



UNIVERSIDADE DA CORUÑA

MÁSTER OFICIAL EN MIGRACIÓNS INTERNACIONAIS
TRABALLO FIN DE MÁSTER DO CURSO ACADÉMICO 2014/15

***CRISE ECONÓMICA E FLUXOS MIGRATORIOS EN ESPAÑA:
OS EFECTOS DA POLÍTICA SANITARIA NA POBOACIÓN***

*CRISIS ECONÓMICA Y FLUJOS MIGRATORIOS EN ESPAÑA: LOS
EFECTOS DE LA POLÍTICA SANITARIA EN LA POBLACIÓN*

*ECONOMIC CRISIS AND MIGRATION FLOWS IN SPAIN: THE EFFECTS OF
HEALTH POLICY ON POPULATION*

XOSÉ MARÍA PICATOSTE NOVO

Titoras Académicas:

Raquel Martínez Buján

Laura Varela Candamio

Convocatoria de Xullo de 2015

Resumo

Os fluxos migratorios están, en moitas ocasións, orixinados pola procura dunhas mellores condicións de vida e as veces vincúlanse á procura dun emprego digno ou de mellores perspectivas profesionais. Deste xeito, este traballo de fin master, da conta deses movementos migratorios denominados xa pola literatura académica como 'laborais' e que fan referencia aos desprazamentos vinculados ao mercado de traballo. Cando a economía entra nun contexto de forte crise ou mesmo de recesión, a situación deste colectivo vese afectada, tanto nos fluxos de entrada, por mor duns controles migratorios mais ríxidos e un mercado laboral deteriorado, como nos de saída, xa que o decrecemento mina a capacidade de resistencia destes grupos de poboación.

Neste traballo analízase a evolución da economía española nos anos previos á crise comezada en 2008, as medidas económicas emprendidas polo goberno para afrontar a situación, en particular, os problemas xerados polas políticas de austeridade, en concreto, da reforma sanitaria promovida polo Real Decreto-lei 16/2012. Estúdase a percepción dos profesionais da sanidade e da sociedade en xeral sobre o acceso a os servizos sanitarios por parte da poboación inmigrante, o seu grado de acordo coa política sanitaria española, as diferenzas na atención a poboación nacional e a inmigrante e os aspectos socio-culturais relacionados coa saúde, así como a contribución da nova política sanitaria á consolidación fiscal. A metodoloxía empregada combina as técnicas cualitativas e cuantitativas de análise. Por unha banda, realizouse un traballo de campo baseado en entrevistas en profundidade semi-estruturadas dirixidas aos profesionais do sector sanitario (sectores médico, da enfermaría e da administración dentro do campo da sanidade) coa finalidade de explorar os efectos da reforma sanitaria sobre á poboación inmigrante. Por outra banda, emprendeuse unha

enquisa dirixida á poboación en xeral para obter información das percepcións sociais da sociedade civil sobre o impacto desta reforma.

Palabras chave: Crise económica en España, fluxos migratorios; política sanitaria

Resumen

Los flujos migratorios están, en muchas ocasiones, originados por la búsqueda de unas mejores condiciones de vida y a veces se vinculan a la búsqueda de un empleo digno. De esta manera, este trabajo de fin Master, de la cuenta de esos movimientos migratorios denominados ya por la literatura académica como 'laborales' y que hacen referencia a los desplazamientos vinculados al mercado de trabajo. Cuando la economía entra en un contexto de fuerte crisis o incluso de recesión, la situación de este colectivo se ve afectada, tanto en los flujos de entrada, debido a unos controles migratorios más rígidos, como en los de salida, ya que el decrecimiento mina la capacidad de resistencia de estos grupos de población.

En este trabajo se analiza la evolución de la economía española en los años previos a la crisis comenzada en 2008, las medidas económicas emprendidas por el gobierno para afrontar la situación, en particular, los problemas generados por las políticas de austeridad, y, en concreto, por la reforma sanitaria promovida por el Real Decreto-ley 16/2012. Se estudia la percepción de los profesionales de la sanidad y de la sociedad en general sobre el acceso a los servicios sanitarios por parte de la población inmigrante, el acuerdo con la política sanitaria española, las diferencias en la atención sanitaria a la población nacional y la inmigrante y los aspectos socio-culturales relacionadas con la salud, así como la contribución de la nueva política sanitaria a la consolidación fiscal. La metodología utilizada combina las técnicas cualitativas y cuantitativas de análisis. Por un lado, se realizó un trabajo de campo basado en entrevistas en profundidad semi-estructuradas dirigidas a los profesionales del sector sanitario (sectores médico, de la enfermería y de la administración, dentro del campo de la sanidad) con la finalidad de explorar los efectos de la reforma sanitaria sobre la población inmigrante. Por otro lado, se emprendió una encuesta dirigida a la población en general para obtener información de las percepciones sociales de la sociedad civil sobre dicha reforma.

Palabras clave: Crisis económica en España, flujos migratorios; política sanitaria

Abstract

Migration flows are, in many cases, caused by seeking improved living conditions, and sometimes are linked to the seeking a dignified employment. So, this work for achieving the Master Degree is related to these migratory flow, so called by academic literature 'workers' which are related to labor market environment. When the economy goes into a scenario of severe crisis, or even recession, the situation of this group becomes affected, both in-flow due to the establishment of harder migration controls, and out-flow, since the downturn is weakening the resistance ability of this population.

In this work the evolution of the Spanish economy in the years before the crisis (which was started in 2008) is analyzed, economic measures undertaken by the government to address the situation, and particularly problems generated by the austerity policies and in particular for healthcare reform promoted by the Royal Decree law 16/2012. The perception of healthcare professionals and of society as a whole regarding access to health services by the immigrant population is analyzed, the agreement with the Spanish health policy and the differences in healthcare issues between national and the immigrant population, some socio-cultural aspects related to health are also studied, and the contribution of the new health policy to fiscal consolidation is analyzed too. The methodology used combines the qualitative and quantitative techniques. On the one hand, a fieldwork was made, based on in semi-structured in-depth interviews to health workers (sector of medical, nursing and administrative in sanitary fields), with the goal of exploring the effects of the healthcare reform about the immigration population. On the other hand, a questionnaire was conducted among the general population in order to obtain information about the perceptions of whole society about such reform.

Keywords: Economic crisis in Spain, migratory flows; health policy

Índice

Resumo	1
Resumen	3
Abstract	5
Índice	7
Índice de figuras	13
Índice de gráficos	15
Índice de conxuntos de gráficos	17
Índice de táboas	19
Índice de anexos	23
1. Introducción	25
1.1. Obxectivos.....	30
1.2. Hipóteses.....	33
2. Antecedentes: A crise económica e as respostas políticas	37
2.1. A crise económica e o contorno laboral e social: evolución da economía española desde a entrada do euro ata 2008.....	38
2.1.1. Os custos laborais unitarios en España e na zona euro.....	38
2.1.2. Necesidades de financiamento: a balanza comercial e a débeda externa.....	39
2.2. Xustificación das medidas adoptadas: reforma do mercado de traballo e consolidación fiscal.....	40
2.2.1. O contorno normativo no mercado de traballo: a reforma laboral de 2012 en España, principais consecuencias da Reforma Laboral.....	40
2.2.2. Medidas de consolidación fiscal.....	42
2.3. Redución do gasto público: efectos na política sanitaria.....	44
2.3.1. O cambio de normativa e as persoas estranxeiras ante a saúde.....	48
2.3.2. Financiamento e prestación de servizos sanitarios.....	50

2.3.3.	A prestación farmacéutica	51
2.4.	A influencia do contorno socioeconómico nos fluxos migratorios en España	53
2.4.1.	Os fluxos de entrada: a inmigración.....	54
2.4.2.	Os fluxos de saída: a emigración	55
2.4.3.	Os fluxos migratorios netos.....	57
3.	O acceso dos inmigrantes á protección social e o uso dos servizos sanitarios e a percepción por parte da poboación nacional.....	61
3.1.	Sanidade e dereitos humanos	61
3.2.	Atención sanitaria aos inmigrantes en situación irregular no contorno da Unión Europea	63
3.3.	O uso dos servizos sanitarios por parte da poboación inmigrante	65
3.4.	Visión por parte da poboación de nacionalidade española	67
3.5.	Aproximación á estrutura da asistencia sanitaria á poboación estranxeira en España.....	68
4.	Material e método	73
4.1.	A opinión dos profesionais da sanidade: investigación cualitativa	75
4.2.	A percepción da poboación en xeral	80
5.	Resultados	85
5.1.	Os efectos económicos e sociais do Real decreto lei 16/2012 e a poboación inmigrante	85
5.2.	Os efectos da crise económica sobre a atención sanitaria a persoas inmigrantes: as opinións dos profesionais da saúde	88
5.2.1.	A percepción que teñen os profesionais da saúde do acceso dos servizos sanitarios por parte da poboación inmigrante	89
5.2.2.	A valoración por parte dos profesionais do sector sanitario da política sanitaria impulsada polo Real decreto-lei 16/2012	89
5.2.3.	A percepción das diferenzas entre a poboación nacional e a inmigrante	94
5.3.	Cuestións valoración de acordo ou desacordo con afirmacións de tipo xeral relacionadas coas peculiaridades da poboación inmigrante	98
5.3.1.	A atención aos inmigrantes fórmulame problemas de índole persoal (1).....	99
5.3.2.	Os inmigrantes, con frecuencia teñen dificultades para acceder ás prestacións do Sistema Nacional de Saúde (2).....	100
5.3.3.	Os inmigrantes acoden á consulta de urxencias con maior frecuencia que o resto da cota (3)	102

5.3.4.	O seguimento correcto dunha patoloxía en pacientes inmigrantes é máis difícil pola súa alta mobilidade (4).....	103
5.3.5.	Os problemas de idioma que adoita haber cos inmigrantes supóñenme dificultades na súa atención. A forma en que os pacientes inmigrantes se comunican, lévame máis tempo que as consultas con outros pacientes (5)	104
5.3.6.	A forma en que os pacientes inmigrantes se comunican, lévame máis tempo que as consultas con outros pacientes (6)	106
5.3.7.	Teño máis problemas para facer o seguimento do proceso patolóxico nos inmigrantes que no resto da cota (7).....	107
5.3.8.	Comparado co resto dos meus pacientes, os inmigrantes incumpren o tratamento con maior frecuencia (8)	108
5.3.9.	Se cada centro puidese dispoñer dun mediador cultural melloraría a atención aos inmigrantes (9)	110
5.3.10.	Gustaríame recibir formación en aspectos culturais da saúde para entender mellor os meus pacientes inmigrantes (10)	112
5.3.11.	Dispoñer dun tradutor cando teño problemas de idioma, axudaría a mellorar a atención que presto aos pacientes inmigrantes (11).....	113
5.3.12.	As percepcións dos profesionais do sistema sanitario, atendendo ao sexo, centro de traballo e especialidade	115
5.4.	As opinións da sociedade sobre a reforma da política sanitaria	120
5.4.1.	O acceso: a universalidade da sanidade.....	122
5.4.2.	O acceso ás urxencias médicas	123
5.4.3.	O abuso dos servizos sanitarios	125
5.4.4.	A valoración da reforma sanitaria: opinións sobre o Real decreto-lei 16/2012	126
5.4.5.	A crise económica e os servizos sanitarios.....	127
5.5.	As apreciacións de homes e mulleres no contorno social.....	128
5.5.1.	Homes e mulleres opinan sobre o acceso ao sistema de saúde público	128
5.5.2.	Homes e mulleres opinan sobre a percepción de abuso dos servizos sanitarios	

5.5.3.	Homes e mulleres opinan sobre a política sanitaria impulsada polo Real decreto lei 16/2012	133
5.6.	As apreciacións segundo os grupos de idade	136
5.7.	Síntese sobre a avaliación das hipóteses e os obxectivos da investigación	139
6.	Conclusións.....	143
7.	Bibliografía	145
8.	Anexos.....	153
8.1.	Anexo I. Obxectivos da investigación	155
8.2.	Anexo II. Consecuencias da reforma laboral	157
8.3.	Anexo III. Fluxos migratorios	159
8.3.1.	Inmigración segundo continente de procedencia.....	159
8.3.2.	Emigración.....	162
8.3.3.	Migración neta	165
8.4.	Anexo IV. Cuestionario en liña.....	167
8.5.	Anexo V. Modelo entrevista en profundidade para persoal profesional do sector sanitario (en galego).....	169
8.1.	Anexo VI. Modelo de entrevista en profundidade para persoal profesional do sector sanitario (en castelán).....	171
8.2.	Anexo VII: Estatísticos descritivos	173
8.3.	Anexo VIII. Estatísticos descritivos (sexo).....	175
8.1.	Anexo IX. Análise de comparación de medias para comprobar diferenzas estatisticamente significativas entre homes e mulleres. Área acceso.....	179
8.2.	Anexo X. Análise de comparación de medias entre homes e mulleres: á percepción do abuso do Sistema Sanitario Público en España.....	181
8.3.	Anexo XI. Análise de comparación de medias para avaliar as diferenzas entre homes e mulleres na valoración da Política Sanitaria.	183
8.4.	Anexo XII. Anova de un factor: grupo de idade.....	185
8.5.	Anexo XIII. Cuestións de valoración: os profesionais da saúde opinan: diferenzas segundo sexo, resultados da t de Student	189
8.6.	Anexo XIV. Cuestións de valoración: os profesionais da saúde opinan: diferenzas segundo centro de traballo, resultados da t de Student	190
8.7.	Anexo XV. Cuestións de valoración: os profesionais da saúde opinan: diferenzas segundo especialidade, resultados da t de Student	191
8.7.1.	O test de Levene.....	191
8.8.	Anexo XVI. Táboas de continxencia: análise das valoracións feitas nas entrevistas en profundidade por parte do persoal do sector sanitario (Escla Likert 5 puntos)	193
8.8.1.	Atendendo ao Centro de Traballo.....	193

8.8.2. Atendendo á especialidade: médico, enfermaría ou administración: Táboa de continxencia por especialidade.....	195
8.9. Anexo XVII. Táboas de frecuencias. Apreciacións da poboación en xeral.....	197

Índice de figuras

Figura 1. Esquema da relación entre a crise económica, as medidas adoptadas polo goberno español e os efectos sobre a poboación	28
Figura 2. Xornadas laborais e horas extras.....	157

Índice de gráficos

Gráfico 1. Taxa de variación interanual dos custos laborais unitarios, (Postos de traballo equivalentes a tempo completo. Datos corrixidos de efectos estacionais e calendario, Base 2008), en España e na UEM.....	38
Gráfico 2. Balanza comercial (bens) España	39
Gráfico 3. Débeda externa España. Inversións do exterior. Total sectores e prazos	39
Gráfico 4. Evolución do gasto público.	43
Gráfico 5. Inmigración a España por continentes.....	54
Gráfico 6. España. Inmigración internacional segundo nacionalidade.....	55
Gráfico 7. Inmigración a España procedente de Europa entre 1998 e 2013	55
Gráfico 8. Emigración procedente de España, segundo nacionalidade.....	56
Gráfico 9. Emigración de España por continente. Persoas con nacionalidade española	57
Gráfico 10. Fluxos migratorios netos atendendo á nacionalidade	57
Gráfico 11. Fluxos migratorios netos de España por continente	58
Gráfico 12. Fluxos migratorios netos de España por continente. Persoas con nacionalidade española	58
Gráfico 13. Fluxos migratorios netos de España por continente: persoas con nacionalidade estranxeira	58
Gráfico 14. Evolución prevista do gasto sanitario en Europa	86
Gráfico 15. Impacto medio esperado da redución do gasto en sanidade	86
Gráfico 16. Actividades sanitarias. España	87
Gráfico 17. Cuestións persoais	99

Gráfico 18. Detalle sobre cuestións persoais	99
Gráfico 19. Acceso a prestacións.....	100
Gráfico 20. Detalle acceso a prestacións	100
Gráfico 21. Comparativa de visita á consulta	102
Gráfico 22. Detalle comparativa da visita á consulta	102
Gráfico 23. Seguimento das patoloxías	103
Gráfico 24. Detalle do seguimento de patoloxías por mobilidade	104
Gráfico 25. Problemas de idioma	105
Gráfico 26. Detalle do seguimento de idiomas	105
Gráfico 27. Comunicación intercultural	106
Gráfico 28. Detalle comunicación intercultural	106
Gráfico 29. Seguimento comparado de patoloxías.....	107
Gráfico 30. Detalle do seguimento comparado patoloxías	108
Gráfico 31. Incumprimento do tratamento	109
Gráfico 32. Detalle do incumprimento do tratamento	109
Gráfico 33. Mediación cultural.....	110
Gráfico 34. Detalle da mediación cultural.....	111
Gráfico 35. Formación intercultural	112
Gráfico 36. Detalle formación intercultural	112
Gráfico 37. Tradutor.....	113
Gráfico 38. Detalle tradutor	114
Gráfico 39. Inmigración a España atendendo ao continente de procedencia	159
Gráfico 40. Inmigración a España por continente. Persoas de nacionalidade española	160
Gráfico 41. Inmigración a España por continente. Persoas de nacionalidade estranxeira	161
Gráfico 42. Emigración de España atendendo ao continente de destino	162
Gráfico 43. Emigración de España por continente. Persoas con nacionalidade estranxeira.....	164

Índice de conxuntos de gráficos

Conxunto de Gráficos 1. Resultados. Acceso á sanidade	122
Conxunto de Gráficos 2. Respostas relativas ao acceso ás urxencias médicas.....	124
Conxunto de Gráficos 3. A percepción de abuso dos servizos sanitarios.....	125
Conxunto de Gráficos 4. A percepción de abuso dos servizos sanitarios II.....	126
Conxunto de Gráficos 5. Resultados respecto á valoración da reforma sanitaria: opinión sobre o Real decreto-lei 16/2012	127
Conxunto de Gráficos 6. Resultados. A crise económica e os servizos sanitarios	128

Índice de táboas

Táboa 1. Obxectivos relacionados coa opinión dos profesionais da sanidade	31
Táboa 2. Obxectivos relacionados coa opinión da sociedade en xeral	32
Táboa 3. Obxectivos relacionados coa consolidación fiscal	33
Táboa 4. Hipóteses.....	34
Táboa 5. Principais medidas da reforma laboral de 2012 en España: abaratamento do despido	41
Táboa 6. Principais medidas da reforma laboral de 2012 en España: modalidades de contratación	41
Táboa 7. Principais medidas da reforma laboral de 2012 en España: negociación colectiva e condicións de traballo.....	42
Táboa 8. Principais medidas da reforma laboral de 2012 en España: flexibilidade interna empresarial.....	42
Táboa 9. Inmigración a España. Evolución desde 1998 ata 2013, segundo continentes (persoas)	54
Táboa 10. Porcentaxe da inmigración a España, segundo continente de procedencia (persoas)	54
Táboa 11. Grupo 1	63
Táboa 12. Grupo 2.....	64
Táboa 13. Grupo 3.....	64
Táboa 14. Categorías e subcategorías	75
Táboa 15. Definición das subcategorías	76
Táboa 16. Obxectivos e formulación de preguntas	77
Táboa 17. Cuestionario para persoal profesional da sanidade.....	79

Táboa 18. A mostra para a análise cualitativa. Persoal sanitario	80
Táboa 19. Cuestionario realizado en liña: acceso universal á sanidade	81
Táboa 20. Cuestionario realizado en liña: acceso ás urxencias sanitarias	82
Táboa 21. Cuestionario realizado en liña: Reforma sanitaria: Real decreto-lei 16/2012	82
Táboa 22. Cuestionario realizado en liña: variables transversais	83
Táboa 23. Estrutura da mostra, segundo grupos de idade.....	84
Táboa 24. Estrutura da mostra, segundo a situación profesional.....	84
Táboa 25. Actividades sanitarias. España 1995-2013.....	87
Táboa 26. Cuestións persoais	99
Táboa 27. Acceso a prestacións	101
Táboa 28. Visita á consulta.....	103
Táboa 29. Seguimento das patoloxías por mobilidade.....	104
Táboa 30. Problemas de idioma	106
Táboa 31. Comunicación intercultural.....	107
Táboa 32. Seguimento comparado de patoloxías	108
Táboa 33. Incumprimento do tratamento	110
Táboa 34. Mediación cultural	111
Táboa 35. Formación intercultural.....	113
Táboa 36. Tradutor	114
Táboa 37. Comparación de medias segundo sexo, t Student	116
Táboa 38. A análise ANOVA por razón de especialidade amosa diferenzas en tres ítems:	117
Táboa 39. Test de Levene para os ítems seleccionados	117
Táboa 40. Probas post hoc para ítems con asunción de varianzas grupais diferentes	118
Táboa 41. Probas post hoc para ítems con asunción de varianzas grupais iguais....	119
Táboa 42. Fiabilidade da escala	121
Táboa 43. Valoración da política sanitaria	127
Táboa 44. T de Student para comparación de medias segundo sexo. Área acceso .	129
Táboa 45. T de Student para comparación de medias segundo sexo. Área percepción de abuso.....	131
Táboa 46. Abuso dos servizos sanitarios.....	132
Táboa 47. T de Student para comparación de medias segundo sexo. Área Política Sanitaria	134

Táboa 48. Valores das medias de homes e mulleres sobre apreciacións da política sanitaria.....	135
Táboa 49. ANOVA dun factor: grupos de idades	136
Táboa 50. Proba de homoxeneidade de varianzas	137
Táboa 51. Test de Tamhane para comparación de medias segundo grupo de idade	137
Táboa 52. Test T3 de Dunnett: comparación de medias segundo grupo de idade....	138
Táboa 53. Test Games-Howell: comparación de medias segundo grupo de idade ...	138
Táboa 54. Inmigración a España segundo continente de procedencia	159
Táboa 55. Inmigración a España segundo continente de procedencia: persoas de nacionalidade española	160
Táboa 56. Inmigración a España segundo continente de procedencia: persoas de nacionalidade estranxeira	161
Táboa 57. Emigración a España segundo continente de procedencia	162
Táboa 58. Emigración a España segundo continente de procedencia. Persoas de nacionalidade española	163
Táboa 59. Emigración a España segundo continente de procedencia. Persoas de nacionalidade estranxeira	163
Táboa 60. Fluxos migratorios netos de España por continentes	165
Táboa 61. Fluxos migratorios netos de España por continentes. Persoas de nacionalidade española	165
Táboa 62. Fluxos migratorios netos de España por continentes. Persoas de nacionalidade estranxeira	166
Táboa 63. Cuestionario realizado en liña	167

Índice de anexos

8.1. Anexo I. Obxectivos da investigación	155
8.2. Anexo II. Consecuencias da reforma laboral	157
8.3. Anexo III. Fluxos migratorios	159
8.4. Anexo IV. Cuestionario en liña	167
8.5. Anexo V. Modelo entrevista en profundidade para persoal profesional do sector sanitario (en galego)	169
8.1. Anexo VI. Modelo de entrevista en profundidade para persoal profesional do sector sanitario (en castelán)	171
8.2. Anexo VII: Estatísticos descritivos.....	173
8.3. Anexo VIII. Estatísticos descritivos (sexo)	175
8.1. Anexo IX. Análise de comparación de medias para comprobar diferenzas estatisticamente significativas entre homes e mulleres. Área acceso	179
8.2. Anexo X. Análise de comparación de medias entre homes e mulleres: á percepción do abuso do Sistema Sanitario Público en España.....	181
8.3. Anexo XI. Análise de comparación de medias para avaliar as diferenzas entre homes e mulleres na valoración da Política Sanitaria.	183
8.4. Anexo XII. Anova de un factor: grupo de idade	185
8.5. Anexo XIII. Cuestións de valoración: os profesionais da saúde opinan: diferenzas segundo sexo, resultados da t de Student	189
8.6. Anexo XIV. Cuestións de valoración: os profesionais da saúde opinan: diferenzas segundo centro de traballo, resultados da t de Student	190
8.7. Anexo XV. Cuestións de valoración: os profesionais da saúde opinan: diferenzas segundo especialidade, resultados da t de Student	191

- 8.8. Anexo XVI. Táboas de continxencia: análise das valoracións feitas nas entrevistas en profundidade por parte do persoal do sector sanitario (Escla Likert 5 puntos) 193
- 8.9. Anexo XVII. Táboas de frecuencias. Apreciacións da poboación en xeral..... 197

1. Introducción

A entrada de España na área monetaria do euro supuxo unha perda de autonomía na aplicación das políticas económicas que, probablemente, fose máis importante do que no seu momento se considerara. No caso da economía española, o ingreso na área euro viuse como unha oportunidade para impulsar un crecemento baseado nos sectores da construción e inmobiliario. Nunha situación de crecemento económico sostido, cuns tipos de interese reais que en ocasións se volvían negativos e con enormes oportunidades de financiamento, as familias vían na adquisición de vivendas unha fórmula óptima de investimento. O forte crecemento do devandito sector supuxo unha forza motora para outros sectores económicos. Isto ocasionou unha intensa presión sobre a demanda de traballo que amosou unha moi atractiva porta de entrada a persoas procedentes de outros países, aparece así un forte polo de atracción xurdido polo despegue da economía española, particularmente para man de obra non cualificada que foi rapidamente absorbida tanto polos sectores indicados como polo servizo doméstico e de coidados (Martínez Buján, 2010a).

A bonanza económica constitúe un forte polo de atracción para persoas estranxeiras, xa que se estima que cerca do 75% dos inmigrantes sono por mor de razóns económicas, porque se trata de persoas que buscan oportunidades para mellorar as súas condicións de vida; entre eles hai que contar cunha parte en situación irregular (Esteva, Cabrera, Remartinez, Díaz, & March, 2006). Esta situación afectaba particularmente as mulleres que traballaban no sector doméstico e de coidados. A pesar de esta complementariedade entre recepción de fluxos migratorios e crecemento económico cabe sinalar que España nunca se posicionou como unha forte potencia en termos de PIB dentro do entorno europeo e que a instalación de persoas estranxeiras

está máis asociada a persistencia dun mercado laboral irregular de rápida inserción aínda en situación de irregularidade tal e como sinalan Héctor Cebolla e Amparo González (2013).

Por outra parte, os sistemas de protección social que se estaban a desenvolver en España, cunha sanidade universal e gratuíta, unha educación pública de calidade, que albergaba aos estudantes ata os 16 anos, constituíron un reforzo á devandita atracción iniciada pola situación favorable nos mercados.

Pero a bonanza económica e a puxanza nos sectores ligados á construción non tardou en traducirse en subas xeneralizadas de salarios moi por enriba das ganancias de produtividade, provocando unha importante elevación dos custos laborais unitarios, manifestamente superior á experimentada na maior parte dos países da nosa área monetaria.

A correspondente perda de competitividade da nosa economía queda patente na progresiva deterioración da balanza por conta corrente, motivada, fundamentalmente, polos crecentes déficits da balanza comercial. Consecuentemente, aumentou a dependencia do financiamento externo ata valores que se aproximaron ao dez por cento do Produto Interior Bruto (PIB) ao finalizar a etapa de expansión. Esta fragilidade da economía española tivo a súa manifestación máis expresiva na crise da prima de risco, que alcanzou as súas cotas máis alarmantes na primavera e o verán de 2012. Pola súa parte, as contas das administracións públicas amosaban un forte déficit e a débeda pública, controlada nos momentos iniciais (acadaba escasamente o trinta por cento do PIB), comezou unha ascensión imparable que a levou a triplicarse, chegando a un valor xa próximo ao do PIB. Igual que sucedeu co endebedamento privado, unha parte substancial do endebedamento público era financiado por residentes estranxeiros, especialmente europeos.

Os sobressaltos do verán de 2012 non daban moitas opcións: ou se tomaban medidas drásticas ou se saía da moeda única. As “recomendacións” dos organismos internacionais e dos gobernantes máis influentes suxerían reformas inmediatas, especialmente dirixidas aos ámbitos laboral e fiscal. Neste contexto de “alarma económica e excepcionalidade” promúlgase o Real decreto Lei 16/2012 que restrinxe o acceso á sanidade pública dos inmigrantes en España.

A combinación da crise económica, con alto endebedamento e falta de competitividade da economía española tratouse de romper mediante unha depreciación interna, é dicir, abaratar o custo dos bens e servizos producidos no interior do país, xa que logo, a

depreciación da moeda era imposible, por tratarse dunha moeda supranacional. Os parámetros non monetarios susceptibles de xerar efectos similares á depreciación da moeda foron, pois, aqueles que permitiron acadar o mesmo obxectivo, é dicir, abaratar os custos de produción e, consecuentemente, o prezo de mercado dos bens ou servizos obtidos. Foi así como as reformas laborais propostas estiveron encamiñadas á redución dos custos do factor traballo; desgraciadamente, non se puxo o mesmo empeño en conter as marxes de beneficios empresariais. Este feito provocou unha diminución da participación das rendas dos traballadores na renda nacional en beneficio das rendas de capital. As citadas actuacións deixaron sentir os seus efectos sobre os traballadores nados en España e tamén sobre os traballadores de orixe estranxeira, que en moitas ocasións, perderon os seus empregos. Esta será, sen dúbida, unha das herdanzas que nos quedará da crise económica.

Pódese dicir que a crise económica en España ten a súa orixe en dous aspectos fundamentais. Por un lado, a baixa competitividade nos mercados internacionais e, por outro, o crecente déficit público e o endebedamento reforzado polo crecemento da prima de risco. Así, mentres o primeiro precisa dun incremento da produtividade, o segundo require dunha consolidación fiscal, é dicir, de aproximar os gastos aos ingresos.

O intento de redución dos gastos levou á formulación dunha serie de políticas de austeridade, entre as que se encontra a política sanitaria. Dado que se trata de dous aspectos diferentes, este traballo analiza os efectos da crise económica tentando separar as consecuencias de cada un deles (Figura 1).

Así, producíranse, polo menos, dous tipos de efectos: os dirixidos a aumentar a competitividade, que se reflicten no mercado de traballo, e os dirixidos á contención do gasto, que se recollen nos recortes nas políticas sociais en xeral e na política sanitaria, en particular.

Unha das medidas de control orzamentario, para acadar a consolidación fiscal, foi a reforma sanitaria, plasmada na aprobación do Real decreto-lei 16/2012, do 20 de abril, de medidas urxentes para garantir a sustentabilidade do Sistema Nacional de Saúde e mellorar a calidade e seguridade das súas prestacións (a partir de agora RDL 16/2012), que supón unha modificación radical da Lei 16/2003, do 28 de maio, de cohesión e calidade do Sistema Nacional de Saúde («BOE» 128, do 29-5-2003), en concreto do seu artigo 3.

Figura 1. Esquema da relación entre a crise económica, as medidas adoptadas polo goberno español e os efectos sobre a poboación



Fonte: elaboración propia

O artigo 3 da Lei 16/2003 facía referencia aos titulares dos dereitos á protección da saúde e á atención sanitaria, entre os que incluía os españois e os estranxeiros¹. O Real decreto-lei 16/2012 cambia a redacción do devandito artigo para titulado “da condición de asegurado”, polo que, conforme á nova redacción do artigo 3, punto 1², a asistencia sanitaria en España, con cargo a fondos públicos, a través do Sistema Nacional de Saúde, garantirase a aquelas persoas que ostenten a condición de asegurado. Así, a condición de asegurado queda restrinxida a catro supostos; [...] terán a condición de

¹ Artigo 3. Titulares dos dereitos. 1. Son titulares dos dereitos á protección da saúde e á atención sanitaria os seguintes: a) Todos os españois e os estranxeiros no territorio nacional nos termos previstos no artigo 12 da Lei orgánica 4/2000. b) Os nacionais dos estados membros da Unión Europea que teñen os dereitos que resulten do dereito comunitario europeo e dos tratados e convenios que subscriba o Estado español e lles sexan de aplicación. c) Os nacionais de estados non pertencentes á Unión Europea que teñen os dereitos que lles recoñezan as leis, os tratados e convenios subscritos. 2. As administracións públicas orientarán as súas accións en materia de saúde incorporando medidas activas que impidan a discriminación de calquera colectivo de poboación que por razóns culturais, lingüísticas, relixiosas ou sociais teña especial dificultade para o acceso efectivo ás prestacións sanitarias do Sistema Nacional de Saúde.

² Artigo 3. Da condición de asegurado. 1. A asistencia sanitaria en España, con cargo a fondos públicos, a través do Sistema Nacional de Saúde, garantiráselles a aquelas persoas que teñan a condición de asegurado.

asegurado aquelas persoas que estean nalgún dos seguintes supostos: a) Ser traballador por conta allea ou por conta propia, afiliado á Seguridade Social e en situación de alta ou asimilada á de alta. b) Ter a condición de pensionista do sistema da Seguridade Social. c) Ser perceptor de calquera outra prestación periódica da Seguridade Social, incluídas a prestación e o subsidio por desemprego. d) Esgotar a prestación ou o subsidio por desemprego e figurar inscrito na oficina correspondente como demandante de emprego, non acreditando a condición de asegurado por calquera outro título (Artigo 3.2, RDL 16/2012). Naqueles casos en que non se cumpra ningún dos supostos anteriormente establecidos, as persoas de nacionalidade española ou dalgún Estado membro da Unión Europea, do espazo económico europeo ou de Suíza que residan en España e os estranxeiros titulares dunha autorización para residir en territorio español, poderán ter a condición de asegurado sempre que acrediten que non superan o límite de ingresos determinado regulamentariamente (Artigo 3.2, RDL 16/2012).

O desenvolvemento regulamentario do Real decreto-lei 16/2012 produciuse poucos meses despois, coa aprobación do Real decreto 1192/2012, polo que se regula a condición de asegurado e de beneficiario para os efectos da asistencia sanitaria en España, con cargo a fondos públicos, a través do Sistema Nacional de Saúde. Esta norma confirma os supostos establecidos no Real decreto-lei 16/2012 e exclúe da condición de asegurado as persoas estranxeiras que carezan dunha autorización en vigor para residir en territorio español. Así, como consecuencia desta nova configuración, as persoas inmigrantes en situación administrativa irregular pasan a estar excluídas do Sistema Nacional de Saúde a partir do 1 de setembro de 2012. En resumo: a nova norma, Real decreto-lei 16/2012, supón un xiro de 180 graos na protección universal do dereito á saúde. Coa nova política sanitaria, a titularidade do dereito á saúde deixa de ser universal para estar supeditada á condición de asegurado e, por tanto, suxeita ao cumprimento de certos requisitos vinculados á participación no mercado laboral; como consecuencia exclúese desta protección a todas aquelas persoas non nacionais en situación administrativa irregular, é dicir, os inmigrantes "sen papeis" ou en situación irregular. A única excepción a esta regra xeral queda restrinxida a tres casos, nos cales si se ofrece atención sanitaria sen ter en conta a condición de asegurado: a atención sanitaria de urxencia, a atención sanitaria a menores de 18 anos, e no caso das mulleres, recibirán atención sanitaria durante o embarazo, parto e posparto. (Lema Tomé, 2014).

Neste traballo repásase á repercusión que tiveron sobre o mercado de traballo as medidas adoptadas polo Goberno español para tentar de incrementar a competitividade española nos mercados internacionais, para afrontar a crise económica, mediante a reforma laboral, impulsada en 2012 e analízanse os efectos das novas políticas sociais, en concreto a política sanitaria, plasmada na reforma sanitaria promovida polo RDL. En particular, un obxectivo principal deste traballo é a análise da valoración da política sanitaria (plasmada neste Real decreto lei) por parte dos profesionais do sector sanitario e da poboación en xeral, que permite ter un achegamento á percepción dos efectos da política sanitaria desde dous puntos de vista complementarios, xa que, desde o punto de vista da evidencia científica, é prematuro saber se os cambios que se están a operar na oferta sanitaria á calor dos problemas orzamentarios derivados da crise financeira teñen impacto na equidade de acceso ou na calidade e a seguridade dos servizos e, en último termo, sobre a saúde dos pacientes e a poboación (Bernal-Delgado, Campillo-Artero & García-Armesto, 2014).

1.1. Obxectivos

A crise económica levou á economía española a unha situación insostible, que fixo necesaria a formulación de políticas de axuste, entre as que se atopa a política sanitaria. Neste traballo o principal obxectivo formulado é a análise dos efectos da crise económica sobre a poboación inmigrante en España, desde o punto de vista da política sanitaria, tomando como referencia os puntos de vista dos profesionais da sanidade e os da poboación en xeral. Así, o principal obxectivo deste traballo é analizar o impacto da reforma sanitaria sobre a poboación inmigrante e se esta reforma contribuíu a lograr a consolidación fiscal perseguida polo Goberno.

Para analizar a valoración da nova política sanitaria, reflectida no RDL 16/2012 por parte da poboación en xeral e dos profesionais do sistema sanitario, en particular, deben terse en conta as opinións que a poboación ten sobre os niveis de acceso á sanidade (Björngren Cuadra, 2012), o uso (McDonald & Kennedy, 2004) en xeral e o uso dos servizos de urxencias (Blanco Moreno & Hernández Pascual, 2009), en particular, esta distinción de utilizacións está fundamentada en que o uso amosa patróns diferenciais entre o acceso de tipo xeral e o acceso aos servizos de urxencias. A valoración que a sociedade fai das medidas propostas na reforma sanitaria, está relacionada coa percepción de uso dos sistemas sanitarios, máis concretamente coa percepción de

“abuso”, de forma que, se a poboación nacional considera que se está a facer un uso abusivo, será máis favorable á implantación das restricións impostas polo RDL. En concreto, é de esperar que a valoración da implantación desta norma estea determinada por dita percepción, ademais esta relación móvese en sentido contrario, de xeito que un uso correcto moverá a valorar negativamente o decreto e un abuso moverá a valoralo positivamente (polo que o signo esperado dunha relación causa-efecto entre o abuso e a valoración do decreto é claramente positivo).

Táboa 1. Obxectivos relacionados coa opinión dos profesionais da sanidade

TEMAS	ANÁLISE CON RESPECTO AOS PROFESIONAIS DA SANIDADE	
	OBXECTIVOS I	FORMULACIÓN DE PREGUNTAS
I. ACCESO AOS SERVICIOS SANITARIOS POR PARTE DA POBOACIÓN INMIGRANTE	<ol style="list-style-type: none"> Coñecer a opinión dos profesionais da sanidade sobre como debe ser o acceso á sanidade pública para toda a poboación e para a poboación inmigrante Identificar a percepción do acceso real para as persoas inmigrantes 	<ul style="list-style-type: none"> No seu centro de traballo, percibiu vostede ningún momento dificultades de acceso aos servizos sanitarios para algunha persoa ou colectivo? En concreto, percibiu algunha diferenza entre as persoas inmigrantes e as nacionais en acceso ou en uso dos servizos sanitarios? Os inmigrantes, con frecuencia, teñen dificultades para acceder ás prestacións do Sistema Nacional de Saúde
II. ACORDO COA POLÍTICA SANITARIA	<ol style="list-style-type: none"> Determinar se se percibiu un aumento das dificultades de acceso ao sistema sanitario coa implantación do RDL Identificar o acordo coa política sanitaria e coa implantación do RDL 16/2011. Indagar sobre a experiencia sobre posibles problemas de saúde xerados pola implantación do RDL Solicitar a opinión sobre a rectificación anunciada o 31 de marzo de 2015 	<ul style="list-style-type: none"> No seu centro de traballo, percibiu vostede que aumentasen as dificultades de acceso aos servizos sanitarios para algunha persoa ou colectivo, despois da entrada en vigor do Real decreto-lei 16/2012, do 20 de abril, de medidas urxentes para garantir a sustentabilidade do sistema nacional de saúde e mellorar a calidade e seguridade das súas prestacións, Real decreto-lei (2012)? Por favor, indique se está de acordo ou non coa súa implantación e sinala os posibles problemas que poden derivarse sobre a saúde destes colectivos Está vostede de acordo con que os inmigrantes irregulares poidan acceder aos servizos públicos de saúde? Que opina da rectificación (anunciada o 31 de marzo de 2015) sobre o acceso á atención primaria dos inmigrantes irregulares respecto do establecido no RDL 16/2012?
III. DIFERENZAS NA ATENCIÓN Á POBOACIÓN NACIONAL E Á INMIGRANTE	<ol style="list-style-type: none"> Identificar problemas de atención sanitaria relacionados coa diferenza cultural das persoas inmigrantes Indagar sobre a percepción do uso diferente que poidan facer os inmigrantes da sanidade Identificar enfermidades diferentes entre poboación nacional e poboación estranxeira 	<ul style="list-style-type: none"> Tivo algunha vez problemas na atención derivados de diferentes procedencias culturais dos pacientes? (+) Percibiu un uso diferente da sanidade pública nos inmigrantes? (+) Na súa opinión, os inmigrantes presentan algunhas enfermidades diferentes aos nacionais?. En caso afirmativo, Cales? (+) Teño máis problemas para facer o seguimento do proceso patolóxico no inmigrante que co resto dos meus pacientes (+)
IV. ASPECTOS SOCIOCULTURAIS RELACIONADOS COA SAÚDE	<ol style="list-style-type: none"> Identificar percepcións sobre necesidades específicas das persoas inmigrantes, en relación coa saúde Solicitar a opinión sobre o a dificultade adicional no seguimento clínico dos pacientes inmigrantes, con respecto aos nacionais Indagar sobre a existencia de dificultades de linguaxe ou comunicación dos inmigrantes Detectar necesidades de mediación cultural Detectar necesidades de formación adicional 	<ul style="list-style-type: none"> A atención ao inmigrante exponme problemas de índole persoal(+) O inmigrante acode de urxencias á consulta con maior frecuencia que o resto da cota (+) O seguimento correcto dunha patoloxía en pacientes inmigrantes en máis difícil pola súa alta mobilidade(+) Os problemas de idioma que adoita haber co inmigrante suponen dificultades na súa atención(+) Dispor dun tradutor cando teño problemas de idioma axudaría a mellorar a atención que presto ao paciente inmigrante (+) A forma en que o paciente inmigrante se comunica, tócame máis tempo que as consultas con outros pacientes(+) Con maior frecuencia os pacientes inmigrantes non seguen o tratamento comparado co resto dos meus pacientes(+) Se cada centro puidese dispor dun mediador cultural melloraría a atención ao inmigrante(+) Gustaríame recibir formación en aspectos culturais da saúde para entender mellor os meus pacientes inmigrantes(+) Cre que sería necesario recibir algunha formación adicional para tratar adecuadamente ás persoas inmigrantes?(+)

Tendo en conta o antedito, e que o principal obxectivo deste traballo apunta cara ao impacto da política sanitaria na poboación inmigrante, propóñense catro temas para

analizar, en concreto, trátase de (I) coñecer a situación en relación co acceso aos servizos sanitarios por parte da poboación inmigrante, (II) coñecer o acordo coa política sanitaria, (III) determinar posibles diferenzas no uso dos ditos servizos coa poboación nacional, (IV) analizar aqueles aspectos socioculturais que están relacionados coa saúde.

