

Estado de salud y demanda de servicios de salud de la población ecuatoriana en España¹

Daniel La Parra, Miguel Ángel Mateo,
María Carmen Albert y Susana López

Laburpena: Etorkin ekuadortarren osasun egoera eta horiek osasun-zerbitzuak eskura izateko aukerak Alacanteko probintzian. Helburua deskriptiboa eta praktikoa da: osasunari buruzko diagnostiko bateratu bat egitea, eta osasun-zerbitzuen eskaera-mailara hurbiltzea. Analisiaren lan-hipotesia etorkin osasuntsu, baina ahul bat da, eta hark erabilitako osasun-zerbitzu motetan oinarritzen da analisisia. Lan-hipotesi hori baloratzeko Alacanten bizi den ekuakortan biztanleriari egindako galde-sortetako emaitzak, eta 2003ko azken Osasun Galdeketa Nazionalekoak eta PHOGUE (2000)koak konparatu dira. Balorazioko emaitzen arabera, biztanle ekuadortarren osasun-egoera lan-merkatu bereko espainolen antzekoa da, hau da, prestakuntza gutxiko langile espainolen tankerakoa; hala ere, ekuadortarrek elementu ahulagoak dituzte, bereziki, osasun emozionalean.

Resumen: Análisis del estado de salud y del grado de acceso a los servicios de salud de los inmigrantes ecuatorianos en la provincia de Alicante. La finalidad es descriptiva y práctica: realizar un diagnóstico comunitario de salud básico y una aproximación al nivel de demanda de los servicios sanitarios. El análisis se centra en la evaluación de la hipótesis del inmigrante sano, pero vulnerable, y en el tipo de consumo de servicios de salud realizado. Para valorar esta hipótesis se ha procedido a comparar los datos obtenidos en una encuesta a población ecuatoriana residente en la provincia de Alicante, con los de la última Encuesta Nacional de Salud 2003 y el PHOGUE (2000). Los resultados indican que el estado de salud de la población ecuatoriana es similar al de la población española que participa en el mismo mercado de trabajo que la inmigración económica (trabajadores con baja cualificación), aunque se observan algunos elementos de vulnerabilidad (en especial, en términos de salud emocional).

1. Introducción

El presente trabajo analiza el estado de salud y el grado de acceso a los servicios de salud de los inmigrantes ecuatorianos en España. La finalidad es, en primer lugar, descriptiva, esto es, poder llegar a realizar un diagnóstico comunitario de salud básico

¹ La presente investigación ha sido financiada por el Instituto de Salud Carlos III, ref. PI042287.

DANIEL LA PARRA, MIGUEL ÁNGEL MATEO y **MARÍA CARMEN ALBERT** son investigadores del Instituto Universitario de Desarrollo Social y Paz de la Universidad de Alicante. **SUSANA LÓPEZ** pertenece al Instituto Latinoamericano de Investigaciones Sociales, ILDIS, Quito, Ecuador. **E-MAIL:** daniel.laparra@ua.es

y una aproximación al nivel de demanda de los servicios sanitarios, y en segundo lugar, explicativa de las pautas de demanda de servicios. El análisis se centra en la evaluación de la hipótesis del inmigrante sano, aunque vulnerable (UNFPA, 2006; Wingate, 2006; Nazroo, 2003).

La hipótesis del inmigrante sano se sustenta en la idea de que el proyecto migratorio se emprende cuando se dispone de un adecuado nivel de salud funcional de partida, sobre todo, en el caso de la migración económica, en el que el migrante pretender vender su fuerza de trabajo en un mercado de empleos manuales no cualificados. Para valorar esta hipótesis se ha procedido a comparar los datos obtenidos en una muestra de población ecuatoriana residente en Alicante, con los obtenidos en la última Encuesta Nacional de Salud de 2003 (ENSE) y la muestra para España en el año 2000 del Panel de Hogares de la Unión Europea, PHOGUE.

La hipótesis del inmigrante sano podría convivir con una segunda hipótesis sobre la mayor vulnerabilidad de la salud de la población inmigrante. Dicha vulnerabilidad sería el resultado de factores tales como la dificultad de acceso a los servicios de salud, el sometimiento a difíciles condiciones de vida (trabajo manual, baja remuneración, condiciones laborales exigentes, etc.) o a la propia tensión emocional que implica la inmigración (choque cultural, estrés de aculturación, separación de familiares y amigos, racismo, etc.).

Para la convivencia de ambas hipótesis es necesario distinguir entre dos conceptos de salud. Los inmigrantes económicos pueden desarrollar su trabajo mientras cuenten con suficiente salud funcional (sean aptos para el trabajo físico) y, sin embargo, su estado de salud general o su salud emocional puede estar expuesto a más elementos de riesgo.

España cuenta con una población de 399.600 ecuatorianos de acuerdo con el Padrón, en enero de 2006. Se trata del segundo grupo de inmigrantes en importancia, por detrás de los marroquíes y, por delante de los rumanos. El fenómeno de incorporación de los ecuatorianos a la sociedad española ha sido reciente y rápido. En 1998 se contaban 3.972 ecuatorianos empadronados y en enero de 2005 se llegó a un máximo de 497.799. El descenso en el número de ecuatorianos a lo largo del año 2005 se produce incluso a pesar del importante proceso de regularización de población inmigrante que se desarrolló en 2005, del que los ecuatorianos fueron el principal grupo nacional de beneficiarios (122.236 altas), por lo que se puede suponer que este grupo de población se ha estancado y puede incluso retroceder en número en los próximos años.

Las razones de su llegada deben buscarse en la crisis económica-social-institucional de 1999-2000 en Ecuador. Entre 1999 y los primeros años de esta década se acumulan una serie de acontecimientos económicos y sociales de magnitudes catastróficas: dolarización del sistema monetario (de 2.196 sucres por dólar en 1994 a 25.000 sucres por dólar en el 2000), quiebra del sistema financiero (cierres de 17 bancos), caída del Producto Interior Bruto (por encima del 6% en un solo año), falta de pago en los salarios públicos, inflación alta (del 52% en 1999 y de 96% en 2000), sucesión de crisis políticas (cinco presidentes del gobierno entre 1997 y 2004: Bucarán, Alarcón, Mahuad, Noboa y Gutiérrez), el fenómeno climático "el niño", el creciente peso del pago de la deuda en el presupuesto público, la caída de los precios agrícolas y, en general, un conjunto de circunstancias adversas (Acosta, 2003).

