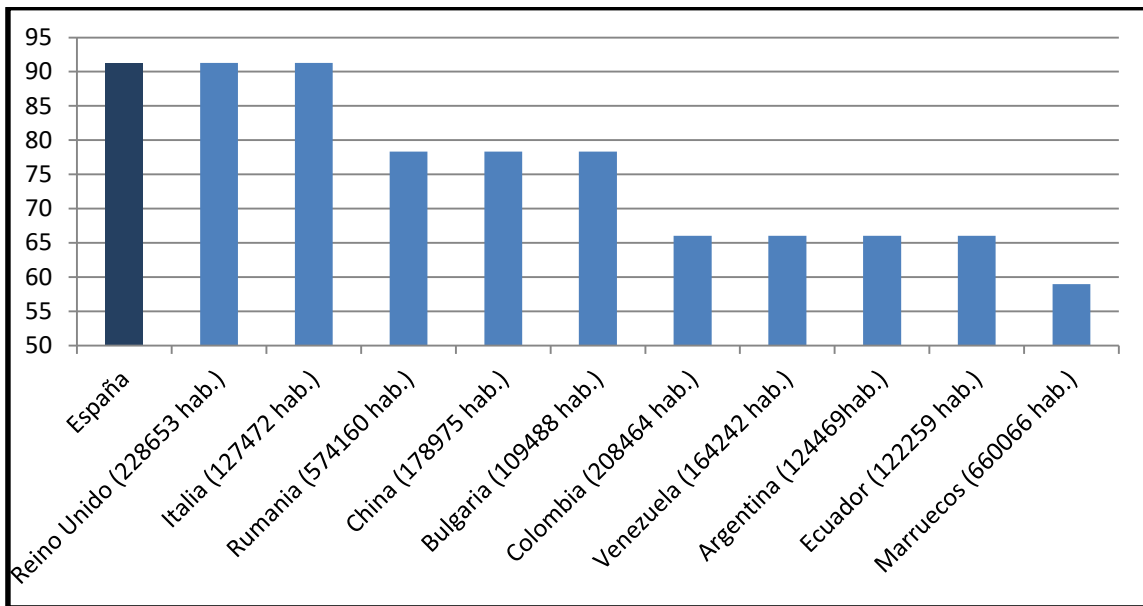


Figura 5.8. Índice de acceso y calidad a la salud en 2016.

Fuente: elaboración propia a partir de Map of HAQ Index values (2019)

En conclusión, la cultura y el desconocimiento influyen en el menor uso de los servicios de la sanidad pública por parte de la población extranjera frente a la nativa. Los extranjeros proceden de países con un nivel de vida y un sistema de salud inferiores a la de España; y una cultura diferente.

6. CONCLUSIÓN

Este trabajo sirve para hacer reflexionar sobre los prejuicios sobre los inmigrantes en la población nativa.

Según la teoría del Welfare Magnet los individuos que deciden emigrar lo hacen a países en los que las prestaciones del estado de bienestar son mayores.

La falta de información por parte de los inmigrantes de las prestaciones sociales de las que disponen y los inconvenientes para acceder a ellas que propone el estado español hacen que esta teoría no sea cierta, al menos en el ámbito de la sanidad pública.

“¿Utilizan los inmigrantes la sanidad pública más que los nativos?”