Táboa 2. Obxectivos relacionados coa opinión da sociedade en xeral

TEMAS	ANÁLISE CON RESPECTO Á SOCIEDADE EN XERAL	
	OBXECTIVOS II	AFIRMACIÓNS PARA VALORACIÓN MEDIANTE UNHA ESCALA TIPO LIKERT
I. ACCESO AOS SERVIZOS SANITARIOS POR PARTE DA POBOACIÓN INMIGRANTE	<ol style="list-style-type: none"> 1. Coñecer a opinión da sociedade sobre como debe ser o acceso á sanidade pública para toda a poboación e para a poboación inmigrante 2. Identificar a percepción do acceso real para as persoas inmigrantes 	<ul style="list-style-type: none"> • Creo que os inmigrantes deben ter acceso aos servizos sanitarios de balde • Creo que os inmigrantes deben ter acceso aos servizos sanitarios de balde, sempre que estean de forma legal no país • Creo que os inmigrantes ilegais deben ter acceso de balde á sanidade pública • Creo que o sistema nacional de saúde debe ser universal e de balde, só para as urxencias médicas • Creo que os inmigrantes deben ter acceso aos servizos sanitarios, só en caso de urxencias médicas • Creo que os inmigrantes deben ter acceso aos servizos sanitarios de balde, só en caso de urxencias médicas • Creo que os inmigrantes deben ter acceso aos servizos sanitarios de balde, sempre que estean de forma legal no país, pero só en caso de urxencias médicas • Creo que os inmigrantes ilegais deben ter acceso de balde á sanidade pública, só en caso de urxencias médicas • Creo que os nenos deben ter acceso á sanidade pública de balde independentemente de se son inmigrantes ilegais, legais ou nacionais • Creo que as mulleres deben ter acceso á sanidade pública de balde independentemente de se son inmigrantes ilegais, legais ou nacionais
II. ACORDO COA POLÍTICA SANITARIA	<ol style="list-style-type: none"> 1. Identificar o acordo coa política sanitaria e coa implantación do RDL 16/2011 2. Determinar a opinión sobre aforrar cartos coa sanidade por mor da crise económica 3. Identificar opinións sobre formas de acceso á sanidade para a poboación inmigrante 4. Identificar opinións sobre formas de acceso á sanidade para a poboación inmigrante en situación irregular 	<ul style="list-style-type: none"> • Estou en contra de que se reduza a atención sanitaria pública de balde, por motivos de crise económica • Creo que grazas ao RDL 16/2012 se van aforrar moitos cartos • Paréceme moi ben o RDL 16/2012 (medidas urxentes para garantir a sustentabilidade do Sistema Nacional de Saúde, por motivos de crise) • Paréceme ben que as persoas inmigrantes sen papeis non poidan acceder á sanidade pública de balde • Paréceme ben que as persoas inmigrantes sen papeis poidan acceder á sanidade pública, pero deben pagala • Estou a favor da redución do uso da sanidade pública de forma universal e de balde (para todo o mundo) • Creo que só deberían ter acceso aos servizos sanitarios públicos de balde quen contribúan ao seu financiamento, mediante impostos ou doutra forma • Creo que só deberían ter acceso aos servizos sanitarios públicos de balde quen contribúa ao seu financiamento, mediante impostos ou doutra forma • Paréceme ben que as persoas inmigrantes sen papeis poidan acceder á sanidade pública, pero deben pagala
III. DIFERENZAS NA ATENCIÓN Á POBOACIÓN NACIONAL E Á INMIGRANTE	<ol style="list-style-type: none"> 1. Identificar percepcións sobre o uso ou abuso da sanidade en termos xerais 2. Identificar percepcións sobre o uso dos servizos sanitarios por parte da poboación inmigrante 3. Identificar percepcións sobre o uso dos servizos sanitarios por parte da poboación inmigrante en situación irregular 	<ul style="list-style-type: none"> • Ceo que as persoas inmigrantes abusan do uso dos servizos médicos máis que as persoas nacionais • Ceo que as persoas inmigrantes ilegais abusan do uso dos servizos médicos máis que as persoas nacionais ou que os inmigrantes con papeis • Creo que, as persoas inmigrantes abusan da utilización dos servizos médicos de urxencias máis que as persoas nacionais • Creo que, as persoas inmigrantes ilegais abusan da utilización dos servizos médicos de urxencias máis que as persoas nacionais ou que os inmigrantes con papeis
IV. ASPECTOS SOCIOCULTURAIS RELACIONADAS COA SAÚDE	<ol style="list-style-type: none"> 1. Identificar percepcións sobre necesidades específicas das persoas inmigrantes, en relación coa saúde 2. Identificar percepcións sobre o uso dos servizos sanitarios de urxencias por parte da poboación inmigrante en situación irregular 	<ul style="list-style-type: none"> • Ceo que as persoas abusan do uso dos servizos médicos cando estes son de balde • Creo que en España houbo moito “turismo de saúde” (persoas que veñen como turistas para facer uso dos servizos sanitarios públicos de balde) • Creo que, en xeral, se abusa da utilización dos servizos médicos de urxencias • Creo que, as mulleres abusan da utilización dos servizos médicos de urxencias máis que os homes • Teño coñecemento de que se restrinxiu o uso dos servizos sanitarios, debido á crise

Estes catro aspectos analízanse desde dúas perspectivas: a dos profesionais da saúde e a da sociedade en xeral. Finalmente, faise referencia (V) á efectividade da política sanitaria, desde o punto de vista do apoio á consolidación fiscal.

Pola súa parte, os cinco grandes temas principais analízanse a través do estudo doutros obxectivos parciais. Na Táboa 1, na Táboa 2 e na Táboa 3 recóllense esquematicamente os cinco temas principais, os obxectivos parciais en relación coa opinión dos profesionais da saúde e os obxectivos parciais en relación coa opinión da sociedade en xeral. Tamén se recollen as preguntas que se formularon nas entrevistas en profundidade e as que formaron parte do cuestionario dirixido á poboación en xeral.

Por outra parte, no Anexo I, detállanse, en conxunto, todos os obxectivos e as preguntas que se deseñaron para formular a cada un dos colectivos aos que se lles solicita a súa opinión para acadar os obxectivos desta investigación, nunha única táboa resumo.

Táboa 3. Obxectivos relacionados coa consolidación fiscal

TEMAS	OBXECTIVOS TIPO III AFIRMACIÓNS PARA VALORACIÓN MEDIANTE UNHA ESCALA TIPO LIKERT	
V. CONSOLIDACIÓN FISCAL	1. Analizar efectividade da política sanitaria no referente á consolidación fiscal 2. Analizar a percepción da poboación en xeral sobre a contribución da política sanitaria á consolidación fiscal	<ul style="list-style-type: none"> • Avaliación de tipo xeral sobre a efectividade da política sanitaria no referente á consolidación fiscal, atendendo a datos económicos procedentes do Banco de España • Creo que a longo prazo vai ser máis caro pagar as enfermidades producidas por non ir ao médico a tempo que financiar a sanidade pública de balde para todo o mundo

1.2. Hipóteses

Os obxectivos propostos pódense concretar en varias hipóteses de traballo, recollidas de forma sintética na Táboa 4, na que, ademais, se relacionan coas áreas para analizar e se clasifican en obxectivos tipo I, tipo II ou tipo III segundo tratan a valoración dos profesionais da sanidade, da poboación en xeral ou de consolidación fiscal, seguindo os obxectivos reflectidos na Táboa 1, na Táboa 2 e na Táboa 3, respectivamente.

Para poder analizar en profundidade as apreciacións dos profesionais da saúde e da sociedade sobre a necesidade do acceso universal aos servizos sanitarios para o benestar social, en xeral, e do acceso das persoas inmigrantes en situación irregular, en particular, e dar cumprida resposta aos obxectivos da investigación, afróntase o estudo desde dous aspectos complementarios: cualitativo e cuantitativo.

Táboa 4. Hipóteses

TEMA		HIPÓTESE	TIPO
I. ACCESO AOS SERVICIOS SANITARIOS POR PARTE DA POBOACIÓN INMIGRANTE	H1-A-PS	Os profesionais da sanidade son partidarios de limitar o acceso universal á sanidade	Acceso segundo profesionais da sanidade
	H1-A-PX	A poboación en xeral é partidaria de limitar o acceso universal á sanidade	Acceso poboación en xeral
II. ACORDO COA POLÍTICA SANITARIA	H2-PS-PS	Os profesionais da saúde están de acordo coa reforma sanitaria	Acordo coa política sanitaria Profesionais da sanidade
	H2-PS-PX	A poboación en xeral está de acordo coa reforma sanitaria	Acordo coa política sanitaria poboación en xeral
III. DIFERENZAS NA ATENCIÓN Á POBOACIÓN NACIONAL E Á INMIGRANTE	H3-D-PS	Os inmigrantes teñen problemas sanitarios específicos, diferentes dos da poboación nacional	Diferenzas entre poboación inmigrante e nacional no uso dos servizos sanitarios por parte dos profesionais da sanidade
	H3-D-PX	A poboación en xeral percibe un uso diferente dos servizos sanitarios por parte da poboación inmigrante	Diferenzas entre poboación inmigrante e nacional no uso dos servizos sanitarios por parte da poboación en xeral
IV. ASPECTOS SOCIOCULTURALS RELACIONADAS COA SAÚDE	H4-U-PS	Os inmigrantes non amosan particularidades culturais que se reflicten na atención sanitaria	Influencia de factores culturais segundo os profesionais da saúde
	H4-U-PX	A poboación en xeral ten a percepción de que hai abuso dos servizos sanitarios en España	Percepción de abuso dos servizos sanitarios por parte da poboación en xeral
V. CONSOLIDACIÓN FISCAL	H5-CF	A nova política sanitaria non é efectiva en termos de promover a consolidación fiscal	Avaliación de tipo xeral sobre a efectividade da política sanitaria no referente á consolidación fiscal
	H5-CF-PX	A reforma sanitaria non vai ser efectiva en termos de aforro de cartos	Percepción da contribución da política sanitaria á consolidación fiscal, segundo a poboación en xeral

Para ter unha análise aproximativa das apreciacións da cidadanía realizouse unha análise de corte cuantitativo, con base nas respostas a unha enquisa realizada entre a poboación en xeral. Mentres que para ter unha opinión máis cualificada, por unha parte, e contar con matices e opinións máis precisas, por outra, abordouse unha análise cualitativa, baseada en entrevistas en profundidade realizadas entre persoal do sector sanitario, en distintos estamentos, así, solicitouse a opinión de persoal administrativo, auxiliar, de enfermaría e médico. Ademais recolléronse opinións en dous centros sanitarios cualitativamente diferentes: un centro de saúde, onde se realiza unha atención primaria, e un hospital. Estas entrevistas en profundidade foron complementadas con once custións de valoración, en base a unha escala tipo Likert de 5 puntos.

Para acadar os obxectivos propostos, este traballo comeza cunha revisión do marco teórico nas seccións 2 e 3. Na sección 2 “Antecedentes: A crise económica e as respostas políticas” (páxina 37) afróntase unha revisión da literatura académica en relación coa situación de crise económica, migración e sanidade, focalizando especialmente nos estudos sobre os efectos da política sanitaria, promovida por mor da

crise económica, sobre a poboación inmigrante. Asemade, realízase unha análise da situación económica en España nos anos anteriores á crise económica, o que permite pór de manifesto a necesidade de tomar medidas para atallar unha situación que semellaba insostible. A continuación analízanse as medidas adoptadas desde o punto de vista da necesidade de aumentar a competitividade da economía española e desde o punto de vista da necesidade de conseguir a consolidación fiscal, é dicir, un equilibrio orzamentario, o que se afronta desde a perspectiva dos ingresos e tamén desde a perspectiva do gasto público, tentando atallalo e reduci-lo. É precisamente neste aspecto no que se adoptan, entre outras, as medidas da reforma laboral (con importante repercusión no mercado de traballo) e a medida da reformulación da política sanitaria, impulsando unha reforma que se recolle no Real decreto lei 16/1012. Na sección 3 (páxina 61), realízase unha revisión dos estudos sobre migración e sanidade en xeral, e da situación en Europa e en España, en particular. A partir deste marco, constrúense os instrumentos de recollida de información e deseño do traballo de campo desenvolto na sección 4 “Material e método” (páxina 73), en que se detallan, ademais, os instrumentos e os procedementos. Os resultados acadados expóñense e discútense na sección 5 (páxina 85). A discusión destes resultados afróntase en distintos puntos, segundo a temática (de tipo económico xeral e de tipo sanitario en particular) e a metodoloxía aplicada, que foi tanto de natureza cualitativa, con base en entrevistas en profundidade realizadas a distintos profesionais da sanidade, como de corte cuantitativo, partindo dunha enquisa realizada entre a poboación en xeral. O traballo remata, na sección 6 (páxina 143) coa exposición da principais conclusións acadadas neste traballo. Para os efectos de aclaración e como complemento ás análises realizadas, achégase un compendio de anexos.

2. Antecedentes: A crise económica e as respostas políticas

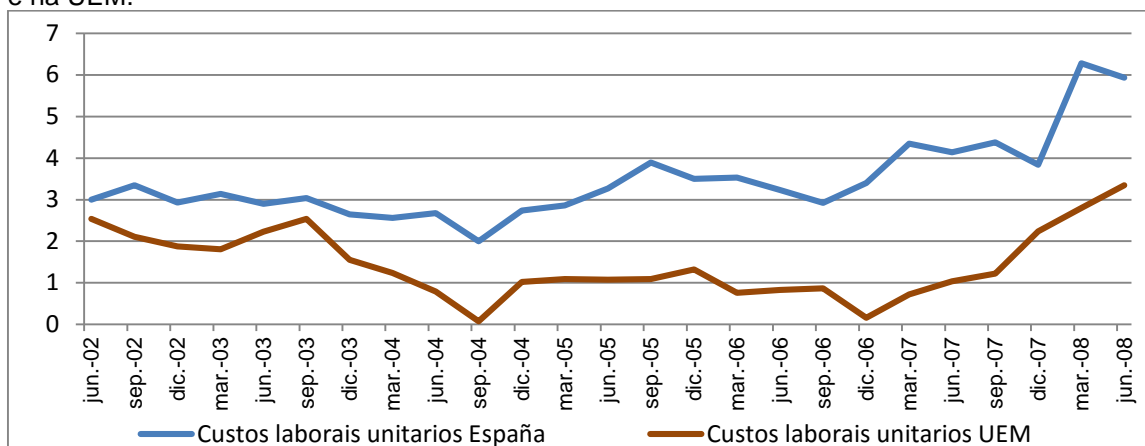
Durante os anos anteriores á crise económica, compróbase que a economía española perde competitividade con respecto ao exterior, en concreto con relación aos seus veciños da zona euro. Para teren unha visión panorámica da situación socioeconómica de España no período previo ao inicio da crise económica e para poder comparar cos países do contorno máis próximo, escolleuse o período que vai desde o ano 2002 (entrada de España no euro) ata mediados de 2008, cando comeza a crise económica. Nesta sección revísase a situación das variables macroeconómicas máis relevantes, que serviron de indicadores para detectar unha situación de “alarma” na situación económica de España. Seguindo o esquema proposto pola Figura 1 (páxina 28), compróbase que a diminución de salarios e a expulsión de certos colectivos (en concreto de inmigrantes en situación irregular) do sistema sanitario público español son consecuencia das políticas adoptadas polo Goberno español. Cada unha delas procede de medidas de políticas económicas diferentes: a primeira delas é consecuencia do intento de facer máis competitiva a economía española baseándose no abaratamento dos custos laborais, que se acomete mediante a reforma laboral. A outra é consecuencia da aplicación dunha das políticas restritivas do gasto: a reforma sanitaria, que afectan. Nesta epígrafe analízase o contexto económico e a reforma sanitaria como unha das medidas de austeridade para lograr a consolidación fiscal.

2.1. A crise económica e o contorno laboral e social: evolución da economía española desde a entrada do euro ata 2008

2.1.1. Os custos laborais unitarios en España e na zona euro

Os custos da hora de traballo teñen dous compoñentes: o que efectivamente reciben os traballadores (salario) e o produto que conseguen obter nesa hora (produtividade), a conxunción destes dous aspectos conforma o que se coñece como “custos laborais unitarios”. Así, pódense atopar situacións en que cun salario relativamente baixo o custo laboral unitario sexa máis elevado que con salarios relativamente altos, sempre que estes últimos estean acompañados dunha alta produtividade. Pois ben, na situación pre-crise, os custos laborais unitarios en España eran moi elevados en relación cos do resto da zona euro³. (Gráfico 1).

Gráfico 1. Taxa de variación interanual dos custos laborais unitarios, (Postos de traballo equivalentes a tempo completo. Datos corrixidos de efectos estacionais e calendario, Base 2008), en España e na UEM.



Fonte: elaboración propia con base en datos do Banco de España

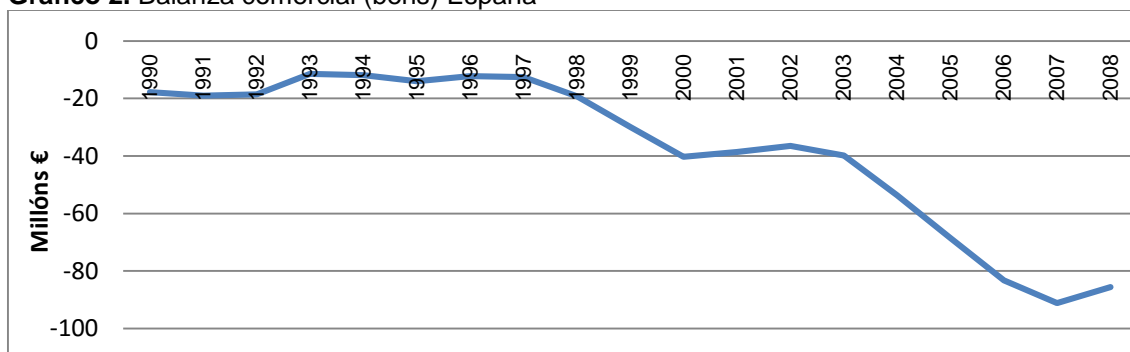
³ A relación entre os salarios e a produtividade (cantidade de bens e servizos producidas por un traballador nun período de tempo determinado) dos traballadores españois é moi baixa en relación co contorno europeo, debido principalmente á baixa produtividade. Por este motivo, os custos dos produtos españois son relativamente altos e, por tanto, pouco competitivos en mercados internacionais. Esta relación entre a o salario e a produtividade está recollida nos custos laborais unitarios, que en España son máis elevados que na zona euro ao longo de todo o período aquí considerado (desde 2002 ata 2007) e a brecha diferencial foise incrementando ata xuño de 2008.

2.1.2. Necesidades de financiamento: a balanza comercial e a débeda externa

Debido á situación explicada na epígrafe anterior, economía española foi perdendo competitividade, o que se manifesta a través do déficit da balanza comercial (saldo dos fluxos de bens como resultado das exportacións menos as importacións), isto inflúe sobre o saldo da balanza por conta corrente (bens, servizos e outros) (Gráfico 2).

A situación é a seguinte: o país está a adquirir máis bens no exterior que os que exporta, polo que se precisa financiamento, xa que o país non ten aforro abondo para financiar este déficit (producido polas maiores compras ao estranxeiro que as vendas). No país non hai aforro abondo para financiar o investimento interno e, se o investimento é superior ao aforro, haberá que financialo desde o exterior. Deste modo, a débeda externa española foi crecendo ata alcanzar 1 672 millóns de euros a finais de 2008 (Gráfico 3).

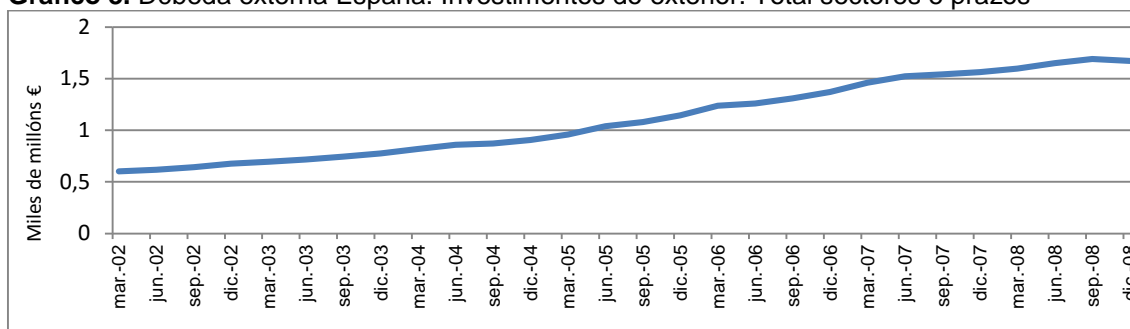
Gráfico 2. Balanza comercial (bens) España



Fonte: elaboración propia, datos Banco de España

Esta tendencia non se pode manter ao longo do tempo e obriga a tomar unha serie de medidas que terán consecuencias para a economía e para as persoas, e que son obxecto de análise neste traballo.

Gráfico 3. Débeda externa España. Inversións do exterior. Total sectores e prazos



Fonte: elaboración propia con base en datos do Banco de España

2.2. Xustificación das medidas adoptadas: reforma do mercado de traballo e consolidación fiscal

Dada a situación descrita no punto anterior, faise necesaria a intervención do Estado para intentar evitar a dinámica económica emprendida desde a entrada no euro. Estas medidas, debido a que España se encontra nun ámbito económico de integración monetaria (é dicir, non pode usar medidas de corte monetario, porque a política monetaria está nas mans do Banco Central Europeo), restrínxense, basicamente, á redución dos custos laborais unitarios e/ou dos beneficios empresariais, como medio para aumentar a competitividade española nos mercados internacionais. En última instancia, o que se pretende é adoptar as medidas necesarias para conseguir unha depreciación interna que permita unha diminución relativa dos prezos, en relación coa zona euro. A situación vivida, segundo (López-Casasnovas, 2014) provocou o enfrontamento dun proceso de consolidación fiscal por requirimento dos nosos prestadores e avalistas, onde a austeridade imposta forzou constitucionalmente a consolidación fiscal das finanzas públicas.

2.2.1. O contorno normativo no mercado de traballo: a reforma laboral de 2012 en España, principais consecuencias da Reforma Laboral

En 2007 (xusto antes do inicio da crise), os empresarios daban un peso moi similar a tres tipos de factores: os custos laborais, a demanda do produto (falta de vendas e incerteza fronte ao futuro económico) e os problemas derivados dunha oferta de traballo pouco axeitada (tanto en cantidade como na súa cualificación). Entre os tres sumaban un 71,4% do total de respostas. Como cabía esperar, o peso da falta de demanda é o factor que máis creceu desde o inicio da crise. En cambio, o peso da ausencia dunha oferta de traballo axeitada, tanto en cantidade como en calidade (formación e cualificación) parece que pasou a un segundo plano. Por outro lado, antes da crise, os custos laborais eran os que tiñan maior peso como obstáculo á contratación e aínda seguen mantendo unha importancia considerable. O custo do despedimento nunca foi visto como un factor que obstaculiza as novas contratacións⁴. Neste contexto, en 2012

⁴ Como se verá posteriormente (ao estudar a reforma laboral), compróbase que un dos seus principais obxectivos era abaratar o custo do despedimento. Se este non era un factor que impedise novas contratacións (de acordo co manifestado polos empresarios, segundo acabamos de comprobar), non debería sorprender que este aspecto da reforma laboral non fose eficaz.

apróbese a reforma laboral que analizamos a continuación, en que se abarata e facilita o despedimento, se adoptan medidas que afectan á negociación colectiva e, ademais, tómanse medidas que favorecen a flexibilidade interna das empresas.

Baseándonos na situación económica de profunda crise en España e os seus efectos sobre o mercado de traballo, o Goberno promove esta reforma mediante o Real decreto-lei 3/2012, do 10 de febreiro, de medidas urxentes para a reforma do mercado laboral⁵. Entre outras, destacan medidas recollidas na Táboa 5, Táboa 6, Táboa 7 e Táboa 8.

Táboa 5. Principais medidas da reforma laboral de 2012 en España: abaratamento do despido

ABARÁTASE E FACILÍTASE O DESPIDO

- Reduce a indemnización do despedimento improcedente de 45 días por ano cun límite de 42 mensualidades a 33 días cun límite de 24 mensualidades en todos os contratos indefinidos.
- Reforma o réxime xurídico do despedimento colectivo (Expediente de Regulación de Empleo, ERE). Unha das novidades reside na supresión da necesidade de autorización administrativa, mantendo a esixencia comunitaria dun período de consultas, pero sen esixirse un acordo cos representantes dos traballadores para proceder aos despedimentos.
- Inclúese o despedimento por causas económicas, técnicas, organizativas ou produtivas que xustifican o despedimento.

Fonte: elaboración propia

Táboa 6. Principais medidas da reforma laboral de 2012 en España: modalidades de contratación

MEDIDAS RELATIVAS ÁS MODALIDADES DE CONTRATACIÓN

- Reforma do contrato a tempo parcial admitindo a realización de horas extraordinarias incluíndo estas na base das cotizacións sociais.
- Modifícase a Ordenación do traballo a domicilio para dar acollida ao traballo a distancia, baseado no uso intensivo das novas tecnoloxías (teletraballo).
- Refórmase o marco regulador das empresas de traballo temporal (ETT) ao autorízalas para operar como axencias de colocación.
- Acéptase a formación profesional como un dereito individual, recoñecéndoselles aos traballadores un permiso retribuído con fins formativos. Así mesmo, recoñécese aos traballadores o dereito á formación profesional dirixida á súa adaptación ás modificacións operadas no posto de traballo.
- Modificacións no contrato para a formación e a aprendizaxe.

Fonte: elaboración propia

⁵ A gravidade da situación económica e do emprego descrita esixe adoptar unha reforma inmediata que proporcione aos operadores económicos e laborais un horizonte de seguridade xurídica e confianza en que desenvolverse con certeza para conseguir recuperar o emprego. A extraordinaria e urxente necesidade que esixe o artigo 86 da Constitución española para legislar mediante Real decreto-lei xustifícase pola situación do mercado laboral español. Este Real decreto-lei pretende crear as condicións necesarias para que a economía española poida volver crear emprego e así xerar a seguridade necesaria para traballadores e empresarios, para mercados e investidores (RD 3/2012, do 10 de febreiro, Núm. 36, sábado 11 de febreiro de 2012 Sec. I. Páx. 12483-12484).

Táboa 7. Principais medidas da reforma laboral de 2012 en España: negociación colectiva e condicións de traballo

MEDIDAS QUE AFECTAN Á NEGOCIACIÓN COLECTIVA, CONDUCINDO OS TRABALLADORES Á NEGOCIACIÓN INDIVIDUAL DAS SÚAS CONDICIÓN DE TRABAJO

- Facilita ao empresario a inaplicación do descolgue do convenio colectivo, podendo modificar, entre outras cousas, a xornada de traballo, o horario, o réxime de traballo a quendas, as funcións etc..
- O convenio de empresa, sexa cal sexa o número de traballadores, sitúase como preferente respecto ao convenio sectorial nunha serie de casos.
- Remátase coa ultraactividade dos convenios aos dous anos de rematar a súa vixencia, se non se alcanzou un acordo.

Fonte: elaboración propia

Táboa 8. Principais medidas da reforma laboral de 2012 en España: flexibilidade interna empresarial
REFORMAS QUE FAVORECEN A FLEXIBILIDADE INTERNA DAS EMPRESAS

Permítese suspender o contrato de traballo e reducir a xornada por causas técnicas, organizativas ou produtivas⁶.

Fonte: elaboración propia

2.2.2. Medidas de consolidación fiscal

A crise económica supuxo unha forte caída nos ingresos públicos que tivo inmediata repercusión no déficit público. A redución de actividade e o funcionamento dos estabilizadores automáticos conduciron a que a débeda pública chegase a triplicarse (en porcentaxe do PIB) desde o inicio da crise. Como queira que parte desta débeda estaba financiada por países estranxeiros, o problema do endebedamento externo agravouse, conducindo ao coñecido episodio da forte suba das primas de risco que tiveron lugar, de forma dramática, durante o verán de 2012.

En liña co anterior, adoptáronse unha serie de medidas relacionadas cos ingresos e os gastos públicos. Preténdese reducir o déficit público mediante unha suba dos tributos e un forte recorte do gasto público.

2.2.2.1. Aumento dos ingresos públicos

Acometéronse varias actuacións para incrementar os ingresos públicos, entre as que se encontran a citadas a continuación:

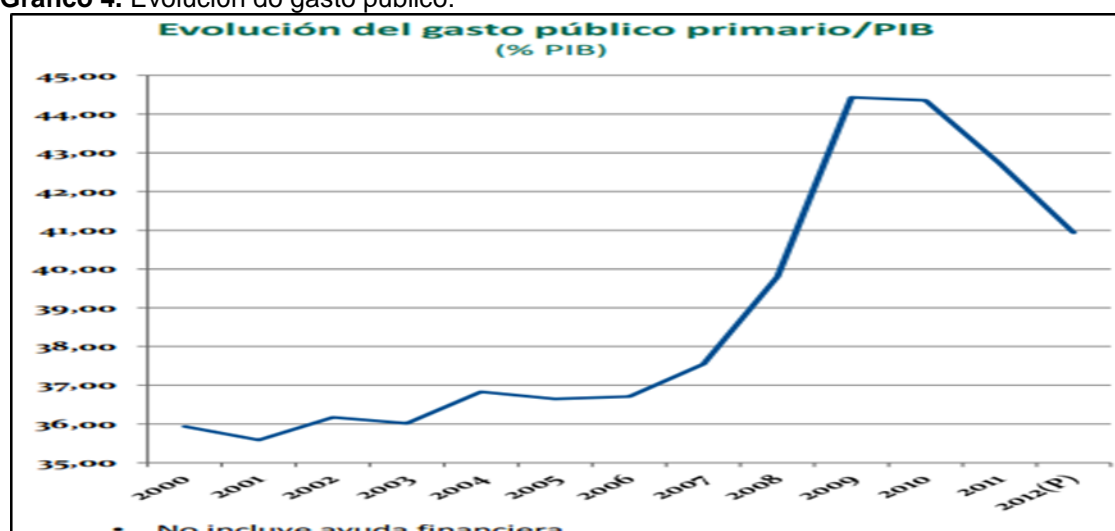
⁶ [...]Tamén se introducen innovacións non terreo da xustificación destes despedimentos. A léxase agora a delimitar as causas económicas, técnicas, organizativas ou produtivas que xustifican estes despedimentos, suprimíndose outras referencias normativas que viñeron introducindo elementos de incerteza [...]. (RD 3/2012, do 10 de febreiro, Núm. 36, sábado 11 de febreiro de 2012 Sec. I. Páx. 12488).

- Estableceuse no IRPF un gravame complementario para as rendas do traballo e unha tarifa progresiva para o aforro. Mantense o Imposto sobre o Patrimonio.
- No Imposto sobre Sociedades, difírense os beneficios fiscais, elimínase a liberdade de amortización para as grandes empresas, incrementábase o pagamento fraccionado mínimo para as grandes empresas etc.
- Permítese a regularización das rendas ocultas ata 2010, logo de pagamento dun gravame complementario do 10% do importe dos bens e dereitos afluídos.
- Por outra parte, incrementouse o tipo de IVE (o xeral do 18% ao 21% e o reducido do 8% ao 10%), incrementouse o Imposto sobre os Labores do Tabaco e incrementáronse taxas.
- Créanse novas figuras tributarias para o sector eléctrico, estableceuse o 20% para o cobramento dos premios das lotarías, para os depósitos bancarios (0% de gravame), os hidrocarburos ou o medio.

2.2.2.2. A redución do gasto público

A drástica redución do gasto público comezou co Real decreto lei aprobado o 20 de maio de 2010 (Real decreto-lei 8/2010, do 20 de maio, polo que se adoptan medidas extraordinarias para á redución do déficit público), en que se adoptan medidas urxentes para reducir o déficit público, entre outras, cabe destacar a redución do 5% dos salarios dos empregados públicos, a suspensión da revalorización automática das pensións en 2011, a eliminación do cheque-bebé etc.

Gráfico 4. Evolución do gasto público.



Fonte: Ministerio de Facenda e Administracións Públicas

http://www.minhap.gob.es/Documentacion/Publico/GabineteMinistro/Notas%20Prensa/2013/S.E.%20PRE SUPUESTOS%20Y%20GASTOS/30-09-13%20Presentaci%C3%B3n%20Congreso_PGE2014.pdf

Co cambio de goberno de 2011 afóndase o axuste das contas públicas nos orzamentos, para os anos 2012 e seguintes, especialmente en cooperación internacional, defensa, administracións públicas, investimentos do Ministerio de Fomento, educación, cultura e deporte, Investigación etc. A evolución do gasto público primario en relación co PIB recóllese no Gráfico 4

Así, as repercusións da crise económica na saúde son xa evidentes en países de todo o mundo, principalmente en Europa. Algúns estudos revelan unha deterioración importante nalgúns indicadores e tendencias de saúde, en especial nos países máis afectados e en grupos socioeconomicamente vulnerables, como as persoas desempregadas e con baixos ingresos, as minorías étnicas e os inmigrantes (Rivadeneira-Sicilia, Minue Lorenzo, Artundo Purroy, & Marquez Calderon, 2014).

2.3. Redución do gasto público: efectos na política sanitaria

Unha das medidas adoptadas para contención o gasto público e, como consecuencia, reducir o déficit, foi a que deu orixe á reforma sanitaria, reflectida no RDL, en cuxa exposición de motivos apúnta cara á cuestións relativas ao contexto socioeconómico, entre outras, para indicar que son necesarias reformas que permitan reforzar a sustentabilidade económica do sistema español de saúde⁷. A sintonía coas tenzas nos países do ámbito europeo⁸, coa finalidade de xestionar do xeito máis eficiente as capacidades do sistema e tendo en conta os informes emitidos polo Tribunal de Contas, considérase imprescindible regular, con présa, a condición de asegurado, para “evitar algunhas situacións de prestación de asistencia sanitaria” que son a causa do “alarmante” debilitamento da sustentabilidade do Sistema Nacional de Saúde. Deste modo, o Goberno considera que concorren os presupostos necesarios de extraordinaria

7 “Os datos estruturais e as cifras máis significativas do gasto sanitario público mostran que a sanidade pública non pode obviar por máis tempo unha situación claramente incompatible coa súa imprescindible sustentabilidade e que, ao mesmo tempo, supuxo consecuencias gravemente prexudiciais para o emprego e a viabilidade dos sectores empresariais que se relacionan con el”.

8 Todos os países da Unión Europea están a analizar e adoptan medidas que permiten optimizar os seus modelos asistenciais e farmacéuticos e, en especial, o gasto farmacéutico e o seu peso no gasto sanitario. A implantación de medidas neste ámbito é moi intensa, en especial nos países aos que golpeou con máis intensidade a crise financeira e económica.

e urxente necesidade establecidos no artigo 86 da Constitución española que o habilitan para aprobar estas medidas mediante o mecanismo dun Real decreto-lei.

Neste contexto, hai algúns autores que poñen o acento nas posibles restricións encubertas tras o problema da crise, situación que pode ser aproveitada por algúns para, co pretexto de reducir o tamaño da Administración pública, erosionar aínda máis a facultade dos poderes públicos para protexer a saúde, en concreto Hernández Aguado & Lumbreras Lacarra (2014) indican que as organizacións comprometidas coa saúde da poboación deberían avaliar as ameazas á independencia das políticas de saúde pública e actuar preventivamente para que a crise non só non deteriore os dereitos cidadáns nin aumente as desigualdades sociais que danan a saúde, senón que tampouco debilite a capacidade democrática para elixir as políticas que son máis saudables e con mellor impacto social e económico. De feito, a crise parece que está dificultando o acceso aos servizos sanitarios dos grupos socioeconómicos máis desfavorecidos, incluíndo as persoas en situación de inmigración irregular (Cortès-Franch & González López-Valcárcel, 2014; Pérez, Rodríguez-Sanz, Domínguez-Berjón, Cabeza, & Borrell, 2014).

Outros autores poñen o acento no exceso de carga que soportan os profesionais da saúde, xa que as persoas traballadoras do sistema sanitario contribuíron, en xeral, a que os indicadores de saúde non acusen, en España, o impacto dos recortes orzamentarios. Amosando así a súa preocupación polos riscos de ameaza da sociedade do benestar e no impacto a medio e longo prazo da crise económica, pois é o aumento da desigualdade social e o paro de longa duración o que, malia os servizos sanitarios, máis pode ameazar gravemente non só a saúde senón tamén o benestar, ademais a longo prazo podería saír máis caro, porque cando unha organización integrada nun sistema sanitario se orienta cara á atención primaria, a calidade, os desenlaces e os custos melloran e diminúen as desigualdades sociais en saúde (García-Altés & Ortún, 2014).

López-Casasnovas (2014) sinala que malia a dureza da crise (dobre recesión), o gasto social en España non se afundi (no seu peso en produto interior bruto e per cápita, dada a evolución destes referentes), aínda que si padece evidentes restricións en termos de beneficiarios. No ámbito da saúde, a situación mantense grazas ao esforzo de moitos -o *pool* de renda das familias en xeral e dos profesionais sanitarios en particular-, de modo que se conseguiu que as prestacións sanitarias non se deteriores (polo menos como o fixeron a ocupación privada e o conxunto das finanzas públicas). A realidade española ata o momento, no que atinxe exclusivamente a servizos

asistenciais, apunta a que a prestación sanitaria real media viuse nula ou minimamente afectada pola redución do gasto, probablemente debido ao profesionalismo aínda hoxe imperante, con contadas excepcións, no emprego público (López-Casasnovas, 2014), porén as persoas inmigrantes en situación irregular quedaron fóra do sistema, co que iso supón a efectos de custos persoais individuais e colectivos, en termos de saúde pública. Aínda que o sistema sanitario público está sometido a unha notable tensión, a maioría da poboación mostra bastante satisfacción con seu funcionamento (Segura Benedicto, 2014).

Na medida en que a utilización de normas como un Real decreto-lei implica un desprazamento do poder lexislativo do Parlamento cara ao Goberno, trátase dunha excepción ao procedemento lexislativo ordinario e a súa utilización só está xustificada constitucionalmente cando, ao parecer do Goberno, concorran circunstancias extraordinarias, que requiran dunha acción normativa urxente e inmediata, de tal xeito que non se poida acudir ao procedemento lexislativo ordinario sen que afecte ao fin perseguido (Martínez, 2014). Nunha situación de grave crise económica, ante a existencia dunha forte débeda pública, utilizouse este procedemento lexislativo, tal como sinala o mesmo decreto “Estas modificacións son especialmente necesarias nun contexto de crise económica para racionalizar o gasto público e posibilitar unha maior eficiencia na xestión dos servizos de saúde das comunidades autónomas”. Con todo, a xuízo de Martínez (2014) este procedemento constitúe un uso abusivo e excesivo da norma, xa que se se pretende ir máis aló da adopción de medidas puntuais de aforro para modificar os acordos básicos que no seu día levaron á creación do Sistema Nacional de Saúde, é imprescindible acometer un sosegado debate social, xurídico e sobre todo político, no contexto parlamentario. Para Martínez (2014) esta falta de reflexión e de consensos previos é un problema importante. Por outra parte, resulta preocupante que as urxencias de liquidez orzamentaria relegasen a un plano secundario as medidas necesarias encamiñadas a asegurar a maximización do valor da oferta sanitaria. As reducións lineais, só avaladas pola facilidade de implementación, abocan o sistema a perpetuar e aumentar as súas ineficiencias (Bernal-Delgado et al., 2014), ademais, os efectos que tivo a política sanitaria restritiva, botando fóra do sistema os inmigrantes en situación irregular, fixéronse visibles, en ocasións dun xeito tráxico (Urbanos Garrido & Puig-Junoy, 2014). Nun modelo como o español, con cobertura universal, ademais dun baixo custo e de ser altamente considerado, a privatización de parte dos servizos podería mesmo ser máis cara que o modelo tradicional (Pérez et al., 2014).

O sistema sanitario español presenta unha dualidade: por unha parte, o financiamento procede do Estado central que asume este financiamento, mediante a transferencia dos recursos ás comunidades autónomas, pero por outra, as devanditas comunidades autónomas, no marco das súas respectivas competencias, entenderon o dereito de cobertura sanitaria de forma moi diversa e sen ter en conta a lexislación europea en materia de aseguramento. Deste modo, é posible que o Sistema Nacional de Saúde incorra en procedementos de infracción por parte da Comisión Europea que reclama a aplicación efectiva do principio de igualdade de trato. Neste sentido, a fragilidade do mecanismo de recoñecemento do dereito á protección da saúde en España púxose de manifesto no ditame motivado 2009/2341 da Comisión Europea, que contravén a España pola súa negativa a expedir a tarxeta sanitaria europea a persoas residentes en España con dereito a recibir asistencia sanitaria conforme á normativa dalgunhas comunidades autónomas, contravindo o establecido no Regulamento (CE) n.º 883/2004 do Parlamento Europeo e do Consello, do 29 de abril de 2004, sobre a coordinación dos sistemas de seguridade social, e o seu regulamento de aplicación. Pola súa banda, o Regulamento (CE) n.º 987/2009 do Parlamento Europeo e do Consello, do 16 de setembro de 2009, polo que se adoptan as normas de aplicación, fan efectivo o principio de igualdade de trato nas prestacións derivadas da acción protectora da seguridade social entre os cidadáns comunitarios europeos, sexa cal sexa o seu lugar de orixe, asimilando estas ás dos cidadáns do país onde se presten, igual que o reforza a Directiva 2004/38/CE, do Parlamento Europeo e do Consello, do 29 de abril de 2004⁹.

