

Repercusión sanitaria del RDL 16/2012 sobre los pacientes inmigrantes de Atención Primaria

Luis Andrés Gimeno Feliu
CS San Pablo. Zaragoza
lugifel@gmail.com Twitter: @lugifel
Barcelona 10-5-2013



Esquema

- Ideas generales
- Salud de los inmigrantes
- Uso del Sistema Sanitario
- Impacto del RDL 16/2012
- Reflexiones finales

Yo...
Concepto de
inmigrante
no lo tengo claro

¿A quién consideramos inmigrante?

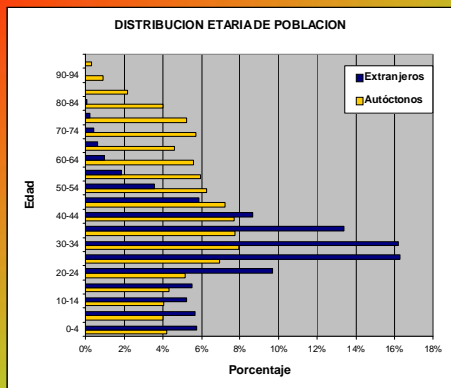
- ✓ Según la respuesta que nos demos tendremos un tipo u otro de características:
 - Nacidos fuera de un país
 - No nacionalizados
 - Sólo llevan un tiempo "x" en nuestro país
 - Lo anterior pero sólo si vienen de países pobres
 - Lo anterior pero sólo si vienen a trabajos de baja cualificación

"Inmigrante solamente es aquel que está destinado a ocupar los peores destinos del sistema social que lo acoge." M.M. Rico i Busquets

5



Distribución por grupos de edad de la población inmigrante en Aragón, Enero 2007



7

Inmigrantes por país de nacimiento España 2009 INE

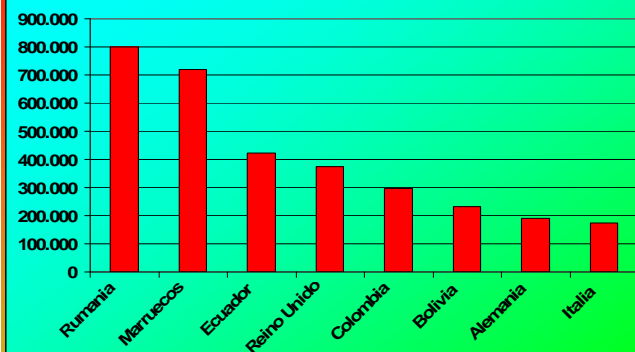


Imagen de los tripulantes de "La Elvira" a su llegada a Puerto de Garupano, Venezuela, en Mayo 1949

Apresados en Venezuela 160 inmigrantes ilegales Canarios⁹

¿Vienen muy enfermos? ¿Se mueren más que nosotros?



10

Mortalidad en inmigrantes: 1

International Journal of Epidemiology 2006;35:903-919
doi:10.1093/ije/dy089

Trends and disparities in socioeconomic and behavioural characteristics, life expectancy, and cause-specific mortality of native-born and foreign-born populations in the United States, 1979–2003

Gopal K Singh¹* and Robert A Hlatky²

Results During 1979–81, immigrants had 2.3 years longer life expectancy than the US-born (76.2 vs 73.9 years). The difference increased to 3.4 years in 1999–2001 (80.0 vs 76.6 years). Nativity differentials in mortality increased over time for major cancers, cardiovascular diseases, diabetes, respiratory diseases, unintentional injuries, and suicide, with immigrants experiencing generally lower mortality than the US-born in each period. Specifically, in 1999–2001, immigrants had at least 30% lower mortality from lung and oesophageal cancer, COPD, suicide, and HIV/AIDS, but at least 50% higher mortality from stomach and liver cancer than the US-born. Nativity differentials in mortality, health, and behavioural characteristics varied substantially by ethnicity.

Conclusions Growing ethnic heterogeneity of the immigrant population, and its migration selectivity and continuing advantages in behavioural characteristics may partly explain the overall widening health gaps between immigrants and the US-born.

Keywords Immigrant, ethnicity, mortality, life expectancy, cancer, cardiovascular, cause of death, socioeconomic, health behaviour, cancer screening, morbidity, time trend

Mortalidad en inmigrantes: 2

	1999–2001		Absolute difference ^a		
	US-born	Foreign-born	1979–81	1989–91	1999–2001
Both sexes					
At birth	76.6	80.0	2.3	2.8	3.4
At age 25	52.9	56.1	2.2	2.8	3.2
At age 45	34.2	37.0	1.8	2.5	2.8
At age 65	17.8	19.3	0.3	1.2	1.5
Males					
At birth	73.8	77.8	2.7	3.2	4.0
At age 25	50.2	54.1	2.8	3.2	3.9
At age 45	31.9	35.2	2.5	2.9	3.3
At age 65	16.0	17.9	0.8	1.5	1.9
Females					
At birth	79.4	82.0	1.6	2.3	2.6
At age 25	55.3	57.8	1.4	2.2	2.5
At age 45	36.3	38.4	1.1	1.9	2.1
At age 65	19.3	20.3	0.0	0.9	1.0

12

Mortalidad en inmigrantes: 3

Tropical Medicine and International Health
 VOLUME 3 NO 4 PP 297-303 APRIL 1998

Low overall mortality of Turkish residents in Germany persists and extends into a second generation: merely a healthy migrant effect?*

Oliver Razum¹, Hajo Zeeb¹, H. Seval Akgün¹ and Selma Yilmaz²

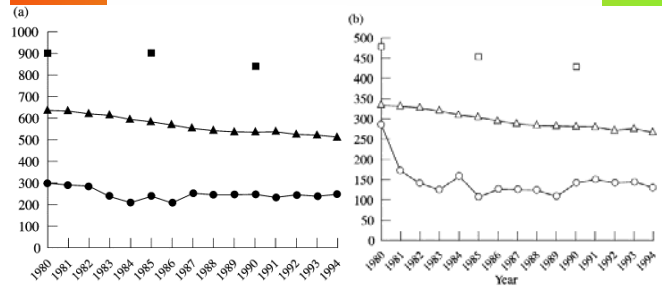
¹ Department of Tropical Hygiene and Public Health, Heidelberg University, Heidelberg, Germany
² German Cancer Research Centre, Heidelberg, Germany
³ Department of Public Health, Baskent University, Ankara, Turkey

Summary

OBJECTIVE To test the hypothesis that as a minority with lower socio-economic status, Turkish residents in Germany might experience a higher mortality than Germans.
METHODS All-cause mortality rates by age group and sex of Turkish and German adults for the time period 1980-94 were calculated from death registry data and mid-year population estimates.
RESULTS The age-adjusted mortality rate (per 100000) of Turkish males aged 25-65 years resident in Germany was 299 in 1980 and 247 in 1990, consistently half that of German males. The mortality of Turkish females in Germany was 140 in 1990, half that of German females. Mortality of Turkish males/females in Ankara was 835 and 426 in 1990.
CONCLUSION In view of the socio-economic status of Turkish residents in Germany the large mortality difference compared to Germans is unexpected. It cannot be fully explained by a selection at the time of

Mortalidad en inmigrantes: 4

Figure 3 Age standardized and mortality rates for age group 25-64 years. a, Males; b, Females. ○, ● Turks in Germany; △, ▲ Germans; □, ■ Turks in Ankara.