La población ecuatoriana migró a España y otros países de la Unión Europea (donde destaca Italia), sobre todo hasta septiembre de 2003, momento en el que se empe-

zó a exigir visado a los ciudadanos ecuatorianos en territorio Schengen. España es en esos años una sociedad en crecimiento, envejecida y que ofrece un alto número de trabajos en los sectores de la construcción, la agroexportación, el turismo y los servicios personales (cuidado de niños, ancianos, servicio doméstico).

Los ecuatorianos viven principalmente en las capitales y en las provincias de la costa. Se concentran en Madrid (113.717), Barcelona (73.490), Comunidad Valenciana (51.919) y Murcia (49.321), que reúnen más de un 70% de la población. La provincia de Alicante, con 22.948 es la quinta con más presencia ecuatoriana.

De acuerdo con el Censo de 2001 se trata de una población equilibrada por sexo, muy joven (84% tiene entre 16 y 65 años, la mayoría de ellos entre 20 y 35 años). Si se comparan las cifras del Padrón con las de tarjetas y permisos de residencia en enero de 2006 habría un 15% en situación administrativa irregular. Esta situación se ha reducido considerablemente desde 2001, cuando tres de cada cuatro se encontraba en situación irregular (La Parra, 2004).

El empleo de los ecuatorianos se concentra principalmente en el sector servicios (55%), seguido de la construcción (24%), la agricultura (16%) y la industria (6%). Entre 2003 y 2005 la distribución por sectores no ha variado. El mercado está muy segmentado en función del género. Más del 95% de las altas en el régimen de empleadas del hogar corresponden a mujeres, y lo opuesto ocurre en la agricultura y la construcción.

El modo de acceso principal a la atención sanitaria en la población inmigrante por motivos económicos es la afiliación y la contribución como trabajadores a la Seguridad Social. El contrato de trabajo implica el alta obligatoria en la Seguridad Social del asegurado directamente y de los familiares asimilados del titular, en las mismas condiciones que los trabajadores de nacionalidad española.

Adicionalmente se puede acceder a la asistencia sanitaria cuando se es extranjero con permiso de residencia, extranjero inscrito en el padrón, extranjero menor de 18 años y en los casos de urgencias y embarazo. Este derecho se articula a partir del Real Decreto 1088/1989 por el que se extiende la cobertura sanitaria a personas sin recursos económicos suficientes con cargo a transferencias estatales a la caja de la Seguridad Social, cumpliendo lo previsto en la Ley General de Sanidad 14/1986, y de manera mucho más explícita en cuanto a los extranjeros en la Ley de Extranjería 4/2000 y sus posteriores modificaciones (8/2000 y 14/2003).

De acuerdo con el Real Decreto 183/2004, por el que se regula la tarjeta sanitaria individual, se debe crear una Base de Datos de Usuarios de la Tarjeta Sanitaria del Sistema Nacional de Salud, cuyo plan de explotación estadística debería haber sido aprobado por el Consejo Interterritorial del Sistema de Salud y la información gestionada por el Centro de Proceso de Datos del Ministerio de Sanidad y Consumo. Sin embargo, en el momento en el que se escribe, todavía no se publica de forma periódica y unívoca estadísticas sobre el número de tarjetas emitidas a favor de extranjeros empadronados. Por este motivo, los datos de acceso son fragmentarios y, a veces contradictorios. En el Balance de extranjería de 2002 publicado por la Delegación del Gobierno para la Extranjería y la Inmigración se indicaba que un total de 358.616 extranjeros habían accedido a la tarjeta sanitaria, de los cuales 149.480 eran ecuatorianos (Ministerio del Interior, 2003). En el Balance 2003 se indica que "en octubre de 2003 el número de ciudadanos extranjeros con tarjeta sanitaria para *personas sin recursos económicos suficientes* ascendía a

619.598, lo que supone un incremento del 9,26% respecto a enero de este mismo año [2003]". En este caso no se señala qué colectivos nacionales se benefician de este derecho, aunque se indica que el 60,45% eran iberoamericanos (Ministerio del Interior, 2004).

Estas cifras se alejan del número total de extranjeros que se contabilizan en las fechas indicadas. Esto hace suponer que el nivel de cobertura de la población inmigrante no es universal. Se puede realizar un cálculo aproximado de la cobertura si se suma a las cifras anteriores el número de extranjeros afiliados a la Seguridad Social. Por ejemplo, si se toma como referencia la información del *Balance 2002*, se obtiene que en enero de 2002 había 259.522 ecuatorianos empadronados, de los cuales 67.879 estaban afiliados a la Seguridad Social, mientras que otros 149.480 tenían tarjeta sanitaria que les daba acceso al sistema de atención a la salud por vía de la solidaridad del Estado (INE, 2003; Ministerio del Interior, 2003). De acuerdo con estos datos, el nivel de protección de la salud de los ecuatorianos por el sistema público de salud es alto, pero no llega a ser universal (un máximo de un 83% con documento que reconoce el derecho a la salud) (Ministerio del Interior, 2003 y 2004). En el informe del CEIM (2005a, 2005b y 2006) sobre la asistencia a la población extranjera en la Comunidad Valenciana se contabilizaban en octubre de 2005 un total de 493.895 tarjetas sanitarias concedidas a extranjeros, tanto solidarias como por cotización a la Seguridad Social, el 10,1% de las tarjetas sanitarias de la Comunidad Valenciana. Estimando el número de extranjeros en octubre de 2005 a partir de los datos del Padrón para enero de 2005 y 2006 (581.985 y 695.609, respectivamente), se obtiene que alrededor de un 74% de la población extranjera contaba con tarjeta sanitaria individual.

2. Métodos

Los datos analizados provienen de tres fuentes: un cuestionario a población ecuatoriana residente en la provincia de Alicante; y los ficheros de microdatos de la Encuesta Nacional de Salud de España de 2003, Ministerio de Sanidad y Consumo, y la muestra ampliada para España en el año 2000 del Panel de Hogares de la Unión Europea, PHOGUE, Instituto Nacional de Estadística y Eurostat.

La muestra de residentes ecuatorianos en la provincia de Alicante se obtuvo a partir de la selección de los municipios de la provincia de Alicante que reunían dos requisitos: un número absoluto de residentes ecuatorianos elevado y un alto porcentaje de población ecuatoriana con respecto a la población total, según los datos del recuento del Padrón en enero de 2004. Los municipios seleccionados finalmente concentran más de un 50% de la población residente en la provincia de Alicante: Alicante ciudad (4238 ecuatorianos), Benidorm (1.259), Elche (2.346), Denia (1.101), Orihuela/San Miguel de Salinas (1.280), Altea (422), Ibi (831), Callosa d'en Sarrià (1.137) y Torrevieja (1.589).