A situación en España, forzados á consolidación fiscal e tras intervencións erradas nos primeiros anos da crise, os gobernos acometérona máis pola vía do gasto que dos ingresos, o que deprimiu á súa vez a demanda interior. Ata 2014, dous terzos da consolidación fiscal efectuada por España provén de axustes no gasto, e só unha terceira parte dos ingresos (López-Casasnovas, 2014). Se ben son aínda poucos os traballos publicados sobre o impacto da crise nas desigualdades en saúde (Bloomer, Allen, Donkin, Findlay, & Gamsu, 2012; Falk et al., 2013), estudos recentes revelan xa efectos especialmente adversos entre as persoas desempregadas e con baixos recursos, as familias monoparentais, os enfermos crónicos, as minorías étnicas e os inmigrantes (Rivadeneyra-Sicilia et al., 2014). O cambio no modelo de aseguramento,

⁹ Pola que se modifica o Regulamento (CEE) n.º 1612/68 e se derrogan as Directivas 64/221/CEE, 68/360/CEE, 72/194/CEE, 73/148/CEE, 75/34/CEE, 75/35/CEE, 90/364/CEE, 90/365/CEE e 93/96/CEE

que deixa fóra da cobertura pública os inmigrantes irregulares, supón unha barreira ao acceso moi difícil de franquear que prexudica claramente un colectivo de por si vulnerable. Como advirte o Banco Mundial, as estratexias de loita contra a crise fallaron con frecuencia á hora de garantir o acceso a servizos sociais esenciais aos colectivos máis vulnerables, e paradoxalmente tenderon a beneficiar os grupos con mellor posición social. A lección para aprender, por tanto, consiste en prestar atención e medios a que máis o necesita (Urbanos Garrido & Puig-Junoy, 2014).

2.3.1. O cambio de normativa e as persoas estranxeiras ante a saúde

A norma vixente a este respecto, antes do RDL 16/2012, era a Lei 16/2003 do 28 de maio de cohesión e calidade do Sistema Nacional de Saúde, que establecía no seu artigo terceiro, como titulares dos dereitos á protección da saúde e á atención sanitaria en España, a todos os españois e os estranxeiros no territorio español, nos termos previstos no artigo 12 da Lei orgánica 4/2000. Esta é a coñecida como “Lei de estranxeiría”, que no devandito artigo establecía que tiñan dereito á asistencia sanitaria os estranxeiros que se encontraran en España inscritos no Padrón do municipio en que residían habitualmente, nas mesmas condicións que os españois, engadindo, ademais, que tamén tiñan dereito á asistencia sanitaria pública de urxencia, ampliando esta cobertura aos estranxeiros menores de dezoito anos e puntualizando que as estranxeiras embarazadas que se encontraran en España terían dereito á asistencia sanitaria durante o embarazo, parto e posparto. En canto aos nacionais dos estados membros da Unión Europea, sinalaba que terían os dereitos resultantes do dereito comunitario europeo e dos tratados e convenios que subscritos polo Estado español e fóselles de aplicación. Deste modo, coa normativa anterior existía unha cobertura sanitaria universal, co único requisito de encontrarse debidamente empadroadado.

A descentralización da xestión sanitaria en España, debido a que a sanidade é competencia das comunidades autónomas, xerou unha situación de ausencia de normas comúns sobre o aseguramento en todo o territorio español, o crecemento desigual nas prestacións do catálogo, a falta de adecuación dalgunhas delas á realidade socioeconómica e a propia falta de rigor e énfase na eficiencia do sistema conduciron o Sistema Nacional de Saúde a unha situación de grave dificultade económica sen precedentes desde a súa creación. Perdeuse eficacia na xestión dos recursos dispoñibles, o que se traduciu nunha alta morosidade e nun insostible déficit nas contas públicas sanitarias, que nunha situación de crise económica se viu moi agravada e fixo

imprescindible a adopción de medidas urxentes para garantir o seu futuro e tratar de evitar que este problema persista. O RDL 16/2012 sinala que é preciso evitar a descoordinación entre os servizos de saúde autonómicos, o que se traduce na aparición de considerables diferenzas nas prestacións e nos servizos aos cales acceden os pacientes nas distintas comunidades autónomas.

Convén recordar que a necesidade de acometer reformas xa existía antes da crise e que, de non se ter atrasado tanto, poderían terse emprendido co necesario sosego e non coa urxencia imposta por unha conxuntura económica desfavorable (Sánchez-Martínez, Abellán-Perpiñán, & Oliva-Moreno, 2014).

Unha das cuestións en que pon o foco a reforma sanitaria, en concreto o RDL 16/2012, é no acceso ao sistema a través da condición de asegurado, indicando que á vista dos informes emitidos polo Tribunal de Contas, resulta imprescindible regular, sen máis demora, a condición de asegurado co fin de evitar algunhas situacións de prestación de asistencia sanitaria que se están producindo na actualidade e que están a debilitar de forma alarmante a sustentabilidade do Sistema Nacional de Saúde.

Morero Beltrán e Ballesteros Pena (2015) sinalan que a reforma sanitaria afecta especialmente aos grupos de poboación que se encontran en situación de vulnerabilidade, entre os que destacan a poboación inmigrante en situación de irregularidade administrativa, onde as mulleres ocupan un lugar relevante. Nun contexto de restrición e retroceso dos dereitos das mulleres e, concretamente, de constante ameaza dos dereitos sexuais e reprodutivos que afecta ao conxunto da sociedade española, unha reforma como a posta en marcha hai xa tres anos non conduce máis que a un empeoramento da situación. Por outro lado, e de forma específica, estase a producir tamén unha vulneración de dereitos fundamentais como a prevención, detección e protección en materia de violencia de xénero con serias consecuencias para as vidas das mulleres, por mor das restriccións do acceso á sanidade.

Por outra parte, no contexto da forte crise económica que nos ocupa, debe considerarse o factor engadido sinalado pola literatura científica, que indica que o paro e o emprego precario teñen efectos negativos na saúde, con diferenzas importantes segundo o xénero. Agora ben, as políticas laborais e sociais existentes en cada país poden modular este efecto negativo da crise económica na saúde (Escribà-Agüir & Fons-Martinez, 2014).

En calquera caso, o acceso dos inmigrantes aos servizos sociais e á sanidade resentíuse coas políticas de recortes e de exclusión, e ademais teñen maior exposición

a peores determinantes da saúde, menor capacidade adquisitiva, peores condicións de vida e traballo máis precario. A pesar de que os datos sobre o impacto da crise sobre a saúde e o acceso á atención sanitaria desta poboación son practicamente inexistentes, xa hai probas dun impacto na saúde mental e algúns indicios dun aumento nas barreiras de acceso aos servizos de saúde (Cortès-Franch & González López-Valcárcel, 2014), porque non hai que esquecer que, entre os distintos grupos de poboación identificados como máis vulnerables aos efectos da crise, aínda que nalgúns casos son específicos do problema de saúde ou dun determinante da saúde en concreto, nos que se acumula unha situación de desvantaxe son as persoas desempregadas, as inmigrantes (en especial as que están en situación irregular), a infancia, as persoas maiores e as persoas con baixos ingresos (Cortès-Franch & González López-Valcárcel, 2014).

O 31 de marzo de 2015, o Goberno anuncia a intención de facilitar o acceso á atención sanitaria aos inmigrantes en situación irregular, pero non se lles facilitará a tarxeta sanitaria. Esta vía parece ter a intención de reconducir un pouco a situación, pero no momento de pechar este traballo só fomos quen de incorporar algunhas opinións de persoal profesional da sanidade, respecto a esta modificación anunciada.

2.3.2. Financiamento e prestación de servizos sanitarios

Tal como se sinalou anteriormente, o sistema sanitario español presenta unha dualidade difícil de articular porque se articula con base nunha dicotomía, onde as fontes financeiras non corresponden ao mesmo órgano xestor que as das prestacións de servizos.

O RDL 16/2012 indica que a Lei 49/1998, do 30 de decembro, de orzamentos xerais do Estado para 1999, dispuxo no capítulo III do seu título I que sería o Estado, a través das transferencias orzamentarias ás comunidades autónomas, o que asumiría totalmente o financiamento público da asistencia sanitaria, desvinculándose con iso a asistencia sanitaria das achegas á Seguridade Social. Esta separación de fontes de financiamento entre o Sistema Nacional de Saúde e a Seguridade Social non comportou a necesaria delimitación de funcións á hora do recoñecemento dos dereitos. As comunidades autónomas, no marco das súas respectivas competencias, estenderon o dereito de cobertura sanitaria de forma moi diversa e sen ter en conta a lexislación europea en materia de aseguramento, pondo en risco a solvencia do propio Sistema Nacional de Saúde e abocándoo a procedementos de infracción por parte da Comisión Europea, que reclama a aplicación efectiva do principio de igualdade de trato. Por outra parte, o ditame

motivado 2009/2341, da Comisión Europea, dirixido a España pola súa negativa a expedir a tarxeta sanitaria europea a persoas residentes en España con dereito a recibir asistencia sanitaria conforme a normativa dalgúns comunidades autónomas, puxo de manifesto a fragilidade do mecanismo de recoñecemento do dereito á protección da saúde en España. O contorno normativo e a liberdade de movementos de persoas no contorno da UE supuxo, e seguirá supondo se non se modifica, un grave prexuízo económico para España, especialmente en canto á imposibilidade de garantir os retornos dos gastos ocasionados pola prestación de servizos sanitarios e sociais a cidadáns europeos¹⁰. Así, o Tribunal de Contas puxo de manifesto que o Sistema Nacional de Saúde está a asumir, con cargo aos seus orzamentos, a asistencia sanitaria de persoas que a teñen xa cuberta, ben polas súas institucións de seguridade social en orixe, ben por esquemas de seguros privados, o cal está erosionando enormemente a súa capacidade financeira e impedindo que os seus xestores poidan seguir realizando melloras nos servizos.

Imponse, pois, unha clarificación harmonizada da condición de asegurado, para efectos da prestación de servizos sanitarios e sociosanitarios, de tal forma que esta quede vinculada de forma efectiva ao financiamento por impostos e ao carácter de solidariedade social que o esquema progresivo daqueles ten no noso país (RDL 16/2012).

E é, precisamente esta situación a que dá orixe ao contido do Capítulo I do RDL 16/2012, onde se regula a condición de asegurado, na súa disposición derradeira terceira, pola que se modifica o artigo 12 da Lei Orgánica 4/2000, do 11 de xaneiro, sobre dereitos e liberdades dos estranxeiros en España e a súa integración social, precepto que non ten natureza orgánica segundo establece a disposición derradeira cuarta da devandita lei, así como na súa disposición derradeira quinta en que se modifica o artigo 7 do Real decreto 240/2007, do 16 de febreiro (RDL 16/2012).

2.3.3. A prestación farmacéutica

O financiamento de medicamentos e produtos sanitarios no Sistema Nacional de Saúde é un dos grandes desafíos actuais, así o recolle o RDL 16/2012, e sinala que a austeridade no gasto público, imprescindible en todo momento, deveu nun obxectivo inaprazable. Por iso, resulta necesario, máis que nunca, que as decisións de

¹⁰ Ademais constitúe o xerme do que se deu en chamar “turismo de saúde”.

financiamento estean presididas polos criterios de evidencia científica de custo-efectividade e pola avaliación económica, con consideración do impacto orzamentario, na cal se teña en conta un esquema de prezo asociado ao valor real que o medicamento ou produto sanitario achega ao sistema. O gasto sanitario público consolidado alcanzou o máximo en 2009 con 70 506 mil millóns (MM) de euros, para diminuír ata un 1,94% en 2011 con 67 689 MM de euros. Boa parte diso (o 42,5%) débese á redución do gasto farmacéutico asociada ao novo copagamento (Segura Benedicto, 2014).

Coa reforma sanitaria tratouse, por tanto, de sentar as bases para unha análise exhaustiva dos beneficios que un novo medicamento ou produto sanitario achega á sociedade en xeral e ao tecido socioeconómico español en particular á hora de decidir sobre as súas condicións de financiamento polo Sistema Nacional de Saúde. O mesmo principio de austeridade e de racionalización no gasto público na oferta de medicamentos e produtos sanitarios obrigou a actualizar o sistema existente antes do RDL 16/2012 de achega por parte do usuario coa finalidade de racionalizar o gasto no contexto da necesidade da consolidación fiscal. Co obxecto de recoller estas situacións, capítulo IV do RDL 16/2012 incorporou certas medidas relacionadas coa prestación farmacéutica. O acceso ás prestacións farmacolóxicas é un dos problemas importantes da reforma sanitaria, de feito, a frecuentación dos servizos sanitarios e o número de medicamentos prescritos con receita pública diminuíron moito. Boa parte da diminución do gasto sanitario público débese, xa que o gasto hospitalario non minguou, aínda que si o de atención primaria e o de saúde pública (Segura Benedicto, 2014).

En suma, a crise económica comportou reformas nas políticas do mercado de traballo (regulación laboral e das relacións industriais) e do estado de benestar (políticas sociais de emprego). Como resultado, tamén cabía esperar que se produza un empeoramento das condicións de emprego (traballo non estable, traballo a tempo parcial, traballo precario, traballo informal, paro) e de traballo, é dicir, un empeoramento das condicións de traballo de tipo físico (ambiente físico, químico, biolóxico e ergonómico) e da organización do traballo (ambiente psicosocial, xerarquías e relacións de poder, participación dos traballadores e traballadoras, discriminación social e laboral etc.) (Escribà-Agüir & Fons-Martinez, 2014).

2.4. A influencia do contorno socioeconómico nos fluxos migratorios en España

A bonanza económica e o crecemento da inmigración que trouxo consigo, supuxo un reto importante para a integración da asistencia sanitaria aos inmigrantes (Esteva et al., 2006) pero, posteriormente, a conxunción dos factores económicos e sociais, que sufriron cambios nos últimos anos, debido á crise económica e ás medidas de políticas de austeridade no gasto, tiveron un forte impacto na desigualdade social e na forma de vida dos residentes en España. Os fluxos migratorios non son impermeables a estas circunstancias e, por tanto, vense afectados por elas. Neste punto recóllese unha serie de cifras indicativas destes fluxos e estrutúrase a súa presentación en tres seccións: inmigración, emigración e fluxos netos; en todas as seccións analízanse os fluxos totais e separados atendendo á nacionalidade das persoas: españolas ou estranxeiras.

Co obxectivo de non facer densa a lectura desta epígrafe, recóllense datos para algúns anos representativos, pero a totalidade dos datos, para todos os anos e grupos de persoas, segundo nacionalidades, pódense consultar no Anexo III., na páxina 159.

A análise da inmigración a España, atendendo ao continente de orixe das persoas amosa variacións ao longo do período considerado, os datos están recollidos en termos absolutos na Táboa 9, e relativos, na Táboa 10. En termos xerais pódese afirmar que entre 2003 e 2009 foi o período en que España recibiu máis inmigrantes de todos os continentes, pero o peso relativo de cada un deles vaise modificando ao longo do tempo: mentres Europa representaba case a metade da inmigración española en 1998, en 2013 non chega á terceira parte. Por outra parte, nos últimos anos do período, a inmigración procedente de países descoñecidos acadou niveis moi significativos (por iso, o total da columna de 2013 non suma o 100%).

2.4.1. Os fluxos de entrada: a inmigración

Táboa 9. Inmigración a España. Evolución desde 1998 ata 2013, segundo continentes (persoas)

	1998	2003	2008	2013
TOTAL	81.227	470.010	726.009	342.390
Europa	39.510	180.137	197.578	107.993
U.E. (27)	32.242	155.774	172.449	90.196
América	24.487	215.034	234.718	77.557
África	13.911	59.775	105.530	28.786
Asia	2.922	14.670	45.448	22.826
Resto Europa	7.268	24.363	25.129	17.797
Oceanía	397	394	767	848

Fonte: elaboración propia con base en datos do Instituto Nacional de Estatística de España (INE). Estatística de Variacións Residenciais

Táboa 10. Porcentaxe da inmigración a España, segundo continente de procedencia (persoas)

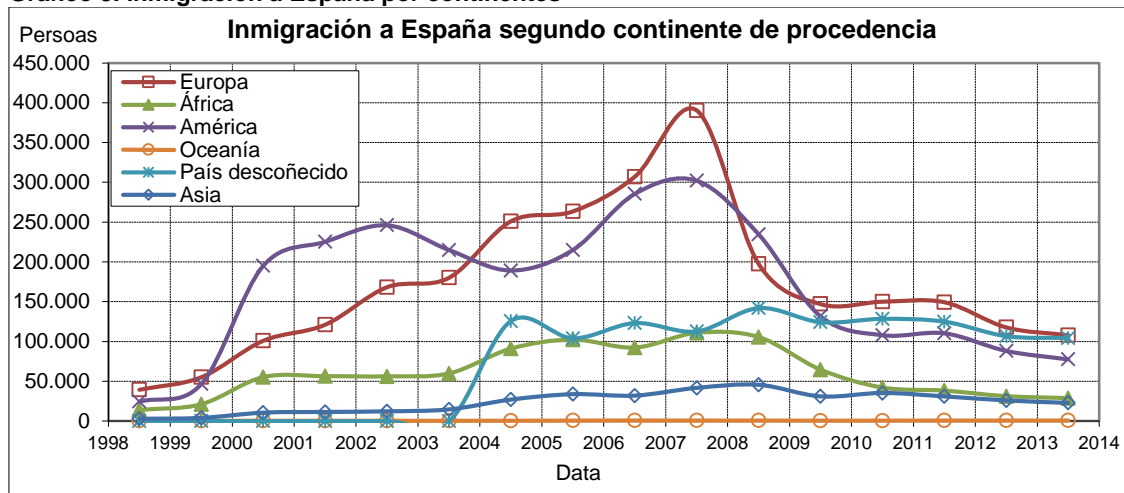
	1998	2003	2008	2013
Total	81.227	470.010	726.009	342.390
Europa	48,64 %	38,33 %	27,21 %	31,54 %
América	30,15 %	45,75 %	32,33 %	22,65 %
África	17,13 %	12,72 %	14,54 %	8,41 %
Asia	3,60 %	3,12 %	6,26 %	6,67 %
Oceanía	0,49 %	0,08 %	0,11 %	0,25 %

Fonte: elaboración propia con base en datos do Instituto Nacional de Estatística de España (INE). Estatística de Variacións Residenciais

Unha análise máis polo miúdo amosa gran variabilidade na inmigración procedente de América, que acadase o metade en 2003 e case a terceira parte en 2008, amosando un picos en 2002 e en 2007 no Gráfico 5 e no Gráfico 6, é precisamente neste gráfico onde se aprecia que a caída máis grande de inmigración corresponde ás persoas con nacionalidade estranxeira.

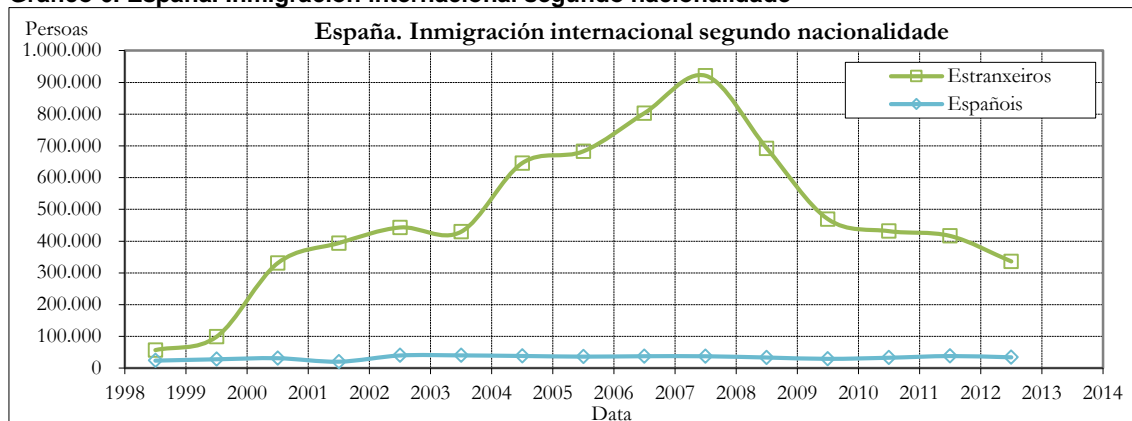
Estas oscilacións teñen a súa principal explicación na evolución da economía, de feito en 2007 é o inicio da crise económica en España.

Gráfico 5. Inmigración a España por continentes



Fonte INE: Estatística de variacións residenciais

Gráfico 6. España. Inmigración internacional segundo nacionalidade

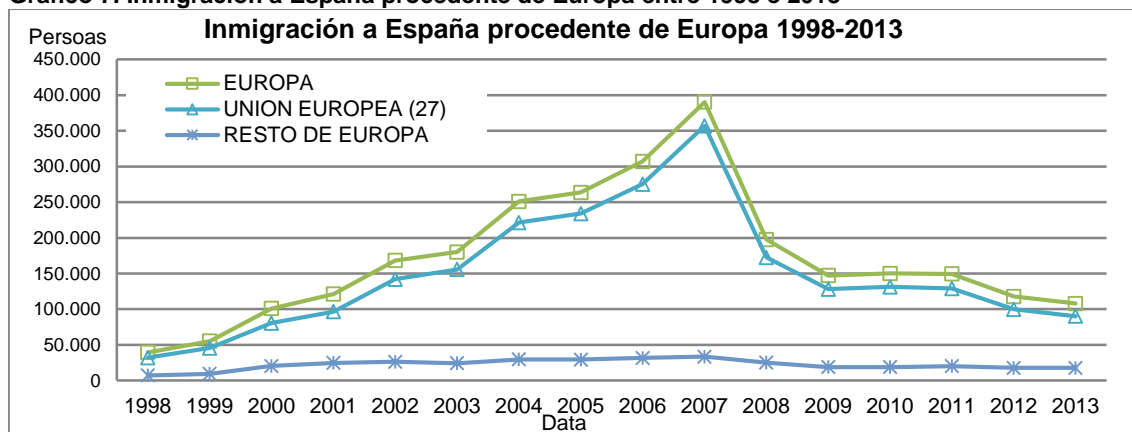


Fonte INE: Estatística de variacións residenciais

Os efectos da crise económica aprécianse con mais claridade no Gráfico 7, que recolle a inmigración europea detallada segundo pertenza ou non a Unión Europea.

Neste caso, o ano 2007 marcou un cambio de tendencia radical que aínda non se ten recuperado en 2013. Por outra parte, compróbase que a maior parte da inmigración procedente de Europa é dos países da Unión Europea 27.

Gráfico 7. Inmigración a España procedente de Europa entre 1998 e 2013



Fonte INE. Estatística de variacións residenciais

2.4.2. Os fluxos de saída: a emigración

A emigración procedente de España é maioritariamente estranxeira, o que parece indicar un retorno de persoas migrantes, probablemente por razóns de tipo económico.

Ao principio do período (antes de 2003) as persoas emigrantes de nacionalidade española superaban en número as de nacionalidade estranxeira, pero en calquera dos casos as cifras de migración eran pequenas, especialmente se se comparan coas do último período.

Gráfico 8. Emigración procedente de España, segundo nacionalidade



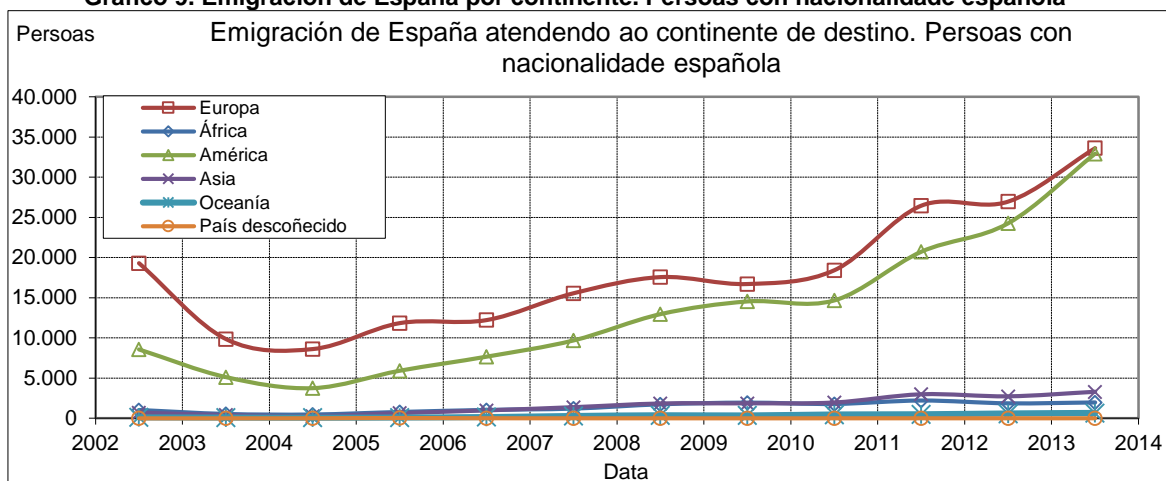
Fonte INE. Estadística de variacións residenciais

Entre 2002 e 2013 experimentouse un forte incremento na emigración procedente de España, sendo esta principalmente de nacionalidade estranxeira, que é en 2013 case cinco veces superior. No Gráfico 8, apréciase un aumento dos fluxos de saída de persoas, principalmente de nacionalidade estranxeira. Esta tendencia crecente comeza pouco antes do inicio da crise económica e vai aumentando progresivamente, aínda que no ao 2011 parece amosar unha redución para o caso das persoas de nacionalidade estranxeira, logo, a partir de 2012 volve crecer. Os datos precisos para elaborar os gráficos que se recollen nesta epígrafe están recollidos no Anexo III.

Atendendo aos continentes de destino, compróbase un crecemento moi acusado para Europa e América, para o casos de persoas de nacionalidade española. Neste caso cómpre chamar a atención sobre o particular de que América abarca países moi dispares, como por exemplo Estados Unidos ou Perú e, por tanto, cabe pensar que a poboación de nacionalidade española se dirixa a países diferentes dos que recibe emigrantes, con todo, este detalle escapa ao alcance desta investigación, aínda que sería moi interesante diferenciar por países estes movementos para poder chegar a conclusións fiables. O crecemento máis forte é a partir de 2010, aínda que comezou antes de 2007.

Os datos que avalan os gráficos desta epígrafe atópanse na Táboa 57, na Táboa 58, e na Táboa 59, do Anexo III, da páxina 159.

Gráfico 9. Emigración de España por continente. Persoas con nacionalidade española



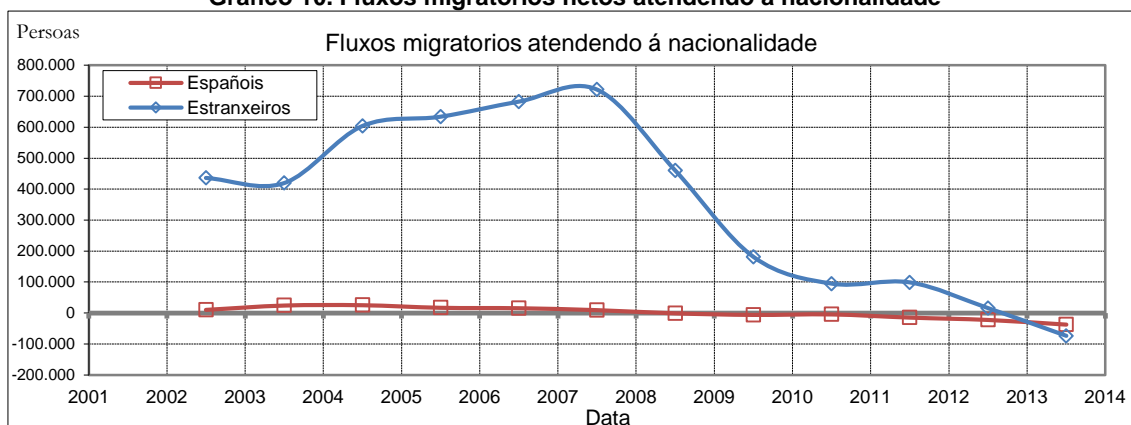
Fonte INE. Estatística de variacións residenciais

2.4.3. Os fluxos migratorios netos

O estudo dos fluxos migratorios de entrada e saída proporcionan unha información valiosa e interesante, pero é posible que a análise dos fluxos migratorios netos no seu conxunto poidan dar unha visión máis global da situación.

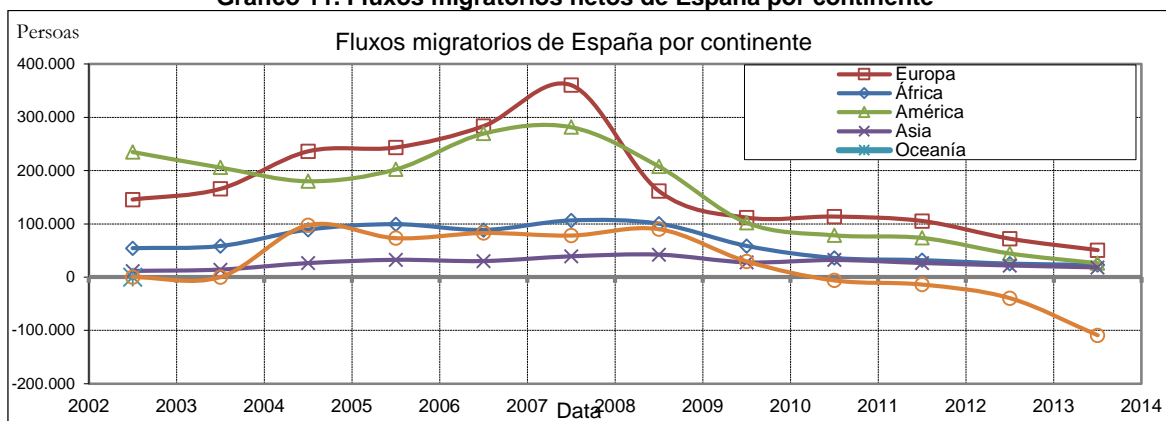
Estes valores recóllense na Táboa 60, na Táboa 61, e na Táboa 62, todas elas no Anexo III. Fluxos migratorios. Os gráficos representativos desas táboas son o Gráfico 10, o Gráfico 11, o Gráfico 12, e o Gráfico 13.

Gráfico 10. Fluxos migratorios netos atendendo á nacionalidade



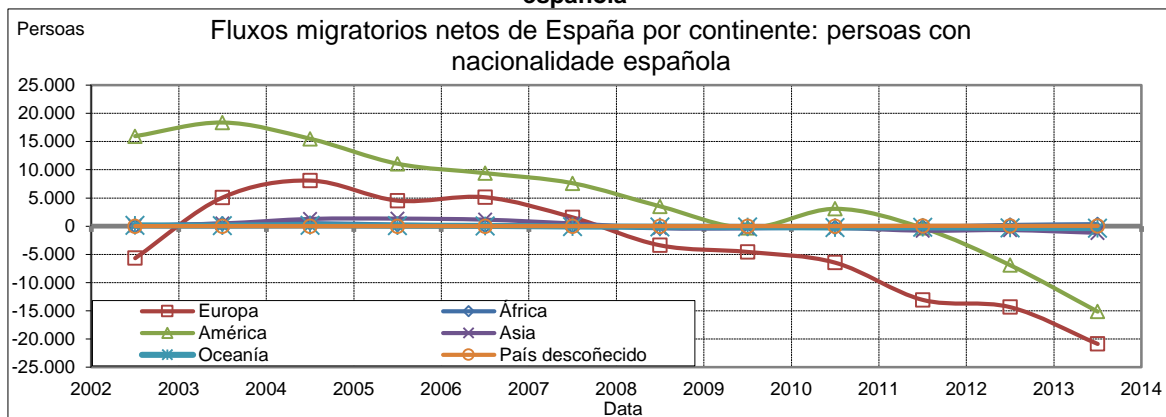
Fonte INE. Estatística de variacións residenciais

Gráfico 11. Fluxos migratorios netos de España por continente



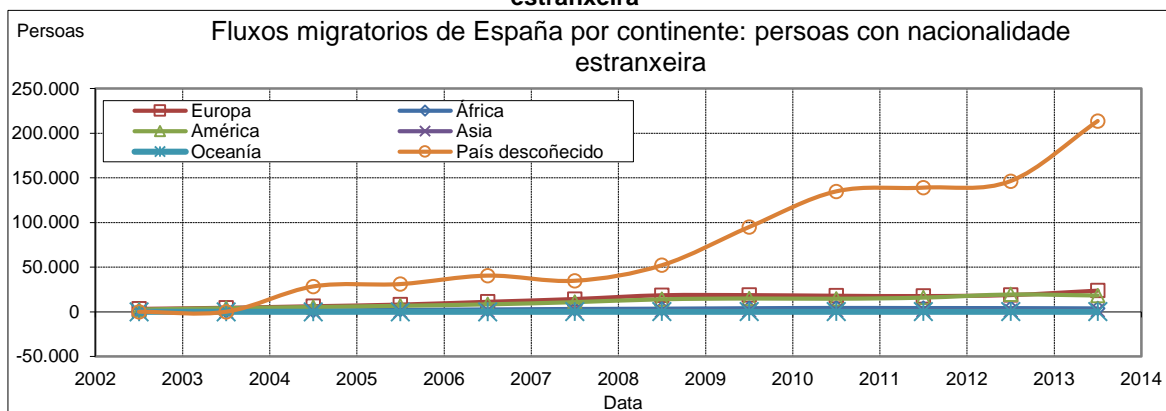
Fonte INE. Estadística de variacións residenciais

Gráfico 12. Fluxos migratorios netos de España por continente. Persoas con nacionalidade española



Fonte INE. Estadística de variacións residenciais

Gráfico 13. Fluxos migratorios netos de España por continente: persoas con nacionalidade estranxeira



Fonte INE. Estadística de variacións residenciais

Tras o trunfo do partido socialista en marzo de 2004, procedeuse, na primavera dese ano, á regularización de aproximadamente oitocentos mil inmigrantes, ata ese momento en situación irregular en España.

A oposición política criticou a medida advertindo que se produciría un “efecto chamada”, como efectivamente sucedeu. A regularización atraeu gran cantidade de man de obra procedente de América Latina (de Colombia, Ecuador, Bolivia e Perú, entre outros) e dos países comunistas do Leste de Europa (principalmente Romanía e Polonia) e do Magreb (fundamentalmente marroquís). O fenómeno social e económico foi moi importante e de grande impacto, alimentando aínda máis a burbulla inmobiliaria. Viñan a incorporarse ao sector da construción pero, ao mesmo tempo eles necesitábanas para vivir.

Por outra parte, a economía mergullada ou economía informal comezou a aflorar coa regularización. Moitas mulleres españolas con preparación que deixaran o traballo para atender a súa familia servíronse da axuda de mulleres inmigrantes para volver traballar (Martínez Buján, 2010b; Martínez Buján, 2011).

No período do goberno de Felipe González (1982-1996) o número de traballadores estranxeiros censados pasou de 250.000 (el 0,56% da poboación activa) a 540.000 (1,37%); foi na etapa de José María Aznar (1996-2004) cando tivo lugar a gran explosión multiplicándose a cifra por seis, superando os tres millóns (7% da poboación activa); o goberno de Rodríguez Zapatero mantivo esta tendencia e o número de residentes que naceron fóra de España elevouse a 6,7 millóns (un 14% da poboación) aos que se tiña que engadir as persoas en situación irregular non censadas.

A transformación da poboación en dúas décadas foi tan grande que supuxo un cambio profundo na sociedade española e sen este fluxo migratorio sería imposible explicar o *boom* económico e a crise que sufriu a economía española na primeira década do século XXI.

A corrente migratoria, animada polos procesos de regularización cambiou moitas cousas e o modelo económico baseado en priorizar o emprego, aínda que fose de mala calidade fixo de catalizador. Os inmigrantes chagaron para cubrir os traballos que os españois non querían facer. España tiña a xeración mellor preparada da súa historia, pero o aparato produtivo non tiña capacidade para a empregar. Isto provocou unha gran frustración nas xeracións mozas que buscaban un traballo para poder aplicar o que

estiveran aprendendo; por este motivo víronse obrigados a emigrar a outros países como Alemaña, onde necesitaban traballadores cualificados.

O modelo creado durante o goberno do Partido Popular (PP) e desenvolvido e ampliado durante o mandato do Partido Socialista (PSOE), tiña convertida a España nunha exportadora de man de obra cualificada e nunha importadora de man de obra barata. Esta situación estoupou coa crise.

Cando estoupou a burbulla inmobiliaria, 1,1 millóns de inmigrantes quedaron en paro, segundo a enquisa de poboación activa do primeiro trimestre de 2011. Isto supoñía un desemprego do 32%, fronte ao 19,3% que tiña a poboación española. Por outra parte, a taxa de paro xuvenil elevouse a un 43,5%, máis do dobre que a media europea.

Nos anos de expansión chegaron máis de cinco millóns de inmigrantes, o que creou unha gran “burbulla laboral”. Cando esta estoupou, o aparato produtivo mostrouse incapaz de absorber ese volume de man de obra sobrante. Chegaran para construír 700.000 vivendas anuais, cando a demanda apenas chegaba á metade.

3. O acceso dos inmigrantes á protección social e o uso dos servizos sanitarios e a percepción por parte da poboación nacional

A pesar da importancia e do interese do tema, que xera unha abundancia de editoriais e artigos de opinión, son aínda escasos os estudos orixinais sobre o impacto da crise económica e das políticas impulsadas neste contexto sobre a saúde e a atención sanitaria da poboación en España, e céntranse na análise dos cambios no sistema de saúde e nalgúns dos posibles efectos na poboación xeral. Os seus efectos específicos para a poboación inmigrante só foron obxecto de estudo de forma moi limitada (Vázquez, Vargas, & Aller, 2014). Neste capítulo analízase o papel do acceso aos servizos sanitarios como unha cuestión de dereitos humanos e como unha peza fundamental das políticas sociais.

3.1. Sanidade e dereitos humanos

A Carta Internacional de Dereitos Humanos, que comprende a Declaración Universal de Dereitos Humanos, o Pacto Internacional de Dereitos Económicos, Sociais e Culturais,

o Pacto Internacional de Dereitos Civís e Políticos e os seus dous protocolos facultativos, recoñece o dereito de toda persoa a gozar do máis alto nivel posible de saúde física e mental (art.º 12), así, todas as persoas, independentemente da súa situación administrativa, deberían ter acceso aos servizos médicos. No contexto da UE, o termo "inmigrantes indocumentados" refírese a nacionais de terceiros países sen un permiso válido que os autorice a residir nos Estados membros da UE. Segundo as últimas estimacións, hai entre 1,8 e 3,9 millóns de inmigrantes indocumentados na UE, o que supón aproximadamente o 1% da poboación e un 10% da poboación estranxeira está sen papeis. Trátase dun tema importante que focaliza especialmente a atención desde que a redución do gasto público se converteu nunha prioridade dos gobernos cando se encontran nunha situación de crise económica. No caso español estes efectos víronse recollidos no RDL 16/2012.

Por tanto, desde a perspectiva dos dereitos humanos, a atención sanitaria comprende tanto a atención primaria como secundaria e mesmo a atención preventiva. O Consello de Europa abordou a situación dos emigrantes indocumentados na Resolución 1509 do ano 2006, sobre os dereitos humanos dos emigrantes irregulares, establecendo, no artigo 13.2 como un dereito mínimo a atención de emerxencia, que debe estar dispoñible nos estados para todo tipo de inmigrantes. Así débese proporcionar atención sanitaria integral, subliñando, que se deben ter en conta as necesidades específicas dos grupos vulnerables tales como os nenos, persoas con discapacidade, mulleres embarazadas e anciáns. O Parlamento Europeo, xunto co Consello de Europa e a Comisión Europea, estableceron a Carta dos Dereitos fundamentais da Unión Europea (*Diario oficial de la Unión Europea*, 2010), que no seu artigo n.º 35 defende a protección da saúde, afirmando que "Toda persoa ten dereito a acceder á prevención sanitaria e a beneficiarse da atención sanitaria nas condicións establecidas polas lexislacións e prácticas nacionais. Ao definirse e executarse toda as políticas e accións da Unión garantírase un nivel elevado de protección da saúde humana". Pero non sempre é así, de feito no ámbito internacional países con longa tradición e experiencia en temas de inmigración, como son Estados Unidos, Reino Unido, Canadá, Países Baixos e Suíza utilizan desde principios dos noventa enquisas poboacionais periódicas para obter perfís epidemiolóxicos das comunidades de orixe inmigrante, encontrando máis barreiras no acceso aos servizos de saúde que nas poboacións autóctonas (Rodríguez Álvarez, Lanborena Elordui, Pereda Riguera, & Rodríguez Rodríguez, 2008).

Porén, en situacións de crise global, cabe esperar que se produzan importantes efectos nos determinantes da saúde individual e poboacional, e os seus efectos sobre a saúde van ter un importante papel ao longo do ciclo da vida, e este impacto negativo será máis acusado nos grupos máis vulnerables (inmigrantes, baixa clase social, mulleres, mozos) (Escribà-Agüir & Fons-Martinez, 2014).

3.2. Atención sanitaria aos inmigrantes en situación irregular no contorno da Unión Europea

Björngren Cuadra (2012) realizou un estudo comparativo sobre a situación do acceso á sanidade dos inmigrantes irregulares en Europa, sobre a base dunha enquisa realizada entre expertos investigadores nos campos das migracións e da sanidade e das ONGs cuxo obxecto é o apoio a inmigrantes indocumentados (o cuestionario foi respondido entre abril e decembro de 2009 en todos os estados da UE, e contaba con cuestións abertas e pechadas), isto permitiu clasificar os países (mediante unha análise clúster) en tres categorías, en función da dispoñibilidade de acceso aos servizos de saúde. As entrevistas de expertos cobren cinco temas: 1) sistema de benestar, 2) sistema de saúde, 3) as políticas con respecto aos emigrantes indocumentados, 4) atención de saúde para os emigrantes indocumentados e 5) o contexto da migración.

Táboa 11. Grupo 1

Dereito de acceso	Estados membros	
	Pago	Seguro
Pódese acceder a servizos de urxencias cun custo incerto	Finlandia Irlanda	
Pódese acceder a servizos de urxencias a cambio do pagamento do custo total	Suecia	Austria Bulgaria República Checa Letonia
Dereito de acceso aos servizos de urxencias, sempre que estean afiliados a un seguro, mediante un emprego ou de forma privada		Luxemburgo
Acceso ao sistema público de saúde sen cargo, nos centros penitenciarios	Malta	Romanía

Fonte: elaboración propia con base en (Björngren Cuadra, 2012)

No Grupo 1, que recolle os países que non acadan o nivel dos dereitos mínimos, encontráronse os estados membros en que os inmigrantes indocumentados non teñen acceso ou non se poden permitir por cuestións económicas o acceso á atención de

emerxencia e neste grupo inclúense tamén os estados membros que ofrecen atención de saúde só dentro das penitenciarías. En dez estados membros encóntrase a aplicación deste nivel de dereitos recollidos na Táboa 11.