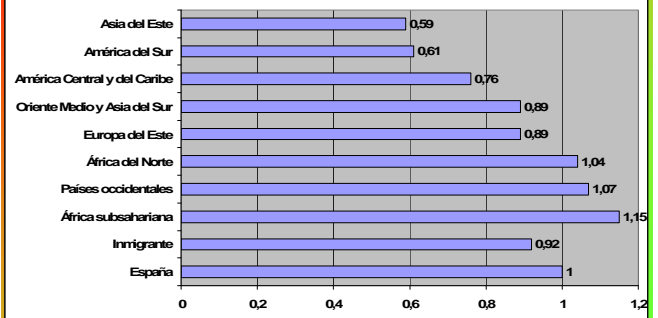
Mortalidad en inmigrantes: 5

23 Mortalidad y principales causas de muerte en la población inmigrante residente en España, 2001-2005

Grupo de Estudios sobre Inmigración y Salud
 Facultad de Medicina, Universidad Complutense de Madrid

Mortalidad en inmigrantes: 6

Razon de tasas de mortalidad ajustadas según edad, sexo y lugar de nacimiento. España 2001-2005



BMC Public Health
 Volume 11
 Article 236

Log in/register
 Feedback | Support | My details

home | journals A-Z | subject areas | advanced search | authors | reviewers | librarians | about | my BMCd Central

Research article
 Primary care utilisation patterns among an urban immigrant population in the Spanish National Health System

Amadeu Calderón-Larranaga¹, Gema Gimeno-Feliu¹, Rosa Macipe-Costa^{1,2}, Begoña Poblador-Plou¹, Daniel Bordonaba-Bosque¹ and Almudena Prados-Torres¹

1 Instituto Aragonés de Ciencias de la Salud (IACS), Instituto de Investigación Sanitaria Aragón (IIS Aragón), Zaragoza, Spain
 2 San Pablo Primary Health Care Centre, Servicio Aragonés de Salud (SALUD), Zaragoza 4, Spain
 3 Puente de Ebro Primary Health Care Centre, Servicio Aragonés de Salud (SALUD), Zaragoza, Spain

author email | corresponding author email

BMC Public Health 2011, 11:432 doi:10.1186/1471-2458-11-432

The electronic version of this article is the complete one and can be found online at: <http://www.biomedcentral.com/1471-2458/11/432>

Received: 20 January 2011
 Accepted: 6 June 2011
 Published: 6 June 2011

© 2011 Calderón-Larranaga et al; licensee BioMed Central Ltd.
 This is an Open Access article distributed under the terms of the Creative Commons Attribution License (<http://creativecommons.org/licenses/by/2.0/>), which permits unrestricted use, distribution, and reproduction in any medium, provided the original work is properly cited.

Abstract

Background
 There is evidence suggesting that the use of health services is lower among immigrants after adjusting for age and sex. This study takes a step forward to compare primary care (PC) utilisation patterns between immigrants and the native population with regard to their mortality burden.

Methods
 This retrospective, observational study looked at 69,067 individuals representing the entire population assigned to three urban PC centres in the city of Zaragoza (Aragon, Spain). Poisson models were applied to determine the number of annual PC consultations per individual based on immigration status. All models were first adjusted for age and sex and then for age, sex and case mix (ACG System).

Results

Viewing options:
 - Abstract
 - Full text
 - PDF (500KB)

Associated material:
 - Reader's comments
 - Pre-publication history
 - Published record

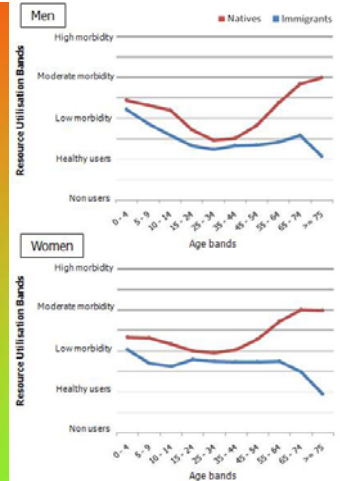
Related literature:
 - Articles citing this article on Google Scholar
 - In ISI Web of Science
 - Other articles by authors on Google Scholar
 - On PubMed
 - Related articles/pages on Google Scholar
 - on PubMed

Tools:
 - Download citation(s)
 - Download XML
 - Email to a friend
 - Order reprints
 - Post a comment

Post to:
 - CrossRef
 - Connotea
 - CiteSpace
 - Facebook
 - Herdley
 - Twitter

Morbilidad en inmigrantes 1: ajuste según case-mix (ACG)

Calderon-Larranaga A, Gimeno-Feliu LA, Macipe-Costa R, Poblador-Plou B, Bordonaba-Bosque D, Prados-Torres A. Primary care utilisation patterns among an urban immigrant population in the Spanish National Health System. BMC Public Health. 2011;11:432.



Immigración y salud

- “No migra quien quiere sino quien puede”
- La migración filtra
- En general, son jóvenes y sanos
- Tienen hábitos más saludables
- “healthy migration effect”
- “unhealthy re-migration effect” o sesgo del salmón
- Sesgo de los viajeros del tiempo

19



¿Abusan los inmigrantes del sistema sanitario?

21

Percepciones

CIS

Estudio n° 2.773 Actitudes hacia la inmigración Septiembre-Octubre 2008

PREGUNTA 18

Pensando ahora en la atención sanitaria, ¿está Ud. muy de acuerdo, más bien de acuerdo, más bien en desacuerdo o muy en desacuerdo con las opiniones siguientes?

	Muy de acuerdo	Más bien de acuerdo	Más bien en desacuerdo	Muy en desacuerdo	N.S.	N.C.	(N)
La presencia de inmigrantes hace que disminuya la calidad de la atención	20,0	31,7	26,0	16,3	6,1	0,3	(2767)
Los inmigrantes abusan de la atención sanitaria gratuita	21,7	27,8	22,5	11,6	15,9	0,4	(2767)
Los inmigrantes deberían tener preferencia a la hora de acceder a la atención sanitaria	16,0	25,8	32,1	21,0	4,6	0,5	(2767)
La Administración debe invertir más donde haya muchos inmigrantes para que no empeore la atención sanitaria	30,4	41,4	19,5	6,3	7,2	1,2	(2767)
Aunque tengan los mismos ingresos, se les da más ayudas sanitarias a los inmigrantes que a los españoles	20,3	25,3	21,9	15,4	16,7	0,3	(2767)