Una vez seleccionados los municipios, se analizó la estructura de sexo y edad tomando como referencia el censo de 2001 y la comparación de la estructura poblacional del padrón 2004. De acuerdo con la estructura de edad, sexo, el número absoluto y la concentración de ecuatorianos, se asignó una determinada cantidad de entrevistas por municipio: Alicante ciudad (56 casos), Benidorm (20), Elche (41), Denia (5), Orihuela/San Miguel de Salinas (11), Altea (12), Ibi (8), Callosa d'en Sarrià (5) y Torrevieja (27). Se establecieron cuotas de edad y sexo específicas para cada uno de ellos. Se realizaron un total

de 185 entrevistas cara a cara. Para garantizar la representatividad en la selección de casos, se identificó a través de informantes clave los lugares de reunión habituales, así como otros lugares de la vida cotidiana (puntos de compra, escuelas, barrios de residencia, bares / restaurantes, locutorios, plazas, etc.). La selección aleatoria de las personas encuestadas se realizó siguiendo un patrón en el que se minimizaban los factores subjetivos en la elección de los sujetos. El patrón seguido fue, partiendo de las cotas de edad y sexo asignadas a cada municipio y punto de entrevista, iniciar el contacto con la persona número par que entra o está en el lugar / establecimiento, para cambiar a números impares en la siguiente observación rompiéndose así las pautas de observación para no generar sesgos. Las entrevistas se realizaron siempre en español y por parte de entrevistadora ecuatoriana. El trabajo de campo se realizó entre febrero y mayo de 2006.

Las principales variables utilizadas son: edad, sexo, salud autopercebida, limitación de la actividad principal, enfermedades crónicas, salud emocional, visitas al médico general, especialista y dentista, hospitalización, consumo de tabaco y alcohol, EuroQol-5D (Rabind, 2001; Brooks, 1996), además de preguntas sobre experiencias de discriminación (Krieger, 2005), nivel de aculturación (escala AHIMSA; Hunger, 2002), ingreso y otras variables sociodemográficas. El cuestionario fue redactado en español y contenía preguntas iguales a las formuladas en la Encuesta Nacional de Salud de 2003 y el Panel de Hogares de la Unión Europea, en algunos casos se adaptó el vocabulario o las expresiones a las utilizadas típicamente en Ecuador (por ej. “unido” por “pareja de hecho”, “tomar” por “beber”, etc.).

El análisis de los datos consiste en la comparación del estado de salud y uso de servicios de la población ecuatoriana en Alicante con los de la población general residente en España (Encuesta Nacional de Salud, 21.650 casos, y PHOGUE, 36.148 casos). Se utilizaron las muestras no ponderadas. Se calcularon los porcentajes directos para los diferentes grupos de edad y sexo, y las odds ratio derivadas del análisis de regresión logística ajustadas también por edad y sexo.

3. Resultados

La población entrevistada es una población joven (31,4 años de edad media, con una desviación típica de 9,432), con un 52% de mujeres y se concentran en los municipios de Alicante (30%), Elche (22%), Torrevieja (15%), Benidorm (11%) y Altea (6%), el 16% restante se distribuye entre Ibi, Callosa, Orihuela, San Miguel de Salinas y Denia. Son originarios de diversas provincias del Ecuador, aunque predomina El Oro (25%), Guayas (17%), Loja (14%) y Pichincha (12%), esto es, tanto zonas de sierra como de costa.

La llegada a España se produjo en la mayoría de los casos entre 2000 y 2004 (88%), un 10% arribó en 1999 o antes, y el resto en 2005. Sin embargo, el empadronamiento se produce algo más tarde, un 66% se empadrona en el mismo año de llegada, mientras que el 24% lo hace en el año siguiente, y el resto en años posteriores. Un 1% no está empadronado. Un 84% señala contar con tarjeta o autorización de residencia, lo que supone que un 16% está en el país sin permiso administrativo. El año en el que se consiguen más tarjetas de residencia es 2005: año del proceso de normalización de trabajadores extranjeros (un 54% de las tarjetas se consiguen durante 2005). Un 8% de los entrevistados tiene tarje-

ta de residencia en el año en el que empieza a vivir en España, pero lo habitual ha sido esperar entre dos y tres años para conseguir el permiso de residencia (69% de las tarjetas conseguidas), y ello gracias al citado proceso de normalización.

Suelen vivir en pisos familiares de tres a seis personas (un 83% de los casos), y son muy poco frecuentes las situaciones en las que se vive solo. Un 70% de las personas adultas con las que se convive en los hogares son familiares, de hecho un 51% vive con su pareja en España y un 37% convive con sus hijos. Sin embargo, un 32% tiene hijos en Ecuador o fuera de España. La mayoría de las personas entrevistadas se encuentra en activo: un 83% está ocupado, un 6% son estudiantes y un 10% busca empleo. Esta situación de alta actividad garantiza unos niveles de ingreso familiar conjunto de entre 600 y 1.800 euros al mes en un 80% de los casos. Con estos ingresos el 70% envía dinero a familiares en el Ecuador. El 43% de los entrevistados gira dinero mensualmente, en cantidades que varían habitualmente entre los 100 y 500 euros, la media es 315 euros, lo que supon-dría el envío de 3.780 euros al año.

4. El estado de salud

El estado de salud de la población ecuatoriana encuestada, como corresponde a una población joven, es en términos generales muy bueno. Si se compara por grupo de edad y de sexo, con la situación típica en la población española (ENSE y PHOGUE), se observa que este estado de salud autopercebido es algo más optimista que en la población española (tabla 1 y 2). El porcentaje de respuestas muy positivas (muy bueno) es mayor o igual al de la población española para todos los grupos de edad, sobre todo en el caso de los varones. De igual modo, las respuestas muy negativas (muy malo) están ausentes. Sin embargo, el modelo de regresión logística muestra que la probabilidad de definir el estado de salud como bueno o muy bueno, es más elevada en el caso de los españoles que en el caso de los ecuatorianos, una vez ajustado por edad y sexo, tanto cuando se emplean los datos del PHOGUE (tabla 3), como de la ENSE. Sin embargo, no se observan diferencias significativas cuando se compara a la población ecuatoriana con la población española de clase social IVb (trabajadores manuales semicualificados) y clase social V (trabajadores no cualificados) (tabla 4).