No segundo grupo, encontrámonos cos estados membros en que os inmigrantes indocumentados teñen dereito á atención de emerxencia ou atención específica en termos tales como "inmediata" ou "urxente".

Nalgúns casos hai unha tarifa moderada. Desde a perspectiva dos pacientes, a prestación de atención é predicible, xa que as regras non permiten ao persoal sanitario exercer o seu criterio en canto a quen terá ou non que recibir atención. Inclúese neste grupo os estados membros en que se pode acceder ao coidado da saúde dunha forma máis ampla baixo certas circunstancias imprevisibles (por exemplo, a opinión do profesional sanitario involucrado), ou mediante pagamento do custo total. Comprobouse que doce estados membros estaban a aplicar este nivel dos dereitos (Táboa 12)

Táboa 12. Grupo 2.

Dereito de acceso	Estados membros	
	Pagamento	Seguro
Dereito de acceso aos servizos de emerxencia de forma gratuíta		Alemaña Hungría
Dereito de acceso aos servizos de emerxencia de forma gratuíta. Pódese acceder á atención primaria e especializada mediante pagamento da totalidade do custo.	Chipre	Estonia
	Dinamarca	Lituania
	Reino Unido	Polonia
		Eslovaquia
		Eslovenia
Dereito de acceso a "axuda médica urxente". Supón un procedemento administrativo polo que se verifique a situación irregular e "indixencia"		Bélxica
Dereito de acceso a servizos de urxencia en caso de risco vital		Grecia

Fonte: elaboración propia con base en (Björngren Cuadra, 2012)

Táboa 13. Grupo 3

Dereito de acceso	Estados Membros	
	Pagamento	Seguro
Dereito de acceso á asistencia sanitaria gratuíta. O acceso implica un procedemento administrativo.	Italia	Holanda
Dereito de acceso ao sistema público de saúde gratuíto ou por un custo moderado. O acceso implica un procedemento administrativo e esta suxeito a un pre-requisito relacionado co período de estancia.	Portugal	Francia
	España	

Fonte: elaboración propia con base en (Björngren Cuadra, 2012)

No terceiro grupo, encontrámonos cos estados membros en que o dereito á asistencia sanitaria inclúe servizos máis alá da atención de emerxencia, en particular a atención primaria e secundaria. As disposicións pertinentes establécense na lexislación que se refire explicitamente aos emigrantes indocumentados. Cinco estados membros encóntranse á aplicación deste nivel de dereitos (Táboa 13.).

O autor (Björngren Cuadra, 2012) indica que, se ben os resultados deste estudo son moi interesantes, tamén teñen que ser interpretados con certa cautela. Como xa se mencionou, a situación en moitos países non é estática, polo que algunha información xa se pode estar desactualizada. Outro requisito é que a agrupación se basea nas políticas relativas aos adultos, polo que, se se inclúsen os nenos, resultaría unha agrupación diferente. Por outra parte, hai que ter en conta que no momento en que foi realizado este estudo, aínda que xa comezara a crise económica, no caso de España, non entrara en vigor a lexislación do RDL 16/2012 de contención do gasto público sanitario, o que sen dúbida cambiaría os resultados.

3.3. O uso dos servizos sanitarios por parte da poboación inmigrante

En xeral, a poboación inmigrante, á súa chegada ao país, por ser nova e en condicións de traballar, presenta un estado de saúde mellor que o da poboación autóctona, fenómeno coñecido como "efecto do inmigrante san" (Vázquez et al., 2014). As prestacións por servizos sociais nestes anos reflicten unha utilización do servizo sanitario por parte das persoas inmigrantes tradicionalmente moi débil así, segundo datos do Ministerio de Traballo, o 6,8% dos usuarios de servizos sociais en España eran persoas estranxeiras no ano 2006-2007, cando o peso desta poboación era dun 8,8% do total da poboación dos residentes en España. Estes resultados poñen de manifesto que os inmigrantes van menos ao médico.

En concreto, as persoas inmigrantes adultas van 4,2 veces fronte ás 6,7 de media dos españois, en calquera caso, as evidencias afirman unha utilización non superior á que

fai a poboación nacional (Blanco Moreno & Hernández Pascual, 2009)¹¹. No caso dos nenos, os inmigrantes acoden 5,5 veces fronte ás 7,3 visitas dos nenos autóctonos.

No caso de visitas aos centros de saúde de Atención Primaria, a frecuencia dos inmigrantes é tamén moito menor (6,4 veces ao ano fronte ás 11,1 visitas dos españois) e asociada maioritariamente ao inicio do proceso migratorio, como vía de adaptación ao modo de vida española, diminuíndo a medida que se van asentando no país. Ademais, o nivel de consumo de fármacos é igualmente inferior ao dos españois (Gimeno & Lasheras, 2009).

O estudo do Goberno vasco realizado no ano 2002 vén corroborar estes datos. Segundo os resultados deste estudo, os inmigrantes europeos non comunitarios son os que presentaron menores porcentaxes de consultas médicas no último ano en comparación cos resultados referentes á poboación autóctona, onde se observa que o 80% desta acudiu á consulta médica polo menos unha vez ao ano (Goberno vasco, 2002). Estes datos poderían estar en relación coa hipótese do "inmigrante san" segundo a cal, a menor utilización relativa de servizos sanitarios por parte da poboación inmigrante se relacionou co seu mellor nivel de saúde. Non obstante, este efecto vaise diluíndo conforme o tempo de permanencia no país de orixe aumenta. O resultado final é que o mellor coñecemento das formas de acceso aos servizos sanitarios unido ao empeoramento relativo das condicións clínicas no novo país provocarán previsiblemente un incremento do uso de servizos sanitarios (McDonald & Kennedy, 2004).

Mención aparte merece a utilización dos servizos de urxencias, xa que, mentres que a utilización dos diferentes servizos sanitarios, en termos absolutos é menor na poboación inmigrante, a frecuentación dos servizos de urxencia é mais elevada (Blanco Moreno & Hernández Pascual, 2009), esta afirmación está avalada por numerosos traballos (Esteva et al., 2006); (Rodríguez Álvarez et al., 2008; Sánchez & Junyent, 2006), que constatan que estes servizos son máis utilizados por parte da poboación inmigrante que outras modalidades de atención.

¹¹ "La utilización de los servicios del Sistema Nacional de Salud por la población inmigrante, en términos generales, es similar a la de los autóctonos de los mismos grupos de edad"

3.4. Visión por parte da poboación de nacionalidade española

A pesar destas cifras, un 27,9% dos españois "cre que os inmigrantes abusan da atención sanitaria gratuíta" e máis dun 31% está "máis ben de acordo" en que a poboación inmigrante causa unha diminución na calidade da atención sanitaria (CIS, 2008). Ademais, coa chegada da crise, na actualidade empezámonos a encontrar problemas na atención sanitaria. O sistema de saúde público español establece así grandes restricións para a poboación estranxeira en España, a través de varias modificacións legislativas. As máis importantes son as realizadas na Lei de estranxeiría e o Real decreto-lei 16/2012. Así, de acordo co artigo 12.1 da lei de estranxeiría e no artigo 38.4 da Lei xeral da Seguridade Social (modificada a 31 de decembro de 2014), a validez da tarxeta de saúde provisional que, con anterioridade á crise, era dun ano, pasa a ser de tres meses, tendo que se renovar cada tres meses presentando o certificado de empadramento cada vez que se solicite a devandita renovación. Por outro lado, a raíz da crise económica actual, os concellos non están a conceder empadramentos aos inmigrantes e, aqueles que xa tiñan tarxeta sanitaria, aos tres meses pérdena e deixan de ter atención sanitaria primaria, xa que non lles renovan a tarxeta.

Este cambio legislativo non só responde a unha necesidade de contención do gasto, senón que afonda na reforma do sistema e ten vocación de "afrontar unha reforma estrutural", tal como sinala a exposición de motivos do RDL 16/2012. Así, trae como consecuencia unha atención sanitaria de urxencia excesivamente puntual para o colectivo de inmigrantes, concedida unicamente a mulleres embarazadas e casos verdadeiramente graves. Ademais, antes da modificación da lei, a acreditación dun certificado de residencia en centros de acollida garantía a obtención da tarxeta sanitaria española, permitíndolles realizar as probas analíticas necesarias para chegar ao centro. Non obstante, este certificado xa non está a ser admitido na actualidade para a obtención da tarxeta sanitaria. A realidade actual é, por tanto, dificultar a cobertura sanitaria da poboación inmigrante. Nalgunhas zonas de España resulta case imposible o acceso ao sistema sanitario, tanto normalizado como de urxencias. Ademais, estas trabas non só alcanzan aos indocumentados que non están podendo empadroarse, senón que ademais inclúen os documentados que por traslado a unha nova provincia non se empadroaron aínda.

Por tanto, na actualidade, as migracións humanas son consideradas como fenómeno de catástrofe social e problema de saúde pública para os autóctonos, tanto polas súas características coma polas súas causas e efectos. Pola súa banda, a descontextualización que viven os inmigrantes no país de acollida prodúcelles rupturas nos compoñentes máis profundos do ser humano: identidade (o ser), cotidianeidade (o facer) e interaccións sociais (interrelacionarse consigo mesmo, cos demais e co entorno) (Restrepo, 2009). Este feito unido ao descoñecemento da interculturalidade, a desintegración social e a situación de crise económica actual son factores que dificultan o acceso e uso dos servizos que se ofrecen, o que agrava máis a situación de saúde dos inmigrantes. Neste contexto, o acceso á asistencia sanitaria da poboación inmigrante deteriórase e o perfil epidemiolóxico, os factores de risco e as estratexias de afrontamento cambian. Ante estas circunstancias, a utilización dos servizos públicos de saúde nos grupos de inmigrantes puido sufrir un cambio importante.

3.5. Aproximación á estrutura da asistencia sanitaria á poboación estranxeira en España

Con este propósito, a continuación, facemos unha aproximación á estrutura da asistencia sanitaria por parte da poboación estranxeira. A adversa posición socioeconómica, as diferenzas culturais e as situacións de discriminación e/ou racismo son as razóns explicativas detrás da maior utilización dos servizos públicos de saúde (Uiters, Deville, Foets, e Groenewegen, 2006). España é un dos maiores receptores de inmigración, fundamentalmente de inmigrantes iberoamericanos, tanto pola súa situación xeográfica (que serve de porta de entrada e paso a Europa) como pola súa proximidade cultural e lingüística. Entre eles destacan os procedentes de Ecuador, Colombia, Arxentina e Bolivia (para maior afondamento, pódese revisar a sección 2.4), cuxa poboación en España creceu de forma notable. Non obstante, o perfil de uso dos servizos sanitarios é completamente diferente. Un estudo realizado por Rodríguez Álvarez et al. (2008) para o País Vasco cunha mostra de 689 persoas (219 magrebís (31,8%), 152 subsaharianos (22,1%), 167 latinoamericanas (24,2%) e 151 europeas non comunitarias (21,9%)) revela que a maior utilización dos servizos sanitarios se asociou ao feito de ser muller, magrebí e ter unha mala autoavaliación da saúde. A maior utilización dos servizos de urxencia por parte da muller inmigrante pode explicarse tanto como reflexo de compoñentes culturais e/ou roles de xénero, que determinan peores

resultados de saúde percibida, coma pola idade, relacionada cunha maior fecundidade e un menor control do embarazo en atención primaria nas mulleres inmigrantes (Williams, 2002). Pola súa parte, o estudo do OVI31 sobre percepcións e actitudes da poboación vasca fronte aos diferentes grupos de poboación inmigrante detectou a posición máis prexudicada en magrebís, cun escaso nivel de aceptación.

Por outro lado, os servizos de urxencia, en relación con outras modalidades de atención, son máis utilizados por parte da poboación inmigrante (Cots et al., 2007). En concreto, a maior utilización da urxencia hospitalaria durante os dous primeiros anos de estancia encontrouse en persoas subsaharianas e europeas non comunitarias (Baker et al., 1996). En España a atención urxente ademais de pública é gratuíta e universal, prestada independentemente da nacionalidade e do tempo de residencia. Pode realizarse a calquera hora, o que permite a conciliación cos horarios de traballo e reduce os trámites para obter atención, superándose así barreiras idiomáticas, culturais e legais. En canto á valoración do servizo de saúde, o dispositivo asistencial peor valorado foi a urxencia hospitalaria, especialmente entre os inmigrantes subsaharianos (non así para os inmigrantes latinoamericanos). Queda por determinar se esta situación está condicionada por barreiras culturais, idiomáticas ou pola valoración exclusiva da atención asistencial (Rodríguez Álvarez et al., 2008).

Segundo os datos ofrecidos polo Observatorio europeo de Médicos do Mundo sobre o acceso aos servizos de saúde da poboación inmigrante, a posibilidade de recibir unha cobertura sanitaria relaciónase co tempo de estadía no país de acollida, sendo España o país en que os entrevistados estaban mellor informados dos seus dereitos para recibir a devandita cobertura. Con todo, as causas explicativas das desigualdades existentes no uso da asistencia sanitaria son pouco coñecidas. O compoñente cultural podería estar detrás das persoas de orixe subsahariana, colectivo onde a tramitación para a cobertura sanitaria se demora máis no tempo por falta de comprensión do proceso administrativo, unha concepción da saúde baseada na medicina curativa ou a procedencia de sistemas sanitarios moi febles nos seus países de orixe. Para o resto de colectivos, a valoración da saúde vén condicionada por factores como as experiencias ligadas á inmigración, o nivel de aculturación, as situacións de discriminación ou as diferenzas culturais e idiomáticas existentes entre a sociedade de orixe e receptora, con total independencia do nivel educativo ou socioeconómico dos grupos étnicos analizados (EEASPSI, 2007).

A supervivencia, a reconciliación co pasado e a reconstrución dun novo proxecto de vida que lles permita vivir dignamente, en comunidade e en harmonía no país de acollida son os obxectivos perseguidos pola poboación estranxeira. Esta interrelación entre as condicións sociais e a saúde dos inmigrantes deu lugar ao concepto coñecido como etno-saúde. O coidado da saúde é indispensable, non só para a mellora das condicións de saúde senón como clave para a integración social destes na forma de vida española. Isto significa que, pola súa maior vulnerabilidade e risco, a poboación inmigrante debe ser atendida cun modelo diferencial, baseado na etno-saúde e que ademais teña en conta a dignidade humana, os dereitos fundamentais das persoas, a interculturalidade e a integridade. Neste sentido, os países de acollida deben formular modelos diferenciais e integrais de saúde e asistencia que respondan ás necesidades e que articulen os diversos saberes e coñecementos de medicina (Restrepo, 2009), xa que, os diferentes modelos sanitarios nos países considerados condicionan tanto o acceso como a utilización dos servizos de saúde, especialmente no caso dos inmigrantes en situación administrativa irregular (Rodríguez Álvarez et al., 2008). Durante as crises económicas aumenta a proporción de cidadáns en situación de vulnerabilidade social e económica, é dicir, aqueles con maior exposición a diferentes riscos debido a algunhas características sociais compartidas, como a fragilidade nos vínculos relacionais e a precariedade na inserción laboral; é dicir, aumenta a proporción de grupos de poboación susceptibles de experimentar un empeoramento na súa calidade de vida, por partir de condicións precarias previas ou por estar ocupado nos sectores máis afectados pola recesión. Entre eles encóntranse os inmigrantes (Vázquez et al., 2014).

Os procesos de descontextualización, a falta de recursos e o difícil acceso antes comentados son os motivos da inexistencia destes programas integrais de saúde e de asistencia sanitaria que dean resposta a necesidades sociolóxicas tales como psico-sociais, emocionais, afectivas, culturais etc. que integren a etno-saúde dos inmigrantes, o que dificulta aínda máis a súa consulta cos servizos de saúde. Por este motivo, é frecuente que o inmigrante sitúe a saúde preventiva nun plano marxinal dentro das súas prioridades (Aguirre, 2004).

Á súa vez, esta precaria situación sociolóxica tamén impide ou dificulta a inserción laboral e, en definitiva, a integración social da poboación estranxeira en España, deixándoos en alto risco e en condicións de maior vulnerabilidade fronte aos demais. Nestas condicións rompe o equilibrio de benestar físico, psicolóxico, emocional, social, cultural e ecolóxico e retroalimentase das dificultades que impiden o mantemento dunha

vida saudable e convivencia en harmonía (Restrepo, 2003). En concreto, os inmigrantes latinoamericanos sofren case o dobre de tentativas de suicidio que a poboación española. A pesar de que o número de consultas psiquiátricas dos pacientes inmigrantes é inferior á esperada, segundo a súa representación na poboación en xeral, os cadros máis graves como os estados de axitación (12,6% das consultas), os derivados de abuso de tóxicos (11,5%), as autoagresións e as tentativas de suicidio (26%) superan todas as previsións.

De acordo co estudo de Restrepo (2009), o diagnóstico de etno-saúde realizado en España presenta os seguintes resultados:

1. Entre a poboación latinoamericana estudada evidéncianse transformacións na súa identidade, arraigamento e sentido de pertenza nos conceptos, valoracións, significados e interrelacións nas categorías de persoa-familia-comunidade, saúde-enfermidade, tempo-espazo e a tríada corpo-mente-espírito
2. O perfil epidemiolóxico do inmigrante cambia fundamentalmente por: a) a descontextualización e rupturas do proceso migratorio; b) a situación de precariedade e o estilo de vida que asumen como parte da adaptación; c) o tipo de traballo e as malas condicións laborais; d) a falta de redes de apoio e e) os factores de vulnerabilidade e risco.

Así mesmo, os principais problemas a que se enfrontan os inmigrantes en relación coa saúde son máis de tipo psico-sociais (tempo-espazo-traballo; traballo-condicións laborais; privacións-desamores-estados da alma, ánimo-estados emocionais) que fisiolóxicos, aínda que os relacionados coa tradición popular de orixe (relixión, maxia, costumes naturalistas) tamén teñen un peso importante. En concreto, falamos de problemas de depresión; desaxustes psico-afectivos e culturais; problemas estomacais e dixestivos; lumbalxias, accidentes laborais e problemas dermatolóxicos, como resultado dos traballos exercidos; problemas respiratorios e gripais por cambios bruscos do clima; alerxias polo pole (sobre todo en primavera) e as baixas defensas por estados depresivos e a desadaptación; casos de abortos e de enfermidades de transmisión sexual (en mulleres novas e principalmente ecuatorianas e colombianas). Pola súa parte, o frío, a humidade, os cambios bruscos do clima ou mesmo a mala sorte, o castigo divino e os sentimentos de culpabilidade, envexa dos demais e malas enerxías marcan problemas de saúde considerables entre a poboación inmigrante en España.

En canto aos problemas de saúde relacionados coa integración social encontramos diferenciación por categorías sociais. Así, existen máis prexuízos en homes que en mulleres á hora de acudir ao médico, especialmente no caso de problemas de alcoholismo (altamente frecuentes entre bolivianos e ecuatorianos). A drogadicción e a deserción escolar son máis frecuentes entre os mozos inmigrantes. No caso das mulleres, son os sentimentos de soidade, tristura, nostalxia, desesperanza, rabia, culpabilidade, minusvalía, desespero, impotencia, inseguridade os que prexudican a saúde destas.

Finalmente, en relación co tratamento de enfermidades ou problemas de saúde, o sistema curativo máis utilizando é o tradicional ou popular (herbolario, máxico e relixioso) e a automedicación. Algúns utilizan medicinas orientais (acupuntura, bioenergética etc.). Non obstante, a medicina occidental é utilizada como último recurso ou en caso dalgunha urxencia. Por outro lado, a consecución dun contrato laboral e/ou a tarxeta de permiso, residencia ou nacionalidade así como o reagrupamento familiar en España de fillos ou parella poderían ser considerados como unha "medicina" para estas persoas pois son os principais motivos de alegría, felicidade, satisfacción e tranquilidade. Por desgraza, estas emerxen en poucas ocasións. Este é precisamente o obxectivo que se debe perseguir, sendo unha asistencia sanitaria adecuada unha das vías fundamentais para conseguilo.

Segundo (Vázquez et al., 2014) pódese dicir que a crise económica en España formula novos retos para a protección da saúde da poboación de xeito xeral, e tamén, moi especificamente, a da poboación inmigrante, que xunto a outros grupos vulnerables presenta unha peor situación de partida. Esta situación de maior vulnerabilidade e os indicios dun importante impacto (polo menos en saúde mental), xunto a algunhas das medidas adoptadas ata agora (exclusión dos inmigrantes irregulares da atención en saúde, introdución ou cesamento da abordaxe de posibles barreiras de acceso), fan supoñer importantes efectos sobre este colectivo.

4. Material e método

Neste traballo preténdense avaliar os efectos da crise económica sobre o acceso e o uso dos servizos sanitarios públicos por parte dos inmigrantes en situación irregular. Pero, precisamente, por se tratar de persoas en situación irregular o acceso aos datos escapa, en moitas ocasións, das fontes estatísticas oficiais. Así, o estudo das opinións dos expertos do servizo público de saúde constituíu unha fonte importante para este traballo. Ao mesmo tempo, considerouse conveniente tomar en consideración as opinións e percepcións da poboación en xeral, debido a que poden reforzar ou ser un freo para a proposta de políticas sanitarias concretas por parte dos gobernos.

Para acadar os obxectivos propostos e contrastar as hipóteses formuladas (recollidas na Táboa 4, da páxina 34) utilízase unha aproximación metodolóxica desde os campos cualitativo e cuantitativo. No primeiro caso mediante entrevistas en profundidade a persoal profesional da sanidade pública¹². No segundo, mediante a realización dun cuestionario e a valoración das respostas, a través dunha análise estatística das opinións da sociedade, recollidas a través dunha enquisa elaborada para tal fin mediante un cuestionario elaborado *ad hoc*.

Tanto para o guión das entrevistas como para a elaboración do cuestionario, o procedemento de base foi similar: en primeiro lugar realizouse a revisión da literatura académica sobre o tema analizado (epígrafes 2 e 3 deste traballo) e recolléronse referencias doutros estudos similares, así como dos puntos clave sobre os que se debería incidir. Os principais traballos en que nos fundamentamos para realizar o

¹² No caso do persoal sanitario realizouse, de xeito complementario, un breve cuestionario de corte cuantitativo.

instrumento para recoller a información (guión para as entrevistas e afirmacións para valorar o acordo ou desacordo, para o cuestionario) foron principalmente os de Björngren Cuadra (2012); Blanco Moreno & Hernández Pascual (2009); Cortès-Franch & González López-Valcárcel (2014); Esteva et al. (2006); McDonald & Kennedy (2004); Pérez et al. (2014); Rodríguez Álvarez et al. (2008); Sánchez & Junyent (2006) e Urbanos Garrido & Puig-Junoy (2014).

Este primeiro paso permitiu elaborar a primeira versión do guión da entrevista e tamén do cuestionario. Posteriormente, nunha segunda fase, solicitouse a opinión de nove persoas expertas relacionadas coa saúde (unha médica do Centro de Saúde de Arteixo, dous médicos destinados no Complexo Hospitalario Universitario da Coruña (CHUAC), unha visitadora médica, unha enfermeira, unha administrativa e tres profesoras da universidade da Coruña, dúas delas investigadoras no terreo das políticas públicas e outra especialista en dereito)¹³, a estas persoas facilitóuselles unha primeira versión do cuestionario dunha serie de afirmacións sobre o sistema sanitario español, para proceder a modificalo unha vez escoitadas as súas suxestións.

As entrevistas en profundidade axústanse ao esquema seguinte (o formulario utilizado –en galego e en castelán– para as entrevistas figura no Anexo V. e no Anexo VI), recollendo opinións de persoal sanitario das áreas de Administración, enfermaría e medicina, tanto en centros de saúde como en hospitais. Estas entrevistas en profundidade foron completadas cun breve cuestionario de preguntas de valoración sobre aspectos concretos da situación sanitaria en relación coas persoas inmigrantes.

Por outra parte, avaliáronse as percepcións da poboación en xeral, para o que se comezou cunha análise descritiva, complementada cun estudo detallado, segundo as distintas áreas que conformaron a enquisa (acceso, urxencias, abuso dos servizos sanitarios e a valoración da política sanitaria, reflectida mediante a reforma sanitaria recollida polo Real decreto lei 16/2012), mediante a análise das posibles diferenzas en medias, nesas tres vertentes e desde os aspectos de xénero e atendendo ao grupo de idade, no primeiro caso, mediante unha t de Student e no último a través dunha ANOVA. En todos os casos, analizáronse as posibles diferenzas en todos os ítems que forman

¹³ Quede patente o meu agradecemento pola súa axuda e polos ánimos e empuxe que me deron para seguir con esta investigación. Naturalmente, todos os erros son exclusivamente da miña responsabilidade.

parte do cuestionario. O programa estatístico que serviu para estes estudos foi o IBM SPSS Statistics.

4.1. A opinión dos profesionais da sanidade: investigación cualitativa

A investigación cualitativa baséase nas entrevistas en profundidade semiestruturadas recollidas entre persoal sanitario dos estamentos médicos, de enfermaría e de Administración, tanto de centros hospitalarios como de centros de saúde.

Para elaborar as entrevistas realizouse un guión organizado arredor das tres áreas que se mostraron como chave no análise teórica: o uso, o acceso (tanto de tipo xeral, como de urxencias) e a valoración do RDL, que concordan, por outra parte, coas variables latentes estudadas no análise cuantitativa.

Este guión tivo como base o proposto por (Esteva et al., 2006), que estudaron a percepción das dificultades na atención a persoas inmigrantes, coa intención de coñecer a percepción dos médicos de atención primaria sobre as dificultades que teñen na atención aos paciente inmigrantes.

Táboa 14. Categorías e subcategorías

OBXECTIVOS OU CATEGORÍAS	SUBCATEGORÍAS
I ACCESO DOS SERVIZOS SANITARIOS POR PARTE DA POBOACIÓN INMIGRANTE	Acceso xeral
	Acceso inmigrantes
II. ACORDO COA POLÍTICA SANITARIA	Dificultades de acceso
	Acordo coa reforma sanitaria
	Problemas de saúde
	Rectificación RDL 16/2012 de marzo de 2015
III. DIFERENZAS NA ATENCIÓN Á POBOACIÓN NACIONAL E Á INMIGRANTE	Percepción de diferenzas
	Enfermidades diferenciais
	Formación
IV. ASPECTOS SOCIOCULTURAIS RELACIONADOS COA SAÚDE	Problemas persoais
	Uso urxencias
	Seguimento
	Idioma
	Comunicación
	Fiabilidade dos pacientes
	Mediación cultural
Formación	

Para proceder á análise das entrevistas e para a interpretación dos resultados, especificáronse varias categorías, unha por cada unha das áreas que se estudan, de acordo cos obxectivos establecidos (Táboa 1) e coas hipóteses formuladas (Táboa 4)

no capítulo introdutorio. Estas, tal como se reflicten na Táboa 14, onde figuran os principais obxectivos xunto coas subcategorías correspondentes a cada un deles. Na Táboa 15 defínense as subcategorías e na Táboa 16 recóllense as preguntas que se prepararon para tentar obter a información precisa para contrastar as hipóteses de traballo e, por tanto, responder axeitadamente aos obxectivos.

Táboa 15. Definición das subcategorías

SUBCATEGORÍAS	DEFINICIÓN DA SUBCATEGORÍA
Acceso xeral	Acceso universal á sanidade por parte de toda a poboación, tanto nacional como estranxeira
Acceso inmigrantes	Acceso universal á sanidade por parte de toda a poboación estranxeira, estea en España de forma legal ou irregular
Dificultades de acceso	Aumento de dificultades de acceso co RD-L
Acordo coa reforma sanitaria	Acordo coa implantación do RDL 16/2012
Problemas de saúde	Experiencia sobre posibles problemas de saúde xerados pola implantación do RDL
Rectificación de marzo de 2015	Opinión sobre a rectificación anunciada o 31 de marzo de 2016
Percepción de diferenzas	Problemas de atención relacionados coa diferenza cultural
Enfermidades diferenciais	Enfermidades diferentes entre poboación nacional e poboación estranxeira
Formación	Necesidade de formación adicional
Problemas persoais	Posibles problemas de índole particular que poidan ter os profesionais do sistema sanitario coa poboación inmigrante
Uso de urxencias	Acceso aos servizos de urxencias por parte das persoas inmigrantes e das persoas nacionais
Seguimento	Seguimento do tratamento e da evolución dos pacientes nacionais e estranxeiros
Idioma	Posibles problemas de idioma con persoas inmigrantes
Comunicación	As formas de comunicación dos pacientes inmigrantes como posible barreira
Fiabilidade dos pacientes	Confianza dos facultativos en que os pacientes sigan o tratamento prescrito
Mediación cultural	Necesidade dun mediador cultural para atender os inmigrantes nos hospitais ou centros de saúde
Formación	Necesidades de formación en relación coas persoas inmigrantes

Táboa 16. Obxectivos e formulación de preguntas

TEMAS	OBXECTIVOS	FORMULACIÓN DE PREGUNTAS
I. ACCESO DOS SERVIZOS SANITARIOS POR PARTE DA POBOACIÓN INMIGRANTE	<ul style="list-style-type: none"> • Coñecer a opinión dos profesionais da sanidade sobre como debe ser o acceso á sanidade pública para toda a poboación e para a poboación inmigrante • Identificar a percepción do acceso real para as persoas inmigrantes 	<p>No seu centro de traballo: Percibiu vostede nalgún momento dificultades de acceso aos servizos sanitarios para algunha persoa ou colectivo? En concreto: Percibiu algunha diferenza entre as persoas inmigrantes e as nacionais en acceso ou en uso dos servizos sanitarios? Os inmigrantes, con frecuencia, teñen dificultades para acceder ás prestacións do Sistema Nacional de Saúde</p>
II. ACORDO COA POLÍTICA SANITARIA	<ul style="list-style-type: none"> • Determinar se se percibiu un aumento das dificultades de acceso ao sistema sanitario coa implantación do RD-L • Identificar o acordo coa política sanitaria e coa implantación do RDL 16/2011 • Indagar sobre a experiencia sobre posibles problemas de saúde xerados pola implantación do RD_L • Solicitar a opinión sobre a rectificación anunciada o 31 de marzo de 2016 	<p>No seu centro de traballo: Percibiu vostede que aumentasen as dificultades acceso aos servizos sanitarios para algunha persoa ou colectivo, despois da entrada en vigor do RDL 16/2012, do 20 de abril, de medidas urxentes para garantir a sustentabilidade do sistema nacional de saúde e mellorar a calidade e seguridade das súas prestacións, Real decreto-lei (2012)? Por favor, indique se está de acordo ou non coa súa implantación e sinala os posibles problemas que poden derivarse sobre a saúde destes colectivos Está vostede de acordo con que os inmigrantes irregulares poidan acceder aos servizos públicos de saúde? Que opina da rectificación (anunciada o 31 de marzo de 2015) sobre o acceso á atención primaria dos inmigrantes irregulares respecto do establecido no RDL 16/2012?</p>
III. DIFERENZAS NA ATENCIÓN Á POBOACIÓN NACIONAL E Á INMIGRANTE	<ul style="list-style-type: none"> • Identificar problemas de atención sanitaria relacionados coa diferenza cultural das persoas inmigrantes • Indagar sobre a percepción do uso diferente que poidan facer os inmigrantes da sanidade • Identificar enfermidades diferentes entre poboación nacional e poboación estranxeira 	<p>Tivo algunha vez problemas na atención derivados de diferentes procedencias culturais dos pacientes? (+) Percibiu uso diferente da sanidade pública nos inmigrantes? (+) Na súa opinión, os inmigrantes presentan algunhas enfermidades diferentes aos nacionais?. En caso afirmativo, Cales? (+) Teño máis problemas para facer o seguimento do proceso patolóxico no inmigrante que co resto dos meus pacientes (+)</p>
IV. ASPECTOS SOCIOCULTURAI RELACIONADOS COA SAÚDE	<ul style="list-style-type: none"> • Indagar sobre posibles problemas persoais • Determinar se se percibe un uso diferente dos servizos de urxencias • Solicitar a opinión sobre o a dificultade adicional no seguimento dos pacientes inmigrantes, con respecto aos nacionais • Indagar sobre a existencia de dificultades cos diferentes idiomas dos inmigrantes • Indagar sobre problemas de comunicación • Coñecer a percepción sobre a fiabilidade dos pacientes, á hora de seguir os tratamentos • Detectar necesidades de mediación cultural • Detectar necesidades de formación adicional 	<p>A atención ao inmigrante exponme problemas de índole persoal(+) O inmigrante acode de urxencias á consulta con maior frecuencia que o resto da cota(+) O seguimento correcto dunha patoloxía en pacientes inmigrantes é máis difícil pola súa alta mobilidade(+) Os problemas de idioma que adoita haber co inmigrante supoñen dificultades na súa atención(+) Dispor dun tradutor cando teño problemas de idioma axudárame a mellorar a atención que presto ao paciente inmigrante (+) A forma en que o paciente inmigrante se comunica, tómame máis tempo que as consultas con outros pacientes(+) Con maior frecuencia os pacientes inmigrantes non seguen o tratamento comparado co resto dos meus pacientes(+) Se cada centro puidese dispor dun mediador cultural melloraría a atención ao inmigrante(+) Gustárame recibir formación en aspectos culturais da saúde para entender mellor os meus pacientes inmigrantes(+) Cre que sería necesario recibir algunha formación adicional para tratar adecuadamente as persoas inmigrantes?(+)</p>

Nota: (+) Solicítase valoración de acordo ou desacordo coa afirmación proposta, con base nunha escala Likert

Realizáronse entrevistas en profundidade nun hospital público da cidade da Coruña (Centro Hospitalario Universitario da Coruña - CHUAC) nun centro de saúde (en Perillo-Oleiros- A Coruña) no que se solicitou a opinión de profesionais da sanidade, as especialidades profesionais consultadas foron as de médicos, enfermeiros e enfermeiras e persoal de Administración. O guión da entrevista estrutúrase segundo o formulario recollido no Anexo V e no Anexo VI, en galego e en castelán, respectivamente, onde se recollen, ademais, unha breve enquisa, realizada como complemento das entrevistas en profundidade, en que se propuxo a valoración de once afirmacións¹⁴, as que os profesionais deberían responder indicando o seu acordo ou desacordo coa frase enunciada, seguindo unha escala tipo Likert para indicar desacordo total (1) ou o completo acordo (5). O guión para a entrevista atópase no Anexo V, da 169, mentres que o cuestionario final recóllese na Táboa 17.

Táboa 17. Cuestionario para persoal profesional da sanidade

Sección 5: Acordo ou desacordo coas afirmacións seguintes (1 totalmente en desacordo, 2 en desacordo 3 nin de acordo nin en desacordo 4 de acordo 5 completamente de acordo)

A atención aos inmigrantes formúlame problemas de índole persoal	1 2 3 4 5
Os inmigrantes, con frecuencia, teñen dificultades para acceder ás prestacións do Sistema Nacional de Saúde	1 2 3 4 5
Os inmigrantes acoden á consulta de urxencias con maior frecuencia que o resto do cota	1 2 3 4 5
O seguimento correcto dunha patoloxía en pacientes inmigrantes é máis difícil pola súa alta mobilidade.	1 2 3 4 5
Os problemas de idioma que adoita haber cos inmigrantes supóñenme dificultades na súa atención	1 2 3 4 5
A forma en que os pacientes inmigrantes se comunican, lévame máis tempo que as consultas con outros pacientes	1 2 3 4 5
Teño máis problemas para facer o seguimento do proceso patolóxico nos inmigrantes que co resto dos meus pacientes	1 2 3 4 5
Comparado co resto dos meus pacientes, os inmigrantes incumpren o tratamento con maior frecuencia	1 2 3 4 5
Se cada centro puidese dispoñer dun mediador cultural melloraría a atención aos inmigrantes	1 2 3 4 5
Gustaríame recibir formación en aspectos culturais da saúde para entender mellor os meus pacientes inmigrantes	1 2 3 4 5
Dispoñer dun tradutor cando teño problemas de idioma, axudaría a mellorar a atención que lles presto aos pacientes inmigrantes	1 2 3 4 5

¹⁴ Este cuestionario realizouse conxuntamente coas entrevistas en profundidade, facendo estas preguntas ao final, correspondendo coa sección 5 da dita entrevista

A mostra de profesionais da saúde entrevistados, recóllese na Táboa 18.

Táboa 18. A mostra para a análise cualitativa. Persoal sanitario

N.º de entrevista	Lugar de traballo	Especialidade	Idade	Sexo
H-1	Hospital	Médico	37	Muller
H-2	Hospital	Médico	56	Home
H-3	Hospital	Enfermaría	44	Home
H-4	Hospital	Médico	41	Muller
H-5	Hospital	Médico	37	Home
H-6	Hospital	Administración	62	Muller
H-7	Hospital	Administración	50	Muller
H-8	Hospital	Administración	64	Muller
H-9	Hospital	Enfermaría	55	Muller
CS-1	Centro de Saúde	Médico	55	Muller
CS-2	Centro de Saúde	Médico	59	Muller
CS-3	Centro de Saúde	Administración	40	Muller
CS-4	Centro de Saúde	Médico	41	Muller

Realizáronse entrevistas en dous centros sanitarios: un centro de saúde, onde foron entrevistadas dúas persoas do cadro médico e a dúas de Administración, e un centro hospitalario, onde se entrevistaron nove persoas: cinco de persoal médico, dous de enfermaría e dúas persoas de Administración, as principais características amósanse na Táboa 18.

4.2. A percepción da poboación en xeral

A análise cuantitativa utiliza como fontes de datos os procedentes das estatísticas oficiais de EUROSTAT, do INE, e do Banco de España, fundamentalmente, en particular para os aspectos relacionados coa evolución do contorno económico. Para os aspectos relativos á política sanitaria e ás percepcións da poboación en relación coa reforma sanitaria no que se refire ao acceso e uso dos inmigrantes do sistema sanitario, procedeuse á recollida de datos mediante a elaboración dunha enquisa dirixida á poboación en xeral e outra enquisa (mais breve) dirixida ao persoal profesional da sanidade, en distintos estamentos: administrativo, enfermaría e médico.

Os principais obxectivos son analizar as opinións da poboación en xeral sobre a política sanitaria levada a cabo como consecuencia da crise económica, en concreto, arredor das catro áreas sinaladas na Táboa 1, que permitan contrastar as hipóteses recollidas na Táboa 4, relativas ás áreas de acceso aos servizos sanitarios, ao acordo coa política

sanitaria, ás posibles diferenzas entre poboación inmigrante e poboación nacional en aspectos sanitarios e aspectos socioculturais relacionados coa saúde.

Para iso, en primeiro lugar, realízase unha análise estatística descritiva dos resultados da mostra, a continuación estúdanse as diferenzas entre os homes e as mulleres, a través dunha análise de comparación de medias mediante o estatístico t de student (logo da realización do test de Levene para comprobar a homoxeneidade de varianzas grupais), e tamén as diferenzas por razón de grupos de idades, para o que se realizou un estudo ANOVA, e os correspondentes test Post-Hoc.

Para elaborar o cuestionario, tomáronse como referencia os artigos académicos analizados, entre os que cómpre destacar os de Björngren Cuadra (2012); Blanco Moreno & Hernández Pascual (2009); Cortès-Franch & González López-Valcárcel (2014); Esteva et al. (2006); McDonald & Kennedy (2004); Pérez et al. (2014); Rodríguez Álvarez et al. (2008); Sánchez & Junyent (2006) e Urbanos Garrido & Puig-Junoy (2014), en termos xerais e, máis concretamente, con base no traballo “Percepción de las dificultades en la atención sanitaria aos inmigrantes económicos en medicina de familia” (Esteva et al., 2006), en que se reflicte un cuestionario realizado con base nunha escala Likert, con 30 afirmacións sobre os servizos de saúde en España. Dito cuestionario, dirixido á poboación en xeral e recollido no no Anexo IV páxina 167, consta dunha serie de afirmacións que foron divididas en tres seccións: os relativos á accesibilidade do sistema sanitario, ao uso (axustado ou abusivo) dos servizos sanitarios e á relación deste uso coa situación de crise económica.

Táboa 19. Cuestionario realizado en liña: acceso universal á sanidade

ACESO Á SANIDADE
A-1-Creo que os inmigrantes deben ter acceso aos servizos sanitarios de balde
A-2-Creo que os inmigrantes deben ter acceso aos servizos sanitarios de balde, sempre que estean de forma legal no país
A-3--Creo que os inmigrantes en situación irregular deben ter acceso de balde á sanidade pública
A-4-Creo que as mulleres deben ter acceso á sanidade pública de balde independentemente de se son inmigrantes en situación irregular, legais ou nacionais
A-5-Creo que os nenos deben ter acceso á sanidade pública de balde independentemente de se son inmigrantes en situación irregular, legais ou nacionais

Táboa 20. Cuestionario realizado en liña: acceso ás urxencias sanitarias

URXENCIAS SANITARIAS
AU-1-Creo que o sistema nacional de saúde debe ser universal e de balde, só para as urxencias médicas
AU-2-Creo que os inmigrantes deben ter acceso aos servizos sanitarios, só en caso de urxencias médicas
AU-3-Creo que os inmigrantes en situación irregular deben ter acceso de balde á sanidade pública, só en caso de urxencias médicas
AU-4-Creo que os inmigrantes deben ter acceso aos servizos sanitarios de balde, só en caso de urxencias médicas
AU-5-Creo que os inmigrantes deben ter acceso aos servizos sanitarios de balde, sempre que estean de forma legal no país, pero só en caso de urxencias médicas

Táboa 21. Cuestionario realizado en liña: Reforma sanitaria: Real decreto-lei 16/2012

REFORMA SANITARIA: REAL DECRETO-LEI 16/2012
RD-L-1-Paréceme moi ben o Decreto-lei 16/2012 (medidas urxentes para garantir a sustentabilidade do Sistema Nacional de Saúde, por motivos de crises)
RD-L-2-Creo que grazas ao Decreto-lei 16/2012 se van aforrar moitos cartos
Abuso dos servizos sanitarios
U-1-Creo que, en xeral, se abusa da utilización dos servizos médicos de urxencias
U-2-Creo que as persoas abusan do uso dos servizos médicos cando estes son de balde
U-3-Creo que en España houbo moito “turismo de Saúde” (persoas que veñen como turistas para facer uso dos servizos sanitarios públicos de balde)
U-4-Creo que as mulleres abusan da utilización dos servizos médicos de urxencias máis que os homes
U-5--Creo que as persoas inmigrantes abusan do uso dos servizos médicos máis que as persoas nacionais
U-6-Creo que as persoas inmigrantes abusan da utilización dos servizos médicos de urxencias máis que as persoas nacionais
U-7-Creo que as persoas inmigrantes en situación irregular abusan do uso dos servizos médicos máis que as persoas nacionais ou que os inmigrantes con papeis
U-8-Creo que as persoas inmigrantes en situación irregular abusan da utilización dos servizos médicos de urxencias máis que as persoas nacionais ou que os inmigrantes con papeis

A valoración das opinións sobre cada unha das afirmacións establecidas realizouse con base nunha escala tipo Likert de 7 puntos, tal como segue: (1) completamente en desacordo, (2) moi en desacordo, (3) en desacordo, (4) nin de acordo nin en desacordo (5) de acordo, (6) moi de acordo e (7) completamente de acordo. Os aspectos concretos recóllense na Táboa 19, na Táboa 20, na Táboa 21 e tamén na Táboa 22, que complementa a información anterior.