TABLA 2 Opinión de los médicos sobre la atención sanitaria al inmigrante

Issues sobre problemas en la atención al inmigrante	Desacuerdo N (%)	Acuerdo N (%)	Neutral N (%)	Mediana
La atención al inmigrante me plantea problemas de índole profesional	49 (31,8)	82 (53,2)	23 (14,9)	4
Accesibilidad				
Con frecuencia tienen dificultades para acceder a las prestaciones del Sistema Nacional de Salud	62 (39,2)	70 (44,3)	26 (16,4)	3
Con frecuencia el inmigrante se encuentra con dificultades para la obtención de la tarjeta sanitaria individual	43 (28,2)	82 (53,9)	27 (17,7)	4
Es más habitual que un paciente inmigrante atendido en un centro de salud no tenga historia abierta que el resto de pacientes	33 (20,8)	118 (74,6)	7 (4,4)	5
El inmigrante acude de urgencias a la consulta con mayor frecuencia que el resto del cupo	16 (10,1)	128 (81,0)	14 (8,8)	5
Los inmigrantes tienen problemas para acudir a la consulta debido a que tienen mayor dificultad para faltar al trabajo que el resto de mis pacientes	47 (30,1)	92 (58,9)	17 (10,8)	4
El inmigrante no regularizado tiene dificultades para acceder a los servicios del hospital	70 (45,7)	56 (36,6)	27 (17,6)	3
Barreras				
El seguimiento correcto de una patología en pacientes inmigrantes es más difícil por su alta movilidad	10 (6,3)	131 (82,9)	17 (10,7)	5
Los problemas de idioma que suele haber con el paciente inmigrante me suponen dificultades en su atención	21 (13,2)	130 (82,2)	7 (4,4)	5
Las diferencias culturales con el inmigrante me suponen dificultades en su atención sanitaria	33 (21,0)	101 (64,3)	23 (14,6)	4
La forma en que el paciente inmigrante expresa sus síntomas o percibe su enfermedad supone una dificultad respecto al resto de mis pacientes	25 (15,9)	112 (71,3)	20 (12,7)	4

Esteva M, Cabrera S, Remartínez D, Díaz A, March S. Percepción de las dificultades en la atención sanitaria al inmigrante económico en medicina de familia. Aten Primaria. 2006 Feb 28;37(3):154-9

24

Arias Cañete: "Las urgencias están colapsadas por los inmigrantes"

Manuel Pizarro, número dos del PP por Madrid, dice sobre Arias Cañete que "cualesquiera cuando tener una mala tarde"

EMIGRANTES
HACIA UNA INTEGRACIÓN PLENA

20 minutos.es Badajoz

Los inmigrantes latinos utilizan en € servicios de urgencia

El PPC mantiene que los inmigrantes "abusan" del padrón y de la sanidad

La presidenta del PP catalán, Alicia Sánchez-Camacho. (Imagen: EP)

- Así lo ha asegurado la presidenta del PPC, Alicia Sánchez Camacho.
- Apoya a Alberto Fernández Díaz, del grupo popular en Barcelona.
- PP estudia restringir el empadronamiento a los inmigrantes irregulares.



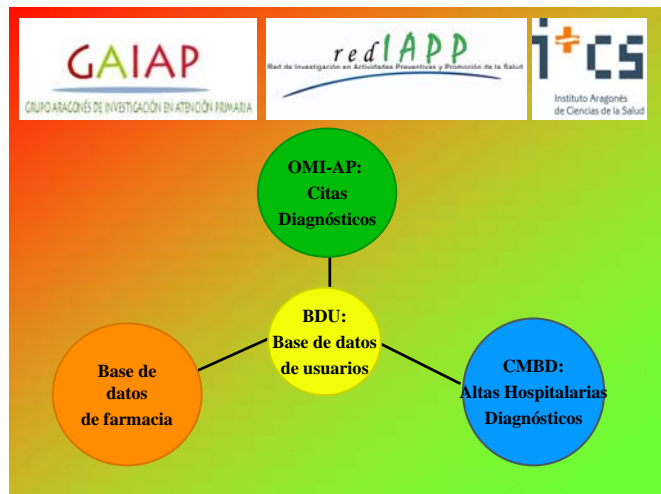
GAIAP GRUPO ARAGONÉS DE INVESTIGACIÓN EN ATENCIÓN PRIMARIA

redIAPP Red de Investigación en Atención Primaria y Promoción de la Salud

i+cs Instituto Aragonés de Ciencias de la Salud

Ideas base del estudio en Aragón

- Tener una visión global de su relación con sistema sanitario, no parcial o local.
- Enfoque desde Atención Primaria
- Trabajo en equipo multidisciplinar.
- Comparar con sus equivalentes españoles ajustando por edad y sexo.
- Alto porcentaje de inmigrantes (13%), "poca itinerancia".
- Sistema sanitario público no fragmentado.
- Bases de datos únicas, buena implantación TIS.



ORIGINAL

Frecuentación de la población inmigrante versus autóctona en atención primaria: ¿quién consume más servicios?

Luis Andrés Gimeno-Feliu^a, Rosa María Macipe-Costa^b, Ignacio Dolzac^c, Rosa Magallón-Botaya^a, Lourdes Luzón^a, Alexandra Prados-Torres^d y Javier García-Campayo^a

^a Equipo de Atención Primaria San Pablo, Sector Zaragoza II, Servicio Aragonés de la Salud, Universidad de Zaragoza, Instituto Aragonés de Ciencias de la Salud, Zaragoza, España
^b Equipo de Atención Primaria Fuentes de Ebro, Sector Zaragoza II, Servicio Aragonés de la Salud, Instituto Aragonés de Ciencias de la Salud, Zaragoza, España
^c Servicio del Sector Zaragoza II, Servicio Aragonés de la Salud, Zaragoza, España
^d Equipo de Atención Primaria Arrabal, Sector Zaragoza I, Servicio Aragonés de la Salud, Universidad de Zaragoza, redIAPP, Instituto Aragonés de Ciencias de la Salud, Zaragoza, España
^e Equipo de Atención Primaria San Pablo, Sector Zaragoza II, Servicio Aragonés de la Salud, Instituto Aragonés de Ciencias de la Salud, Zaragoza, España
^f Instituto Aragonés de Ciencias de la Salud, Zaragoza, España
^g Servicio de Psiquiatría, Hospital Universitario Miguel Servet, redIAPP, Universidad de Zaragoza, Instituto Aragonés de Ciencias de la Salud, Zaragoza, España

Rev Pediatr Aten Primaria. 2012;14:293-303
ISSN: 1139-7632 • www.pap.es

Original

Diferencias en la utilización de los servicios de Atención Primaria entre niños autóctonos e inmigrantes

R. M. Macipe Costa^a, L. A. Gimeno Feliu^b, F. Barrera Linares^c, M. Lasheras Barrio^d, A. Charlotte Robert^e, L. Luzón Oliver^f

^aPediatría, CS Fuentes de Ebro, Zaragoza, España • ^bMédico de Familia, CS San Pablo, Zaragoza, España • ^cMédico de Familia, CS Cariñena, Zaragoza, España • ^dCS Albalate de Cinca, Huesca, España • ^eMédico de Familia, CS Hellín, Hellín, Albacete, España.

Palabras clave:
 • Niño inmigrante
 • Niño
 • Hiperfrecuentación
 • Atención Primaria pediátrica • España

Resumen

Introducción: el presente estudio pretende: 1) analizar el uso de los servicios de Atención Primaria de la población infantil inmigrante en relación con la española, y 2) analizar las diferencias existentes en esta frecuentación según la distinta procedencia.

Material y métodos: se trata de un estudio observacional retrospectivo de todas las consultas a menores de 15 años llevadas a cabo el año 2007, en 26 centros de salud de Zaragoza. La variable principal, la frecuentación, se definió como el número total de visitas/año. La variable secundaria fue el tipo de atención solicitada. La información sobre los datos de las visitas se obtuvieron a partir de la agenda de la historia clínica electrónica (OMIG: oficina médica informatizada) de los centros de salud. Las tasas de frecuentación se ajustaron por edad y sexo.