Enfermedades crónicas

La presencia de enfermedades crónicas es relativamente baja entre los migrantes ecuatorianos. Un 87,6% de la población ecuatoriana menor de 45 años declara no padecer de forma crónica ninguna de las enfermedades crónicas consideradas en el listado, mientras que en la población española de esa edad el porcentaje de personas sin enfermedades crónicas se reduce al 55,7% (tabla 5). No obstante, entre los ecuatorianos, la proporción empeora muy rápidamente con la edad. En el grupo de edad de 16 a 24 un 86% no padece ninguna dolencia, en el grupo de 25 a 34 es un 93% el que se encuentra bien, entre los 35 y 44 baja a 81% y en los que tienen entre 45 y 54 son sólo un 33%.

Tabla 1. Mujeres. Salud autopercebida de la población ecuatoriana y española por sexo y edad. Residentes ecuatorianos en España, 2006, PHOGUE muestra ampliada del año 2000 y Encuesta Nacional de Salud 2003. Porcentajes.

| | Muy bueno | Bueno | Regular/Aceptable | Malo | Muy Malo | Total | n |
|-----------------|-----------|-------|-------------------|------|----------|-------|------|
| 16-24 | | | | | | | |
| Muestra Ecuador | 38,5 | 30,8 | 30,8 | 0 | 0 | 100 | 26 |
| PHOGUE 2000 | 39,1 | 54,7 | 4,8 | 1,1 | 0,1 | 100 | 2830 |
| ENSE 2003 | 15,59 | 69,45 | 13,47 | 1,23 | 0,26 | 100 | |
| 25-34 | | | | | | | |
| Muestra Ecuador | 32,4 | 44,1 | 20,6 | 2,9 | 0 | 100 | 34 |
| PHOGUE 2000 | 28,7 | 61,0 | 7,7 | 2,2 | 0,2 | 100 | 3248 |
| ENSE 2003 | 14,87 | 66,53 | 15,77 | 2,20 | 0,62 | 100 | |
| 35-44 | | | | | | | |
| Muestra Ecuador | 12,0 | 44,0 | 32,0 | 12,0 | 0 | 100 | 25 |
| PHOGUE 2000 | 18,6 | 63,8 | 13,6 | 3,4 | 0,6 | 100 | 3028 |
| ENSE 2003 | 12,55 | 61,33 | 20,55 | 3,88 | 1,69 | 100 | |
| 45-54 | | | | | | | |
| Muestra Ecuador | 12,5 | 37,5 | 50,0 | 0,0 | 0 | 100 | 8 |
| PHOGUE 2000 | 12,6 | 55,8 | 23,2 | 7,5 | 0,9 | 100 | 2754 |
| ENSE 2003 | 9,11 | 54,91 | 25,39 | 8,73 | 1,86 | 100 | |

Tabla 2. Hombres. Salud autopercebida de la población ecuatoriana y española por sexo y edad. Residentes ecuatorianos en España, 2005-2006, PHOGUE muestra ampliada del año 2000 y Encuesta Nacional de Salud 2003. Porcentajes.

| | Muy bueno | Bueno | Regular/Aceptable | Malo | Muy Malo | Total | n |
|-----------------|-----------|-------|-------------------|------|----------|-------|------|
| 16-24 | | | | | | | |
| Muestra Ecuador | 47,4 | 36,8 | 10,5 | 5,3 | 0 | 100 | 19 |
| PHOGUE 2000 | 43,5 | 52,1 | 3,4 | 0,8 | 0 | 100 | 2841 |
| ENSE 2003 | 21,67 | 66,38 | 10,17 | 1,16 | 0,62 | 100 | |
| 25-34 | | | | | | | |
| Muestra Ecuador | 37,8 | 43,2 | 16,2 | 2,7 | 0 | 100 | 37 |
| PHOGUE 2000 | 30,8 | 59,1 | 7,9 | 1,7 | 0,2 | 100 | 3085 |
| ENSE 2003 | 16,49 | 69,92 | 10,52 | 2,58 | 0,48 | 100 | |
| 35-44 | | | | | | | |
| Muestra Ecuador | 34,8 | 34,8 | 30,4 | 0 | 0 | 100 | 23 |
| PHOGUE 2000 | 20,7 | 62,8 | 12,4 | 3,7 | 0,5 | 100 | 2978 |
| ENSE 2003 | 12,69 | 67,96 | 15,27 | 3,38 | 0,70 | 100 | |
| 45-54 | | | | | | | |
| Muestra Ecuador | 14,3 | 71,4 | 0 | 14,3 | 0 | 100 | 7 |
| PHOGUE 2000 | 14,9 | 59,8 | 18,6% | 5,7 | 0,9 | 100 | 2492 |
| ENSE 2003 | 11,10 | 63,54 | 19,21 | 4,57 | 1,58 | 100 | |

Tabla 3. Residentes ecuatorianos en España 2006 y población española (PHOGUE 2000). Menores de 45 años. Modelo de regresión logística. Variable dependiente: estar en buena salud (muy bueno y bueno). Variables independientes: edad (continua), población (españoles/ecuatorianos) y sexo (mujeres). Grupo de referencia: varones de la población española. Odds ratio, coeficiente wald de significación e intervalo de confianza al 95%.

| | Sig. | Odds Ratio | IC. 95,0% OR | |
|--------------|------|------------|--------------|----------|
| | | | Inferior | Superior |
| Ecuatorianos | ,000 | ,316 | ,222 | ,450 |
| Edad | ,000 | ,936 | ,931 | ,941 |
| Mujeres | ,010 | ,886 | ,808 | ,971 |
| Constante | ,000 | 71,016 | | |

Tabla 4. Residentes ecuatorianos en España 2006 y población española de clase social IVb y V (ENSE 2003). Menores de 45 años. Modelo de regresión logística. Variable dependiente: estar en buena salud (muy bueno y bueno). Variables independientes: edad (continua), población (españoles/ecuatorianos) y sexo (mujeres). Grupo de referencia: varones de la población española de clase social IVb y V. Odds ratio, coeficiente wald de significación e intervalo de confianza al 95%.

| | Sig. | Odds Ratio | IC. 95,0% OR | |
|--------------|------|------------|--------------|----------|
| | | | Inferior | Superior |
| Edad | ,000 | ,969 | ,958 | ,980 |
| Ecuatorianos | ,106 | ,744 | ,520 | 1,064 |
| Mujeres | ,000 | ,696 | ,580 | ,835 |
| Constante | ,000 | 11,603 | | |

Véase metodología para la medición de clase social en la Encuesta Nacional de Salud en Álvarez-Dardet, 1995; Alonso, 1997; Domingo, 1998.