Táboa 22. Cuestionario realizado en liña: variables transversais

VARIABLES TRANSVERSAIS
X-Mod-Creo que a longo prazo vai ser máis caro pagar as enfermidades producidas por non ir ao médico a tempo que financiar a sanidade pública de balde para todo o mundo
X-Mod-Creo que só deberían ter acceso aos servizos sanitarios públicos de balde que contribúa ao seu financiamento, mediante impostos ou doutra forma
X-Mod-Estou a favor da redución do uso da sanidade pública de forma universal e de balde (para todo o mundo)
X-Mod-Estou en contra de que se reduza a atención sanitaria pública de balde, por motivos de crise económica
X-Mod-Paréceme ben que as persoas inmigrantes sen papeis non poidan acceder á sanidade pública de balde
X-Mod-Paréceme ben que as persoas inmigrantes sen papeis poidan acceder á sanidade pública, pero deben pagala
X-Mod-Teño coñecemento de que se restrinxiu o uso dos servizos sanitarios, debido á crise

Unha vez recollidas as opinións dos expertos, e incorporadas as súas suxestións, o cuestionario queda como se reflicte na Táboa 19. A recollida de datos realizouse mediante o apoio de Google Driven (Docs), a que se accede na ligazón “[cuestionario en-liña](#)”. A distribución desta ligazón foi a través de Whats-App e do correo electrónico. O período de recollida de respostas foi durante o mes de marzo e primeira semana de abril de 2015. Acadáronse un total de 320 respostas que, unha vez depuradas, (eliminando os rexistros incompletos ou erróneos) se reduciron a 240.

Ademais das preguntas relativas ás tres áreas xa citadas, formuláronse tres preguntas adicionais de clasificación: a idade, o sexo e a situación profesional. A estrutura da mostra obtida corresponde con 104 homes (43,3 %) e 136 mulleres (56,7%).

A recollida da información realizouse de forma aleatoria, mediante a distribución do cuestionario en liña a través de dous procedementos: correo electrónico e Whatsapp. Os envíos foron realizados tendo en conta a necesidade de acadar a maior variabilidade posible na mostra, para iso, o investigador que leva este traballo distribuíu a ligazón do cuestionario entre os seus compañeiros, por outra parte, solicitou a persoas do seu contorno, que dividiu en catro tipos: maiores de 45 anos e arredor dos 30 anos, por unha banda, e homes e mulleres, por outra, aos que solicitou que difundiran a ligazón entre os seus contactos. A intención foi abarcar un abanico de idades o máis amplo posible. Á vista dos resultados (Táboa 23) isto foi conseguido. A distribución por idades recóllese na Táboa 23.

A mostra para as preguntas á poboación en xeral consta de 104 homes (43,3%) e 136 mulleres (56,7%) e segue a estrutura amosada na Táboa 23, no que se refire a idade e no relativo á situación profesional, as respostas se recollen na Táboa 24.

Táboa 23. Estrutura da mostra, segundo grupos de idade

Grupo de Idade	Frecuencia	Porcentaxe	Porcentaxe acumulada
<23	59	24,58	24,58
Entre 23 e 35	55	22,92	47,50
Entre 36 e 50	46	19,17	66,67
>50	80	33,33	100,00

Táboa 24. Estrutura da mostra, segundo a situación profesional

Situación profesional	Frecuencia	Porcentaxe	Porcentaxe acumulada
Estudante universitario	55	22,92	22,92
En desemprego	18	7,50	30,42
Traballo por conta propia	25	10,42	40,83
Son traballador/a por conta allea	120	50,00	90,83
Pensionista (xubilado)	12	5,00	95,83
Estudante de ensino medio	10	4,17	100,00
Total	240	100,00	

5. Resultados

5.1. Os efectos económicos e sociais do Real decreto lei 16/2012 e a poboación inmigrante

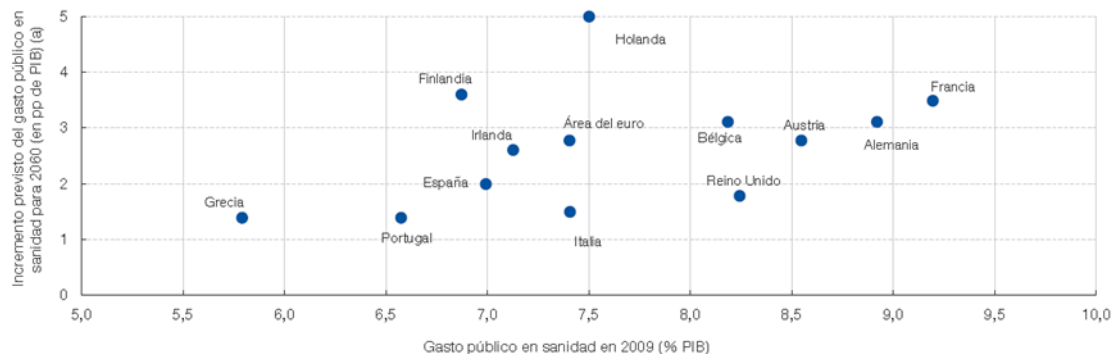
Os últimos datos estatísticos dispoñibles para España, relativos ao uso dos servizos de saúde, corresponden á “Enquisa Nacional de saúde 2011-2012”, publicada o 14 de marzo de 2013. Esta enquisa ofrece información sobre a saúde en España, entre outros datos informa do acceso e uso dos servizos sanitarios. Vense realizando quinquenalmente desde 1987. Obviamente, dada a data de promulgación do RDL 16/2012, os seus efectos, se os houbera, non están recollidos nestes datos (INE, 2013). Con todo, as previsións de crecemento do gasto sanitario en España recollen os efectos da contracción, segundo os datos feitos públicos polo Boletín Estatístico do Banco de España, n.º 60, e recollidos no Gráfico 14.

Nunha situación de forte crise e de necesidade de respostas rápidas por parte dos responsables da política económica en xeral da política sanitaria, en particular, a urxencia en conseguir a estabilización fiscal moveu o foco cara á resolución dos problemas de liquidez orzamentaria, e relegou a un segundo plano medidas de maior calado orientadas a decidir, con trazo fino, que é o que debe financiarse e como debe ser financiado (Bernal-Delgado et al., 2014).

Gráfico 14. Evolución prevista do gasto sanitario en Europa

GASTO EN SANIDAD. AUMENTO PREVISTO PARA 2060 (a)
Desglose por países

GRÁFICO 2



FUENTES: OCDE y Comisión Europea. Previsiones según el informe 2012 Ageing Report.

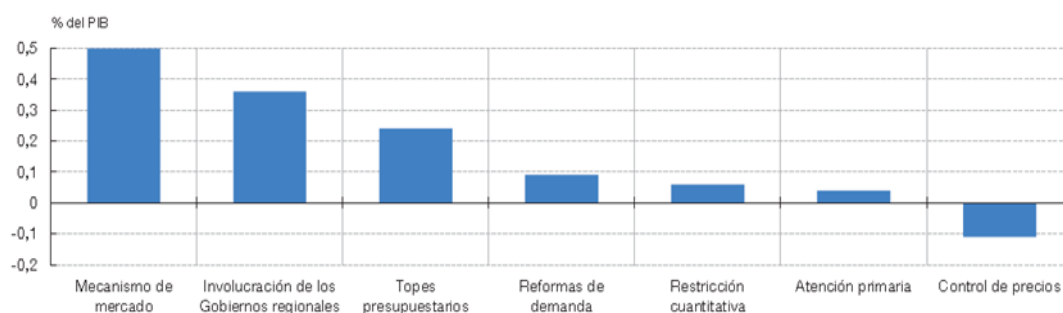
a Estas previsiones incluyen los ejercicios, según el escenario de referencia AWG, relativos al gasto público en sanidad, incluyendo los cuidados de larga duración.

O impacto medio esperado da reducción do gasto en sanidade en % PIB segundo o Banco de España, que utiliza fontes do Fondo Monetario Internacional, reflíctese no Gráfico 15, en que se recolle un escenario que vai ata 2030, recollendo as reformas sanitarias previstas.

Gráfico 15. Impacto medio esperado da reducción do gasto en sanidade

IMPACTO DE LAS REFORMAS SANITARIAS SOBRE LA CONTENCIÓN DEL GASTO (a)

GRÁFICO 5



FUENTE: Fondo Monetario Internacional (2012).

a Impacto medio esperado en términos de reducción de gasto público en sanidad hasta 2030, tras la introducción de diferentes reformas sanitarias.

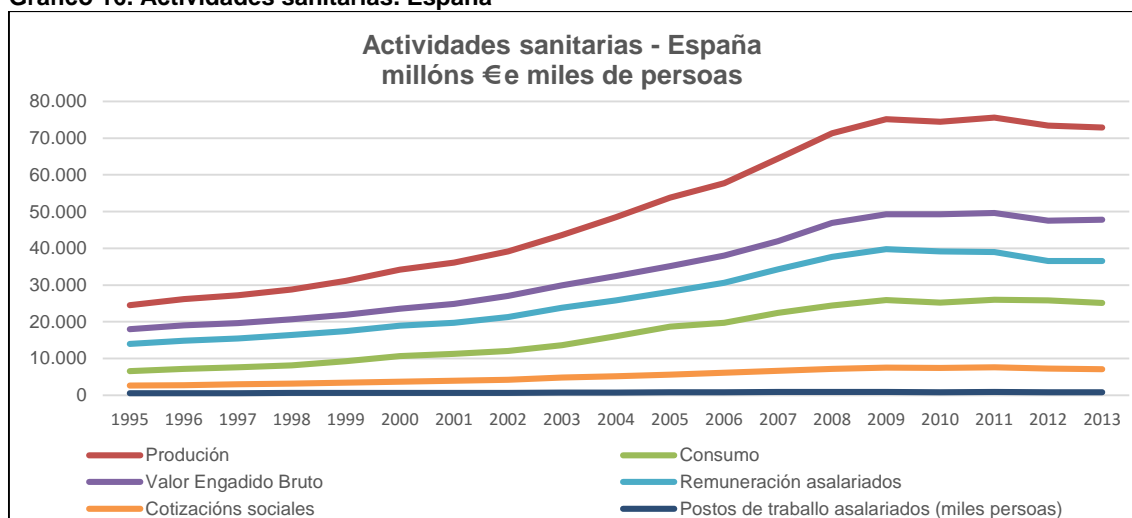
A evolución do gasto en actividades sanitarias (millóns de €) recóllese na Táboa 25, en que se comproba que a aplicación do RDL 16/2012 obtivo resultados no que se refire a reducción nos gastos en sanidade.

Táboa 25. Actividades sanitarias. España 1995-2013

ACTIVIDADES SANITARIAS						
Ano	Producción	Consumo	Valor engadido bruto	Remuneración asalariados	Cotizacións sociais	Postos de traballo asalariados (miles de persoas)
1995	24.515	6.527	17.988	13.968	2.624	553
1996	26.204	7.171	19.033	14.845	2.767	563
1997	27.241	7.609	19.632	15.484	2.960	582
1998	28.779	8.111	20.668	16.377	3.127	604
1999	31.168	9.244	21.924	17.467	3.392	626
2000	34.200	10.683	23.517	18.910	3.716	659
2001	36.136	11.277	24.859	19.748	3.931	658
2002	39.131	12.066	27.065	21.316	4.203	679
2003	43.560	13.622	29.938	23.788	4.839	727
2004	48.488	16.087	32.401	25.852	5.129	758
2005	53.835	18.707	35.128	28.140	5.626	791
2006	57.749	19.756	37.993	30.612	6.083	832
2007	64.393	22.449	41.944	34.280	6.631	858
2008	71.291	24.423	46.868	37.677	7.178	873
2009	75.181	25.902	49.279	39.749	7.508	871
2010	74.438	25.168	49.270	39.137	7.425	852
2011	75.576	25.991	49.585	38.980	7.597	867
2012	73.394	25.844	47.550	36.533	7.293	853
2013	72.868	25.129	47.739	36.555	7.070	828
Variación 2011-2010	1,53%	3,27%	0,64%	-0,40%	2,32%	1,77%
Variación 2012-2011	-2,89%	-0,57%	-4,10%	-6,28%	-4,00%	-1,66%
Variación 2013-2012	-0,72%	-2,77%	0,40%	0,06%	-3,06%	-2,88%

Fonte: Elaboración propia. Datos INE. Enquisa nacional de saúde

Gráfico 16. Actividades sanitarias. España



Fonte: elaboración propia. Datos INE

As valoracións do impacto da poboación inmigrante no custo da sanidade estiman que o custo por persoa inmigrante é menor que os das persoas nacionais, e podería situarse arredor do 60% (Blanco Moreno & Hernández Pascual, 2009), pero oscila dependendo

das distintas comunidades autónomas, en concreto, Blanco & Hernandez (2009) afirman que *“este impacto, para el año 2006, supone un 4,16% para el conjunto del Sistema Nacional de Salud, con un rango del 1,27% para Galicia al 9,22% para Madrid”*. En calquera caso, este custo é un obxectivo para reducir nas circunstancias de recorte do gasto formuladas no contexto da crise económica española, de aí que o RDL 16/2012 afecte substancialmente ao colectivo de inmigrantes. Esta modificación normativa supón unha situación de maior debilidade para as persoas estranxeiras, particularmente para aquelas que non teñen emprego ou se atopan en situación irregular.

Por outra parte, algúns autores consideran que é imprescindible ter en conta que a exclusión que xerou o RDL 16/2012 non é só un problema individual, que ata o momento xa causou varias mortes, senón que supón un cambio de modelo sanitario que afecta á sociedade no seu conxunto, e provoca unha perda de calidade na atención sanitaria que repercute na saúde de toda a cidadanía do Estado español (Morero Beltrán & Ballesteros Pena, 2015).

Os coidados sanitarios doutros colectivos, como persoas maiores, foron obxecto de estudo por (Jongen, Burazeri, & Brand, 2015)

Tendo en conta os datos, a tendencia amosada a curto prazo é de redución do gasto, por mor da reforma sanitaria. Ademais, as previsións económicas do FMI e do Banco de España indican unha tendencia á diminución a longo prazo, baseándose nas reformas sanitarias. Por tanto, a hipótese H5-CF “A nova política sanitaria non é efectiva en termos de promover a consolidación fiscal” debe ser rexeitada.

5.2. Os efectos da crise económica sobre a atención sanitaria a persoas inmigrantes: as opinións dos profesionais da saúde

Os perfís das persoas entrevistadas recóllense na Táboa 18. Os resultados das entrevistas en profundidade, segundo os obxectivos concretos formulados, son os seguintes:

5.2.1. A percepción que teñen os profesionais da saúde do acceso dos servizos sanitarios por parte da poboación inmigrante

As respostas dos profesionais da saúde son moi maioritariamente favorables a que non perciben problemas de acceso, agás dous dos médicos entrevistados en hospital. Cando se afonda nos aspectos concretos polos que perciben as ditas dificultades, o entrevistado H-5 explica que os problemas están relacionados con que organismo debe ser quen se faga cargo do custo, é dicir, do posible conflito entre sanidade pública ou privada, *“pues mira, yo creo que sí, porque en ocasiones hay dificultades con personas que tienen seguros privados, no está muy claro el flujo que tienen que seguir, si nos lo tienen que mandar sus médicos del seguro privado, si primero los atendemos y luego se reclama ese importe.. personas que no tienen tarjeta sanitaria...también a veces tenemos algunas dificultades. Nosotros atendemos a todo el mundo, pero a veces es cierto que es difícil para las personas poder hacer lo correcto”*. Pero este mesmo profesional aclara que se trata de un aspecto que non afecta só as persoas inmigrantes : *“yo creo que es igual para nacionales o extranjeros, inmigrantes o nacionales, vaya, exactamente igual”*. Algún dos entrevistados indica que na súa experiencia persoal non detectou esas restricións, pero que si ten coñecemento de que as hai (H-4) *“...yo no he percibido personalmente ninguno, porque aquí no tratamos con pacientes¹⁵, pero si que he visto alguna noticia y que alguien me ha comentado que si que se ha rechazado alguna atención por paciente inmigrante”*.

5.2.2. A valoración por parte dos profesionais do sector sanitario da política sanitaria impulsada polo Real decreto-lei 16/2012

Esta valoración centrouse na resposta a catro preguntas.

1. No seu centro de traballo: Ten percibido vostede que aumentaran as dificultades de acceso aos servizos sanitarios para algunha persoa ou colectivo, despois da entrada en vigor do RDL 16/2012, do 20 de abril, de medidas urxentes para garantir a sustentabilidade do sistema nacional de saúde e mellorar a calidade e seguridade das súas prestacións?

¹⁵ Médico destinado en Medicina Preventiva

2. Por favor, indique se está de acordo ou non coa súa implantación e sinale os posibles problemas que poidan derivarse sobre a saúde destes colectivos.
3. Está vostede de acordo con que os inmigrantes irregulares poidan acceder aos servizos públicos de saúde?
4. Que opina da rectificación (anunciada o 31 de marzo de 2015) sobre o acceso á atención primaria dos inmigrantes irregulares respecto ao establecido no RDL 16/2012?

5.2.2.1. *Aumento das dificultades de acceso ao sistema sanitario coa entrada en vigor do Real decreto-lei 16/2012, do 20 de abril*

A primeira delas “No seu centro de traballo: Ten percibido vostede que aumentaran as dificultades de acceso aos servizos sanitarios para algunha persoa ou colectivo, despois da entrada en vigor do RDL 16/2012, do 20 de abril, de medidas urxentes para garantir a sustentabilidade do sistema nacional de saúde e mellorar a calidade e seguridade das súas prestacións?” pon de manifesto que existen certos efectos coa implantación do RDL 16/2012. En concreto, das entrevistas feitas no centro de saúde, a CS-3, correspondente a unha auxiliar administrativa, amosa que aprecia maiores dificultades no acceso, pero estas dificultades no foron apreciadas polo persoal médico.

No que respecta ás opinións do persoal de hospital, o persoal administrativo non percibe estas restricións (H-6, H-7, H-8) H-9, pero o persoal médico si. “*Si, sí*” (H-5) “*Sí. Es un sí. No es una barbaridad de gente, pero sí que hay casos, hay bastantes casos*”, algúns entrevistados (H-1, H-2) non teñen percibidas maiores dificultades de acceso, pero un dos médicos entrevistados (H-3) indica que o acceso debe ser considerado en sentido máis amplo que a propia asistencia médica, porque hai factores complementarios, como os relacionados cos tratamentos farmacolóxicos “*...de acceso no, lo que si al cambiar lo que es la subvención de los medicamentos, está claro que ha afectado a las personas con menos recursos a la hora de poder comprar a lo mejor esos medicamentos, porque la aportación del Estado es menor, entonces yo creo que les ha afectado en ese sentido, en que la gente que tiene menores recursos económicos, a ese colectivo, sí, pero en general, en global, a todo el que tenga menos recursos económicos yo creo que sí le ha podido afectar el tema farmacéutico*”, en este mesmo sentido, H-5 indica que “*Hombre, sí que hay más dificultades, porque a veces te encuentras con algunos pacientes a los que no les puedes prescribir nada, porque no tienen entre comillas, para nosotros, soporte farmacológico, no tenemos activada la opción de poder recetarles nada*”

O aumento das restricións no acceso, debido á aplicación do RDL 16/2012, son percibidas con claridade para H-4 *“Vamos a ver, sí, lógicamente si le quitan la tarjeta, alguna prestación pues, se ve reducida, no tendrán a lo mejor el mismo acceso que otra persona”*

En resumo, apréciase un aumento das dificultades de acceso, tras a aplicación do RDL 16/2012, principalmente relacionadas co tratamento farmacolóxico, que queda restrinxido debido a que se lles retira a tarxeta sanitaria. O persoal de Administración percibe esta restrición en moita menor medida que o médico, e tamén se percibe en menor medida no centros de saúde que no hospital.

5.2.2.2. *Acordo coa implantación do Real decreto-lei 16/2012, do 20 de abril*

En relación coa implantación do RDL, os profesionais poñen o acento nos problemas económicos que a restrición ao sistema público de saúde supón para as persoas inmigrantes que, xeralmente, teñen ingresos escasos, o persoal médico hospitalario, móstrase en claro desacordo: *“¿los problemas?: la respuesta es larga, el principal problema es que si no tienen asistencia pública tienen que pagarla. Si tienen que pagarla y son, en general, gente con pocos recursos, no irán al sistema médico, porque no irán al sistema público y tampoco al privado, por tanto tienen más riesgo de padecer enfermedades y no tratarlas”* (H-2). *“Vale, pues no estoy de acuerdo con la implantación y problemas derivados: múltiples. Desde el que pone todo el mundo de ejemplo, pues una persona que puede venir de fuera, que tenga una tuberculosis y que no podamos tratarla y acabe produciendo más casos a nivel de la comunidad, hasta problemas de otras índoles como que la gente empiece a comprar fármacos por internet, empieza, bueno, a haber, como en todo, tú, cada vez que prohíbes o restringes el acceso a algo al final la masa consigue puentear eso, a veces bien y a veces mal, dando lugar a mercados secundarios, mercados negros, estas cosas, vaya que, en desacuerdo completamente”* (H-5). *“Pues, lo que veo es eso, que el acceso al medicamento se ha encarecido e incluso hay comentarios de algún paciente que por no comprar la medicación, pues ya no la toma, por no tener que hacer una aportación mayor de la que a lo mejor tenía que hacer antes, o que no tenía que hacerla, pues prefiere no tomar el tratamiento”* (H-3). *“Vamos a ver, sí. Yo no he percibido personalmente ninguno, porque aquí no tratamos con pacientes, pero sí que he visto alguna noticia y que alguien me ha comentado que sí que se ha rechazado alguna atención por paciente inmigrante”* (H-4).

O persoal do centro de saúde mostra o seu acordo parcial, indicando que se deben considerar as circunstancias de cada quen *“Si, pero debería haber más excepciones [...] sí, estoy de acuerdo en que se permita el acceso a los inmigrantes en los 6 primeros meses, sólo para las urgencias”* (CS-4); *“Si, estoy de acuerdo en controlar un poco las necesidades de cada paciente, pero en cuanto los problemas de salud, lo desconozco”*¹⁶ (CS-3).

O persoal administrativo amosa maior variabilidade nas respostas, sendo algunhas claramente favorables, outras presentan dúbidas, como a entrevistada H-6, que indica *“estoy de acuerdo que sean atendidos en primaria, pero... hummm... vamos toda esta gente que está sin papeles, eh... lo mismo que en el resto de Europa, que no existe esta prestación, estoy de acuerdo en que tampoco exista aquí”*; porén, outras persoas do cadro administrativo amósanse completamente desfavorables (*“no, yo no estoy de acuerdo en que le quiten ninguna prestación a nadie”* (H-7)).

En xeral hai unanimidade no desacordo coa implantación do RDL 16/2012, por parte do persoal médico hospitalario, que constatan que se os inmigrantes non teñen acceso gratuito van restrinxir a súa asistencia ao sistema de saúde e, por tanto, teñen máis risco de padecer enfermidades e non tratalas, co importante risco de saúde pública que iso entraña.

Non cabe dúbida de que as opinións vertidas neste punto aconsellan o rexeitamento de hipótese nula H2-PS-PS *“Os profesionais da saúde están de acordo coa reforma sanitaria”*.

5.2.2.3. *Acordo co acceso dos inmigrantes en situación irregular aos servizos públicos de saúde*

O acordo é unánime nas respostas do centro de saúde e practicamente unánime no contorno hospitalario, onde só unha persoa do cadro médico se amosou contraria (H-9), pero algunhas das persoas entrevistadas fan algunhas matizacións, como H-4 que indica que *“en principio la sanidad estaba pensada de manera universal, a todas las personas que residen en España, es verdad, que a lo mejor alguna limitación hay que tener, pero bueno, yo me imagino que o pienso que cada uno, cuando necesita una atención debería de dársela, claro”*, o una persoa del cuadro administrativo (H-6) que

¹⁶ Este descoñecemento é porque a persoa que responde é da rama administrativa

precisa *“Ehhh... bueno, tal y comooooo.... como pueden utilizar la tarjeta de primaria, sí, estoy de acuerdo que la utilicen, pero "a demanda" no”*

Existe un amplo acordo en facilitar acceso xeneralizado, aínda que con certas lixeiras matizacións.

Á vista das opinións dos profesionais da sanidade en relación co acceso aos servizos sanitarios, a hipótese H1-A-PS “Os profesionais da sanidade son partidarios de limitar o acceso universal á sanidade”, debe ser rexeitada.

5.2.2.4. *Opinión sobre a rectificación (anunciada o 31 de marzo de 2015) sobre o acceso á atención primaria dos inmigrantes irregulares respecto ao establecido no RD 16/2012?*

As opinións son claramente a favor, entre os que tiñan coñecemento desta rectificación, porque había bastantes persoas entrevistadas que non estaban informadas, algunhas delas amosaban sorpresa no rostros, pero outras (como é este caso) verbalizaban a súa desinformación (*“¿Es que ahora tienen acceso? ¿es la última?. Estoy de acuerdo – H-2) ¹⁷.*

Os/as entrevistados/as amósanse favorables a ampliar o acceso *“pues me parece bien, obviamente, la base de todos los sistemas sanitarios es la asistencia primaria. Si no los dejamos la atención primaria, acabarán aquí, en urgencias, con lo cual colapsaremos urgencias más todavía”;* (H-5). *“Me parece bien, rectificar cuando..., si, sí, muy bien”* (H-7). *“Bien, estoy de acuerdo”* (H-8). *“Me parece perfecto, porque desde primaria ya hacen una buena derivación a urgencias”* (H-6). *“A ver, y creo que toda persona y todo paciente tiene derecho a una atención sanitaria y los problemas que pueden derivar es mucha gente que viene de unos países donde hay determinadas enfermedades, enfermedades re-emergentes, pues si no se lleva a cabo una atención sanitaria precoz, pues podemos ¿no?, tener un problema porque no estamos inmunizados, no estamos protegidos, hablo desde el punto de vista de medicina preventiva. Es decir, y muchas veces cada vez tenemos más enfermedades, que ya teníamos controladas, debido a la recepción de todos estos pacientes”* (H-1). Indican, por outra parte, a súa preocupación porque se trate a sanidade como unha cuestión simplemente económica: *“Yo creo que se lo han planteado simplemente la sanidad como un tema económico y la sanidad nunca puede ser rentable económicamente, no se puede plantear como, o creo yo que no se puede*

¹⁷ Téñase en conta que foi anunciado nos medios de comunicación, pero non houbera comunicación oficial concreta, no momento de facer as entrevistas

plantear como un tema económico, porque si tienes colectivos que sanitariamente no se encuentran bien, al final es un problema de salud pública general, global, que va a afectar a todo el mundo, los temas de vacunación y demás” (H-3).

E conveniente sinalar que algún profesional entrevistado fixo referencia ao caso particular da CCAA galega, en que xa se estaba a prestar atención sanitaria aos inmigrantes irregulares (aínda que non dispoñían de tarxeta sanitaria), polo que considera que a rectificación anunciada no tería moito efecto nesta comunidade autónoma, na que de feito xa se estaba aplicando a norma así. *“Me parece bien, en todas las comunidades autónomas deberían tener los mismos derechos y poder acceder a la atención primaria cuando lleven empadronados cierto tiempo” (CS-4)* “En nuestra comunidad no va a afectar casi nada, porque ya se está utilizando la nueva rectificación” (CS-3).

Amosan a súa reticencia a que o RDL permaneza vixente *“Esto es así, entonces, en cualquier momento pueden decir: "existe este Real decreto, y este Real decreto es de obligado cumplimiento", por tanto pueden decir: "lo que hemos dicho hasta ahora, se acabó, vamos a ponerlo a rajatabla", entonces, lo que tendrían que actuar es sobre el Real decreto” (H-1); “bueno, vamos a ver, es una mejora a lo que se establece en un primer momento, pero bueno, yo no sé si será lo ideal, lógicamente, lo ideal no será...” (H-4).*

Síntese: a favor da rectificación do RDL anunciada o 31 de marzo de 2015, amósase preocupación porque siga en vigor a norma e polo tratamento da sanidade como un problema simplemente económico, cando é unha cuestión moito máis importante, de saúde pública, e de seguridade na saúde da poboación en xeral. Tamén se pon de manifesto a necesidade dunha aplicación uniforme da norma en todo o territorio español, xa en Galicia esta rectificación, agora anunciada, xa se viña aplicando “de facto” con anterioridade.

5.2.3. A percepción das diferenzas entre a poboación nacional e a inmigrante

Neste punto formuláronse 4 preguntas:

1. Ten percibido un uso diferente da sanidade pública nos inmigrantes?
2. Tivo vostede algunha vez problemas na atención derivados das diferentes procedencias culturais dos pacientes?

3. Na súa opinión, os inmigrantes presentan algunhas enfermidades diferentes aos nacionais?. En caso afirmativo, cales?
4. Cre que sería necesario recibir algunha formación adicional para tratar axeitadamente as persoas inmigrantes?

Que se poden analizar en dous bloques: o referente ás diferenzas culturais e as sanitarias.

5.2.3.1. *Diferenzas en aspectos sanitarios*

No relativo ao uso do sistema sanitario hai certa dispersión nas respostas, por parte do sector administrativo non se perciben diferenzas. Por parte do sector médico, tres profesionais indican que eles perciben un uso claramente diferente (dous médicos de Centro de Saúde CS-1 e CS-2, e un médico de hospital C-9). Por parte do resto do persoal de enfermaría ou médicos entrevistados non se perciben diferenzas substanciais coa poboación nacional (*..”yo soy médico de familia y no he percibido..”*) (H-1), pero fanse algunhas precisións *“..pues al final suelen acudir más a través de los servicios de urgencias, pero es más subjetivo, me parece..”* (H-3). Se ben se fai algunha distinción na intensidade do uso do sistema sanitario, esta é de matiz *“hombre, tengo que decir que, en mi experiencia personal, parecen más demandantes a lo mejor que los nacionales. Sí, hay un uso diferente, por parte de ellos parece que tienen otras exigencias”* (H-5).

Síntese: o persoal administrativo non ve diferenzas. Os médicos aprecian, en baixa medida, certas condutas diferentes en intensidade de uso e en certa tendencia a ir aos servizos de urxencias con máis asiduidade que a poboación nacional.

Polo que se refire ás enfermidades ou patoloxías presentadas polas persoas inmigrantes existe unha grande unanimidade na diferenza, ademais dunha grande preocupación, debido a que se destaca a grande incidencia diferencial de enfermidades infecciosas na poboación inmigrante, algunhas delas case que erradicadas en España. Tense unha importante concienciación sobre o problema de saúde pública que suporía a falta de tratamento das enfermidades infecciosas.

Tendo isto en conta, a hipótese H3-D-PS “Os inmigrantes teñen problemas sanitarios específicos, diferentes dos da poboación nacional” debe ser aceptada.

A dimensión clínica na atención aos inmigrantes é probablemente a que maior inseguridade ofrece aos médicos, dado que os médicos consideran difícil realizar un seguimento axeitado da enfermidade nun paciente inmigrante (Esteva et al., 2006).

Os médicos do Centro de Saúde indican (C-1, C-2) que as persoas inmigrantes padecen enfermidades infecciosas en maior medida que a poboación nacional, mentres que o persoal administrativo (CS-3 e CS-4) amosa o seu descoñecemento deste particular, persoal administrativo do hospital amosa o seu descoñecemento (H-7) ou pensan que non debe haber diferenzas (H-8, H-9). En cambio, no sector de médicos e enfermaría, hai unha forte preocupación polas enfermidades que padecen maioritariamente as persoas inmigrantes, que son diferentes ás nacionais “*Si, tienen enfermedades diferentes, tuberculosis, por ejemplo, SIDA, esta gente viene de países pobres y muchos tienen tuberculosis y cuando llegan aquí se les diagnostica, porque aquí la tuberculosis es muy frecuente*” (H-2). A tuberculose revélase como unha importante preocupación “*la tuberculosis es más frecuente, luego hay alguna otra enfermedad tropical infecciosa, también más frecuente en personas que, pues, han residido en otros países, sí*” (H-4), a incidencia é diferente entre persoas nacionais e inmigrantes, “*Sí, yo creo que si, en algunos casos son enfermedades que no son comunes aquí y otras también son comunes aquí, pero al no tener un control, puede desbordarse bastante la situación, como en los casos de tuberculosis que si a veces... y vacunas que aquí están implantadas desde hace muchos años y allí no, porque, bueno, el sistema sanitario a lo mejor no funciona tan bien, en ese sentido, por ejemplo la tuberculosis es un problema, que aquí ya es importante*” (H-3). Padecen “*sobre todo enfermedades transmisibles, es decir, sobre todo las que son prevenidas por vacunas*” (H-1), pero hai que destacar que “*...para venir aquí ya les obligan, en este momento, pues la cartilla de vacunación internacional para entrar en el país y entonces ya no transmiten ningún tipo de enfermedad como pasaba pues hace años*” (H-5), ademais “*por ejemplo nosotros aquí que vemos mucho viajero internacional y vemos a muchas personas que van de vuelta a sus países de origen, fundamentalmente Sudamérica o de África, sí, claro, ellos tienen... están expuestos allí a enfermedades que aquí no tenemos*” (H-5)

5.2.3.2. Diferenzas en aspectos culturais

O idioma e as diferenzas culturais son unha barreira para a atención e recoñécese maioritariamente que un tradutor e a axuda de mediadores supoñería unha mellora na atención sanitaria. Aínda así, non son consideradas medidas prioritarias. Non obstante, a falta de comunicación por problemas culturais, ou idiomáticos xera insatisfacción e diminúe a calidade da atención (Esteva et al., 2006).

O persoal administrativo do Centro de Saúde non percibe diferenzas culturais, mentres que o persoal médico si, ademais indican que tiveron algún tipo de incidente relacionado

coas diferenzas culturais e que consideran conveniente dispor de formación para afrontar estas situacións; naturalmente, o persoal administrativo do centro de saúde entrevistado, non considera necesaria esta formación, xa que logo, non perciben estas diferenzas de orixe cultural; pola súa parte, o persoal administrativo do hospital indica que non ten percibidas grandes diferenzas culturais nin tampouco dificultades especiais, consecuentemente, non consideran necesaria formación neste sentido, pero non se mostran contrarios a recibila: “.. *si me la dan, tampouco la descarto*”

O persoal médico hospitalario entrevistado pensa que non hai problemas importantes por razóns culturais, salvo casos puntuais “*en relación con exigencias derivadas de la atención en su país, que piensan que... ellos tienen que adaptarse a los sistemas sanitarios que tenemos nosotros, a las pruebas que tenemos nosotros ya todo lo que hacemos nosotros ¿vale?*” (H-1), pero percibe diferenzas culturais relacionadas coa sanidade, en particular co idioma ou con certos usos dos países de orixe: “...*quitando problemas que podríamos tener de idioma, porque no nos entenderíamos, pero al final, no, ningún problema, para nada*” (H-5) e amosa a conveniencia e o seu interese en recibir formación adicional para tratar axeitadamente a estes pacientes: “*Pues a veces un traductor no vendría mal, pero no, yo creo que en principio, en nuestra especialidad no, en otras especialidades, dermatología o algunas así sí, pero en medicina preventiva, no*” (H-4) “*la formación para los sanitarios no estaría de más, la formación siempre es buena, yo creo que sí*” (H-3), “*Vamos, sí, toda la información es bienvenida*” (H-4)

En síntese, podese afirmar que as diferenzas culturais relacionadas coa saúde son percibidas maioritariamente polo persoal de enfermaría e médicos, pero non polo persoal de Administración, en canto a necesidade de formación, é importante para os sanitarios non administrativos, pero todos eles amosan boa disposición para recibila.

Estas opinións están relacionadas coa hipótese H4-U-PS “Os inmigrantes non amosan particularidades culturais que se reflicten na atención sanitaria”, pero é preciso ter algunha información adicional para acadar unha conclusión clara. A análise das cuestións de valoración por parte do persoal sanitario, analizadas a continuación, son de utilidade para resolver esta cuestión, en concreto, as relativas a cuestións culturais, recollidas no puntos 0, 5.3.6 e 5.3.9. Á vista dos resultados obtidos nestas valoracións ás afirmacións propostas relacionadas con aspectos culturais, procede rexeitar a hipótese nula.

Como resumo poderíanse extractar as seguintes opinións:

Entonces, si no tienen acceso al sistema público, son gente que anda por la calle con tuberculosis y están contagiando a todo el mundo (H-2)

y, a veces, los inmigrantes, sobre todo de forma irregular, pueden ser un problema, puede ser un problema, sobre todo si no se les controla, debería de controlarse a todos de forma gratuita y vamos...(H-3)

han venido muchas veces, después de un viaje largo, hacinados, en malas condiciones, y precisamente, por ese motivo debería de asistírseles nada más llegar (H-3).

Yo creo que tiene que haber campañas informando de alertas sanitarias internacionales, sobre todo de la recepción de esos pacientes y tener en cuenta que hay enfermedades que aquí no se sospechan, pero que en estas personas sí que tendrían que sospecharlas. Un ejemplo: la tuberculosis, en España hay tuberculosis, pero gente sobre todo que viene del Este, Rumanía, países de la antigua Unión Soviética, la prevalencia ahí es muchísimo mayor, por lo tanto, yo, en estos pacientes, tengo que tener una sospecha, si yo no tengo esa información, puede pasar desapercibida. La malaria, gente que me viene de los países tropicales, tengo que saber dónde hay malaria, para poder sospecharla (H-1).

5.3. Cuestionés valoración de acordo ou desacordo con afirmacións de tipo xeral relacionadas coas peculiaridades da poboación inmigrante¹⁸

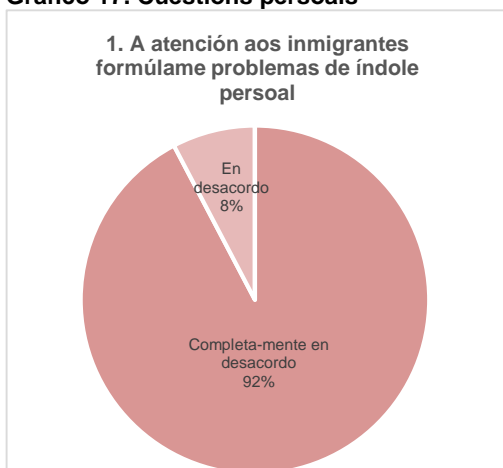
O persoal sanitario foi preguntado sobre a valoración dunha serie de afirmacións, que se analizan a continuación.

O sistema axustouse a unha escala Likert, como segue: (1) completamente en desacordo, (2) en desacordo, (3) nin de acordo nin en desacordo, (4) de acordo, (5) completamente en desacordo. As respostas, amosan os resultados seguintes:

¹⁸ Nos puntos seguintes ofrécese información detallada; non obstante, para máis detalles pódese consultar o Anexo XVII.

5.3.1. A atención aos inmigrantes formúlame problemas de índole persoal (1)

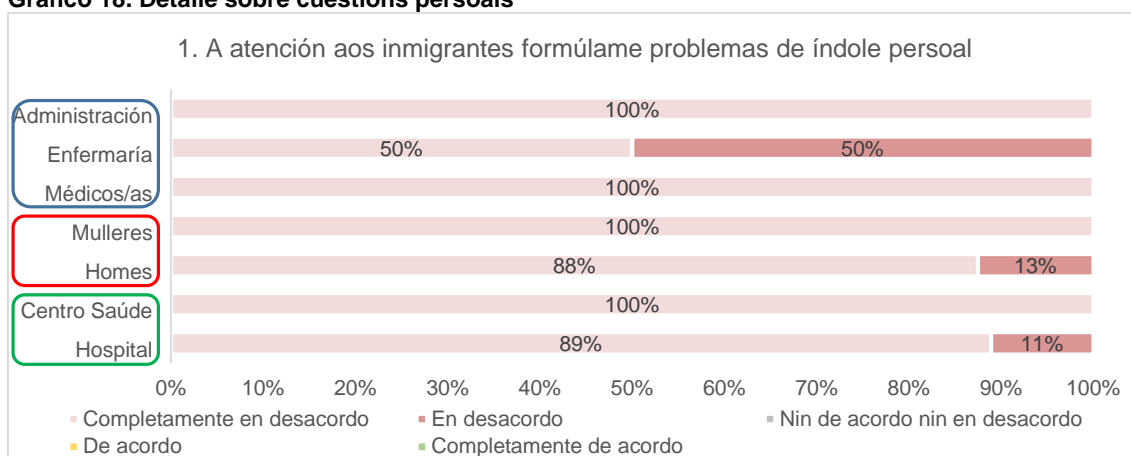
Gráfico 17. Cuestións persoais



A afirmación “A atención aos inmigrantes formúlame problemas de índole persoal” é valorada coas puntuacións extremas, ou considéranse completamente de acordo (92,3%) ou completamente en desacordo (7,7%) (Gráfico 17), sendo moi maioritarias as respostas que rexeitan esta afirmación, ademais, pódese concretar (Gráfico 18) que se trata dun único respondente, que corresponde cun home, que traballa nun centro de saúde

como enfermeiro; é dicir, que a resposta é practicamente unánime indicando que non existen problemas de índole persoal entre as persoas que responderon a enquisa.