Resultados: se analizaron un total de 547 524 citas pediátricas sobre una población de 71 114 niños (el 10,87% eran inmigrantes). La frecuencia anual ajustada de visitas en los niños autóctonos fue de 8,05 frente a la de inmigrantes, que fue de 5,66. Dentro de los niños inmigrantes, la mayor frecuentación (6,15) se da en los niños procedentes del África subsahariana, y la menor en los de Asia (4,02). La menor frecuentación se da en todos los tipos de asistencia (demanda, programada, atención continuada y domiciliar), independientemente de que los equipos sean de mañana o de mañana y tarde.

Conclusiones: la población infantil inmigrante (en todas sus procedencias) hace un menor de uso las consultas de Atención Primaria que la población autóctona.

Differences in the Use of Primary Care Services Between Spanish National and Immigrant Patients

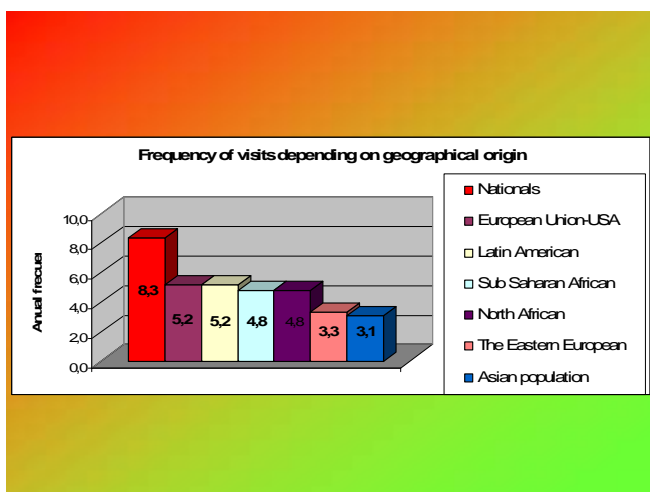
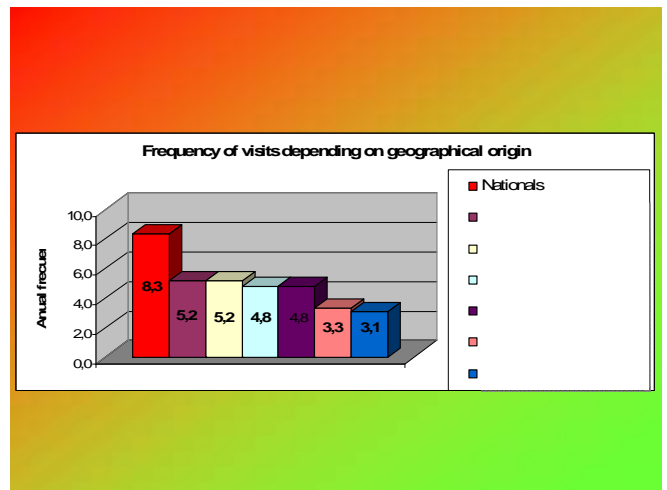
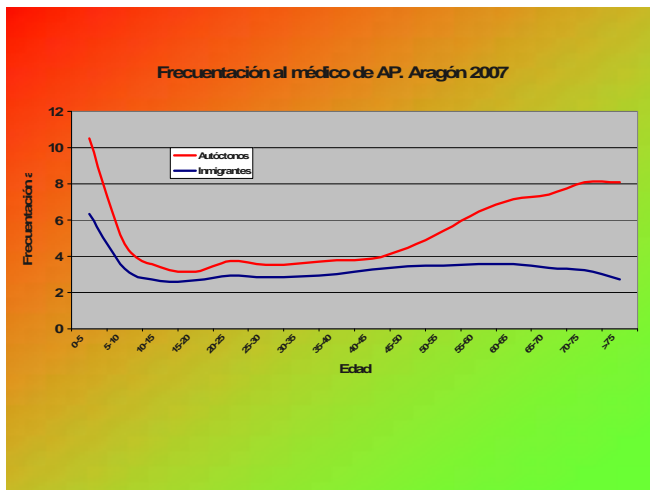
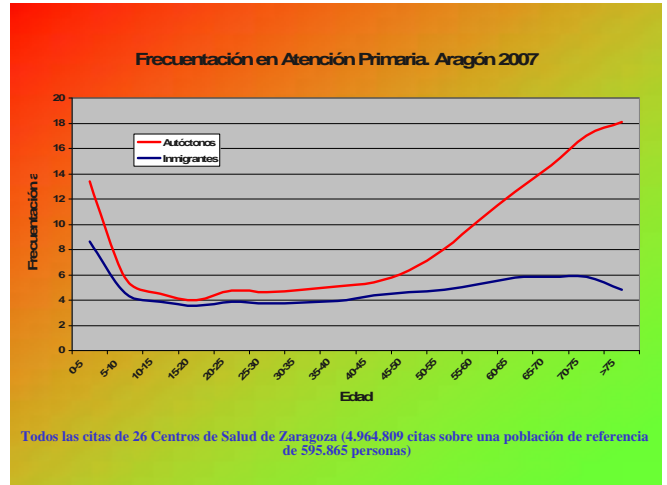
L. A. Gimeno-Feliu · R. Magallón-Botaya ·
 R. M. Macipe-Costa · L. Luzón-Oliver ·
 J. L. Cañada-Millán · M. Lasheras-Barrio

© The Author(s) 2012. This article is published with open access at Springerlink.com

Abstract Knowing what real use is made of health services by immigrant population is of great interest. The objectives are to analyze the use of primary care services by immigrants compared to Spanish nationals and to analyze these differences in relation to geographic origin. Retrospective observational study of all primary care visits made in 26 urban health centers. Main variable: total number of health centre visits/year. Dependent variables: type of

clinician requested; type of attention, and origin of immigrants. The independent variable was nationality. Statistics were obtained from the electronic medical records. The 4,933,521 appointments made in 2007 were analyzed for a reference population of 594,145 people (11.15 % immigrants). The adjusted annual frequency for nationals was 8.3, versus whereas 4.6 for immigrants. The immigrant population makes less use of primary care services than national population. This is evident for all age groups and regardless of the immigrants' countries of origin. This result is important when planning health care resources for immigrant population.