Tabla 5. Residentes ecuatorianos en España, 2006 y población española (ENSE 2003). Menores de 45 años. ¿Le ha dicho su médico que padece de forma crónica alguna de las siguientes enfermedades o problemas de salud en la actualidad?

| | Ecuatorianos Porcentaje | ENSE 2003 Porcentaje |
|--|----------------------------|-------------------------|
| Hipertensión arterial | 0 | 2,8 |
| Colesterol elevado | 1,2 | 3,4 |
| Diabetes (azúcar elevado) | 1,8 | 0,8 |
| Asma, bronquitis crónica, enfisema | 1,2 | 3,3 |
| Enfermedad del corazón | 0,6 | 0,9 |
| Úlcera de estómago | 1,2 | 1,4 |
| Alergia | 0 | 11,1 |
| Depresión | 1,2 | 2,8 |
| Otras enfermedades mentales | 0 | 1,4 |
| Jaqueca, migrañas, dolores de cabeza | 0,6 | 5,7 |
| Mala circulación | 0 | 3,8 |
| Hernias | 0,6 | 2,7 |
| Artrosis y problemas reumáticos | 0 | 3,3 |
| Osteoporosis | 0,6 | 0,3 |
| Problemas del período menopáusico (excepto osteoporosis) | 1,2 | 0,4 |
| Problemas de próstata | 0 | 0,1 |
| Otros | 2,4 | n.d. |
| Total acumulado | 12,6 | 44,1 |
| Ninguna | 87,6 | 55,7 |
| N | 169 | 10036 |

Salud emocional

Hasta un 83% de los entrevistados señala que su salud emocional les ha afectado en el desarrollo de su actividad diaria de alguna de manera. Resultan muy frecuentes los sentimientos de tristeza, intranquilidad, nervios y la sensación de que todo es un esfuerzo.

Tabla 6. Población residente ecuatoriana, 2006. Durante los ÚLTIMOS 30 DÍAS, ¿con qué frecuencia se sintió...

| | TODO el tiempo | PARTE del tiempo | TODO el tiempo | MUY POCAS veces | NUNCA | No responde | No sabe |
|---|-------------------|---------------------|-------------------|--------------------|-------|-------------|---------|
| P1-s1 ...tan triste que nada le alegraba? | 14.6 | 8.1 | 21.1 | 45.4 | 10.8 | - | - |
| P1-s2 ...nervioso/a? | 11.4 | 6.5 | 18.4 | 34.1 | 29.7 | - | - |
| P1-s3 ...intranquilo/a o inquieto/a? | 15.7 | 4.9 | 23.8 | 31.4 | 24.3 | - | - |
| P1-s4 ...desesperado/a? | 8.1 | 3.2 | 11.4 | 27 | 50.3 | - | - |
| P1-s5 ...que todo era un gran esfuerzo? | 22.7 | 10.3 | 22.2 | 18.9 | 25.9 | - | - |
| P1-s5 ... "que no servía para nada"? | 1.6 | 3.8 | 5.4 | 11.4 | 77.8 | - | - |

Tabla 7. Población residente ecuatoriana, 2006 ¿Cuánto interfirieron en su vida o en sus actividades, alguna de las emociones anteriores?

| Grupos de Edad | | | | | |
|----------------|---------|---------|---------|---------|-------|
| | 16 a 24 | 25 a 34 | 35 a 44 | 45 a 54 | Total |
| Mujeres | | | | | |
| Mucho | 26,9 | 17,6 | 28,0 | 25,0 | 23,7 |
| Algo | 26,9 | 32,4 | 32,0 | 12,5 | 29,0 |
| Poco | 42,3 | 35,3 | 32,0 | 50,0 | 37,6 |
| Nada | 3,8 | 14,7 | 8,0 | 12,5 | 9,7 |
| Total | 100 | 100 | 100 | 100 | 100 |
| N | 26 | 34 | 25 | 8 | 93 |
| Hombres | | | | | |
| Mucho | 10,5 | 10,8 | 4,3 | 14,3 | 9,3 |
| Algo | 36,8 | 27,0 | 26,1 | 28,6 | 29,1 |
| Poco | 26,3 | 35,1 | 43,5 | 57,1 | 37,2 |
| Nada | 26,3 | 27,0 | 26,1 | ,0 | 24,4 |
| Total | 100 | 100 | 100 | 100 | 100 |
| N | 19 | 37 | 23 | 7 | 86 |

5. Utilización de servicios

Cobertura sanitaria

Los niveles de cobertura pública de la población ecuatoriana entrevistada son altos. Un 92% señala tener tarjeta sanitaria. Un 6% no está cubierto ni por el seguro público, ni por el seguro privado y un 1% estaría cubierto por el sistema privado exclusivamente. La situación de falta de cobertura pública es más común entre aquellos que no cuentan con permiso de residencia. Las personas entrevistadas no empadronadas tampoco cuentan con tarjeta sanitaria.

Médico general

La pauta de visitas al médico de familia en la población ecuatoriana es muy similar a la observada en la población española de la misma edad y sexo, sin que haya

Tabla 8. Residentes ecuatorianos 2006. ¿Tiene usted Tarjeta Sanitaria que dé derecho a la atención sanitaria financiada por la Administración Pública? y ¿Tiene usted tarjeta de residencia?

| | | ¿Tiene usted tarjeta de residencia? | | | |
|---|-------------|-------------------------------------|--------|-------------|--------|
| | | Sí | No | No contesta | Total |
| ¿Tiene usted Tarjeta Sanitaria que dé derecho a la atención sanitaria financiada por la Administración Pública? | Sí | 95,5% | 71,4% | 100,0% | 91,9% |
| | No | 1,9% | 28,6% | | 5,9% |
| | No contesta | 2,6% | | | 2,2% |
| Total | | 100,0% | 100,0% | 100,0% | 100,0% |
| N | | 156 | 28 | 1 | 185 |

Tabla 9. Residentes ecuatorianos en España 2006 y población española (PHOGUE 2000). Población menor de 45 años. Modelo de regresión logística. Variable dependiente: visitar el médico general tres o más veces en el último año. Variables independientes: edad (continua), población (españoles/ecuatorianos), salud (aceptable, malo, muy malo) y sexo (mujeres). Grupo de referencia: varones de la población española con buen estado de salud. Odds ratio, coeficiente wald de significación e intervalo de confianza al 95%.

| | Sig. | Odds ratio | I.C. 95,0% Odds ratio | |
|--------------|------|------------|-----------------------|----------|
| | | | Inferior | Superior |
| Ecuatorianos | ,257 | ,807 | ,557 | 1,169 |
| Mujeres | ,000 | 1,967 | 1,833 | 2,111 |
| Edad | ,000 | 1,008 | 1,003 | 1,012 |
| Mala salud | ,000 | 4,471 | 4,059 | 4,925 |
| Constante | ,000 | ,144 | | |