Gráfico 18. Detalle sobre cuestións persoais

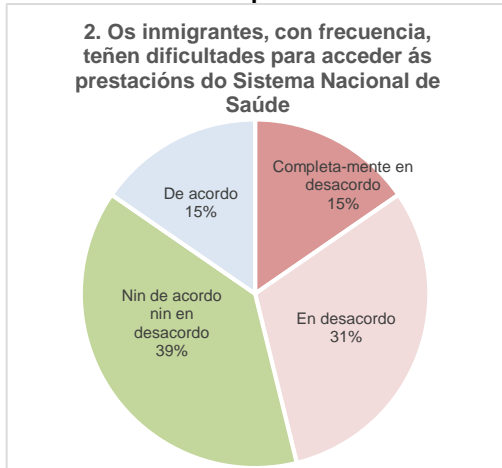


Táboa 26. Cuestións persoais

1. A atención aos inmigrantes formúlame problemas de índole persoal						
		Completamente en desacordo	En desacordo	Nin de acordo nin en desacordo	De acordo	Completamente de acordo
TOTAL		92%	8%	0%	0%	0%
Centro de traballo	Hospital	89%	11%	0%	0%	0%
	Centro Saúde	100%	0%	0%	0%	0%
Sexo	Homes	88%	13%	0%	0%	0%
	Mulleres	100%	0%	0%	0%	0%
Sector: especialidade	Médicos/as	100%	0%	0%	0%	0%
	Enfermería	50%	50%	0%	0%	0%
	Administración	100%	0%	0%	0%	0%

5.3.2. Os inmigrantes, con frecuencia teñen dificultades para acceder ás prestacións do Sistema Nacional de Saúde (2)

Gráfico 19. Acceso a prestacións

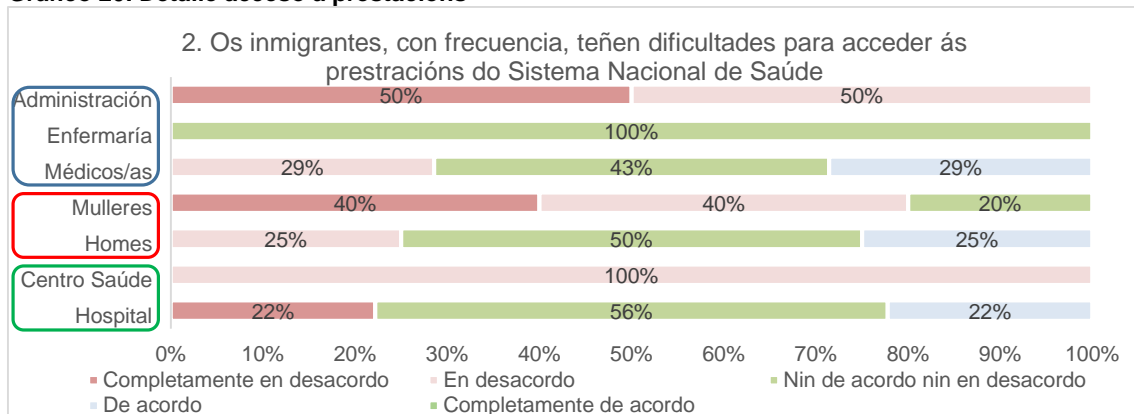


As respostas a esta pregunta reflicten o feito de que a enquisa foi realizada na Comunidade Autónoma de Galicia, onde a aplicación do RDL 16/2012 foi moi escasa, así ninguén amosa un acordo completo coa afirmación, senón que, polo contrario, hai desacordo (Gráfico 19) en case a metade das respostas, só un 15% indican que están de acordo e unha parte moi importante non se decanta nin polo acordo nin polo desacordo, o que corresponde

coa situación de indefinición con respecto á reforma sanitaria acometida en Galicia, onde practicamente non se restrinxiu o acceso, se ben, debido ao imperativo legal, se retiraron as tarxetas sanitarias a moitos inmigrantes, quedando sen prestacións para atención farmacolóxica, dentro do sistema sanitario. Así, as prestacións víronse parcialmente limitadas, de aí a polarización das respostas cara a “nin de acordo nin en desacordo” ou os distintos graos de desacordo.

O análise polo miúdo das respostas, focaliza a cuestión da asimetría en canto ao acceso ás prestacións, por iso, o persoal de enfermaría (máis próximo ao paciente no día a día) contesta que non está nin de acordo nin en desacordo, probablemente debido a que aprecia as dúas vertentes (acceso aos servizos de certas consultas, pero non farmacolóxicos), en cambio o sector médico contesta tanto que está de acordo como en desacordo, probablemente dependendo da súa especialidade (Gráfico 20).

Gráfico 20. Detalle acceso a prestacións



José María Picatoste Novo

Este punto é especialmente importante, pois consiste nun dos piares sobre os que pretende incidir a reforma sanitaria formulada no RDL 16/2012, e que se enmarca no contexto de que todos os países da Unión Europea están a analizar e adoptar medidas que permiten optimizar os seus modelos asistenciais e farmacéuticos e, en especial, o gasto farmacéutico e o seu peso no gasto sanitario, en especial nos países aos cales golpeou con máis intensidade a crise financeira e económica.

Neste mesmo sentido, destaca a unanimidade do persoal dos centros de saúde, que considera que non hai dificultades de acceso con frecuencia, fronte ás apreciacións dos facultativos do hospital que presentan visións moi diferentes, xa que están en completo desacordo o mesmo número de médicos que os que amosan o seu acordo, case cerca dunha cuarta parte en cada unha das posicións (22%), pero máis da metade coinciden en amosar as súas dúbidas (56%).

Onde se aprecias claras diferenzas nas respostas é entre homes e mulleres (este aspecto é tratado con detalle no punto 5.5, da páxina 128), xa que as mulleres están maioritariamente en desacordo (80% = 40% en desacordo e 40% completamente en desacordo), é dicir, que pensan que non hai dificultades de acceso ás prestacións do Sistema Nacional de Saúde, mentres que os homes amosan certas dúbidas (50% nin de acordo nin en desacordo), que se reflicten na cuarta parte de respostas de acordo e o mesmo número en desacordo.

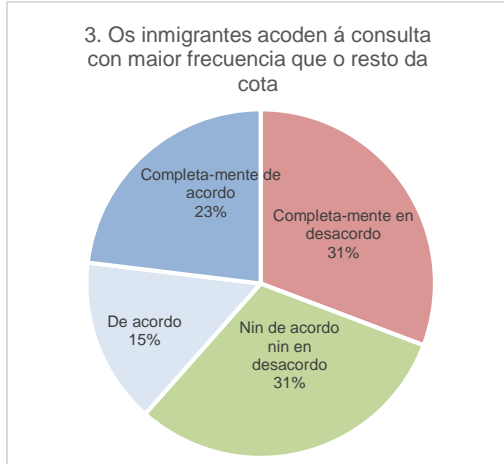
E comprobable a diferenza entre as apreciacións dos estamentos médicos e o persoal de Administración, o que é consistente coas diferentes tarefas que cada un destes grupos asume na sanidade.

Táboa 27. Acceso a prestacións

		2. Os inmigrantes, con frecuencia teñen dificultades para acceder ás prestacións do Sistema Nacional de Saúde				
		Completamente en desacordo	En desacordo	Nin de acordo nin en desacordo	De acordo	Completamente de acordo
TOTAL		15%	31%	39%	15%	0%
Centro de traballo	Hospital	22%	0%	56%	22%	0%
	Centro Saúde	0%	100%	0%	0%	0%
Sexo	Homes	0%	25%	50%	25%	0%
	Mulleres	40%	40%	20%	0%	0%
Sector: especialidade	Médicos/as	0%	29%	43%	29%	0%
	Enfermaría	0%	0%	100%	0%	0%
	Administración	50%	50%	0%	0%	0%

5.3.3. Os inmigrantes acoden á consulta de urxencias con maior frecuencia que o resto da cota (3)

Gráfico 21. Comparativa de visita á consulta



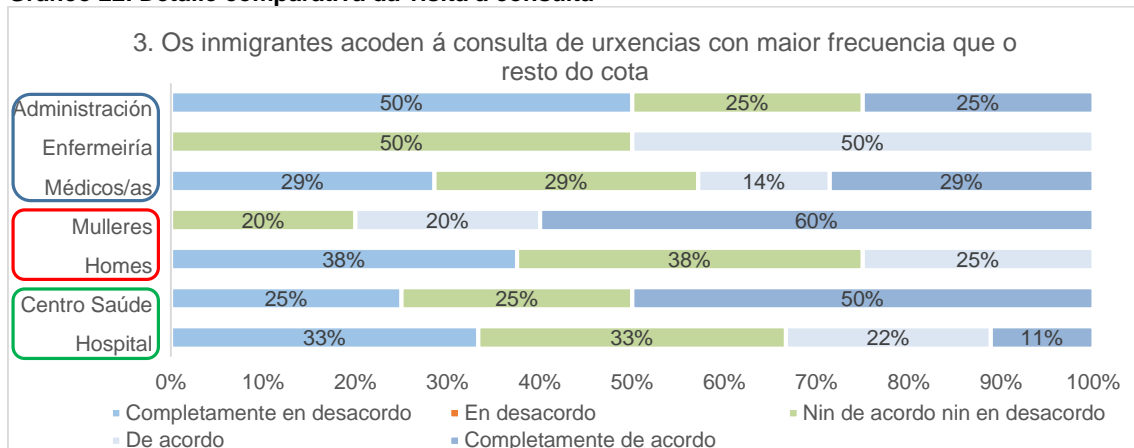
O persoal de enfermaría ten dúbidas á hora de pronunciarse ao respecto da frecuencia de asistencia ás consultas, e o mesmo lles sucede aos médicos, polo que non podemos pronunciarnos ao respecto.

Polo que se refire aos distintos centros sanitarios, as persoas entrevistadas no centro de saúde teñen máis claro que as entrevistadas no hospital que hai unha maior utilización das

consultas médicas pola poboación inmigrante, xa que logo é salientable que a metade das persoas entrevistadas confirman o seu completo acordo coa afirmación enunciada (Gráfico 21).

As apreciacións das mulleres son moi claras no sentido de que consideran que as persoas inmigrantes acoden ás consultas médicas con maior frecuencia que as nacionais (Gráfico 22), o 60% están completamente de acordo coa afirmación, e o 20% están de acordo, só o 20% restante amosa certas dúbidas, pero ningunha das entrevistadas amosou un mínimo achegamento ao desacordo.

Gráfico 22. Detalle comparativa da visita á consulta



Táboa 28. Visita á consulta

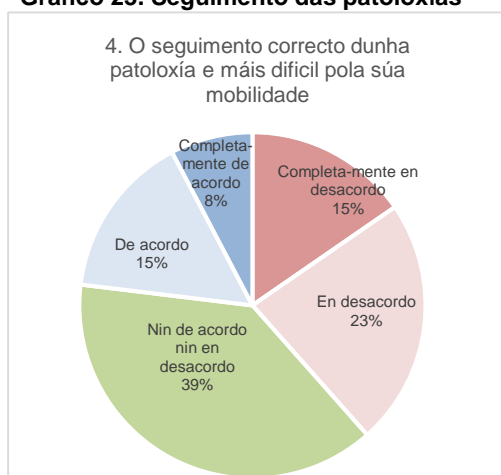
3. Os inmigrantes acoden á consulta de urxencias con maior frecuencia que o resto da cota						
		Completamente en desacordo	En desacordo	Nin de acordo nin en desacordo	De acordo	Completamente de acordo
TOTAL		31%	0%	31%	15%	23%
Centro de traballo	Hospital	33%	0%	33%	22%	11%
	Centro Saúde	25%	0%	25%	0%	50%
Sexo	Homes	38%	0%	38%	25%	0%
	Mulleres	0%	0%	20%	20%	60%
Sector: especialidade	Médicos/as	29%	0%	29%	14%	29%
	Enfermaría	0%	0%	50%	50%	0%
	Administración	50%	0%	25%	0%	25%

5.3.4. O seguimento correcto dunha patoloxía en pacientes inmigrantes é máis difícil pola súa alta mobilidade (4)

Nunha visión de conxunto, non se aprecia con claridade unha opción dominante, debido a que hai unha porcentaxe moi elevada de respostas (39%) que non se decantan por ningunha opción, porén, do 61% que se pronuncia, a maioría faino rexeitando o acordo coa afirmación, e o 15% amósase en completo desacordo, cabe, pois, ter a intuición de que hai unha certa tendencia a pensar que non hai dificultades especiais no seguimento das patoloxías das persoas inmigrantes (Gráfico 23, Gráfico 24 e Táboa 29).

Unha análise máis detida dos resultados permite apreciar que os profesionais da saúde entrevistados consideran, en termos xerais, que non hai unha dificultade significativa engadida para o seguimento das patoloxías das persoas inmigrantes (Gráfico 23).

Gráfico 23. Seguimento das patoloxías



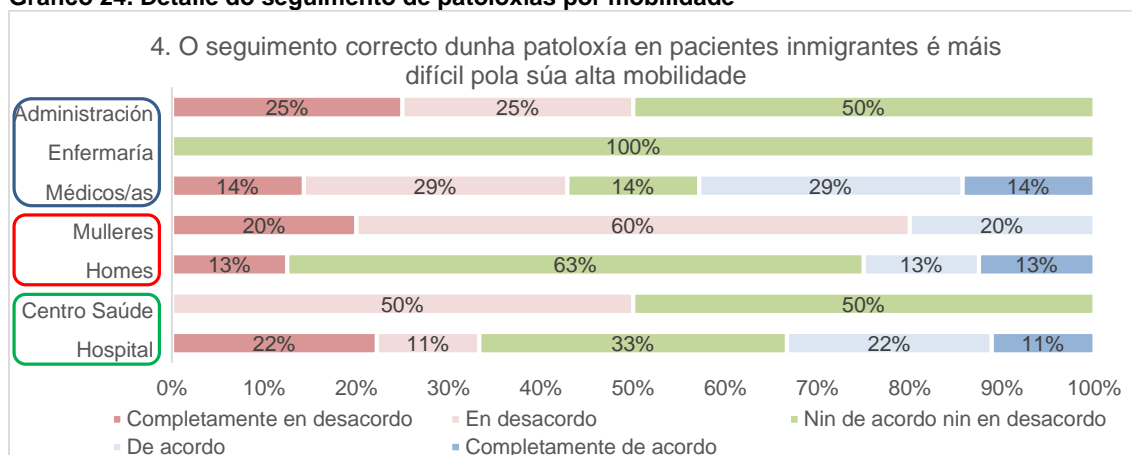
O persoal de enfermaría non se decanta por ningunha opción, pero o persoal de Administración que se pronuncia (50%) faino co completo desacordo ou co desacordo a partes iguais (25% cada opción).

Os médicos están completamente divididos entre o acordo e o desacordo. Cando a análise se fai desde o punto de vista do centro sanitario, compróbase que onde existen distintas opinións é no centro hospitalario, xa que o persoal do

centro de saúde considera que non hai dificultades especiais para o tratamento das persoas inmigrantes.

A maioría das mulleres pensan que a mobilidade dos inmigrantes non debe supor un obstáculo para o seguimento das súas patoloxías, pero os homes non o teñen tan claro (Gráfico 24).

Gráfico 24. Detalle do seguimento de patoloxías por mobilidade



Táboa 29. Seguimento das patoloxías por mobilidade

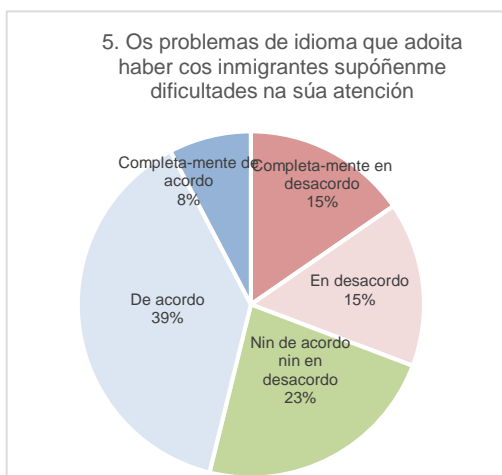
4. O seguimento correcto dunha patoloxía en pacientes inmigrantes é máis difícil pola súa alta mobilidade

		Completamente en desacordo	En desacordo	Nin de acordo nin en desacordo	De acordo	Completamente de acordo
TOTAL		15%	23%	39%	15%	8%
Centro de traballo	Hospital	22%	11%	33%	22%	11%
	Centro Saúde	0%	50%	50%	0%	0%
Sexo	Homes	13%	0%	63%	13%	13%
	Mulleres	20%	60%	0%	20%	0%
Sector: especialidade	Médicos/as	14%	29%	14%	29%	14%
	Enfermería	0%	0%	100%	0%	0%
	Administración	25%	25%	50%	0%	0%

5.3.5. Os problemas de idioma que adoita haber cos inmigrantes supóñenme dificultades na súa atención. A forma en que os pacientes inmigrantes se comunican, lévame máis tempo que as consultas con outros pacientes (5)

Compróbase a existencia de certas dificultades vinculadas ao idioma. O Gráfico 25 así o reflicte, indicando que case a metade dos enquisado están completamente de acordo (8%) ou de acordo (39%) con que existen algúns problemas de atención relacionados coas dificultades idiomáticas.

Gráfico 25. Problemas de idioma

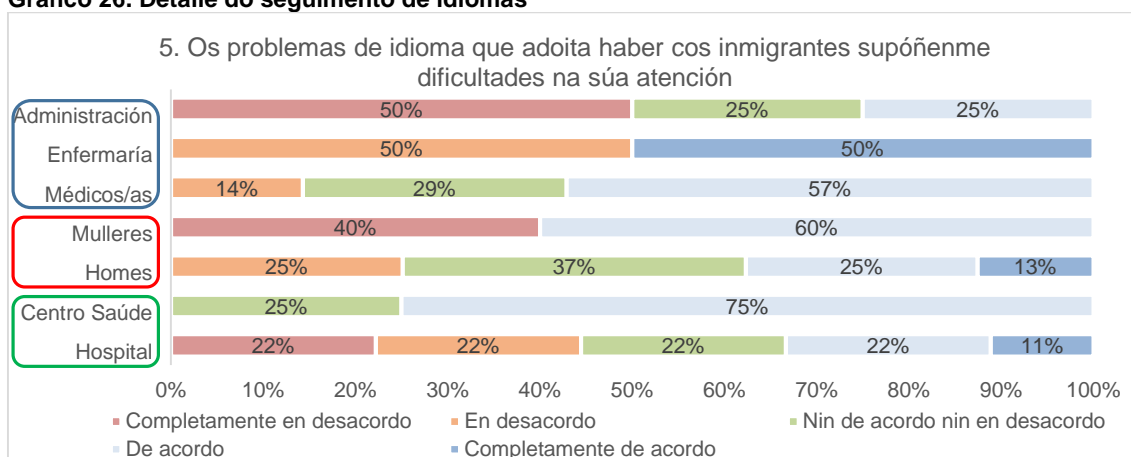


Case unha cuarta parte dos profesionais da sanidade entrevistados non se pronuncia (o 23% responde que nin de acordo nin en desacordo) e o 30% non considera que exista ningún problema deste tipo (15% completamente en desacordo coa afirmación e 15% en desacordo).

A maioría das mulleres considera que o idioma pode provocar dificultades na atención sanitaria (60% de acordo), mentres que os homes teñen opinións divididas (Gráfico 26). Apréciase unha clara diferenza entre os distintos centros sanitarios, en relación coas posibles problemáticas vinculadas ao idioma, que son percibidas con moita máis intensidade no centro de saúde visitado (75% de acordo, 25% nin de acordo nin en desacordo) que no hospital, no que hai todo tipo de opinións.

Por estamentos profesionais, a enfermaría está dividida, o persoal de Administración ten diversas opinións, pero con predominio da idea de que non se perciben problemas derivados de razóns idiomáticas (Táboa 30).

Gráfico 26. Detalle do seguimento de idiomas

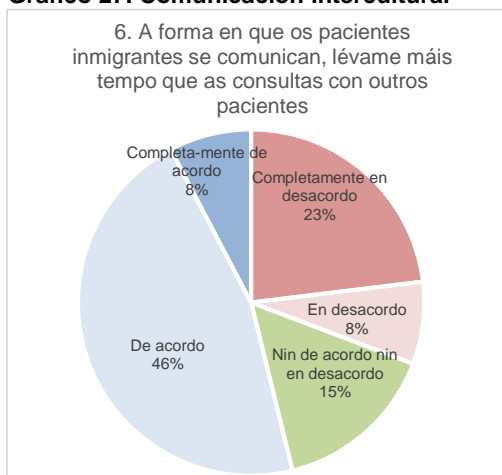


Táboa 30. Problemas de idioma

		Completamente en desacordo	En desacordo	Nin de acordo nin en desacordo	De acordo	Completamente de acordo
TOTAL		15%	15%	23%	39%	8%
Centro de traballo	Hospital	22%	22%	22%	22%	11%
	Centro Saúde	0%	0%	25%	75%	0%
Sexo	Homes	0%	25%	37%	25%	13%
	Mulleres	40%	0%	0%	60%	0%
Sector: especialidade	Médicos/as	0%	14%	29%	57%	0%
	Enfermaría	0%	50%	0%	0%	50%
	Administración	50%	0%	25%	25%	0%

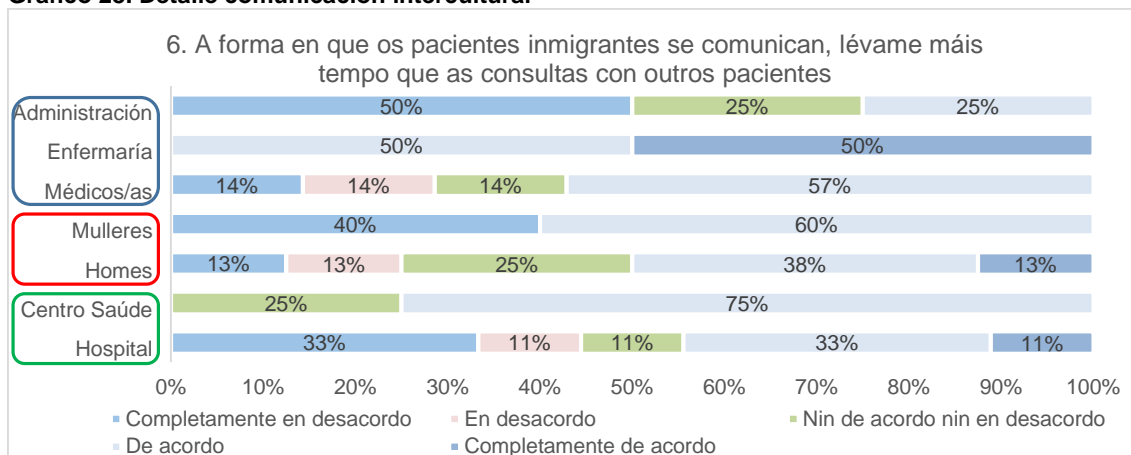
5.3.6. A forma en que os pacientes inmigrantes se comunican, lévame máis tempo que as consultas con outros pacientes (6)

Gráfico 27. Comunicación intercultural



Nunha análise global (Gráfico 27), poderíase dicir que existe unha certa percepción de que se precisa máis tempo para atender as persoas inmigrantes, por razóns de diferenzas culturais, nas formas de comunicarse, se ben non se pode considerar moi acusada, xa que as respostas están moi polarizadas, tendo en conta que case unha cuarta parte das persoas entrevistadas están completamente en desacordo, e que máis da metade están de acordo (46% de acordo e 8% completamente de acordo).

Gráfico 28. Detalle comunicación intercultural



A análise detallada das respostas recóllese no Gráfico 28 e permite observar que a metade do persoal administrativo non considera que necesite máis tempo para atender as persoas inmigrantes por diferenzas xurdidas na comunicación e só unha cuarta parte considera que en verdade precisa máis tempo por este motivo, datos na Táboa 31.

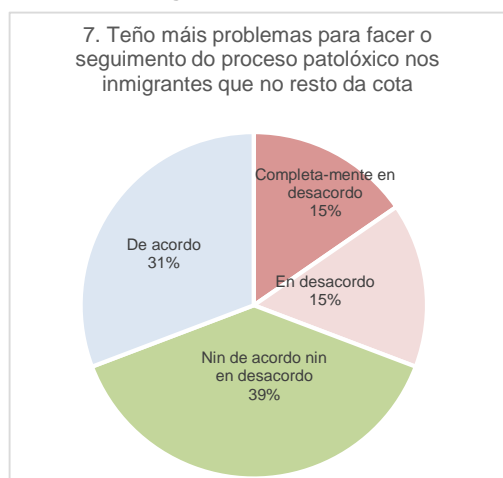
Táboa 31. Comunicación intercultural

6. A forma en que os pacientes inmigrantes se comunican, lévame máis tempo que as consultas con outros pacientes		Completamente en desacordo	En desacordo	Nin de acordo nin en desacordo	De acordo	Completamente de acordo
TOTAL		23%	8%	15%	46%	8%
Centro de traballo	Hospital	33%	11%	11%	33%	11%
	Centro Saúde	0%	0%	25%	75%	0%
Sexo	Homes	13%	13%	25%	38%	13%
	Mulleres	40%	0%	0%	60%	0%
Sector: especialidade	Médicos/as	14%	14%	14%	57%	0%
	Enfermería	0%	0%	0%	50%	50%
	Administración	50%	0%	25%	25%	0%

No centro de saúde apréciase con claridade a necesidade de máis tempo para á atención a persoas inmigrantes debido ás diferenzas interculturais, tal como indica o 75% das persoas entrevistadas. No centro hospitalario hai diferenzas notables entre as respostas ofrecidas, habendo un equilibrio entre os que amosan o acordo e o desacordo, si ben, son máis rotundos nas súas apreciacións os que non concordan coa afirmación proposta.

5.3.7. Teño máis problemas para facer o seguimento do proceso patolóxico nos inmigrantes que no resto da cota (7)

Gráfico 29. Seguimento comparado de patoloxías



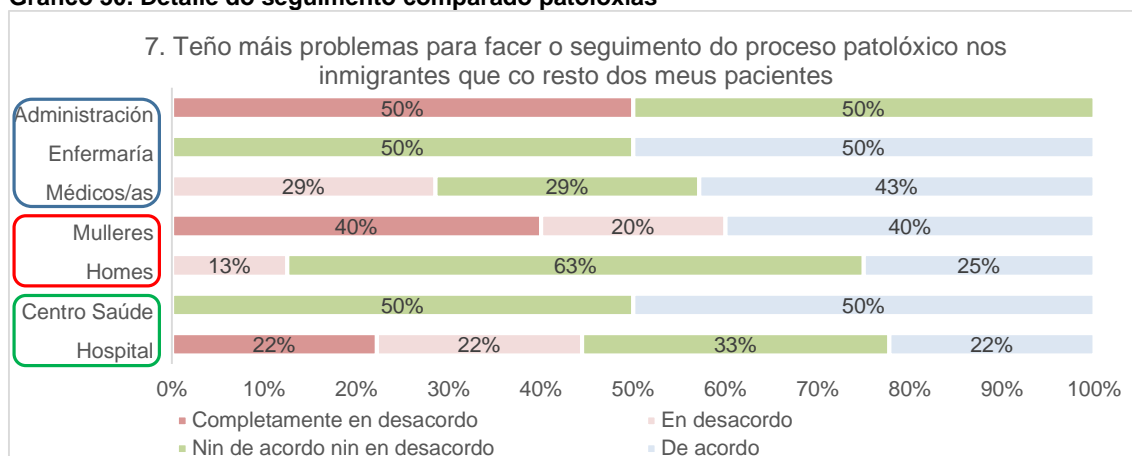
Os profesionais da saúde preguntados teñen opinións encontradas sobre as posibles diferenzas no seguimento do proceso patolóxico nos inmigrantes en relación co resto da cota, tal como se aprecia no Gráfico 29.

Atendendo ao detalle recollido no Gráfico 30, o persoal de Administración compróbase que, segundo as distintas especialidades consultadas, en todas elas se percibe falta de homoxeneidade nas percepcións, pero

atendendo aos centros sanitarios o hospital semella discrepar máis coa afirmación que o centro de saúde.

En calquera caso, debido ao tamaño da mostra elixida e ás grandes oscilacións nas respostas, non se considera que se poida concluír ningún posicionamento claro sobre que a dificultade para o seguimento das patoloxías dos inmigrantes sexa maior que a do resto da cota. (Táboa 32 e Gráfico 30).

Gráfico 30. Detalle do seguimento comparado patoloxías



Táboa 32. Seguimento comparado de patoloxías

7. Teño máis problemas para facer o seguimento do proceso patolóxico nos inmigrantes que co resto dos meus pacientes

		Completamente en desacordo	En desacordo	Nin de acordo nin en desacordo	De acordo	Completamente de acordo
TOTAL		15%	15%	39%	31%	0%
Centro de traballo	Hospital	22%	22%	33%	22%	0%
	Centro Saúde	0%	0%	50%	50%	0%
Sexo	Homes	0%	13%	63%	25%	0%
	Mulleres	40%	20%	0%	40%	0%
Sector: especialidade	Médicos/as	0%	29%	29%	43%	0%
	Enfermaría	0%	0%	50%	50%	0%
	Administración	50%	0%	50%	0%	0%

5.3.8. Comparado co resto dos meus pacientes, os inmigrantes incumpren o tratamento con maior frecuencia (8)

Os profesionais da saúde non teñen claro que os inmigrantes incumpran o tratamento máis que os nacionais (Gráfico 31), xa que case unha terceira parte está en desacordo

(8% completamente en desacordo e 22% en desacordo), pero unha ampla maioría non se pronuncia nin de acordo nin en desacordo (63%). Só un 7% afirma estar completamente de acordo. A información recollida no Gráfico 32 e na Táboa 33 permiten comprobar que a o dato que amosa o completo acordo corresponde a un médico (varón) que traballa no hospital. A conclusión, por tanto, é que non se pode afirmar que os inmigrantes incumpran o tratamento máis que os nacionais.

Gráfico 31. Incumplimento do tratamento

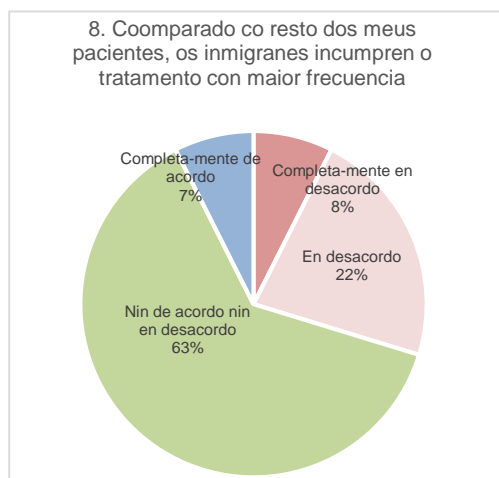
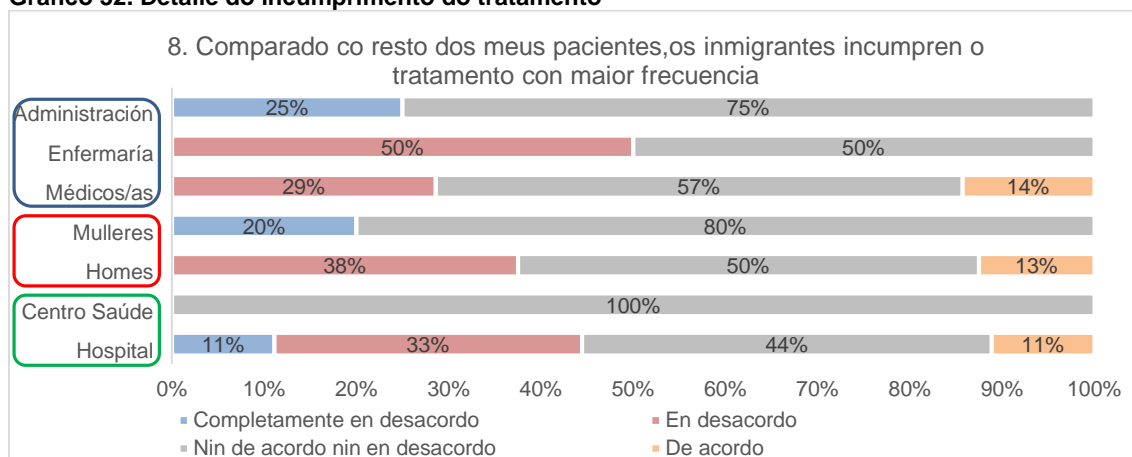


Gráfico 32. Detalle do incumplimento do tratamento



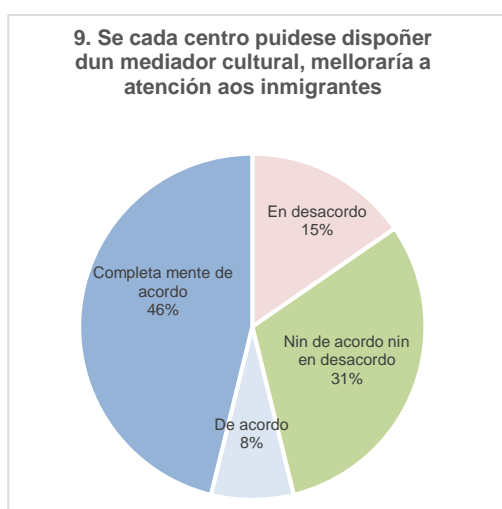
Táboa 33. Incumprimento do tratamento

		8. Comparado co resto dos meus pacientes, os inmigrantes incumpren o tratamento con maior frecuencia				
		Completamente en desacordo	En desacordo	Nin de acordo nin en desacordo	De acordo	Completamente de acordo
TOTAL		8%	23%	65%	0%	8%
Centro de traballo	Hospital	11%	33%	44%	0%	11%
	Centro Saúde	0%	0%	100%	0%	0%
Sexo	Homes	0%	38%	50%	0%	13%
	Mulleres	20%	0%	80%	0%	0%
Sector: especialidade	Médicos/as	0%	29%	57%	0%	14%
	Enfermaría	0%	50%	50%	0%	0%
	Administración	25%	0%	75%	0%	0%

5.3.9. Se cada centro puidese dispoñer dun mediador cultural melloraría a atención aos inmigrantes (9)

En termos xerais hai acordo coa afirmación que se está a analizar. As persoas entrevistadas consideran que a presenza dun mediador cultural nos centros sanitarios facilitaríaa mellora da atención sanitaria ás persoas inmigrantes (Gráfico 33). É salientable o feito de que sexan as persoas que traballan en Administración as que consideran que non é precisa a tarefa de mediación intercultural (a metade indica o seu desacordo, e a outra metade indica que non está nin de acordo nin en desacordo), pero os relacionados directamente con funcións sanitarias propiamente ditas (enfermaría e medicina) teñen claro que a presenza dunha persoa que actúe como mediador(a) cultural nos centros médicos favorecería a atención aos inmigrantes (Gráfico 34).

Gráfico 33. Mediación cultural



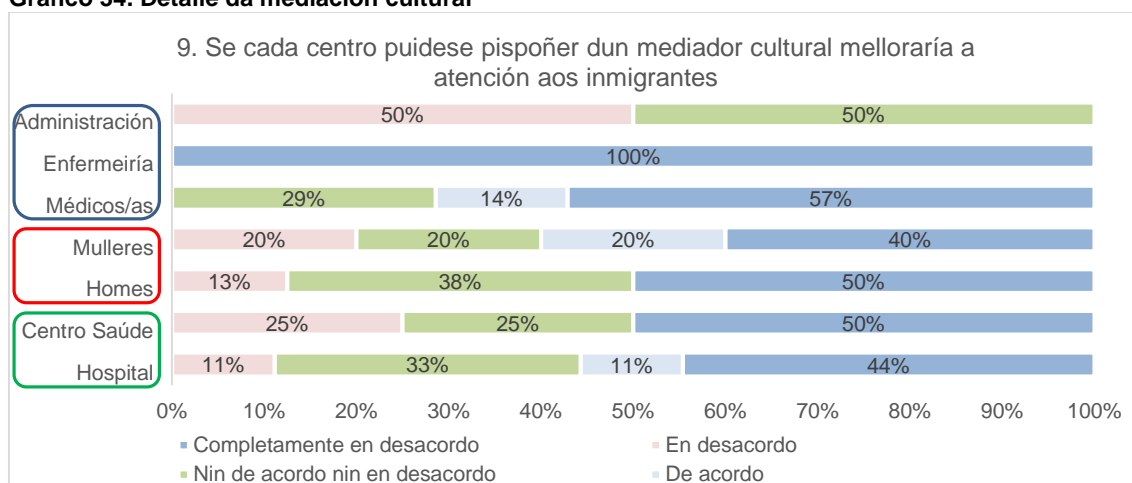
Cando se lles pregunta aos profesionais da saúde pola necesidade dunha persoa especializada en mediación cultural nos centros sanitarios, máis da metade amósanse de acordo (46% completamente de acordo e 8% de acordo), só está en desacordo un 15%, pero é interesante comprobar que algo menos dun terzo deste persoal non ten clara a necesidade, pois responden que non están nin de acordo, nin en desacordo coa afirmación proposta. Véxanse graficamente estes

comentarios no Gráfico 33.

O Gráfico 34 e a Táboa 34 deixan patente a percepción, entre os profesionais da saúde dedicados á tarefas sanitarias, da importancia da mediación intercultural para mellorar a asistencia sanitaria dos inmigrantes: a totalidade do sector de enfermaría indica que está completamente de acordo e entre o sector médico o 57% está completamente de acordo, o 14% de acordo e o 29% indica que non está nin de acordo nin en desacordo.

Esta percepción da necesidade de mediación é unha tarefa pendente no sistema sanitario español e un tema que merece tratamento á parte (non é o obxecto desta investigación).

Gráfico 34. Detalle da mediación cultural

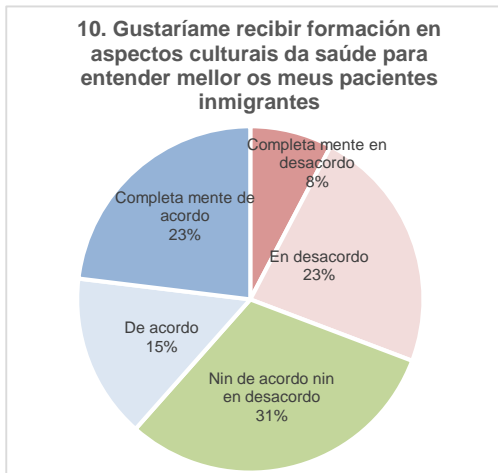


Táboa 34. Mediación cultural

9. Se cada centro puidese dispoñer dun mediador cultural melloraría a atención aos inmigrantes		Completamente en desacordo	En desacordo	Nin de acordo nin en desacordo	De acordo	Completamente de acordo
TOTAL		0%	15%	31%	8%	46%
Centro de traballo	Hospital	0%	11%	33%	11%	44%
	Centro Saúde	0%	25%	25%	0%	50%
Sexo	Homes	0%	13%	38%	0%	50%
	Mulleres	0%	20%	20%	20%	40%
Sector: especialidade	Médicos/as	0%	0%	29%	14%	57%
	Enfermaría	0%	0%	0%	0%	100%
	Administración	0%	50%	50%	0%	0%

5.3.10. Gustaríame recibir formación en aspectos culturais da saúde para entender mellor os meus pacientes inmigrantes (10)

Gráfico 35. Formación intercultural

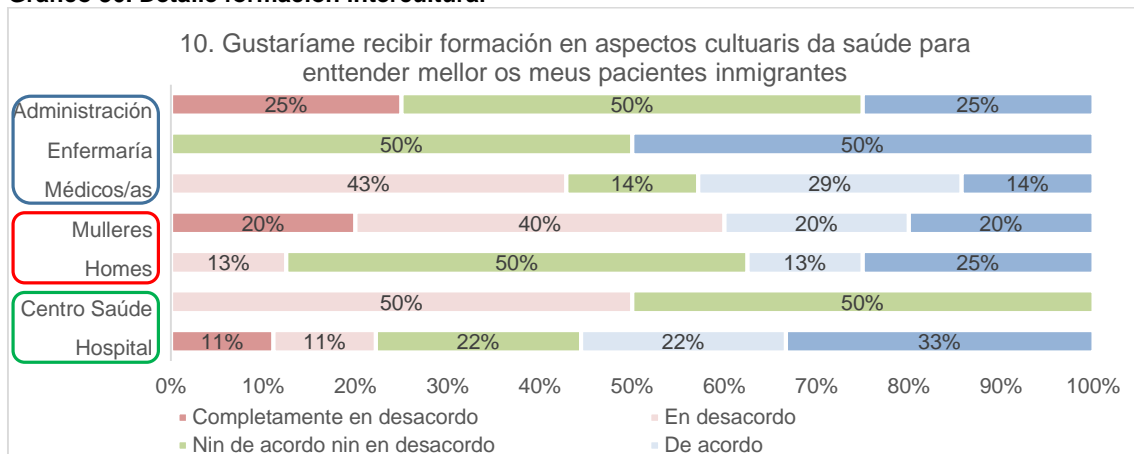


Con respecto a se estarían a favor de recibir formación sobre aspectos culturais dos pacientes inmigrantes, hai moita dispersión nas respostas, como se comproba no Gráfico 35.

A resposta máis frecuente foi nin de acordo nin en desacordo (31%), seguida dun completo acordo (23%) ao mesmo nivel que o desacordo (23%), porén, o conxunto de respostas a favor da formación (38%)

superou as contrarias (31%).

Gráfico 36. Detalle formación intercultural



Pódese afirmar que hai moita dispersión e bastante polarización cara ás respostas extremas (completamente de acordo ou completamente en desacordo) nas respostas ofrecidas nas entrevistas, pero apréciase unha tendencia favorable, xa que logo case que unha cuarta parte das persoas entrevistadas (23%) afirma estar completamente de acordo, e un 15% están de acordo.

Analizando polo miúdo as respostas (Gráfico 35 e Gráfico 36), compróbase que o desacordo está principalmente entre o sector da medicina, as mulleres e os centros de saúde. O sector de Administración está dividido e o de enfermaría é favorable.