L. A. Gimeno-Feliu · R. Magallón-Botaya ·
 R. M. Macipe-Costa · L. Luzón-Oliver ·
 J. L. Cañada-Millán · M. Lasheras-Barrio



Adjusted Frequency of visits (N° visits/100 persons/year) to health centres by type of clinician. Zaragoza 2007

Appointments	Spanish nationals	Immigrants	Sub-Saharan African	Asian	Eastern European	Latin American	North African	European Union (pre-2007)-USA/Canada
Population	527,881	66,264	8,338	2,700	20,381	24,971	6,991	2,883
Primary Care Team	833	458	479	308	329	518	479	516
GP	506	305	324	207	203	359	327	323
Paediatric	631	408	414	279	390	431	444	348
Nurse	227	83	89	47	58	87	81	117
Midwife	18	14	9	9	18	19	13	14
Physiotherapy	2	0	0	0	0	1	1	1
Dental	5	6	6	5	6	5	8	3
Social Worker	3	2	3	0	1	2	2	3
Diagnostic tests	65	41	41	34	33	43	37	59

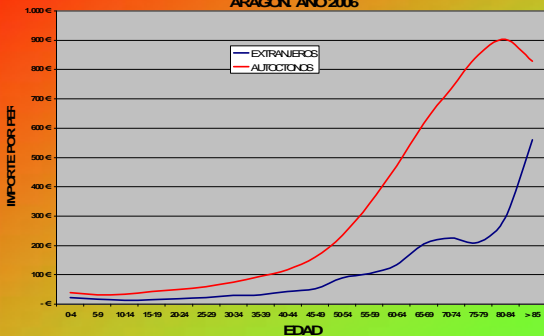
Adjusted Frequency of visits (N° visits/100 persons/year)
to health centres by type of attention. Zaragoza 2007

Appointments	Spanish nationals	Immigrants	Sub-Saharan African	Asian	Eastern European	Latin American	North African	European Union (pre-2007)- USA/Canada
Population	527,881	66,264	8,338	2,700	20,381	24,971	6,991	2,883
On demand	529	306	317	212	222	353	311	332
Scheduled	213	105	108	68	73	117	101	123
Urgent	66	42	51	27	29	44	64	42
Scheduled house call	6	1	1	0	0	0	0	4
Urgent house call	19	5	3	1	4	3	2	14

37

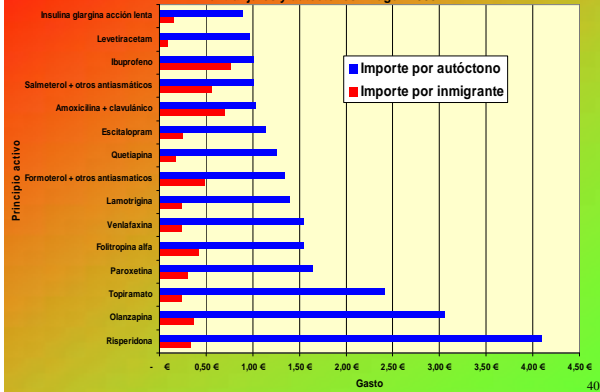
The screenshot shows a web browser displaying a research article. The title is "Comparative study of paediatric prescription drug utilization between the spanish and immigrant population". The authors listed are Luis A Gimeno-Felgueroso, Javier Arrieta-Gómez, Rosa Macipe-Costa, and Rosa Nagallón-Salazar. The article is published in BMC Health Services Research, 2009, 9:225. The page includes an abstract, methods, results, discussion, and conclusion sections. There are also options for full text, PDF, and associated materials.

CONSUMO FARMACÉUTICO POR PERSONA SEGÚN EDAD Y CONDICIÓN DE EXTRANJERO ARAGÓN, AÑO 2006

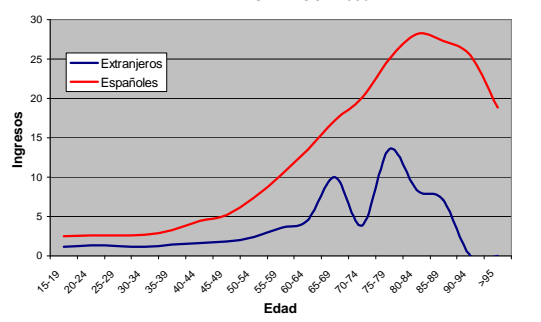


Todas las recetas facturadas al Servicio Aragonés de la Salud (21.949.771) en relación a todos los ciudadanos incluidos en la base de datos de tarjeta sanitaria del Gobierno de Aragón (1.289.641 personas, de las cuales el 13% era inmigrante).

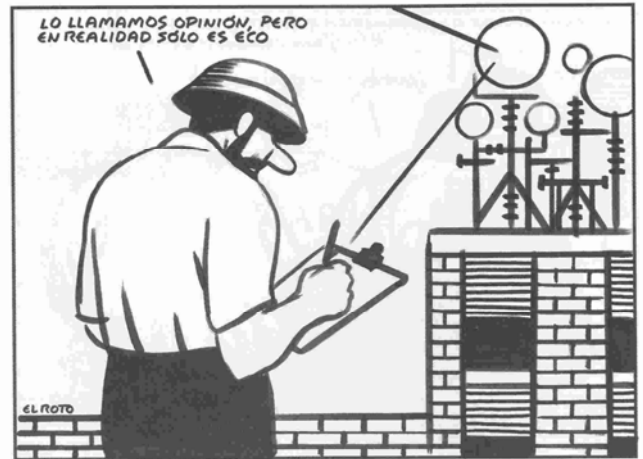
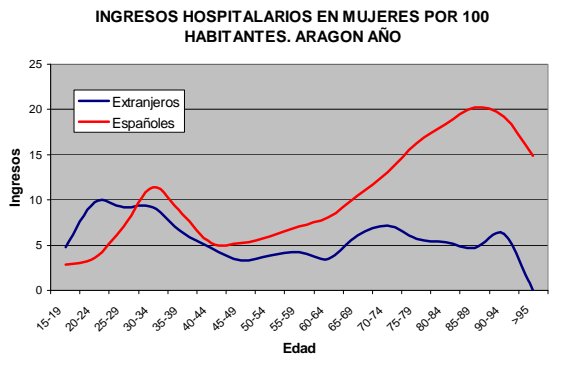
Gasto por principio activo por persona de 15 a 40 años diferenciando entre extranjeros y autóctonos. Aragón 2006



INGRESOS HOSPITALARIOS EN VARONES POR 100 HABITANTES. ARAGON 2006



Gimeno Felgueroso LA, Granizo C, Sanz L, Febrel M. Inmigración y Salud. Diagnóstico de la realidad. En: Gobierno de Aragón, editor. Plan Integral para la convivencia intercultural en Aragón 2008/2011. Zaragoza; 2009. Todos los ingresos en los hospitales públicos de Aragón (159.000)



Salud y uso de los servicios sanitarios en población inmigrante y autóctona de España

Informes de Evaluación de Tecnologías Sanitarias

AATRM Núm. 2007/08



5.6. Utilización de servicios sanitarios

Ningún estudio analiza la utilización de servicios por grupos según niveles de necesidad o socioeconómicos, de modo que no es posible concluir acerca del acceso a los servicios sanitarios.

Entre las prácticas preventivas, la realización de citologías vaginales es menos frecuente en mujeres inmigrantes, y no se encuentran diferencias en la realización de mamografías y la vacunación contra la influenza.

Las frecuencias de utilización de servicios sanitarios son en general y sin ajustar por necesidad ni variables socioeconómicas, menores entre inmigrantes que entre autóctonos.

Los ingresos hospitalarios de la población inmigrante, en comparación con los de la población autóctona, están relacionados en mayor proporción a necesidades obstétricas y neonatales e insumen relativamente menos recursos.

La población inmigrante es menos propicia de la automedicación y consume menos medicamentos que la población autóctona.