Los datos obtenidos por el análisis comparativo de los diferentes servicios que ofrece la sanidad pública nos permiten concluir que la población extranjera realiza un uso inferior frente a la nativa, en concordancia con su mayor nivel de juventud, a excepción del servicio de urgencias donde la población extranjera hace un mayor uso. Los datos más significativos del último año analizado, 2017 son los siguientes: La población extranjera ha utilizado los servicios de consulta médica en un 82,25% en menos de un año frente al 87,44% de la población nativa. Casi un 10% de la población extranjera no ha visitado una consulta de médico especialista frente a un 7% de la población nativa. El nivel de hospitalizaciones es igual en ambas poblaciones, siendo el nivel de hospitalizaciones por parto muy superior por parte de la población extranjera, un 26,75% frente a un 8,58%. Respecto a la utilización de los servicios de urgencias en este último periodo se igualan, siguiendo siendo superior por parte de la población extranjera con un 31,67% de su población frente a un 31,21% de la población nativa. La población extranjera no ha consumido en las últimas dos semanas medicamentos en un 47,6% frente a un 33,1% de la población nativa. En cuanto a las practicas preventivas los extranjeros se controlan los niveles de azúcar, colesterol y tensión en menos proporción que la población nativa. La citología es la única practica preventiva que la población extranjera utiliza más que la población nativa; un 60,62% de los extranjeros se realizo una citología hace menos de 3 años frente a un 55,81% de la población nativa.

Otras hipótesis por las que la población extranjera hace un menor uso de la sanidad pública que la población nativa es la comparativa de su estado de salud. Ambas poblaciones mantienen un buen estado de salud y el nivel de enfermedades crónicas y personas con obesidad en la población extranjera es inferior a la población nativa. Los hábitos de vida de los extranjeros indican que son más sanos que los nativos. Los extranjeros fuman y beben menos que los nativos. Un factor importante es que la edad media de la población extranjera es inferior a la nativa, siendo de 36,13 años frente a 44,21 años de la población nativa.

Estos resultados son iguales a los hallados por Llop-Girones et al. (2014) y Regidor et al. (2009) que evidenciaron que los inmigrantes utilizan menos los servicios de la sanidad pública en España. Abraido-Lanza et al. (1999) evidencio que los extranjeros latinos tenían mejores hábitos de salud en EEUU, como pasa en nuestro análisis de los extranjeros en España.

Podemos concluir que el motivo por el que la población extranjera utiliza menos los servicios de la sanidad pública que la población nativa no es el welfare magnet sino por llevar unos hábitos de vida más saludables y tener una edad media inferior a la de la población nativa.

Este estudio presenta como limitación el tamaño de la muestra que podría llevarse a cabo con datos poblacionales. No obstante, los datos proceden del padrón, los extranjeros al llegar a España se empadronan para tener beneficios tanto ellos como sus futuros hijos. Esto hace que la población extranjera que se utiliza para calcular la muestra sea real y nuestras conclusiones sean muy reales.

En trabajos futuros podemos realizar este estudio con micro datos para que los resultados sean más reales. También podemos realizar este mismo estudio para otros países de la Unión Europea y hacer una comparativa entre la situación en España y el resto de la Unión Europea.

Bibliografía

Abraido-Lanza A, Dohrenwend B, Ng-Mak D, Turner J (1999):" The Latino mortality paradox: a test of the "salmon-bias" and healthy migrant hypothesis". *Am J Public Health* 89:1543–48

Alan Barrett, Bertrand Maître, (2013) "Immigrant welfare receipt across Europe", *International Journal of Manpower*, Vol. 34 Issue: 1, pp.8-23, <https://doi.org/10.1108/01437721311319629>.

Borjas, George J. (1999):" Immigration and welfare magnets", *Journal of Labor Economics*, vol. 17, nº4, p 607-637.

Brucker,H; et.al (2001):" Managing Migration in the European Welfare State". T. Boeri, G. Hanson and B. McCormick (Eds.),*Immigration Policy and the Welfare System*, Oxford University Press, Oxford, 2002, Part I, 1-167.

Bruquetas, M.M.; Marí-Klose, P.; Moreno Fuentes, F.J. (2011): "Inmigración, crisis económica y Estado de bienestar en España", *Documentación Social*, vol. 2011, iss. 162, (2011), pp. 209-2347.

Carmona, R.; Alcázar-Alcázar, R.; Sarria-Santomera, A.; Regidor, R. (2014): " Frecuenciación de las consultas de medicina general y especializada por la población inmigrante y autóctona: una revisión sistemática", *Rev. Esp Salud Pública*; 88: 135-155.