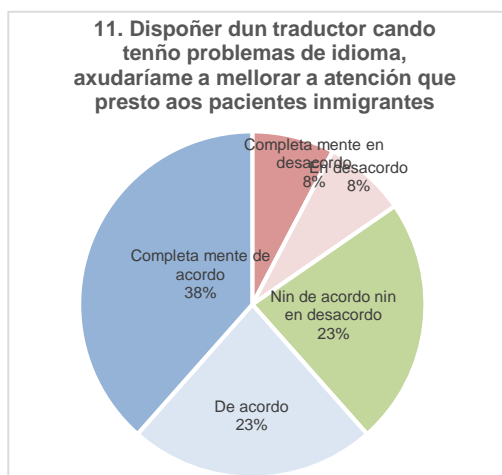
Táboa 35. Formación intercultural

		Completamente en desacordo	En desacordo	Nin de acordo nin en desacordo	De acordo	Completamente de acordo
TOTAL		8%	23%	31%	15%	23%
Centro de traballo	Hospital	11%	11%	22%	22%	33%
	Centro Saúde	0%	50%	50%	0%	0%
Sexo	Homes	0%	13%	50%	13%	25%
	Mulleres	20%	40%	0%	20%	20%
Sector: especialidade	Médicos/as	0%	43%	14%	29%	14%
	Enfermaría	0%	0%	50%	0%	50%
	Administración	25%	0%	50%	0%	25%

5.3.11. Dispoñer dun tradutor cando teño problemas de idioma, axudaría a mellorar a atención que presto aos pacientes inmigrantes (11)

Hai unha clara posición favorable á presenza dunha persoa que realice tarefas de tradución, como medio para mellorar a asistencia sanitaria, tal como se comproba no Gráfico 37, onde o acordo supera con creces a metade das respostas (38% completamente de acordo e 23% de acordo).

Gráfico 37. Tradutor



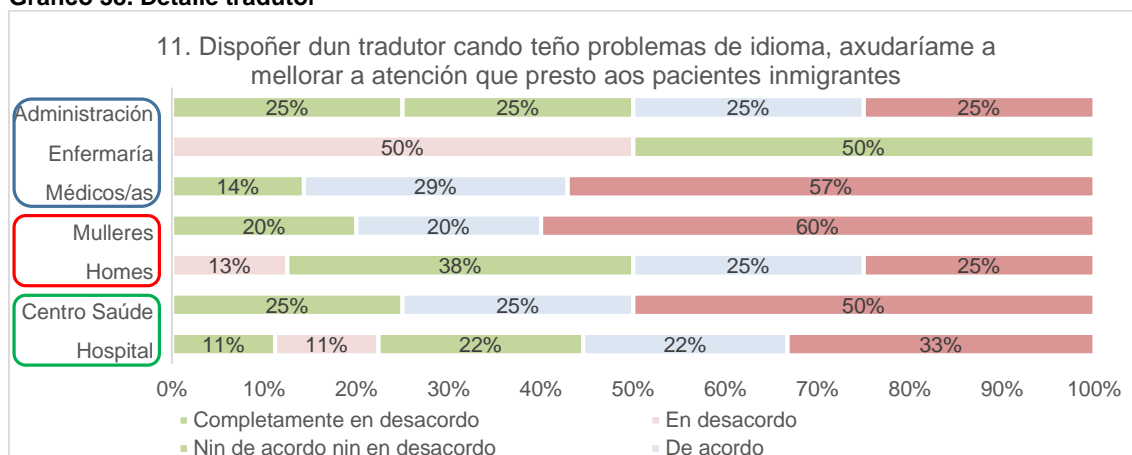
O Gráfico 38 e a Táboa 36 reflicten o grande interese amosado polo sector da medicina, as mulleres e os que traballan no centro de saúde, xa que en todos estes casos a metade ou máis das persoas entrevistadas estiveron completamente de acordo coa afirmación proposta.

Como resumo deste punto de cuestións de valoración, podemos concluír que o persoal sanitario entrevistado móstranse cómodo coas

persoas inmigrantes e non percibe substanciais problemas de acceso ao sistema sanitario en Galicia. Asemade, tampouco aprecian grandes diferenzas entre os inmigrantes e os nacionais con respecto aos nacionais no uso dos servizos de urxencias

nin nas dificultades de seguimento das patoloxías tratadas, puntualizando que mentres a máis alta mobilidade esperada por parte dos inmigrantes non parece xerar problemas, as diferenzas de idioma, ás veces, poder crear unha barreira que dificulta a atención sanitaria correcta.

Gráfico 38. Detalle tradutor



Neste sentido, inda que no tratamento das patoloxías por mobilidade non hai problema pero por cuestión culturais percíbese unha grande dispersión nas respostas, este particular probablemente estea na razón pola que se mostra un acordo en que a presenza de persoas profesionais da mediación nos centros sanitarios melloraría a atención aos inmigrantes, asemade, tamén se considera convinte o apoio lingüístico, polo que os entrevistados ven con bos ollos a presenza nos centros sanitarios de algunha persoa que actúe en tarefas de tradución.

Táboa 36. Tradutor

11. Dispoñer dun tradutor cando teño problemas de idioma, axudaría a mellorar a atención que presto aos pacientes inmigrantes		Completamente en desacordo	En desacordo	Nin de acordo nin en desacordo	De acordo	Completamente de acordo
TOTAL		8%	8%	23%	23%	39%
Centro de traballo	Hospital	11%	11%	22%	22%	33%
	Centro Saúde	0%	0%	25%	25%	50%
Sexo	Homes	0%	13%	38%	25%	25%
	Mulleres	20%	0%	0%	20%	60%
Sector: especialidade	Médicos/as	0%	0%	14%	29%	57%
	Enfermería	0%	50%	50%	0%	0%
	Administración	25%	0%	25%	25%	25%

5.3.12. As percepción dos profesionais do sistema sanitario, atendendo ao sexo, centro de traballo e especialidade

Para finalizar a análise das cuestións de valoración propostas no contexto das entrevistas realizadas aos profesionais da saúde, para facer este punto realizouse unha comparación de medias para os once ítems preguntados, mediante a t de Student para as variables dicotómicas (sexo e pertenza ao centro de saúde ou ao hospital) e mediante unha análise ANOVA para o caso das especializadas. En todos os casos realizouse primeiramente o test de Levene para testar a hipótese nula de igualdade de varianzas entre os grupos que se van comparar, o que indica cales son os test idóneos para a comparación de medias que se realiza a continuación. A hipótese nula para o test de Levene é H_{0L} : *As varianzas dos grupos son iguais*. Deste xeito cando o valor da significatividade $\alpha < 0,05$ rexéitase a hipótese nula e traballase con base no suposto de que os grupos cos que se está a traballar teñen varianzas diferentes. Para os outros valores de $\alpha \geq 0,05$ asúmese que as varianzas son iguais. Os resultados explícanse a continuación. Polo que se refire á t de Student a hipótese nula neste caso é H_{0t} : *As medias dos dous grupos son iguais*, os valores asumidos para aceptación ou rexeitamento da hipótese nula son os admitidos comunmente en estatística do 95% de probabilidade ($\alpha < 0,05$ rexéitase a hipótese nula, $\alpha \geq 0,05$ acéptase a hipótese nula).

O análise de fiabilidade da escala para os 11 ítems considerados, medido a través do Alpha de Cronbach é de 0,713, que segundo se recolle na Táboa 42, é aceptable.

5.3.12.1. O sexo

Tomando como variable de referencia o sexo, os resultados da t de student só indican diferenzas estatisticamente significativas para o ítem “Os inmigrantes, con frecuencia, teñen dificultades para acceder ás prestacións do Sistema Nacional de Saúde” (Táboa 37). Os resultados completos pódense consultar no Anexo XIII. O Test de Levene indica que se poden asumir varianzas iguais entre os grupos debido a que os resultados informan dun nivel de significatividade (α) de $0,663 > 0,05$. O test t de Student amosa unha significatividade bilateral (considerando as dúas colas da distribución) de $0,022 < 0,05$, o que permite rexeitar a hipótese nula igualdade de medias e, por tanto, concluír que cunha probabilidade superior ao 95% hai diferenzas entre as valoracións medias das mulleres entrevistadas e dos homes. Debido a que a diferenza é positiva e estamos a considerar as diferenzas medias de homes menos media de mulleres, o que comprobamos é que os valores das respostas dos homes son máis elevadas, é dicir,

que eles están máis de acordo con que as persoas inmigrantes teñen con frecuencia dificultades para acceder ás prestacións do Sistema Nacional de Saúde en Galicia. Así, podemos afirmar que en termos xerais os homes e as mulleres non difiren moito as respostas, pero a análise de comparación de medias, indica que a percepción do acceso aos servizos sanitarios por parte da poboación inmigrante non é a mesma, tal como se comproba na Táboa 37.

Táboa 37. Comparación de medias segundo sexo, t Student

Os inmigrantes, con frecuencia, teñen dificultades para acceder ás prestacións do Sistema Nacional de Saúde								
Proba de mostras independentes								
Proba de Levene para a igualdade de varianzas (a)		Proba t para a igualdade de medias						
F	Sig.	t	gl	Sig. (bilateral)	Diferenza de medias	Erro típ. da diferenza	95% intervalo de confianza para a diferenza	
							Inferior	Superior
0,241	0,633	2,677	11	0,022	1,200	0,448	0,213	2,187

(a) Asumíronse varianzas iguais

5.3.12.2. O centro de traballo

Non hai diferenzas estatisticamente significativas por razón de *centro de traballo*. Os resultados das análises estatísticas están recollidos no Anexo XIV. Cuestións de valoración: os profesionais da saúde opinan: diferenzas segundo centro de traballo, resultados da t de Student

5.3.12.3. A especialidade

Debido a que neste punto se comparan tres grupos, é preciso realizar un ANOVA. En primeiro lugar, é necesario coñecer se se asumen (ou non) igualdade de varianzas entre os grupos, para o que primeiramente se realiza o test de Levene, recollido no Anexo XV. Nas cuestións 1, 5 e 9 o nivel de significatividade é menor de 0,05, e por tanto, asúmense varianzas diferentes, no resto as varianzas asúmense iguais entre grupos.

Por outra parte a análise ANOVA amosa diferenzas estatisticamente significativas entre as especialidades en tres dos ítems preguntados: o 1, que pedía a valoración da afirmación “A atención aos inmigrantes formúlame problemas de índole persoal”, o 2, sobre a percepción de se “Os inmigrantes, con frecuencia teñen dificultades para acceder ás prestacións do Sistema Nacional de Saúde” e o 9 no que se consultaba sobre o acordo coa afirmación “Se cada centro puidese dispoñer dun mediador cultural melloraría a atención aos inmigrantes” tal como se comproba na Táboa 40 (para información máis detallada pode consultarse o Anexo XV).

Táboa 38. A análise ANOVA por razón de especialidade amosa diferenzas en tres ítems:

ANOVA dun factor - Especialidade						
		Suma de cadrados	gl	Media cadrática	F	Sig.
A atención aos inmigrantes fórmulame problemas de índole persoal	Inter-grupos	6,769	2	3,385	4,231	0,047
	Intra-grupos	8,000	10	0,800		
	Total	14,769	12			
Os inmigrantes, con frecuencia, teñen dificultades para acceder ás prestacións do Sistema Nacional de Saúde	Inter-grupos	6,231	2	3,115	6,231	0,017
	Intra-grupos	5,000	10	0,500		
	Total	11,231	12			
Se cada centro puidese dispoñer dun mediador cultural melloraría a atención aos inmigrantes	Inter-grupos	11,264	2	5,632	8,761	0,006
	Intra-grupos	6,429	10	0,643		
	Total	17,692	12			

Unha vez que xa se teñen localizados os ítems en que se atopan diferenzas en medias (estatisticamente significativas), precísase saber entre que grupos concretamente se atopan as diferenzas, para iso precísase facer uns novos test, os coñecidos como “post hoc”. Estes tests son diferentes cando se asumen varianzas iguais para os grupos que cando se asumen varianzas diferentes. Por tal motivo procede comprobar o test de Levene.

Táboa 39. Test de Levene para os ítems seleccionados

Proba de homoxeneidade de varianzas - Especialidade				
	Estatístico de Levene	gl1	gl2	Sig.
A atención aos inmigrantes fórmulame problemas de índole persoal	19053690731182860,00 0	2	10	,000
Os inmigrantes, con frecuencia teñen dificultades para acceder ás prestacións do Sistema Nacional de Saúde	1,506	2	10	,268
Se cada centro puidese dispoñer dun mediador cultural melloraría a atención aos inmigrantes	7,115	2	10	,012

Dado que tanto a primeira de estas afirmacións (sobre posibles problemas de índole persoal), como a novena (sobre a necesidade de contar con persoas encargadas da mediación intercultural nos centros sanitarios) concorren no suposto de asumiren varianzas diferentes (Táboa 39), neste caso, os test seleccionados para comprobar entre “que” grupos exactamente están as diferenzas son os de Tamhane, T3 de Dunnett e Games-Howell. Para a segunda das afirmacións sobre as dificultades para acceder ás prestacións sanitarias, os test Post Hoc indicados son os HSD de Tukey e o de

Bonferroni, xa que se asumen varianzas iguais. Os resultados están recollidos na Táboa 40 e na Táboa 41, respectivamente.

Táboa 40. Probas post hoc para ítems con asunción de varianzas grupais diferentes

Comparacións múltiples - Especialidade								
Variable dependente	(I) Especialidade	(J) Especialidade	Diferenza de medias (I-J)	Error típico	Sig.	Intervalo de confianza al 95%		
						Límite inferior	Límite superior	
A atención aos inmigrantes fórmulame problemas de índole persoal	Tamhane	<i>Médico</i>	Enfermería	-2,000	2,000	0,875	-77,09	73,09
			<i>Administración</i>	0,000	0,000	.	0,00	0,00
		Enfermería	Médico	2,000	2,000	0,875	-73,09	77,09
			Administración	2,000	2,000	0,875	-73,09	77,09
		<i>Administración</i>	Médico	0,000	0,000	.	0,00	0,00
			Enfermería	-2,000	2,000	0,875	-77,09	73,09
	T3 de Dunnett	<i>Médico</i>	Enfermería	-2,000	2,000	0,750	-44,29	40,29
			<i>Administración</i>	0,000	0,000	.	0,00	0,00
		Enfermería	Médico	2,000	2,000	0,750	-40,29	44,29
			Administración	2,000	2,000	0,750	-40,29	44,29
		<i>Administración</i>	Médico	0,000	0,000	.	0,00	0,00
			Enfermería	-2,000	2,000	0,750	-44,29	40,29
	Games-Howell	<i>Médico</i>	Enfermería	-2,000	2,000	0,690	-40,15	36,15
			<i>Administración</i>	0,000	0,000	.	0,00	0,00
		Enfermería	Médico	2,000	2,000	0,690	-36,15	40,15
Administración			2,000	2,000	0,690	-36,15	40,15	
<i>Administración</i>		Médico	0,000	0,000	.	0,00	0,00	
		Enfermería	-2,000	2,000	0,690	-40,15	36,15	
Se cada centro puidese dispoñer dun mediador cultural melloraría a atención aos inmigrantes	Tamhane	<i>Médico</i>	Enfermería	-0,714	0,360	0,257	-1,89	0,46
			<i>Administración</i>	1,786*	0,461	0,012	0,43	3,14
		Enfermería	Médico	0,714	0,360	0,257	-0,46	1,89
			Administración	2,500*	0,289	0,010	1,11	3,89
		<i>Administración</i>	Médico	-1,786*	0,461	0,012	-3,14	-0,43
			Enfermería	-2,500*	0,289	0,010	-3,89	-1,11
	T3 de Dunnett	<i>Médico</i>	Enfermería	-0,714	0,360	0,232	-1,86	0,43
			<i>Administración</i>	1,786*	0,461	0,011	0,45	3,12
		Enfermería	Médico	0,714	0,360	0,232	-0,43	1,86
			Administración	2,500*	0,289	0,008	1,22	3,78
		<i>Administración</i>	Médico	-1,786*	0,461	0,011	-3,12	-0,45
			Enfermería	-2,500*	0,289	0,008	-3,78	-1,22
	Games-Howell	Médico	Enfermería	-0,714	0,360	0,196	-1,82	0,39
			Administración	1,786*	0,461	0,010	0,49	3,08
		Enfermería	Médico	0,714	0,360	0,196	-0,39	1,82
Administración			2,500*	0,289	0,007	1,29	3,71	
<i>Administración</i>		Médico	-1,786*	0,461	0,010	-3,08	-0,49	
		Enfermería	-2,500*	0,289	0,007	-3,71	-1,29	

*. A diferenza de medias é significativa ao nivel 0.05

Como se comproba, os test *post hoc*, amosan os mesmos resultados, o que confirma que están acertados, xa que logo refórzanse entre eles (Táboa 41).

Os resultados indican que os grupos para os que hai diferenzas estatisticamente significativas son entre os médicos e os administrativos (en cursiva na Táboa 40), para todos os test obtidos, o que concorda cos resultados comentados no punto 5.3. Así, as dificultade de acceso son percibidas de forma diferente polos colectivos médicos e os administrativos.

Táboa 41. Probas post hoc para ítems con asunción de varianzas grupais iguais

Comparacións múltiples – Test post hoc - Especialidade							
Variable dependente: os inmigrantes, con frecuencia, teñen dificultades para acceder ás prestacións do Sistema Nacional de Saúde							
	(I) Especialidade	(J) Especialidade	Diferenza de medias (I-J)	Erro típico	Sig.	Intervalo de confianza ao 95%	
						Límite inferior	Límite superior
HSD de Tukey	<i>Médico</i>	Enfermaría	0,000	0,567	1,000	-1,55	1,55
		<i>Administración</i>	1,500*	0,443	,017	,29	2,71
	Enfermaría	Médico	0,000	0,567	1,000	-1,55	1,55
		<i>Administración</i>	1,500	0,612	,080	-,18	3,18
	<i>Administración</i>	Médico	-1,500*	0,443	,017	-2,71	-,29
		Enfermaría	-1,500	0,612	,080	-3,18	,18
Bonferroni	<i>Médico</i>	Enfermaría	0,000	0,567	1,000	-1,63	1,63
		<i>Administración</i>	1,500*	0,443	,021	,23	2,77
	Enfermaría	Médico	0,000	0,567	1,000	-1,63	1,63
		<i>Administración</i>	1,500	0,612	,103	-,26	3,26
	<i>Administración</i>	Médico	-1,500*	0,443	,021	-2,77	-,23
		Enfermaría	-1,500	0,612	,103	-3,26	,26

*. A diferenza de medias é significativa o nivel 0.05

En canto aos ítems para os que se asumen diferenzas significativas en varianzas grupais, compróbase que para o primeiro deles, que se refire aos posibles problemas de índole persoal, encóntranse diferenzas entre o colectivo médico e o de Administración para todos os test realizados (en cursiva na Táboa 40).

Cómpre sinalar que ningún dos grupos amosa ter ningún problema persoal, porque os valores das medias cando responde ao acordo ou desacordo¹⁹ son de 1,31 para o conxunto da mostra, para o persoal médico e o de enfermaría é de 1,00 (o que indica unanimidade no completo desacordo), e para o persoal de Administración é de 3 (o que indica que nin están de acordo nin en desacordo).

No que fai referencia ao ítem que pregunta sobre a necesidade dun apoio de mediación cultural, as diferenzas en medias están entre o grupo do persoal de Administración e o resto dos grupos profesionais, tanto enfermaría como medicina, tal como se recolle na Táboa 40, sinalados en cursiva, este resultado mantense para todos os tests realizados.

A media das respostas do total dos entrevistados é de 3,85, do grupo de medicina de 4,29, do grupo de enfermaría de 5, e da Administración de 2,5. Compróbase que o grupo de Administración é único que queda por baixo do 3 (punto de neutralidade), mentres que os colectivos relacionados co trato clínico co paciente están por riba, indicando a súa posición favorable á presenza dalgunha persoa dedicada á mediación cultural nos centros sanitarios.

¹⁹ Lémbrese que o máximo acordo sería 5 e o máximo desacordo sería 1

5.4. As opinións da sociedade sobre a reforma da política sanitaria

(Martínez, 2014) realizou unha primeira valoración os efectos da aplicación do decreto 16/2012, e indicou que a medida máis polémica e grave, representada polo Decreto 16/2012, foi, sen dúbida, a volta aos conceptos de asegurado e beneficiario do sistema público co propósito case único de excluír o colectivo dos inmigrantes que carecen de autorización administrativa de residencia no territorio español.

Para ter unha análise aproximativa das apreciacións da cidadanía sobre as persoas inmigrantes en relación co sistema sanitario e a valoración da política sanitaria reflectida no RDL 16/2012, realizouse un análise, con base nas respostas a unha enquisa dirixida á a poboación en xeral, que foi descrita en capítulos anteriores.

A fiabilidade da escala, medida a través do Alpha de Cronbach (resultados na Táboa 42), pódese considerar boa, se ben, a análise por áreas amosa unha maior debilidade no relativo ao acceso, mentres que polo que se refire ao abuso, este valor é moi satisfactorio.

En primeiro lugar realizouse unha comprobación da fiabilidade da escala utilizada, mediante o coeficiente (α) Alpha de Cronbach, formulado por Lee J. Cronbach (Cronbach, 1951) e representa unha xeneralización das fórmulas KR-20 e KR-21 de consistencia interna, desenvolvidas en 1937 por Kuder e Richardson (Kerlinger & Lee, 2002). As devanditas fórmulas só son aplicables a variables dicotómicas, sen ter aplicación no caso de variables con rango de variabilidade de escala 1 a 5, como é o caso que nos ocupa. Non obstante, o Alpha de Cronbach, permite avaliar a confiabilidade ou consistencia interna dun instrumento elaborado sobre a base dunha escala Likert, ou calquera escala de opcións múltiples sendo o estatístico que conta con maior aceptación na actualidade (Cohen et al., 2006) para avaliar a fiabilidade da escala.

O coeficiente Alpha de Cronbach baséase no cálculo da correlación de cada un dos ítems con cada un dos demais, de forma que se obtén un número elevado de coeficientes, resultando unha gran cantidade de correlacións, cuxo valor media equivalería ao Alpha de Cronbach (Virla, 2010).

A expresión do Alpha de Cronbach vén recollido na Ecuación (1)

$$\alpha \text{ de Cronbach} = \frac{n}{n-1} \left(1 - \frac{\sum_i V_i}{V_t} \right) \quad \text{Ecuación (1)}$$

Onde V_i é a varianza do ítem "i" e "n" o número de ítems que compoñen a escala

No caso de que non se coñeza a varianza das respostas para cada un dos ítems, pero si a varianza total para o conxunto destes, pode calcularse o Alpha de Cronbach en termos das correlacións entre as respostas a cada ítem, nese caso, a ecuación que representa o estatístico Alpha viría dado pola Ecuación (2)

$$\alpha \text{ de Cronbach} = \frac{n^2 \overline{C_{ij}}}{V_t} \quad \text{Ecuación (2)}$$

Onde V_t representa a varianza de todos os valores tomados por todos os ítems, $(\overline{C_{ij}})$ o valor medio dos coeficientes de correlación dos valores de cada un dos ítems cos valores dos demais e "n" o número total de ítems.

Os valores do coeficiente Alpha de Cronbach normalmente oscilan entre 0 e 1, non obstante, en realidade, non hai límite inferior ao coeficiente (Gliem & Gliem, 2003). Canto máis preto de 1 estea o coeficiente, maior será a consistencia interna dos ítems da escala. En xeral George e Mallery (2003) proporcionan as seguintes regras xerais: valores $\alpha > 0,9$ - Excelente, $\alpha > 0,8$ - Ben, $\alpha > 0,7$ - Aceptable, $\alpha > 0,6$ - Cuestionable, $\alpha > 0,5$ - Pobre, e $\alpha < 0,5$ - Inaceptable". En calquera caso, debe ser tido en conta que o valor de alfa depende parcialmente do número de ítems na escala, hai que sinalar que este ten rendemento decrecente, é dicir, que aumenta cando diminúe o número de ítems. Tamén hai que sinalar que unha alfa de 0,8 é probablemente un obxectivo razoable (Gliem & Gliem, 2003). Segundo se recolle nos datos da Táboa 42, compróbase que esta é aceptable ou boa para todas as áreas consideradas.

Táboa 42. Fiabilidade da escala

Aceso á sanidade	Alpha de Cronbach	N.º de variables	Alpha de Cronbach	N.º de variables
Universalidade da sanidade	0,729 ^(b)	5	0,832 ^(a)	20
Urxencias sanitarias	0,873 ^(a)	5		
Abuso dos servizos sanitarios	0,900 ^(a)	8		
Real decreto-lei 16/2012	0,639 ^(c)	2		

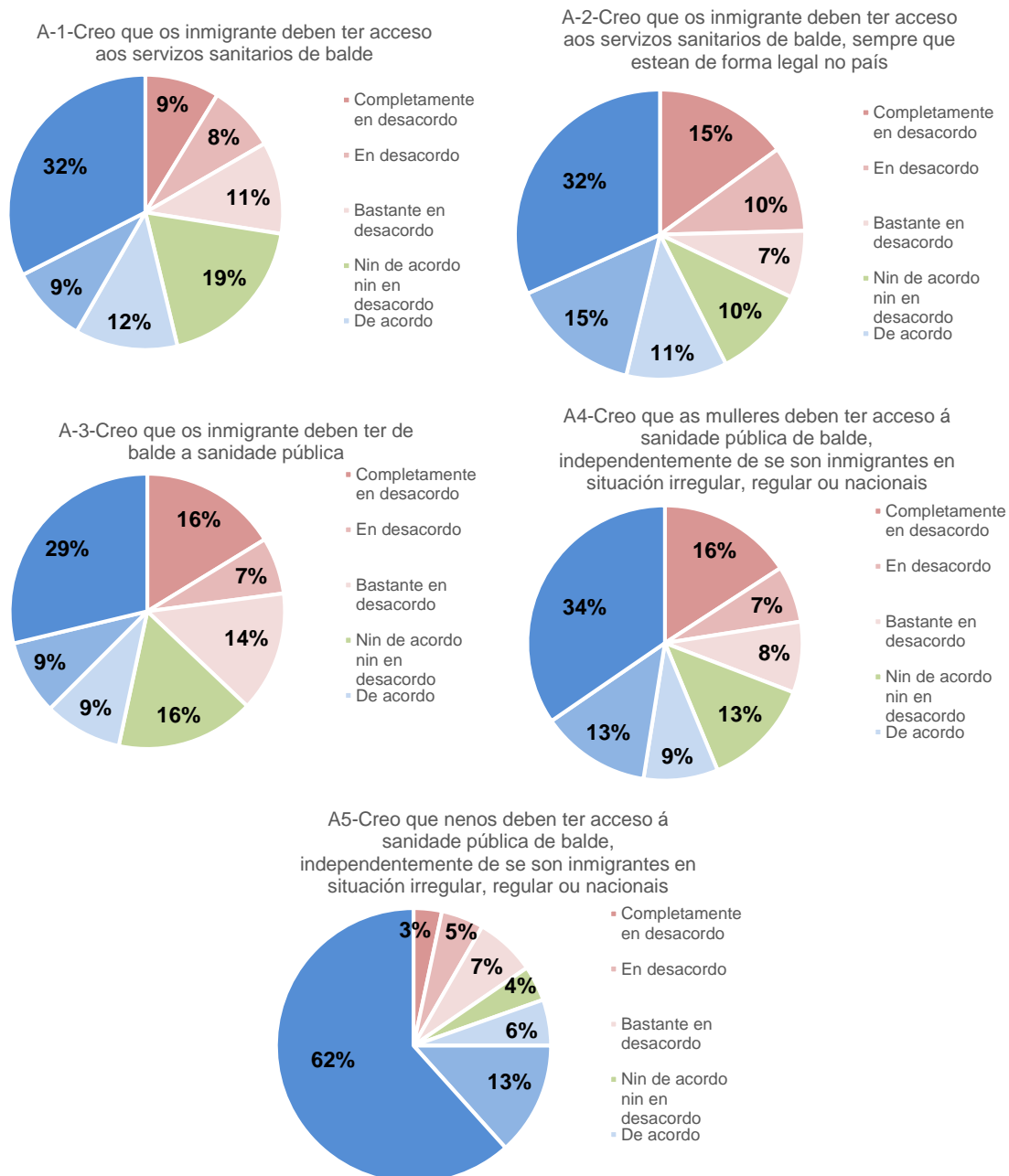
(a) Valor de α Bo, (b) Valor de α Aceptable (c) Valor de α Aceptable

5.4.1. O acceso: a universalidade da sanidade

En xeral, as persoas que responderon a enquisa consideran que debe existir acceso de balde á sanidade.

Así se comproba gráficos seguintes: no Conxunto de Gráficos 1. Resultados. Acceso á sanidade.

Conxunto de Gráficos 1. Resultados. Acceso á sanidade



Para todas as preguntas do módulo, as respostas son favorables, particularmente no caso da asistencia sanitaria aos nenos, onde menos do 20% teñen dúbida ou se amosan contrarios ao acceso: así, máis do 80% das persoas enquisadas (76% no caso dos homes e 84% no caso das mulleres) está de acordo o moi de acordo coa afirmación de que “os nenos deben ter acceso á sanidade pública de balde, independentemente de se son inmigrantes en situación irregular, legais ou nacionais”.

Un 58% da poboación consultada está de acordo en que os inmigrantes deben ter acceso de balde aos servizos sanitarios, sempre que estean de forma legal no país (A-2), e case un terzo do total está completamente de acordo coa afirmación proposta, mentres que só un 32% está en desacordo. Canto a afirmación é máis xeral, é dicir, para todo o tipo de persoas inmigrantes (A-1), estean de forma legal ou non, a porcentaxe diminúe lixeiramente (53%), pero só un 28% se amosa contrario.

Os resultados da análise descritiva no aspecto de acceso á sanidade, son claros: a maioría están completamente de acordo, moi de acordo ou de acordo en que debe haber acceso á sanidade, en todos os casos formulados.

A pregunta que amosa unha respostas máis contundente en este apartado e a “A-5- Creo que os nenos deben ter acceso á sanidade pública gratuíta independentemente de se son inmigrantes en situación irregular, legais ou nacionais”, que acada un valor medio de 5,90 (desviación típica de 1,764), sendo de 6,06 para as mulleres e 5,69 para os homes.

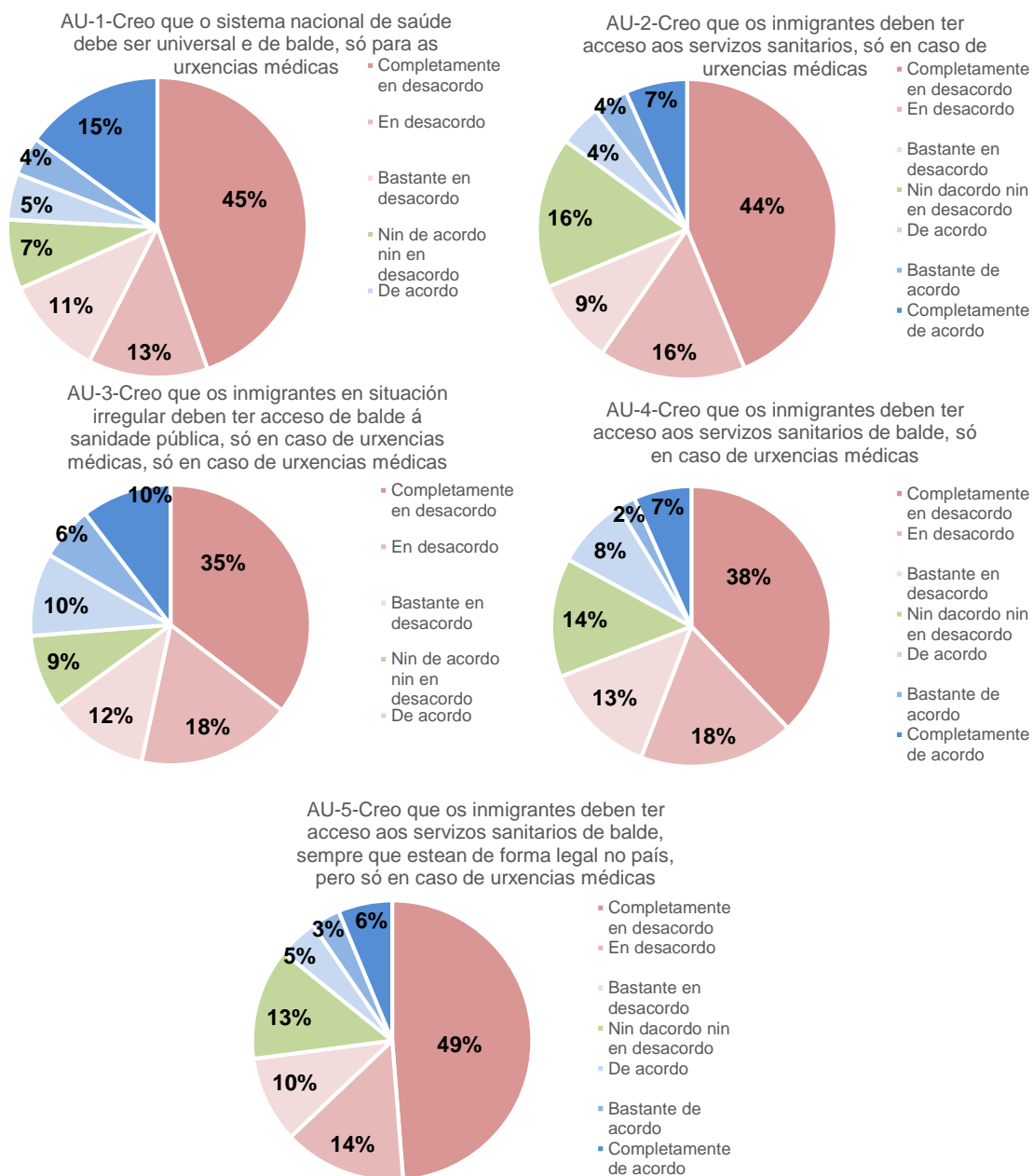
Á vista dos resultados descritivos recollidos nos gráficos anteriores e tamén no punto seguinte, pódese concluír que a hipótese H1-A-PX “A poboación en xeral é partidaria de limitar o acceso universal á sanidade” debe ser rexeitada.

5.4.2. O acceso ás urxencias médicas

Neste punto, compróbase que existe unha tendencia ao desacordo en que o acceso á sanidade debe reducirse só ás urxencias médicas, segundo o Conxunto de Gráficos 2. Respostas relativas ao acceso ás urxencias médicas.

Os resultados da análise descritiva amosan un claro desacordo en limitar o acceso á sanidade só para o caso das urxencias médicas. Este desacordo mantense para todas as situacións presentadas, pero preguntando polos inmigrantes en situación irregular os niveis de desacordo diminúen lixeiramente.

Conxunto de Gráficos 2. Respostas relativas ao acceso ás urxencias médicas

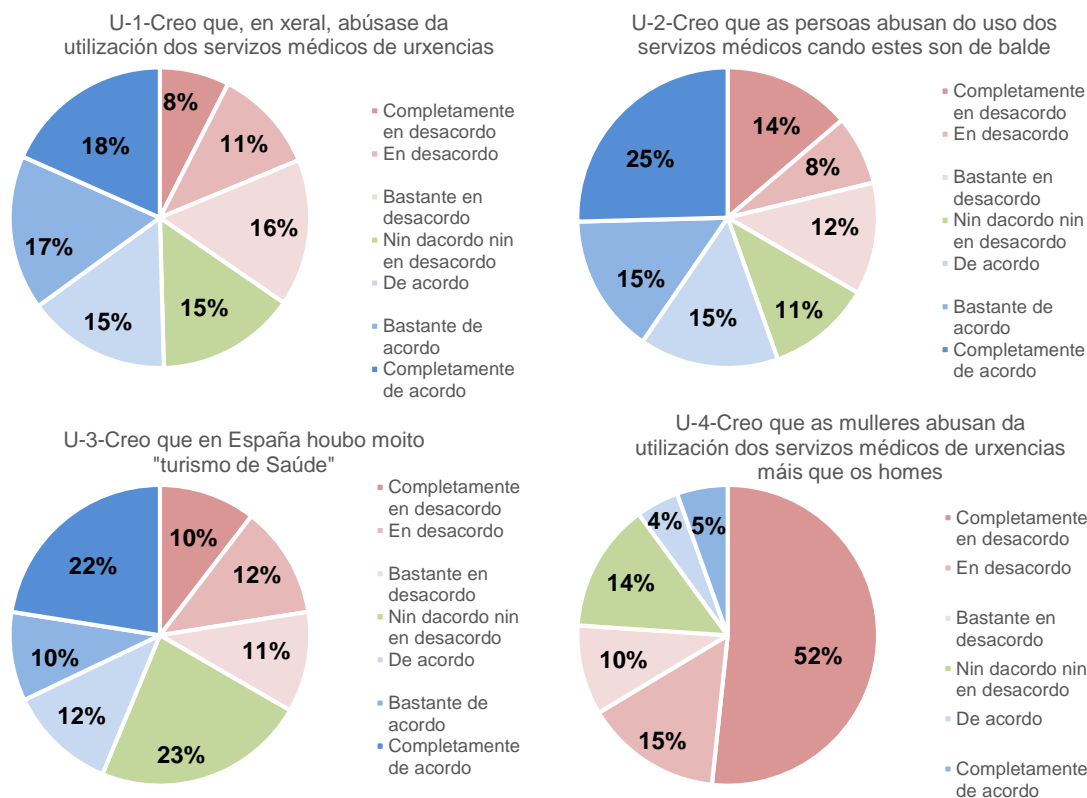


En termos xerais neste punto recóllense respostas con puntuación baixas, case todas elas por baixo dos 3 puntos para a mostra en xeral que, no caso das mulleres non chega a ese valor en ningún dos ítems deste punto. Isto indica un desacordo coa restrición do acceso sanitario unicamente ás urxencias médicas.

5.4.3. O abuso dos servizos sanitarios

No punto do uso adecuado dos servizos sanitarios, as opinións están divididas, particularmente cando se relaciona o uso co custo, os gráficos que amosan estas relacións están recollidos

Conxunto de Gráficos 3. A percepción de abuso dos servizos sanitarios

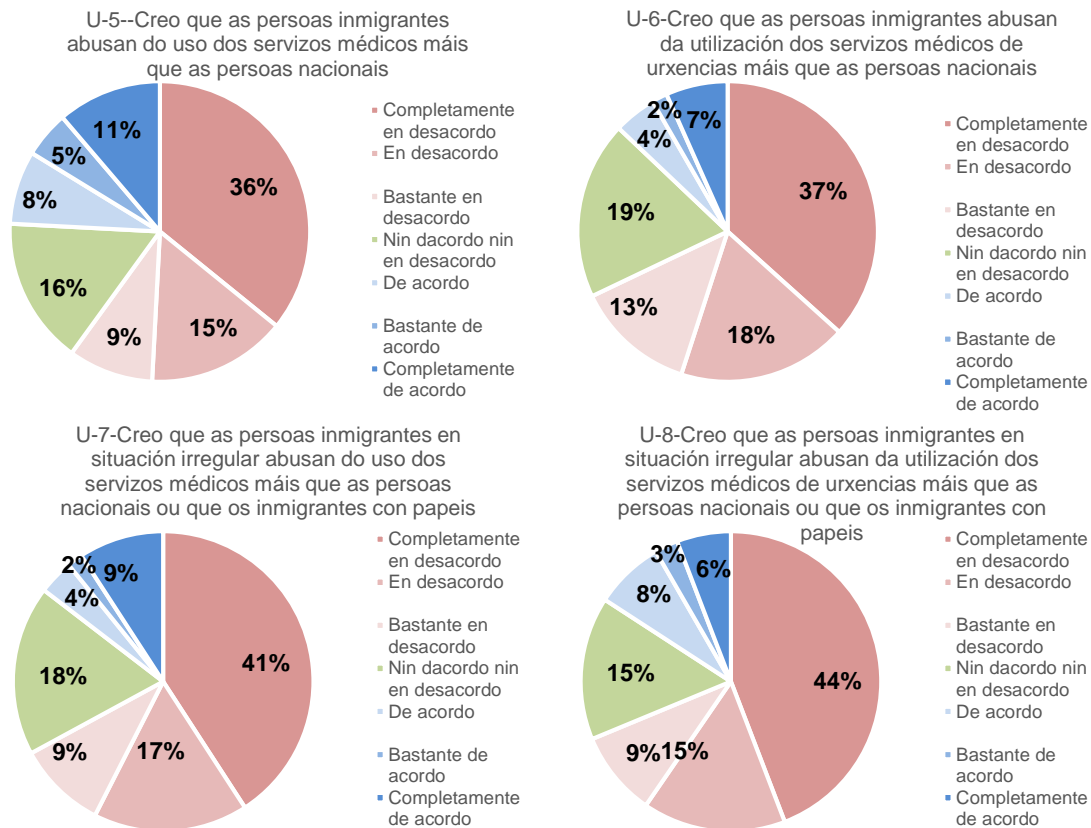


Convén resaltar que as respostas maioritarias mostran o seu desacordo coas afirmacións de que os inmigrantes fan un uso abusivo da sanidades, fronte ás persoas nativas de España. Tamén se comproba o desacordo con que os inmigrantes en situación abusan do uso da sanidade máis que os inmigrantes en situación regular ou que os nados en España.

Á vista das respostas ás preguntas U-1 e U-2, procede aceptar a hipótese nula H4-U-PX "A poboación en xeral ten a percepción de que hai abuso dos servizos sanitarios en España", especialmente para os servizos sanitarios cando son de balde.

Tendo en conta as respostas ás preguntas U-5, U-6, U-7 e U-8, que claro que a hipótese H3-D-PX "A poboación en xeral percibe un uso diferente dos servizos sanitarios por parte da poboación inmigrante" debe ser rexeitada.