RESEARCH AND PRACTICE |

Health Insurance Coverage and Medical Expenditures of Immigrants and Native-Born Citizens in the United States

Leighton Ku, PhD, MPH

There is substantial public policy disagreement in the United States about whether the nation should restrict or expand health care for immigrants. Polls show that roughly half of Americans believe that immigrants are a burden on the nation because they take jobs, housing, and health care from US-born citizens.¹ Some further believe that "high rates of immigration are straining the health care system to the breaking point"² or that "illegal aliens in this country are taking a large part of our health care dollars."³ But others believe that steps should be taken to bolster immigrants' health care, such as restoring their eligibility for Medicaid or having insurers pay for interpreter services for patients who are not proficient in English.⁴⁻⁶

Researchers have found that immigrants' unadjusted per capita medical utilization and expenditures are actually much lower than those of US-born citizens. Mobury et al. ana-

Objectives. I examined insurance coverage and medical expenditures of both immigrant and US-born adults to determine the extent to which immigrants contribute to US medical expenditures.

Methods. I used data from the 2003 Medical Expenditure Panel Survey to perform 2-part multivariate analyses of medical expenditures, controlling for health status, insurance coverage, race/ethnicity, and other sociodemographic factors.

Results. Approximately 44% of recent immigrants and 63% of established immigrants were fully insured over the 12-month period analyzed. Immigrants' per-person unadjusted medical expenditures were approximately one half to two thirds as high as expenditures for the US-born, even when immigrants were fully insured. Recent immigrants were responsible for only about 1% of public medical expenditures even though they constituted 5% of the population. After controlling for other factors, I found that immigrants' medical costs averaged about 14% to 20% less than those who were US born.

Conclusions. Insured immigrants had much lower medical expenses than insured US-born citizens, even after the effects of insurance coverage were controlled. This suggests that immigrants' insurance premiums may be cross-subsidizing care for the US-born. If so, health care reform should be directed back to immigrants to improve their care. *Am J Public Health*. 2008;98:1322-1328. doi:10.2196/AJPH.2008.144733

TABLE 4—Two-Part Multivariate Models of Factors Associated With Annual Medical Expenditures Among Adults Respondents Aged 19 to 64 Years With Any Health Insurance Coverage: Medicare Expenditure Panel Survey, 2003

Factor	Model 1: Likelihood of Having Any Medical Expenditures in Year, OR (95% CI)	Model 2: Log of Medical Expenditures, Among Those Above Zero, Coefficient (95% CI)
Immigration status		
US born (Ref)	1.00	
Recent immigrant ^a	0.61 (0.45, 0.81)	-0.19 (+0.37, -0.01)
Established immigrant ^b	0.74 (0.58, 0.94)	-0.13 (+0.25, -0.02)
Race/ethnicity		
Non-Hispanic White (Ref)	1.00	
Hispanic	0.68 (0.55, 0.85)	-0.19 (+0.28, -0.10)
Non-Hispanic Black	0.50 (0.41, 0.60)	-0.22 (+0.32, -0.12)
Asian	0.41 (0.45, 0.82)	-0.36 (+0.51, -0.22)
Gender		
Men (Ref)	1.00	
Women	3.35 (2.92, 3.85)	0.46 (0.40, 0.52)
Education		
Any college (Ref)	1.00	
Less than high school diploma	0.46 (0.36, 0.58)	-0.31 (+0.41, -0.20)

slightly more than half of the overall gaps are attributable to other characteristics, including insurance coverage, health status, and race/ethnicity.

DISCUSSION

My analysis of a nationally representative survey found that immigrants had significantly lower medical expenses than their US-born counterparts, even after controlling for level of health insurance coverage and other confounding factors. These findings suggest that, contrary to stereotypes, insurance premiums paid for immigrants may actually be cross-subsidizing the medical expenses of those who are born in the United States.

Immigrants' Lower Medical Expenditures

As noted by Maharry et al. and Goldman et al., the low per-person medical expenditures for immigrants indicate that immigrants consume a disproportionately small share of the

Resumiendo hasta ahora...

- Parece que están más sanos que los españoles y que lo que era esperable por su condición de pobreza.
- Parece que consumen muchos menos recursos sanitarios de lo que les correspondería por su edad, sexo, enfermedades y condición de pobreza.
- Parece por tanto que podríamos aprender mucho de ellos para mejorar la salud de nuestros compatriotas y de nuestro sistema sanitario.

El Confidencial
EL DIARIO DE LOS LECTORES INFLUYENTES

ACTUALIDAD ESPAÑA

CADA AÑO CONSUMEN 451 MILLONES; RUMANOS, ECUATORIANOS Y MARROQUÍES LIDERAN EL RÁNKING

Sanidad pone coto al medio millón de inmigrantes que defraudan al sistema

Sanidad prohibirá el turismo sanitario para ahorrar 1.000 millones

Ana Mato anuncia que se modificará la ley española

Asegura que 'se ha utilizado mal la asistencia sanitaria por los extranjeros'

Como no hemos incorporado ese artículo muchos europeos se despiden de España únicamente en busca de atención sanitaria. Hasta tal punto de que hay personas europeas que tienen más

TRIBUNAL DE CUENTAS

Nº 937

INFORME DE FISCALIZACIÓN DE LA GESTIÓN DE LAS PRESTACIONES DE ASISTENCIA SANITARIA DERIVADAS DE LA APLICACIÓN DE LOS REGLAMENTOS COMUNITARIOS Y CONVENIOS INTERNACIONALES DE LA SEGURIDAD SOCIAL

52

Cuadro n.º 37

FACTURACIÓN POR PERSONAS MAYORES DE 65 RESIDENTES EN ESPAÑA Y PROTEGIDAS POR LA SEGURIDAD SOCIAL DE OTROS PAÍSES

PAÍSES	N.º PENSIONISTAS EXTRANJEROS MAYORES DE 65 AÑOS EMPADRONADOS EN ESPAÑA A 1 ENERO 2010 (A)	PENSIONISTAS RESIDENTES EN ESPAÑA MAYORES DE 65 AÑOS POR LOS QUE EL INSS PERCIbió CUOTAS GLOBALES EN EL EJERCICIO 2009 (B)	EXTRANJEROS PENSIONISTAS RESIDENTES EN ESPAÑA POR LOS QUE EL INSS NO PERCIbió CUOTAS GLOBALES (C) = (A) - (B)
REINO UNIDO	90.105	50.085	40.020
ALEMANIA	51.648	12.112	39.536
ITALIA	11.638	2.109	9.529
SUIZA	6.615	203	6.412
PORTUGAL	5.896	790	5.106
RUMANIA	4.537	118	4.419
SUECIA	6.343	1.939	4.404
NORUEGA	6.019	2.388	3.631
BÉLGICA	8.957	5.329	3.628
DINAMARCA	3.502	1	3.501
PAÍSES BAJOS	9.987	6.779	3.208
FINLANDIA	4.002	1.565	2.437
IRLANDA	2.256	300	1.896
BULGARIA	1.679	69	1.610