Tabla 10. Residentes ecuatorianos 2006. ¿Estas consultas médicas fueron gratuitas en el sistema público de salud o pagó un médico privado (medicina general, especialista o dentista)?

| | Frecuencia | Porcentaje |
|-------------------------------------|------------|------------|
| Gratuitas en el sistema público | 93 | 50,3 |
| Las pagué a un médico privado | 5 | 2,7 |
| Algunas gratuitas y otras las pagué | 18 | 9,7 |
| No contesta | 11 | 5,9 |
| No ha ido al médico | 58 | 31,4 |
| Total | 185 | 100,0 |

diferencias significativas, según el modelo de regresión logística. Tanto en la muestra de población ecuatoriana, como en la población española, la probabilidad de acudir al médico tres o más veces al año aumenta con la edad, en las mujeres y en los que auto perciben su salud como regular, mala o muy mala.

El 73% de las visitas al médico se realizaron en el sistema público de salud, un 4% en médicos privados y un 14% combinaron visitas en el sistema público y privado. La mayoría de las visitas al sistema privado fueron provocadas por problemas de salud dental. Asumiendo equidistribución en la pauta de respuestas se estimaría que menos de un 60% de los ecuatorianos residentes en España ha hecho uso del servicio público de salud.

Un 20% de los encuestados señala que en alguna ocasión ha precisado ayuda médica en España y no la ha obtenido. Los motivos que se aducen son “no pudo con-

seguir cita" en un 30% de los casos, "no pudo dejar el trabajo" (19%), "por decisión propia" (27%) o por otras causas (24%), entre las que se nombra: la cita médica fue concedida muy tarde (2 casos), mala atención-discriminación (2 casos), problemas administrativos con la tarjeta o el sistema de citas (2 casos), por problemas de movilidad (1 caso) o por el carácter urgente de la atención (episodio epiléptico).

Hospitalización

Los datos sobre hospitalización parecen mostrar una mayor frecuencia de hospitalización en la población ecuatoriana que en la española, sin embargo, el número de noches que se ha estado hospitalizado no arroja una diferencia significativa (diferencia de 0,14, intervalo de confianza al 95% entre -0.22 y 0.44 noches). Se ha de considerar que, la pregunta que se formulaba en el PHOGUE no incluía los ingresos en hospital por maternidad, mientras que en el cuestionario aplicado a la población ecuatoriana sí que se contabilizaba esta causa de ingreso. En cualquier caso, tanto los varones como las mujeres tienen una mayor probabilidad de hospitalización que la población española. El 100% de las visitas al hospital de la población ecuatoriana tuvo lugar en el sistema público de salud, lo que implica que un 11% de la población entrevistada ha hecho uso del sistema hospitalario público.

Tabla 11. Residentes ecuatorianos en España 2006 y población española (PHOGUE 2000). Población menor de 45 años. Modelo de regresión logística. Variable dependiente: hospitalización en el último año. Variables independientes: edad (continua), población (españoles/ecuatorianos), salud (aceptable, malo, muy malo) y sexo (mujeres). Grupo de referencia: varones de la población española con buen estado de salud. Odds ratio, coeficiente wald de significación e intervalo de confianza al 95%.

| | Sig. | Odds ratio | I.C. 95,0% OR | |
|--------------|------|------------|---------------|----------|
| | | | Inferior | Superior |
| Ecuatorianos | ,002 | 2,179 | 1,321 | 3,595 |
| Edad | ,000 | 1,018 | 1,009 | 1,026 |
| Mala salud | ,000 | 4,277 | 3,655 | 5,005 |
| Mujeres | ,000 | 1,381 | 1,195 | 1,596 |
| Constante | ,000 | ,016 | | |

6. Discusión

La población ecuatoriana residente en Alicante presenta un perfil de salud peor que el de la población general de España, pero equiparable al de la población española en el mismo sector laboral. Algunos de los indicadores son mejores que los encontrados en la población española general (baja prevalencia de enfermedades crónicas) y, en otros casos, más preocupantes (salud emocional). Estos resultados son compatibles con la hipótesis del migrante sano, esto es, toman la decisión de cambiar de país de residencia, aquellas personas que cuentan con un mejor estado de salud. La semejanza con el nivel de salud de la población española es destacable en la medida que los indicadores sociosanitarios en Ecuador con respecto a España, son muy desfavorables para el país americano (cinco años más de esperanza de vida que en Ecuador, un Producto Interior Bruto diez veces

superior, un gasto per capita en salud ocho veces mayor y el doble de médicos por habitante) (PNUD, 2001). En este estudio no se ha podido acceder a microdatos de encuestas de salud realizados en Ecuador para poder comparar la salud de los migrantes con la de sus compatriotas en el país de origen.

Los resultados contrastan con los obtenidos por Sanz (2000), en el que se encontraba que un 63,2% de los inmigrantes que respondieron a la encuesta tenían una auto-percepción negativa de su estado de salud (regular, mala o muy mala). Entre las posibles diferencias entre un estudio y otro se puede apuntar que se tratan de poblaciones diferentes. Este estudio se centra únicamente en población ecuatoriana, mientras que el de Sanz engloba el conjunto de la inmigración económica, con predominio de la población marroquí. La proporción de población en situación regular era mucho más elevada que en nuestra investigación. Además el trabajo de Sanz se concentra en una sola área de salud (la número seis de la Comunidad de Madrid), mientras que en este estudio se ha buscado representatividad provincial, en Alicante.

El bajo nivel de salud emocional es coherente con otros resultados obtenidos en el cuestionario, y que por razones de espacio no han sido presentados en este análisis: baja integración socio-cultural, alta percepción de discriminación y con los datos de incremento de consumo de alcohol y tabaco. Sobre la baja salud emocional se pueden aventurar diferentes hipótesis. Esta situación es esperable en una población que vive lejos de su país de origen, con separaciones familiares relevantes (esposo/a, hijos/as, madres y padres) y en una situación económica difícil (de supervivencia) o que está sometida a estrés de aculturación (por distancia con el entorno cultural y social conocido).

La baja salud emocional, junto con el importante efecto de la edad en la autopercepción de salud y en la presencia de enfermedades crónicas, indican posibles situaciones de vulnerabilidad en este colectivo. Además de las detectadas por otros estudios, como las relacionadas con la salud laboral (Ahonen, 2006).