Corrado, G.(2014): "The welfare magnet hypothesis and the welfare take-up of migrants", *Iza World of Labor*: 37 doi: 1015185/izawol.37.

Dirk, G (2012): "El papel de la inmigración en la economía española", nº 7 b-21683-2012.

García Gómez, P.; López-Casasnovas Guillem et al. (2005): "Aspectos jurídicos y socioeconómicos de la inmigración en España", E. Argullol y G. López-Casasnovas (dirs) *IEA-Fundación BBVA, de próxima publicación*.

GBD 2016 Healthcare Access and Quality Collaborators* (2018) " Measuring performance on the Healthcare Access and Quality Index for 195 countries and territories and selected subnational locations: a systematic analysis from the Global Burden of Disease Study 2016" *The Lancet* 391: 2236–71

Instituto Nacional de Estadística (2019a) Población residente en España(2018).Instituto Nacional de Estadística.
<http://www.ine.es/jaxiT3/Tabla.htm?t=9675&L=0> (Consultado 01/03/19)

Instituto Nacional de Estadística (2019d) Encuesta de salud 2006, 2011-2012, 2017.Instituto Nacional de Estadística.
https://www.ine.es/dyngs/INEbase/es/operacion.htm?c=Estadistica_C&cid=1254736176783&menu=resultados&secc=1254736195650&idp=1254735573175. (Consultado 02/03/19)

Instituto Nacional de Estadística (2018).Estadística de migraciones.
http://www.ine.es/dyngs/INEbase/es/operacion.htm?c=Estadistica_C&cid=1254736177000&menu=ultiDatos&idp=1254735573002

Instituto Nacional de Estadística (2019b). Migraciones exteriores 2008-2017. Instituto Nacional de Estadística.

<http://www.ine.es/dynt3/inebase/es/index.htm?padre=3696&capsel=3697>(Consultado 04/03/19)

Instituto Nacional de Estadística (2019c). Población extranjera por nacionalidad (2018). Instituto Nacional de Estadística.

<http://www.ine.es/jaxi/Tabla.htm?path=/t20/e245/p08/l0/&file=02005.px&L=0>(Consultado 22/03/19).

Ley Orgánica 4/2000, de 11 de enero, sobre derechos y libertades de los extranjeros en España y su integración social. (B.O.E. núm. 10, 12 de enero).

Malmusi, D.; Ortiz-Barreda, G. (2014): "Desigualdades sociales en salud en poblaciones inmigradas en España. Revisión de la literatura.", *Rev. Esp Salud Pública*;88: 687-701.

Muñoz de Bustillo, R.; Grande, R. (2017): "Inmigración y estado de Bienestar en España", *Anuario CIDOB de la inmigración 2017*, 206-229

Núñez López, R. et al. (2009):" Por qué acuden los pacientes a urgencias hospitalarias". *Ciber Revista. Revista Científica de la Sociedad Española de Enfermería de Urgencias y Emergencias*, II época, n.º 8.

Organización Mundial de la Salud (2019). Recuperado de: <http://origin.who.int/about/mission/es/>

Real Decreto-ley 16/2012, de 20 de abril, de medidas urgentes para garantizar la sostenibilidad del Sistema Nacional de Salud y mejorar la calidad y seguridad de sus prestaciones. (B.O.E. núm.98, 24 de abril)

Regidor, E.; Sanz, B.; Pascual, C.; Lostao, L.; Sánchez, E.; Díaz, J.M. (2009): "La utilización de los servicios sanitarios por la población inmigrante en España", *Gaceta Sanitaria*; Volumen 23, suplemento 1, 4-11.

Velasco, C.; Vinasco A.M.; Trilla, A. (2016):" Percepciones de un grupo de inmigrantes sobre el Sistema Nacional de Salud y sus servicios", *Atención Primaria*, 48 (3): 149-158.