Cuadro n.º 45

SITUACIÓN DE DEUDA PENDIENTE DE COBRO POR ESPAÑA A 31/12/2009

PAÍSES	SALDO A 31/12/2009			
	GASTO REAL		CUOTA GLOBAL	
	IMPORTE	%	IMPORTE	%
ALEMANIA	18.883.512,87	29,66%	6.444.233,13	8,59%
NORUEGA	3.619.822,28	5,60%	20.554.034,67	27,40%
FRANCIA	7.777.802,11	12,21%	8.387.800,67	11,18%
ITALIA	6.088.923,18	9,56%	6.923.590,42	9,23%
REINO UNIDO	2.104.830,18	3,31%	10.838.109,84	14,48%
IRLANDA	6.350.954,14	9,97%	3.836.775,98	5,12%
BÉLGICA	2.542.802,45	3,90%	4.708.468,87	6,40%
PAÍSES BAJOS	1.090.875,43	1,71%	5.670.740,87	7,51%
PORTUGAL	4.773.686,90	7,50%	1.744.067,17	2,33%
SUIZA	3.023.191,36	4,73%	1.248.455,53	1,66%
SUECIA	778.667,77	1,22%	1.823.375,62	2,43%
AUSTRIA	1.511.637,53	2,37%	892.019,04	1,19%
DINAMARCA	464.982,37	0,72%	1.216.005,14	1,62%
RUMANIA	1.175.199,69	1,83%	50.799,95	0,07%
POLONIA	805.970,44	1,27%	155.452,00	0,21%
BULGARIA	816.351,61	1,28%	33.074,01	0,04%
FINLANDIA	695.749,89	1,09%	-1.134,70	-
ISLANDIA	291.022,89	0,46%	176.553,81	0,24%
GRECIA	764.876,57	1,19%	127.278,21	0,17%
REP. CHECA	265.792,92	0,41%	-	-
ESLOVAQUIA	198.903,44	0,31%	-	-
LUXEMBURGO	82.538,87	0,13%	43.830,91	0,06%
LIECHTENSTEIN	46.150,41	0,07%	20.119,38	0,03%
HUNGRÍA	1.394,25	0,01%	33.866,69	0,05%
ESLOVENIA	20.874,86	0,03%	-	-

Cuadro n.º 47

PERSONAS SIN RECURSOS ECONÓMICOS SUFICIENTES A 15/06/2010, CUYA NACIONALIDAD PERTENECE AL ÁMBITO DE LOS REGLAMENTOS COMUNITARIOS Y CONVENIOS BILATERALES

PAÍS DE NACIONALIDAD	N.º PERSONAS SIN RECURSOS A 15/06/2010	%
RUMANIA	174.614	38,52%
ECUADOR	83.911	18,51%
MARRUECOS	67.277	14,84%
BRASIL	43.163	9,52%
BULGARIA	30.821	6,80%
CHILE	10.668	2,35%
PERU	9.382	2,07%
POLONIA	8.316	1,83%
PORTUGAL	6.262	1,38%
ITALIA	5.740	1,27%
REINO UNIDO	2.561	0,56%
LITUANIA	2.245	0,51%
ALEMANIA	2.047	0,45%
FRANCIA	1.707	0,38%
PAÍSES BAJOS	855	0,19%
REPÚBLICA CHECA	415	0,09%
BÉLGICA	388	0,09%
ESLOVAQUIA	364	0,08%
HUNGRÍA	358	0,08%



I. DISPOSICIONES GENERALES

JEFATURA DEL ESTADO

5403 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.

La creación del Sistema Nacional de Salud ha sido uno de los grandes logros de nuestro Estado del bienestar, dada su calidad, su vocación universal, la amplitud de sus prestaciones, su sustentación en el esquema progresivo de los impuestos y la solidaridad con los menos favorecidos, lo que le ha situado en la vanguardia sanitaria como un modelo de referencia mundial.

Sin embargo, la ausencia de normas comunes sobre el aseguramiento en todo el

De la asistencia sanitaria en España

Artículo 1. Modificación de la Ley 16/2003, de 28 de mayo, de cohesión y calidad del Sistema Nacional de Salud.

La Ley 16/2003, de 28 de mayo, de cohesión y calidad del Sistema Nacional de Salud, queda modificada en los siguientes términos:

Uno. Se modifica el artículo 3, que tendrá la siguiente redacción:

«Artículo 3. De la condición de asegurado.

1. La asistencia sanitaria en España, con cargo a fondos públicos, a través del Sistema Nacional de Salud, se garantizará a aquellas personas que ostenten la condición de asegurado.

2. A estos efectos, tendrán la condición de asegurado aquellas personas que se encuentren 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.



Tres. Se añade un nuevo artículo 3 ter, que tendrá la siguiente redacción:

«Artículo 3 ter. Asistencia sanitaria en situaciones especiales.

Los extranjeros no registrados ni autorizados como residentes en España, recibirán asistencia sanitaria en las siguientes modalidades:

- 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 extranjeros menores de dieciocho años recibirán asistencia sanitaria en las mismas condiciones que los españoles.»



El Gobierno ha recordado hoy a las comunidades insumisas que deberán asumir el coste de la asistencia sanitaria a los inmigrantes sin papeles si deciden seguir prestando ese servicio al margen del sistema de aseguramiento implantado por Sanidad a partir de mañana, 1 de septiembre. La vicepresidenta Soraya Sáenz de Santamaría ha advertido que, aunque seguirán recibiendo asistencia sanitaria a partir de septiembre pese a no tener tarjeta sanitaria, tendrán que buscar los mecanismos necesarios para el reintegro y reembolso de los gastos ocasionados" salvo que las comunidades decidan sufragar dicha atención.

Santamaría ha apuntado además que no tienen derecho a tarjeta sanitaria quienes no residen legalmente en España, aunque eso "no quiere decir que no tengan derecho a asistencia" cuando se preste asistencia sanitaria a los que no tienen residencia legal, ha añadido, esa cobertura se tendrá que abonar. "No va a haber desatención sanitaria", ha insistido antes de dejar claro que comunidades que no quieren cobrar la asistencia sanitaria a los extranjeros irregulares a los que atienden o sus países de origen, "deberán definir cómo lo van a sufragar" en "su ámbito de competencia". Aun así, Sanidad anunciará mañana la tarjeta sanitaria de los inmigrantes en situación irregular y de todos aquellos extranjeros que no cotizan a la Seguridad Social por considerar que no pueden ser beneficiarios del Sistema Nacional de Salud (SNS).

"Cuando van a otro país, España paga por ustedes", ha aseverado la vicepresidenta, apuntando que "o pagan sus estados de origen a través de los convenios bilaterales o de los sistemas de compensación de la Unión Europea, o pagan los propios extranjeros, a los que se pasa ese coste, o bien las comunidades pueden, en su ámbito de competencias, decidir como van a sufragar esta atención sanitaria".

El consejero de Sanidad, Bienestar Social y Familia del Gobierno de Aragón, Ricardo Oliván, ha solicitado a los inmigrantes irregulares que acudan al médico "con la misma confianza de siempre" cuando sea "estrictamente necesario".

Oliván se ha expresado de este modo en el acto de constitución del Foro de la Integración en Aragón, en aplicación del Decreto que lo crea y regula, en una reunión que ha tenido lugar este martes en el Edificio

HERALDO.es

Aragón | Deportes | Internacional | Nacional | Economía | Sociedad | Comunicación | Cultura | Agenda | Anuncios Clasificados | Blog

Zaragoza | Huesca | Teruel

En Aragón

Más de 31.000 extranjeros han perdido su tarjeta sanitaria en un año en Aragón

A.L.G. Zaragoza | 20.04.2013 a las 06:00

El número de usuarios inmigrantes del Salud se ha reducido un 17,5% en el último año, mientras el de españoles se mantiene estable. La DGA ha presentado un nuevo programa para ordenar el acceso a la sanidad a quienes han perdido la tarjeta.