El nivel de cobertura de seguro de salud de la población ecuatoriana es alto (92%), pero todavía no es universal. En términos comparativos esta cobertura es superior a la encontrada en el conjunto de la población extranjera en la población valenciana (74%), estimada a partir de los datos del CEIM (2005a, 2005b, 2006) y del Padrón. Las personas sin permiso de residencia (sin contrato legal de trabajo) y no empadronadas parecen tener un riesgo alto de no contar con tarjeta sanitaria. El número de ecuatorianos con tarjeta de residencia es muy elevado, y las tasas de actividad de esta población son también muy altas, por lo que se ha de entender que la contribución al sistema de salud a través de la cotización a la Seguridad Social es mucho más elevada que en la población española, incluso una vez descontado el trabajo sumergido (Rodríguez, 2000).

El nivel de utilización de los servicios públicos de salud (a partir de dos indicadores: visitas al médico general y hospitalizaciones) es similar en la población ecuatoriana y en la población española. La hospitalización parece ser más frecuente en la población ecuatoriana que en la española. Sin embargo, en el cuestionario aplicado se incluían las hospitalizaciones por embarazo, mientras que en el aplicado a la población española general en el PHOGUE éstas se excluían. Este elemento sobreestima la utilización en la población ecuatoriana femenina, ya que según los datos de Salazar et al (2003) y Cots et al (2002), las altas hospitalarias relacionadas con el embarazo pueden suponer más de un tercio de las altas hospitalarias en población inmigrante. En

este estudio no se ha podido producir información sobre la vía de entrada al sistema de salud, pero en estudios precedentes parece entenderse que el uso del servicio de urgencias es más frecuente en la migración económica (Junyent, 2006).

Hasta el momento, las encuestas de salud (1987, 1993, 1995, 1997, 1999, 2001 y 2003), que se han utilizado tradicionalmente para realizar una valoración de la salud de la población de un determinado territorio, no han llegado a ser capaces de caracterizar correctamente estos aspectos en la población inmigrante. Las razones se pueden buscar en algunos casos en la falta de adaptación cultural, la falta de utilización de variables claves (no se pregunta por la nacionalidad o se codifica con un gran nivel de agregación) y el propio sistema de muestreo, que no está orientado a conseguir la suficiente representatividad de los principales grupos nacionales de otros países. En la investigación que aquí se presenta se ha buscado superar estos elementos mediante la utilización de un cuestionario adaptado, aplicado por parte de una entrevistadora cercana culturalmente (ecuatoriana) y mediante una estrategia de muestreo dirigida a conseguir representatividad en el nivel provincial de la población ecuatoriana residente en Alicante.

La principal limitación de este estudio es la baja muestra de población residente: 185 casos, lo que resta potencial estadístico al análisis y obliga a tomar con cautela los resultados. Por otro lado, la muestra no es representativa del conjunto de la población ecuatoriana residente en España, sino únicamente de la población ecuatoriana alicantina. También debe tomarse con precaución la decisión de comparar a ecuatorianos alicantinos con población española general. Sin embargo, los datos obtenidos tienen el interés de ser coincidentes con los obtenidos por otras fuentes. En la encuesta se observa la misma proporción de personas sin permiso de residencia (un 15%) que la que se obtiene al comparar los datos del Padrón con los datos del Registro de Permisos y autorizaciones de residencia. De igual modo, la población entrevistada responde a la misma pauta de años de llegada que la que se obtiene a partir de los datos del Padrón Municipal, esto es, los principales años de llegada son 2000-2004. La cantidad de remesas enviadas es algo menor que la detectada en otros estudios. De acuerdo con Aranda (2003), un 97% de los ecuatorianos en España enviaría dinero a sus familiares, con una periodicidad elevada, que se sitúa en promedio en diez envíos anuales, lo que se estima que podría sumar en términos medios unos 3.800 euros por migrante al año (véase también Acosta 2002). En este estudio la proporción de personas que envía dinero sería del 70%, y en aquellos que envían dinero mensualmente se alcanzaría la cifra de 3.780 euros al año. Se ha de tener en cuenta que entre las fechas de ambos estudios se ha avanzado en la unificación familiar. En cualquier caso, cuando en nuestros datos se compara el envío de dinero con los ingresos que se perciben familiarmente e individualmente, se observa que en realidad en muchos casos las cantidades que los individuos declaran enviar son enviadas no a título individual, sino familiar, esto es, uniendo el ahorro de varios familiares. En ese sentido la proporción de Aranda puede ser adecuada (casi todos los ecuatorianos residentes acaban enviando dinero a familiares, directamente o a través de otros familiares con los que conviven), pero la cantidad que se envía por individuo debe ser algo inferior a la que tanto sus datos como los nuestros parecen mostrar.

Las implicaciones para el sistema de salud de la información aquí obtenida son importantes. Primero, se constata la existencia de barreras en el acceso a la tarjeta sani-

taria en la población irregular, pese a la garantía legal de este derecho. Segundo, el importante capital de salud atesorado por los inmigrantes económicos es susceptible de ser erosionado por factores de vida adversos (psicosociales y materiales). Tercero, la situación de la población inmigrante es en algunos aspectos asimilable a la situación de salud descrita para las clases trabajadoras en la literatura sobre desigualdades en salud. Cuarto, se trata de una población joven y en buen estado de salud, y con pautas de utilización de los servicios similares a la población española, pero que, por su volumen demográfico, puede producir efectos sobre la demanda de servicios, especialmente en el sector público, lo que debería ser considerado en los procesos de planificación (La Parra, 2007). Por último, la viabilidad financiera de su atención sanitaria debería estar garantizada dado el importante nivel de participación en la actividad económica de esta población.

Bibliografía

- Acosta, A. Villamar, D. (2002). *“Las remesas de los inmigrantes y sus efectos en la economía ecuatoriana”*. Cartillas sobre Migración, 2. Plan migración, Comunicación y Desarrollo, ILDIS. Disponible en: <http://www.ildis.org.ec>
- Acosta, A. López Olivares, S. (2003). *“Causas del reciente proceso emigratorio ecuatoriano”*. Cartillas sobre Migración 3. Plan Migración, Comunicación y Desarrollo, ILDIS. Disponible en: <http://www.ildis.org.ec>
- Alonso, J. Pérez, P. Sáez, M. Murillo, C. (1997). *“Validez de la ocupación como indicador de la clase social, según la clasificación del British Registrar General”*. Gaceta sanitaria 11:205-213.
- Alvarez-Dardet, C. Alonso, J. Domingo, A. Regidor, E. (1995). *La medición de la clase social en ciencias de la salud*. Barcelona: SG editores, Sociedad Española de Epidemiología.
- Aranda, J. (2003). *“La inmigración en España: consideraciones económicas e incidencia en el sector financiero español”*. Papeles de economía española 98: 146-164.
- Ahonen, E. Benavides, F.G. (2006). *“Risk of fatal and non-fatal occupational injury in foreign workers in Spain”*. Journal of Epidemiology and Community Health 60:424-426.
- Berra, S. Elorza, J.M. Bartomeu, N. Hausmann, S. Serra-Sutton, V. Rajmil, L. (2004). *Necesidades en salud y utilización de los servicios sanitarios en la población inmigrante en Cataluña. Revisión exhaustiva de la literatura científica*. Barcelona: Agència d’Avaluació de Tecnologia i Recerca Mèdiques. CatSalut. Departament de Sanitat i Seguretat Social. Generalitat de Catalunya.
- Brooks, R. with the EuroQol Group. (1996). *“EuroQol: the current state of play”*. Health Policy 37:53-72.
- CEIM (2005a). *Radiografía de las migraciones en la Comunidad Valenciana*. Valencia: IVIE, Instituto Valenciano de Investigaciones Económicas, CEIM, Bancaja.
- CEIM (2005b). *“La asistencia sanitaria a la población extranjera: una necesidad y un derecho”* Miradas sobre la inmigración 9. Valencia: IVIE, Instituto Valenciano de Investigaciones Económicas, CEIM, Bancaja.

- CEIM (2006). *“Los extranjeros y la Seguridad Social en la Comunidad Valenciana”*. Miradas sobre la inmigración 10. Valencia: IVIE, Instituto Valenciano de Investigaciones Económicas, CEIM, Bancaja.
- Checa, F. (2003). *“Factores endógenos y exógenos para la integración social de los inmigrados en Almería”*, en Checa, F. (ed.) *La integración social de los inmigrados*. Barcelona: Icaria.
- Colectivo IOE. (2001). *Una aproximación descriptiva a la situación de la inmigración ecuatoriana en España: los trabajadores del servicio doméstico*. Madrid: colectivo IOE.
- Cots, F. Castelles, X. Olle, C. Manzanera, R. Valera, J. Vall, O. (2002). *“Perfil de la casuística hospitalaria de la población inmigrante en Barcelona”*. Gaceta Sanitaria 16: 376-84.
- Domingo, A. Marcos, J. (1989). *“Propuesta de un indicador de la clase social basado en la ocupación”*. Gaceta Sanitaria 3: 320-6.
- INE (2006). Padrón municipal. Explotación estadística. Varios años. Madrid: Instituto Nacional de Estadística.
- Jansa, J.M. García de Olalla, P. (2004). *“Salud e inmigración: nuevas realidades y nuevos retos”*. Gaceta Sanitaria 18 (supl): 207-213.
- Junyent, M. Miró, O. Sánchez, M. (2006). *“Comparación de la utilización de los servicios de urgencias hospitalarios entre la población inmigrante y la población autóctona”*. Emergencias 18: 232-235.
- Krieger, N. Smith, K. Naishadham, D. Hartman, C. Barbeau, E. (2005). *“Experiences of Discrimination: validity and reliability of a self-report measure for population health research on racism and health”*. Social Science and Medicine 61:1576-1596.
- La Parra, D. Mateo, M.A. (2004). *“La migración ecuatoriana a España desde la visión de los familiares de los migrantes”*. Studi Emigrazione / Migration Studies International Journal of Migration Studies 16, 154: 274-290.
- La Parra, D. Mateo, M.A. (2007) *“Scientifically Correct Racism: Health Studies’ Unintended Effects against Minority Groups”*. Language and intercultural communication 7, 2. 152-162.
- MINISTERIO DEL INTERIOR. (2003). Anuario estadístico de extranjería. Año 2002, Madrid: Delegación del gobierno para la extranjería y la inmigración. Observatorio permanente de la inmigración.
- MINISTERIO DEL INTERIOR. (2003). Balance 2002. Delegación del gobierno para la extranjería y la inmigración. Madrid: Oficina de Relaciones Informativas y Sociales.
- MINISTERIO DEL INTERIOR. (2004). Balance 2003. Delegación del gobierno para la extranjería y la inmigración. Madrid: Oficina de Relaciones Informativas y Sociales.
- MTAS. (2004). Anuario estadístico de inmigración 2004. Madrid: Ministerio de Trabajo y Asuntos sociales. Secretaría de Estado de Inmigración y Emigración.
- Nazroo, J.Y. (2003). *“The structuring of ethnic inequalities in health: economic position, racial discrimination, and racism”*. American Journal of Public Health 93:277-284.
- Pantzer, K. Rajmil, L. Tebe, C. Codina, F. Serra-Sutton, V. Ferrer, M. Ravens-Sieberer, U. Simeoni, M.C. Alonso, J. (2006). *“Health related quality of life in immigrants and active school aged adolescents in Spain”*. Journal of Epidemiology and Community Health 60:694-698.

- PNUD. (2001). Informe sobre desarrollo humano Ecuador 2001. Quito: Programa de las Naciones Unidas para el Desarrollo.
- Rabind, R. Charro, F. (2001). "EQ-5D: a measure of health status from the EuroQol Group". *Annals of Medicine* 33:337-343.
- Ramos, M. García, R. Prieto, M.A. March. (2001). "Problemas y propuestas de mejora en la atención sanitaria a los inmigrantes económicos". *Gaceta Sanitaria* 15:320-326.
- Rodríguez, C. (2000). "La asistencia a los inmigrantes: entre el mito y la realidad". *Revista española de economía de la salud* noviembre-diciembre 2002: 16-18.
- Salazar et al. (2003). "Diagnóstico al alta hospitalaria de las personas inmigrantes en la Ciudad de Valencia (2001-2002)". *Revista Española de Salud Pública* 6, 77:713-726.
- Sanz, B. Torres, A.M. Shumacher, R. (2000). "Características sociodemográficas y utilización de servicios sanitarios por la población inmigrante residente en un área de la Comunidad de Madrid". *Atencion Primaria* 26:314-318.
- UNFPA. (2006). State of the World Population 2006. A passage to hope. Women and international migration. United Nations Population Fund.
- Unger, J.B. et al. (2002). "The AHIMSA Acculturation Scale. A New Measure of Acculturation for Adolescents in a Multicultural Society". *Journal of Early Adolescence* 22(3):225-251.
- Wingate, M.S. (2006). "The healthy migrant theory: variations in pregnancy outcomes among US-born migrants". *Social Science and Medicine* 62:491-498.