Twitter | Recomendador | Tuenti | Miradame | 3 | In share | Compartir



AHORA EN PORTADA

Zaragoza predilecta
El juez se incauta de todas las fincas y casas de los Pinilla como medida cautelar

Aragón
"No somos más sociales que nadie, pero no admito que seamos menos que otros"

Economía
Unos 15.000 pisos en Aragón valen menos que sus hipotecas

¿Repercusión en los inmigrantes?

Miedo

62

E. BALLESTERIO

Alpha Pam (Jackson) era un joven senegalés de 28 años vecino de Can Picafort desde 2005. El joven sin papeles falleció el 21 de abril de tuberculosis 17 días después de visitar las urgencias del hospital d'Inca donde le prescribieron ibuprofeno. Sus amigos aseguran que «no quisieron hacerle una radiografía por no tener tarjeta sanitaria».



¿Qué patologías van a quedar sin atención en AP? Sobre 31.000 inmigrantes excluidos en Aragón y 873.000 en España

	Aragón	España
DM	530	15.000
HTA	1.200	33.000
Dislipemia	1.600	45.000
Tabaquismo	1.500	42.000
CP isquémica	110	3.200
Asma	480	15.200
Trastorno Ansiedad	1.400	38.000
Psicosis	60	1.700
Neumonía	24	670
Lumbalgia	1.100	32.000

Naciones Unidas | Consejo Económico y Social | E/C.12/ESPV/CO/5

Dist. General 6 de junio de 2012 | Original: español

Comité de Derechos Económicos, Sociales y Culturales
48º periodo de sesiones
30 de abril a 18 de mayo de 2012

Examen de los informes presentados por los Estados partes en virtud de los artículos 16 y 17 del Pacto

Observaciones finales del Comité de Derechos Económicos, Sociales y Culturales


España

Naciones Unidas | Consejo Económico y Social | E/C.12/ESPV/CO/5

Dist. General 6 de junio de 2012 | Original: español

Comité de Derechos Económicos, Sociales y Culturales
48º periodo de sesiones
30 de abril a 18 de mayo de 2012

19. El Comité está preocupado por las modificaciones introducidas por el Real Decretoley 16/2012, del 20 de abril de 2012, en particular a la Ley de Extranjería de 2009, que recortan los derechos de acceso de los inmigrantes en situación irregular a los servicios públicos de salud (art. 12).

Naciones Unidas	E/C.12/ESPV/CO/5
 Consejo Económico y Social	Distr. General 6 de junio de 2012 Original: español
Comité de Derechos Económicos, Sociales y Culturales 48º período de sesiones 30 de abril a 18 de mayo de 2012	

19. El Comité está preocupado por las modificaciones introducidas por el Real Decreto-ley 16/2012, del 20 de abril de 2012, en particular a la Ley de Extranjería de 2009, que recortan los derechos de acceso de los inmigrantes en situación irregular a los servicios públicos de salud (art. 12).

El Comité recomienda al Estado parte asegurar que, de conformidad con la Observación general N.º 14 (2000) del Comité sobre el derecho al disfrute del más alto nivel posible de salud (art. 12 del Pacto) y con el principio de universalidad de las prestaciones sanitarias, las reformas adoptadas no limiten el acceso de las personas que residen en el Estado parte a los servicios de salud, cualquiera sea su situación legal. También recomienda que el Estado parte evalúe el impacto de toda propuesta de recorte en cuanto al acceso de las personas y colectivos desfavorecidos y marginados a los servicios de salud.



Entidades sanitarias denuncian que Aragón excluye a los inmigrantes irregulares

Medicos del Mundo advierte de que la Comunidad "no atiende a sin papeles que no firmen un compromiso de pago" y alerta de la retirada de tarjetas sanitarias, algo que también denuncia la Plataforma Salud Universal

AHOR EN PORTADA

Aragón
Alerta por fuertes nevadas en el Pirineo

Barra a por nieve
La nieve obliga al uso de cadenas en varias carreteras del Pirineo

Aragón
Medio millón de desplazamientos en las carreteras aragonesas

Barra
Las estaciones de esquí osenses se estrenan con 65 km espulsaibles

LO MÁS

1. Las mujeres aragonesas pagarán hasta un 50% más en su seguro del coche
2. Preocupación entre los inmigrantes por los recortes en la Casa de la Cultura
3. El puente trae al cine 'La receta de la felicidad'
4. Cien universitarios orientan a los nuevos para salir de Aragón



Los médicos de familia llaman a la objeción de conciencia para poder atender a los inmigrantes

Defienden la lealtad del médico con el paciente

NICOLÁS CASTELLANO | 11-07-2012

La **Sociedad Española de Medicina de Familia y Comunitaria** hace un llamamiento para que los médicos sigan atendiendo a los inmigrantes irregulares.

Medicos de familia dialogan con un grupo de pacientes a las puertas de un centro de salud en Madrid. (EFE)

La mayor asociación de profesionales sanitarios, la Sociedad Española de Medicina de Familia y Comunitaria, Madrid comienza a denegar la tarjeta



DERECHO A CURAR.ORG

Curar no sólo es nuestra obligación, sino también nuestro derecho.

semFYC
Sociedad Española de Medicina de Familia y Comunitaria

Medicos del Mundo

QUÉ PUEDES HACER TÚ | FIRMA | VOCES | KIT DE ACCIÓN | ENGLISH

NO al Real Decreto 16/2012

JURAMENTO

EN FACEBOOK

Medicos del Mundo España
7,863

Medicos del Mundo

EN TWITTER

MedicosdelMundo Recomendamos informe de @BertranOstam "Crisis, desigualdad y pobreza"
internozofam.org/en/documents/... con colaboración de @never_silf #derechoacurar

PERSONAL SANITARIO

- Firma ahora
- Objeción formal
- Kit de acción

CIUDADANÍA

- Pídele a los profesionales sanitarios que objeten
- Kit de acción

ADHESIONES
NOTICIAS

Algunos interrogantes finales ... de momento ...

- ¿Porqué se ha tomado una medida tan dura a pesar de que saben que es injusta, ineficaz y sin rigor científico?, ¿Qué es lo que realmente se quiere conseguir con esta medida?
- ¿La Sanidad es un gasto o una inversión?
- ¿Cuánto "valen" los derechos humanos y la dignidad?
- ¿Qué podemos hacer cuando hay conflictos entre legalidad y ética?, ¿Es éste el único conflicto que vivimos?

Algunos interrogantes finales ... de momento ...

- ¿La libertad se concede o se conquista?, ¿y los derechos sociales?, ¿Cómo están respondiendo las personas afectadas?
- ¿Estamos ante un hecho aislado (pérdida de derechos sanitarios de la población inmigrante) o ante un ataque global y múltiple del "capital" a los "trabajadores"?
- ¿Qué perjudica más a la "SALUD" de los inmigrantes (y de los nativos)? ¿la falta de tarjeta sanitaria o el paro, bajos salarios, precariedad laboral, mala vivienda, deficientes servicios sociales, impuestos regresivos, corrupción, desigualdad social creciente ...?



NO AL REAL DECRETO
Ley 16/2012

POR UNA SANIDAD
UNIVERSAL Y GRATUITA