Conxunto de Gráficos 4. A percepción de abuso dos servizos sanitarios II

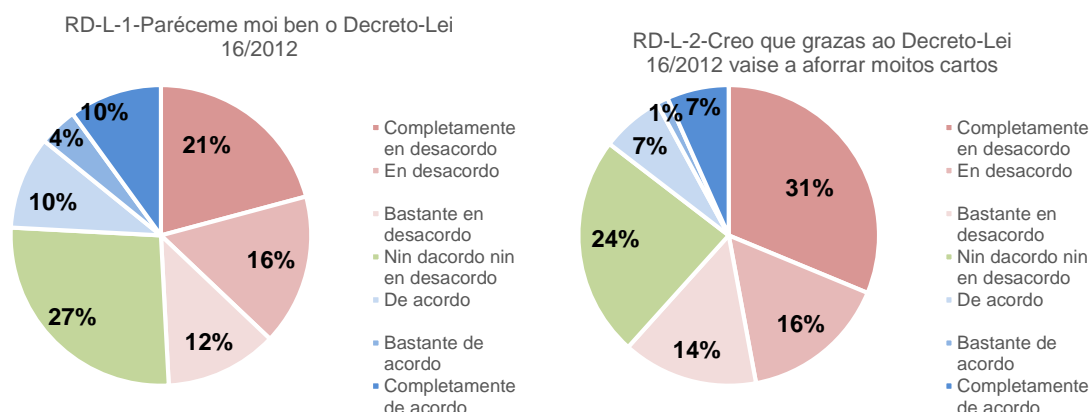


5.4.4. A valoración da reforma sanitaria: opinións sobre o Real decreto-lei 16/2012

Os resultados descritivos relativos a este punto reflíctense no Conxunto de Gráficos 5. Resultados respecto á valoración da reforma sanitaria: opinión sobre o Real decreto-lei 16/2012. As respostas, á vista da mostra, indican que non hai acordo coa nova política sanitaria, xa que o acordo co Real decreto-lei suporía puntuacións superiores a 4 (4 representa a resposta “nin de acordo nin en desacordo”) e non se acadaba esa puntuación en ningún dos ítems.

As respostas indican que hai un desacordo tanto co Real decreto-lei en si mesmo, como coa afirmación de que a súa implantación vaia xerar algún tipo de aforro.

Conxunto de Gráficos 5. Resultados respecto á valoración da reforma sanitaria: opinión sobre o Real decreto-lei 16/2012



As respostas indican que hai un desacordo tanto co Real decreto-lei en si mesmo, como coa afirmación de que a súa implantación vaia xerar algún tipo de aforro.

A resposta á pregunta RD-L-1 deixa claro que hai unha minoría de concorda coa reforma sanitaria, polo que a hipótese nula H2-PS-PX “A poboación en xeral está de acordo coa reforma sanitaria” deberá ser rexeitada. Neste mesmo caso, é dicir, moi poucas persoas amosan o seu acordo coa afirmación, está a pregunta RD-L-2, por tanto H5-CF-PX “A reforma sanitaria non vai ser efectiva en termos de aforro de cartos” debe ser aceptada.

5.4.5. A crise económica e os servizos sanitarios

As persoas preguntadas amosan un claro desacordo en restrinxir os servizos sanitarios por motivos económicos, mostran un claro desacordo coa redución da atención sanitaria por motivos de índole económica e maioritariamente pensan que a longo prazo vai saír máis caro aplicar os recortes propostos na nova política sanitaria.

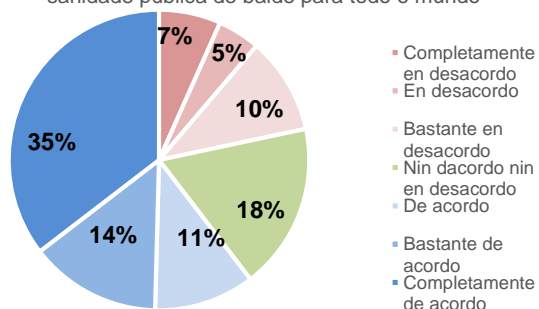
Táboa 43. Valoración da política sanitaria

Valoración da política sanitaria (RD 16/2012) por parte das persoas que responden a enquisa			
Preguntas formuladas	Media de todas as persoas que responden	Media Mulleres	Media homes
Creo que a longo prazo vai ser máis caro pagar as enfermidades producidas por non ir ao médico a tempo que financiar a sanidade pública de balde para todo o mundo	5,06 (1,91)	5,40 (1,83)	4,62 (1,93)
Estou en contra de que se reduza a atención sanitaria pública de balde, por motivos de crise económica	5,95 (1,60)	6,15 (1,50)	5,69 (1,69)

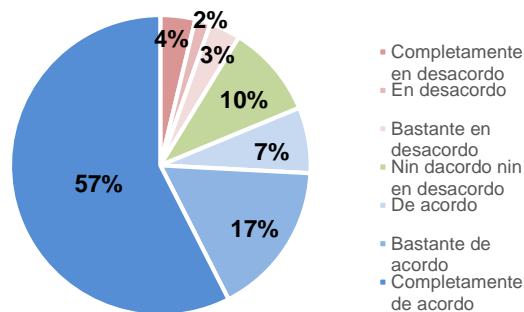
Nota: os valores entre parénteses son a desviación típica

Conxunto de Gráficos 6. Resultados. A crise económica e os servizos sanitarios

X-Mod1-Creo que a longo prazo vai ser máis caro pagar as enfermidades producidas por non ir ao médico a tempo que financiar a sanidade pública de balde para todo o mundo



X-Mod4-Estou en contra de que se reduza a atención sanitaria pública de balde, por motivos de crise económica



5.5. As apreciacións de homes e mulleres no contorno social

En primeiro lugar realizouse unha análise de comparación de medias para determinar se existen diferenzas estatisticamente significativas entre as opinións de homes e mulleres. Os valores dos estatísticos descritivos recóllense no Anexo VII: Estatísticos descritivos, e os relativos a homes e mulleres no

5.5.1. Homes e mulleres opinan sobre o acceso ao sistema de saúde público

A comparación dos resultados das respostas de homes e mulleres, en relación coas opinións sobre o acceso ao sistema público de saúde en España reflíctese na Táboa 44, en que se recollen os ítems en que se atoparon diferenzas estatisticamente significativas (os resultados completos pódense consultar no Anexo IX, da páxina 179).

En termos xerais poderíase concluír que as mulleres teñen opinión máis favorables ao acceso universal, mentres que os homes son máis favorables ao acceso só para urxencias médicas.

Os homes amosan máis acordo coas afirmacións “Creo que o sistema nacional de saúde debe ser universal e de balde, só para as urxencias médicas” (AU-1) e “Creo que os inmigrantes deben ter acceso aos servizos sanitarios, só en caso de urxencias médicas” (AU-2) que as mulleres (os valores positivos nas diferenzas das medias acadadas por cada uno dos grupos, son de 0,6540 e 0,519, respectivamente), porén,

cómpre sinalar que tanto homes como mulleres mostran desacordo con restrinxir o acceso só ás urxencias médicas, así os valores das medias son 3,25 e 2,89 para os homes e de 2,60 e 2,38 para as mulleres, para os ítems sinalados, respectivamente (recórdese que o valor máximo da escala é 7).

Táboa 44. T de Student para comparación de medias segundo sexo. Área acceso

Afirmacións relativas ao acceso aos sistema sanitario público en España	Proba de Levene para a igualdade de varianzas		Proba T para a igualdade de medias				
	F	Sig.	t	gl	Sig. bilateral	Diferenza de medias	Erro típ. da diferenza
Creo que os inmigrantes deben ter acceso aos servizos sanitarios de balde (*)	0,116	0,733	-2,277	238	0,024	-0,594	0,261
Creo que os inmigrantes en situación irregular deben ter acceso de balde á sanidade pública (*)	0,642	0,424	-3,226	238	0,001	-0,902	0,280
Creo que o sistema nacional de saúde debe ser universal e de balde, só para as urxencias médicas AU-1 (*)	3,089	0,080	2,273	238	0,024	0,6540	0,288
Creo que os inmigrantes deben ter acceso aos servizos sanitarios, só en caso de urxencias médicas AU-2 (*)	3,863	0,051	2,143	238	0,033	0,519	0,242
Creo que as mulleres deben ter acceso á sanidade pública de balde independentemente de se son inmigrantes en situación irregular, legais ou nacionais (**)	4,734	0,031	-4,063	205,6	0,000	-1,170	0,288

(*) Asumíronse varianzas iguais (**) Non se asumiron varianzas iguais

Así, tanto homes como mulleres son partidarios do acceso universal á sanidade, fronte á restrición do uso só para as urxencias, se ben se encontran diferenzas estatisticamente significativas que indican que os homes son máis partidarios de restrinxir o acceso ás urxencias que as mulleres.

En consonancia co anterior, as mulleres son máis favorables ao acceso universal en xeral, e en particular para os inmigrantes en situación irregular, as puntuacións acadadas amosan diferenzas estatisticamente significativas nas respostas aos ítems “Creo que os inmigrantes deben ter acceso aos servizos sanitarios de balde (A-1)”, “Creo que os inmigrantes en situación irregular deben ter acceso de balde á sanidade pública (A-3)” e “Creo que as mulleres deben ter acceso á sanidade pública de balde

independentemente de se son inmigrantes en situación irregular, legais ou nacionais (A-4)”, dado que estas diferenzas teñen signo negativo (son -0,594, -0,902 e -1,170, respectivamente), indican que as mulleres teñen puntuacións máis altas, de feito as medias de homes son 4,41, 3,86 e 4,03, respectivamente e as das mulleres 5,01, 4,76 e 5,2, respectivamente. En calquera caso, tanto homes como mulleres están bastante de acordo en facilitar o acceso universal e de balde á sanidade para a poboación inmigrante, en situación irregular ou non.

As diferenzas estatisticamente significativas entre homes e mulleres indican que estas son máis favorables ao acceso universal e de balde para todo tipo de persoas inmigrantes, independentemente da súa situación legal, mentres que os homes están máis de acordo cun acceso só ás urxencias sanitarias.

Tanto homes como mulleres son máis favorables ao acceso universal de balde que ao acceso unicamente ás urxencias médicas.

5.5.2. Homes e mulleres opinan sobre a percepción de abuso dos servizos sanitarios

Atendendo ás opinións das persoas enquisadas sobre o abuso percibido co sistema sanitario en España, atopáronse diferenzas estatisticamente significativas entre homes e mulleres nos ítems recollidos na Táboa 45. Os resultados da análise completa pódense consultar no Anexo X. Análise de comparación de medias entre homes e mulleres: á percepción do abuso do Sistema Sanitario Público en España.

Antes de realizar o test t de Student para a comparación de medias, realizouse o test de Levene para comprobar a homoxeneidade de varianzas entre os grupos.

De entre os ítems que finalmente amosaron diferenzas estatisticamente significativas en medias, os correspondentes ás preguntas “Ceo que as persoas abusan do uso dos servizos médicos cando estes son de balde”, “Ceo que as persoas inmigrantes abusan do uso dos servizos médicos máis que as persoas nacionais” e “Creo que, as mulleres abusan da utilización dos servizos médicos de urxencias máis que os homes” presentaron niveis de probabilidade superior a 0,05, e por tanto non se rexeitou a hipótese nula de varianzas diferentes, e asumíronse varianzas iguais. No resto dos ítems preguntados e que amosaron diferenzas estatisticamente significativas en medias asumíronse varianzas diferentes (compróbase coa Táboa 45).

Táboa 45. T de Student para comparación de medias segundo sexo. Área percepción de abuso

Afirmacións relativas á percepción do abuso do sistema sanitario público en España	Proba de Levene para a igualdade de varianzas		Proba T para a igualdade de medias				
	F	Sig.	t	gl	Sig. (bilateral)	Diferenza de medias	Error típ. da diferenza
U-2 Ceo que as persoas abusan do uso dos servizos médicos cando estes son de balde (*)	1,160	0,282	2,628	238,000	0,009	0,712	0,271
U-5 Ceo que as persoas inmigrantes abusan do uso dos servizos médicos máis que as persoas nacionais (*)	2,561	0,111	2,262	238,000	0,025	0,607	0,269
U-7 Ceo que as persoas inmigrantes en situación irregular abusan do uso dos servizos médicos máis que as persoas nacionais ou que os inmigrantes con papeis (**)	6,232	0,013	2,280	197,726	0,024	0,578	0,254
U-6 Creo que as persoas inmigrantes abusan da utilización dos servizos médicos de urxencias máis que as persoas nacionais (**)	7,699	0,006	3,051	196,765	0,003	0,712	0,233
U-8 Creo que as persoas inmigrantes en situación irregular abusan da utilización dos servizos médicos de urxencias máis que as persoas nacionais ou que os inmigrantes con papeis (**)	10,933	0,001	3,187	195,913	0,002	0,767	0,241
U-4 Creo que as mulleres abusan da utilización dos servizos médicos de urxencias máis que os homes (*)	2,259	0,134	2,355	236,000	0,019	0,519	0,220

(*) Asumíronse varianzas iguais (**) Non se asumiron varianzas iguais

Dado que as diferenzas en medias son todas de signo positivo, e tendo en conta que se obteñen como diferenza entre os valores medios das respostas dos homes e os valores medios das respostas das mulleres, cabe concluír que os homes deron respostas con maior grao de acordo, é dicir, que os homes pensan que hai máis abuso no sistema sanitario, independentemente de que as persoas sexan inmigrantes ou non e de que se trate de acceso ás consultas ou aos servizos de urxencias.

Pero con esta información non sabemos se se está a falar dun acordo importante ou de desacordo, xa que só temos resultados comparativos. Para comprobar estes niveis

absolutos atendemos aos valores das medias (e miramos tamén as desviacións típicas para ter en conta a variabilidade grupal) do conxunto das persoas enquisadas e dos grupos de homes e de mulleres, por separado. Esta información está na Táboa 46.

Táboa 46. Abuso dos servizos sanitarios

Percepción sobre o abuso dos servizos sanitarios por parte das persoas que responderon a enquisa			
Preguntas formuladas	Media de todas as persoas que responderon	Media Mulleres	Media Homes
U-2-Creo que as persoas abusan do uso dos servizos médicos cando estes son de balde	4,53 (2,11)	4,22 (2,13)	4,93 (2,02)
U-4-Creo que as mulleres abusan da utilización dos servizos médicos de urxencias máis que os homes	2,27 (1,70)	2,04 (1,65)	2,56 (1,73)
U-5--Creo que as persoas inmigrantes abusan do uso dos servizos médicos máis que as persoas nacionais	3,05 (2,08)	2,79 (1,98)	3,39 (2,17)
U-6-Creo que as persoas inmigrantes abusan da utilización dos servizos médicos de urxencias máis que as persoas nacionais	2,70 (1,78)	2,38 (1,59)	3,09 (1,93)
U-7-Creo que as persoas inmigrantes en situación irregular abusan do uso dos servizos médicos máis que as persoas nacionais ou que os inmigrantes con papeis	2,69 (1,92)	2,44 (1,73)	3,02 (2,09)
U-8-Creo que as persoas inmigrantes en situación irregular abusan da utilización dos servizos médicos de urxencias máis que as persoas nacionais ou que os inmigrantes con papeis	2,58 (1,83)	2,24 (1,63)	3,01 (2,00)
Nota: os valores entre parénteses son a desviación típica			

Compróbase que para os ítems U-4-Creo que as mulleres abusan da utilización dos servizos médicos de urxencias máis que os homes, U-8-Creo que as persoas inmigrantes en situación irregular abusan da utilización dos servizos médicos de urxencias máis que as persoas nacionais ou que os inmigrantes con papeis, U-6-Creo que as persoas inmigrantes abusan da utilización dos servizos médicos de urxencias máis que as persoas nacionais e U-7-Creo que as persoas inmigrantes en situación irregular abusan do uso dos servizos médicos máis que as persoas nacionais ou que os inmigrantes con papeis, pódese afirmar que tanto homes como mulleres están en desacordo coa afirmación (en ningún caso se chega a unha puntuación de 3 que significa “algo en desacordo”). Só se acada para os homes a puntuación 3 no caso de ítem U-5--Creo que as persoas inmigrantes abusan do uso dos servizos médicos máis que as persoas nacionais, pero as mulleres están por debaixo. É dicir, que tanto homes

como mulleres están en desacordo ou moi en desacordo con que as persoas inmigrantes en situación irregular abusen dos servizos sanitarios (sexan consultas médicas ou servizos de urxencias) máis que as persoas nacionais ou que os inmigrantes con papeis. Por norma xeral, as mulleres están máis en desacordo co abuso do sistema sanitario que os homes.

A pesar de que tanto homes como mulleres indican o seu desacordo con que exista abuso do sistema sanitario. Concordan en afirmar que cando os servizos sanitarios son de balde pode haber unha tendencia ao abuso (ítem U-2-Creo que as persoas abusan do uso dos servizos médicos cando estes son de balde), aínda que as mulleres amósanse mais cautas e responden como media “nin de acordo nin en desacordo”, bastantes homes mostran o seu acordo xa que a media está moi cerca de 5 (4,93) que corresponde con “algo de acordo”.

A conclusión máis relevante é que non se ten percepción de abuso do sistema sanitario, pero cando se introduce a variable de servizo de balde, as persoas enquisadas responden que pode haber certo abuso, nese caso. A percepción é menor nas mulleres en todas as situacións analizadas.

Existe un maior acordo de que existe abuso dos servizos sanitarios en termos da poboación no seu conxunto que para o grupo de persoas inmigrantes, sexa cal sexa a súa situación legal. Os valores recollidos na Táboa 46 amosan con claridade que non existe a dita percepción, particularmente polo que se refire ás persoas inmigrantes en situación irregular. Mentres que en termos xerais hai desacordo coa percepción de abuso, e este desacordo aumenta cando se refire ao colectivo de persoas inmigrantes, ademais, descende tamén cando se concreta a pregunta sobre os inmigrantes en situación irregular.

5.5.3. Homes e mulleres opinan sobre a política sanitaria impulsada polo Real decreto lei 16/2012

A análise de diferenzas en medias para este punto está recollida na Táboa 47. Con respecto ao posible aforro de cartos coas mediadas propostas, que se preguntaba no ítem “RD-L-2-Creo que grazas ao Decreto-lei 16/2012 se van aforrar moitos cartos”, non hai diferenzas estatisticamente significativas entre homes e mulleres, e os valores das medias (desviacións típicas) para o conxunto, de homes e mulleres son 2,89 (1,76), 3,29 (1,69) e 2,59 (1,76), respectivamente. É dicir que hai un claro desacordo, porque só os

homes se acercan ao 3 que é “algo en desacordo”, mentres que o 2 é “bastante en desacordo”.

Táboa 47. T de Student para comparación de medias segundo sexo. Área Política Sanitaria

Afirmacións relativas ao acceso ao sistema sanitario público en España	Proba de Levene para a igualdade de varianzas		Proba T para a igualdade de medias				
	F	Sig.	t	gl	Sig. (bilateral)	Diferenza de medias	Erro típ. da diferenza
Estou en contra de que se reduza a atención sanitaria pública de balde, por motivos de crise económica (**)	4,382	0,037	-2,166	207,417	0,031	-0,455	0,210
RDL-1 Paréceme moi ben o Decreto-lei 16/2012 (medidas urxentes para garantir a sustentabilidade do sistema nacional de saúde, por motivos de crise) (*)	0,608	0,436	2,622	238,000	0,009	0,630	0,240
Paréceme ben que as persoas inmigrantes sen papeis non poidan acceder á sanidade pública de balde (**)	26,078	0,000	4,558	186,827	0,000	1,277	0,280
Paréceme ben que as persoas inmigrantes sen papeis poidan acceder á sanidade pública, pero deben pagala (*)	2,157	0,143	3,739	238,000	0,000	0,999	0,267
Creo que só deberían ter acceso aos servizos sanitarios públicos de balde os que contribúan ao seu financiamento, mediante impostos ou doutra forma (*)	1,668	0,198	3,106	238,000	0,002	0,912	0,294
(*) Asumíronse varianzas iguais (**) Non se asumiron varianzas iguais							

En resumo, polo que se refire á posibilidade de aforrar cartos coas medidas de política sanitaria propostas, o conxunto da poboación pensa que non vai ser así, tanto homes como mulleres, xa que non se atoparon diferenzas estatisticamente significativas nas medias.

Con respecto ás diferenzas atopadas nos ítems representados na Táboa 47, os valores das medias no grupo completo, das mulleres e dos homes, reflíctense na Táboa 48.

Todas as persoas enquisadas amosaron un claro rexeitamento da reforma sanitaria proposta polo Real decreto 12/2012, porque responderon aos resultados medios que se encontran arredor da resposta “bastante de acordo” ante a afirmación “Estou en contra de que se reduza a atención sanitaria pública de balde, por motivos de crise económica”. As mulleres son máis contundentes no rexeitamento, amosando unha clara diferenza cos homes (comprobada por diferenzas estatisticamente significativas), as medias das mulleres superan os 6 puntos (é dicir, que están bastante ou moi de acordo coa afirmación), mentres que os homes roldan o valor 6 (están entre algo de bastante de acordo). Non cabe dúbida, en calquera caso, de que o sentir maioritario da poboación é de rexeitamento á redución de atención sanitaria por mor da crise económica.

Táboa 48. Valores das medias de homes e mulleres sobre apreciacións da política sanitaria

Percepción sobre aspectos relacionados coa política sanitaria por parte das persoas que responderon a enquisa			
Preguntas formuladas	Media de todas as persoas respondentes	Media Mulleres	Media Homes
Estou en contra de que se reduza a atención sanitaria pública de balde, por motivos de crise económica	5,95 (1,60)	6,15 (1,50)	5,69 (1,70)
RDL-1 Paréceme moi ben o Decreto-lei 16/2012 (medidas urxentes para garantir a sustentabilidade do sistema nacional de saúde, por motivos de crise)	3,41 (1,87)	3,81 (1,60)	3,771 (1,81)
Paréceme ben que as persoas inmigrantes sen papeis non poidan acceder á sanidade pública de balde	3,02 (2,17)	2,46 (1,81)	3,74 (2,38)
Paréceme ben que as persoas inmigrantes sen papeis poidan acceder á sanidade pública, pero deben pagala	3,24 (2,11)	2,81 (1,95)	3,81 (2,17)
Creo que só deberían ter acceso aos servizos sanitarios públicos de balde os que contribúan ao seu financiamento, mediante impostos ou doutra forma	3,45 (2,30)	3,06 (2,21)	3,97 (2,31)

Respecto á obrigatoriedade de pago polo acceso á sanidade, para as persoas inmigrantes en situación irregular, non hai acordo coa afirmación “Paréceme ben que as persoas inmigrantes sen papeis poidan acceder á sanidade pública, pero deben pagala”, porque a media das respostas do grupo preguntado está arredor de “algo en desacordo” ou “nin de acordo nin en desacordo”, amosándose, novamente, as mulleres máis en desacordo coa afirmación. Por tanto, pódese concluír que as persoas enquisadas non ven con bos ollos que haxa unha contribución económica por parte das persoas inmigrantes en situación irregular para poder acceder aos servizos sanitarios, nin con que se lles negue o acceso, particularmente, as mulleres enquisadas amósanse en contra desta restrición indicando maioritariamente o seu desacordo.

Por outra banda, percíbese na poboación enquisada un rexeitamento a vincular o acceso á sanidade coa contraprestación económica, por calquera vía (impostos, cotas etc.), este rexeitamento comprobouse máis nas mulleres.

En relación coa pregunta directa sobre o seu acordo coas medidas de política sanitaria recollidas no Real decreto lei 16/2012, tamén se pon de manifesto un rexeitamento por todo o grupo enquisado, sendo máis forte a posición das mulleres, cunha diferenza estatisticamente significativa comprobada, con respecto aos homes.

5.6. As apreciacións segundo os grupos de idade

Realizouse unha análise ANOVA, para comparar as distintas valoracións dependendo do grupo de idade. Para iso, agrupáronse as respostas segundo os seguintes grupos de idades: menores de 23 anos, entre 23 e 35 anos, entre 36 e 50 anos e maiores de 50 anos.

Compróbase que existen diferenzas só estatisticamente significativas para o ítem U-3-“Creo que en España houbo moito «turismo de Saúde» (persoas que veñen como turistas para facer uso dos servizos sanitarios públicos de balde)”, segundo se desprende da táboa recollida no Anexo XII. Anova de un factor: grupo de idade, e do seu resumo, na Táboa 49, no que simplemente se amosa o ítem en que se atoparon diferenzas.

Táboa 49. ANOVA dun factor: grupos de idades

	ANOVA dun factor					
		Suma de cadrados	gl	Media cuadrática	F	Sig.
U-3-Creo que en España houbo moito «turismo de Saúde» (persoas que veñen como turistas para facer uso dos servizos sanitarios públicos de balde)	(i)	40,67	3	13,56	3,53	0,020
	(ii)	907,63	236	3,85		
	(iii)	948,30	239			
(i) Inter-grupos , (ii) Intra-grupos, (iii) Total						

Para poder localizar exactamente entre que grupos de idades se atopan as diferenzas, debemos proceder ao estudo dos estatísticos post-hoc, para o que precisamos coñecer a homoxeneidade das varianzas dos grupos de idades considerados.

Os resultados do test de Levene recóllense na Táboa 50, en que se comproba que para este ítem se debe rexeitar a hipótese nula ($\text{sig} < 0,05$) de igualdade de varianzas, por tanto, nesta situación, os test recomendados para localizar as diferenzas son os de Tamhane, T3 de Dunnett ou Games-Howell.

Os resultados destes tests recóllense na Táboa 51. Test de Tamhane para comparación de medias segundo grupo de idade, Táboa 52. Test T3 de Dunnett: comparación de medias segundo grupo de idade e Táboa 53. Test Games-Howell: comparación de medias segundo grupo de idade.

Táboa 50. Proba de homoxeneidade de varianzas

Proba de homoxeneidade de varianzas				
	Estatístico de Levene	gl1	gl2	Sig.
U-3-Creo que en España houbo moito «turismo de Saúde» (persoas que veñen como turistas para facer uso dos servizos sanitarios públicos de balde)	4,763	3	236	0,003

Á vista dos resultados amosados na Táboa 50, débese rexeitar a hipótese nula de igualdades de varianzas, xa que temos un nivel de significatividade do 0,03%, deste xeito os test *post hoc* indicados son os de Thamhane, Dunnett e Games-Howell, cuxos resultados se amosan na Táboa 51, na Táboa 52 e na Táboa 53, respectivamente.

Táboa 51. Test de Tamhane para comparación de medias segundo grupo de idade

Tamhane		Diferenza de medias (I-J)	Erro típico	Sig.	Intervalo de confianza ao 95%	
					Límite inferior	Límite superior
Menor de 23	Entre 23 e 35	-1,128 [*]	0,346	0,009	-2,06	-0,20
	Entre 36 e 50	-0,324	0,359	0,936	-1,29	0,64
	Maior de 50	-0,712	0,324	0,164	-1,58	0,15
Entre 24 e 35	Menor de 23	1,128 [*]	0,346	0,009	0,20	2,06
	Entre 36 e 50	0,804	0,392	0,231	-0,25	1,86
	Maior de 50	0,416	0,360	0,823	-0,55	1,38
Entre 36 e 50	Menor de 23	0,324	0,359	0,936	-0,64	1,29
	Entre 24 e 35	-0,804	0,392	0,231	-1,86	0,25
	Maior de 50	-0,388	0,372	0,881	-1,39	0,61
Maior de 50	Menor de 23	0,712	0,324	0,164	-0,15	1,58
	Entre 24 e 35	-0,416	0,360	0,823	-1,38	0,55
	Entre 36 e 50	0,388	0,372	0,881	-0,61	1,39

Táboa 52. Test T3 de Dunnett: comparación de medias segundo grupo de idade

T3 de Dunnett		Diferenza de medias (I-J)	Erro típico	Sig.	Intervalo de confianza ao 95%	
					Límite inferior	Límite superior
Menor de 23	Entre 24 e 35	-1,128 [*]	0,346	0,009	-2,06	-0,20
	Entre 36 e 50	-0,324	0,359	0,933	-1,29	0,64
	Maior de 50	-0,712	0,324	0,163	-1,58	0,15
Entre 24 e 35	Menor de 23	1,128 [*]	0,346	0,009	0,20	2,06
	Entre 36 e 50	0,804	0,392	0,228	-0,25	1,86
	Maior de 50	0,416	0,360	0,818	-0,55	1,38
Entre 36 e 50	Menor de 23	0,324	0,359	0,933	-0,64	1,29
	Entre 24 e 35	-0,804	0,392	0,228	-1,86	0,25
	Maior de 50	-0,388	0,372	0,877	-1,38	0,61
Maior de 50	Menor de 23	0,712	0,324	0,163	-0,15	1,58
	Entre 24 e 35	-0,416	0,360	0,818	-1,38	0,55
	Entre 36 e 50	0,388	0,372	0,877	-0,61	1,38

Táboa 53. Test Games-Howell: comparación de medias segundo grupo de idade

Games-Howell		Diferenza de medias (I-J)	Erro típico	Sig.	Intervalo de confianza ao 95%	
					Límite inferior	Límite superior
Menor de 23	Entre 24 e 35	-1,128 [*]	0,346	0,008	-2,03	-0,22
	Entre 36 e 50	-0,324	0,359	0,803	-1,26	0,61
	Maior de 50	-0,712	0,324	0,128	-1,55	0,13
Entre 24 e 35	Menor de 23	1,128 [*]	0,346	0,008	0,22	2,03
	Entre 36 e 50	0,804	0,392	0,176	-0,22	1,83
	Maior de 50	0,416	0,360	0,657	-0,52	1,35
Entre 36 e 50	Menor de 23	0,324	0,359	0,803	-0,61	1,26
	Entre 24 e 35	-0,804	0,392	0,176	-1,83	0,22
	Maior de 50	-0,388	0,372	0,724	-1,36	0,58
Maior de 50	Menor de 23	0,712	0,324	0,128	-0,13	1,55
	Entre 24 e 35	-0,416	0,360	0,657	-1,35	0,52
	Entre 36 e 50	0,388	0,372	0,724	-0,58	1,36

Todas as probas *post hoc* coinciden en sinalar as diferenzas entre os grupos de menor idade: entre os menores de 23 anos e os que se encontran entre 24 e 35. Neste caso os valores medios das respostas do primeiro grupo foron 3,76 e os do segundo de 4,89 (polo que a diferenza é de 1,13), sendo os enquisados de menor idade os que concordan menos coa existencia dun “turismo sanitario” en España.

Os outros dous grupos (2,83 para persoas entre 36 e 50 anos e 2,94 para os maiores de 50 anos) concordan máis cos mozos e mozas, xa que non se mostran moi de acordo coa afirmación de que en España houbera turismo de saúde.

Os resultados acadados nos tres test apuntan na mesma dirección: as diferenzas atópanse entre as idades máis baixas: entre os menores de 23 anos e os de 23 e 35. Para o resto das idades non se atopan diferenzas estatisticamente significativas.

Todas as idades concordan en amosar un forte acordo coa afirmación “Estou en contra de que se reduza a atención sanitaria pública de balde, por motivos de crise económica”, acadando medias moi altas de 5,80, 6,22, 6,15 e 5,76, para os grupos de idades de menores de 23, entre 24 e 35, entre 36 e 50 e maiores de 50, respectivamente. Por outra banda, todos os grupos de idade amosan o seu desacordo en que as persoas inmigrantes en situación irregular abusen do sistema sanitario máis que os outros inmigrantes e tampouco están de acordo en que abusen do sistema sanitario máis que as persoas nacionais, nos tres ítems que tratan sobre estas afirmacións acádanse puntuacións medias inferiores a 3 puntos (agás nun único caso que sae de media 3,11), o que, nunha escala de 1 a 7 é, sen dúbida, unha posición de desacordo.

5.7. Síntese sobre a avaliación das hipóteses e os obxectivos da investigación

TEMA		HIPÓTESE	CONCLUSIÓN
I. ACCESO AOS SERVICIOS SANITARIOS POR PARTE DA POBOACIÓN INMIGRANTE	H1-A-PS	Os profesionais da sanidade son partidarios de limitar o acceso universal á sanidade	Rexeitada
	H1-A-PX	A poboación en xeral é partidaria de limitar o acceso universal á sanidade	Rexeitada
II. ACORDO COA POLÍTICA SANITARIA	H2-PS-PS	Os profesionais da saúde están de acordo coa reforma sanitaria	Rexeitada
	H2-PS-PX	A poboación en xeral está de acordo coa reforma sanitaria	Rexeitada
III. DIFERENZAS NA ATENCIÓN Á POBOACIÓN NACIONAL E Á INMIGRANTE	H3-D-PS	Os inmigrantes teñen problemas sanitarios específicos, diferentes dos da poboación nacional	Aceptada
	H3-D-PX	A poboación en xeral percibe un uso diferente dos servizos sanitarios por parte da poboación inmigrante	Rexeitada
IV. ASPECTOS SOCIOCULTURAIS RELACIONADAS COA SAÚDE	H4-U-PS	Os inmigrantes non amosan particularidades culturais que se reflicten na atención sanitaria	Rexeitada
	H4-U-PX	A poboación en xeral ten a percepción de que hai abuso dos servizos sanitarios en España	Aceptada
V. CONSOLIDACIÓN FISCAL	H5-CF	A nova política sanitaria non é efectiva en termos de promover a consolidación fiscal	Rexeitada
	H5-CF-PX	A reforma sanitaria non vai ser efectiva en termos de aforro de cartos	Aceptada

Dado que procede o rexeitamento das hipóteses H1-A-PS e H1-A-PX, pódese afirmar que tanto os profesionais da sanidade como a poboación en xeral non son partidarios de limitar o acceso universal á sanidade. O analizado nos puntos 5.2.2.3 e 5.4.1 dá cumprida resposta ás apreciacións dos profesionais e da poboación enquisada, respectivamente. Así, en canto a acceso aos servizos sanitarios por parte da poboación

inmigrante, hai un sentir xeneralizado de acordo co acceso da poboación inmigrante aos servizos sanitarios, independentemente da situación administrativa en que se atopen.

En concordancia coas opinións vertidas respecto ao acceso universal á sanidade, os resultados respecto á valoración da reforma sanitaria, recollidos nas epígrafes 5.2.2.2 e 5.4.4, as hipóteses H2-PS-PS e H2-PS-PX deben ser rexeitadas, xa que logo, tanto os traballadores da rama sanitaria como a sociedade amosaron o seu desacordo coas medidas propostas polo RDL 16/2012.

Sobre as diferenzas na atención á poboación nacional e á inmigrante as opinión dos profesionais, recollidas na epígrafe 5.2.3.1 indican que, desde o punto de vista sanitario, existen diferenzas nas patoloxías padecidas polos distintos colectivos, o que aconsella aceptar a hipótese H3-D-PS. Con todo, desde o punto de vista da poboación, as persoas enquisadas non aprecian diferenza ningunha (punto 5.4.3), por tanto rexéitase a hipótese H3-D-PX. En suma, pódese dicir que mentres a poboación en xeral non aprecia diferenzas por mor de cuestións sanitarias entre as persoas inmigrantes e as nacionais, os profesionais encontran diferentes doenzas segundo a pertenza a un grupo ou outro.

A análise das opinións das persoas enquisadas como representativas da sociedade en xeral, unha vez tidos en conta os distintos aspectos estudados, indica que hai unha percepción de certa tendencia ao abuso dos servizos sanitarios (epígrafe 5.4.3), sobre todo cando estes son de balde, o que aconsella a aceptación da hipótese nula H4-U-PX. Esta percepción de existencia de certa “cultura do abuso”, non está relacionada coa nacionalidade, senón que abrangue o total do conxunto.

Porén, as distintas procedencias culturais, sociais e idiomáticas dos inmigrantes son percibidas nas consultas médicas, así se comproba nos puntos 5.2.3.2 , 0, 5.3.6 e 5.3.9, sobre todo por parte do persoal clínico, non é así para o persoal de Administración. Procede, por tanto, rexeitar a hipótese nula H4-U-PS “Os inmigrantes non amosan particularidades culturais que se reflicten na atención sanitaria”

As políticas de austeridade no sector sanitario parecen dar resultados en termos de gasto, segundo os recollidos na epígrafe 5.1, e mesmo se espera unha contención nos anos vindeiros. Así, a hipótese H5-CF “A nova política sanitaria non é efectiva en termos de promover a consolidación fiscal” debe ser rexeitada, polo menos en termos de custos directos, outra cuestión sería se se avaliasen os posibles custos inducidos se aumentase a prevalencia de patoloxías que puidesen terse evitado con maior gasto sanitario. A poboación enquisada considera que (epígrafe 5.4.4) o aforro non vai ser tal,

polo menos desde unha óptica de longo prazo, polo que a hipótese H5-CF-PX debe ser aceptada.

6. Conclusións

Os profesionais da saúde non perciben problemas de acceso á sanidade en Galicia, aínda que se comproba unha certa dificultade tras a aplicación do RDL 16/2012, principalmente relacionada co tratamento farmacolóxico, que queda restrinxido debido a que se lles retira a tarxeta sanitaria. O persoal de Administración percibe esta restrición en moita menor medida que o médico, e tamén se percibe en menor medida no centros de saúde que no hospital.

As persoas enquisadas son partidarias do acceso universal á sanidade, fronte á restrición do uso só para as urxencias. Asemade, non son partidarios de establecer contraprestacións económicas para o acceso aos servizos sanitarios. En xeral, non ten percepción de abuso do sistema sanitario, pero ao considerar que se trata dun servizo de balde, as persoas enquisadas responden que pode haber certo abuso nese caso. Non se considera que o grupo de persoas inmigrantes, sexa cal sexa a súa situación legal abuse máis do sistema de saúde que a poboación nacional. A percepción de abuso é menor nas mulleres en todas as situacións analizadas. Tanto homes como mulleres son mais favorables ao acceso universal de balde que ao acceso unicamente ás urxencias médicas

Hai practicamente unanimidade por parte do persoal médico hospitalario no desacordo coa implantación do RDL 16/2012, afirman que as restricións no acceso poden devir nun problema de saúde pública, co importante risco que iso entraña. Parécelles oportuna a rectificación anunciada o 31 de marzo de 2015 para ampliar o acceso, aínda que a consideran insuficiente, pero sinalan que no caso de Galicia esta ampliación xa

se viña aplicando “de facto” (este é o motivo polo que non foron detectados grandes problemas de acceso).

Todas as persoas enquisadas amosaron un claro rexeitamento da reforma sanitaria proposta polo Real decreto 12/2012. As mulleres son máis contundentes no rexeitamento, cunha diferenza estatisticamente significativa comprobada, con respecto aos homes. O rexeitamento é asumido por todos os grupos de idades.

As persoas preguntadas amosan un claro desacordo en restrinxir os servizos sanitarios por motivos índole económica e indican que ao longo prazo pode saír máis caro aplicar os recortes propostos na nova política sanitaria. Polo que se refire á posibilidade de aforrar cartos coas medidas de política sanitaria propostas, o conxunto da poboación pensa que non vai ser así, tanto homes como mulleres, xa que non se atoparon diferenzas estatisticamente significativas en medias.

No ámbito dos hospitais e centros de saúde, os inmigrantes presentan diferenzas culturais relacionadas coa saúde, que son percibidas maioritariamente polo persoal de enfermería e de medicina e, en menor medida, polo persoal de Administración.

O persoal de medicina e de enfermería considera que a presenza dunha persoa especialista en mediación intercultural, tanto nos centros de saúde como nos hospitais, melloraría a atención sanitaria aos inmigrantes. Neste sentido, todos os profesionais da saúde son receptivos á asistencia a cursos formativos neste sentido.

Apréciase unha redución no gasto en sanidade a curto prazo, que contribúe á consolidación fiscal. Se ben esta é unha media que non ten en conta máis que os efectos directos, porque as persoas inmigrantes poderían usar os servizos sanitarios por barreiras económicas e, dado que se constatou unha grande incidencia de enfermidades infecciosas nese grupo poboacional, algunhas delas case erradicadas en España, podería producir a longo prazo problemas de saúde pública, cuxo custo non está considerado e, por tanto, poría en dúbida a consecución do obxectivo de redución do gasto sanitario.

7. Bibliografía

Aguirre, M. (2004,). Los intentos de suicidio son el doble entre inmigrantes latinoamericanos que entre los españoles. 3 de diciembre de 2004. *Informe De La Fundación Jiménez Días Y Fundación La Caixa.Periódico El PAÍS*

Baker, D.W.; Stevens, C.D., Brook, R.H. (1996). Determinants of emergency department use: are race and ethnicity important? *Annual Emergency Medicine*, 28, 677-682

Bernal-Delgado, E., Campillo-Artero, C., & García-Armesto, S. (2014). Oferta sanitaria y crisis: Financiamos los bienes y servicios según su valor o caemos en la insolvencia. informe SESPAS 2014. *Gaceta Sanitaria*, 28, 69-74.

Björngren Cuadra, C. (2012). Right of access to health care for undocumented migrants in EU: A comparative study of national policies. *European Journal of Public Health*, 22(2), 267-271. doi:10.1093/eurpub/ckr049

Blanco Moreno, A., & Hernández Pascual, J. (2009). El sistema sanitario y la inmigración en España desde la perspectiva de la política fiscal. *Gaceta Sanitaria*, 23(1), 25-28. doi:10.1016/j.gaceta.2009.08.007

Bloomer, E., Allen, J., Donkin, A., Findlay, G., & Gamsu, M. (2012). The impact of the economic downturn and policy changes on health inequalities in London. *London: UCL Institute of Health Equity*,

CIS (2008). "Actitudes hacia la inmigración". Madrid: Ministerio de Presidencia en España.

Cohen, R. J., Swerdlik, M. E., Castañeda, María de los Angeles Izquierdo, Gabriel, S. P., Nuñez, María del Carmen Montenegro, & Muñoz, Enrique Guadalupe Murguía Díaz. (2006). *Pruebas y evaluación psicológicas: Introducción a las pruebas y a la medición* McGraw-Hill.

Cortès-Franch, I., & González López-Valcárcel, I. (2014). Crisis económico-financiera y salud en España. evidencia y perspectivas. informe SESPAS 2014. *Gaceta Sanitaria*, 28(S1), 1-6

Cots F.; Castells, X.; García, O.; Riu, M.; Felipe, A. e Vall, O. (2007). Impact of immigration on the cost of emergency visits in Barcelona (Spain). *BMC Health Service Reserve*, 7, 9.

Cronbach, L. J. (1951). Coefficient alpha and the internal structure of tests. *Psychometrika*, 16(3), 297-334.

EEASPSI (2007). Encuesta Europea sobre el acceso a la salud de las personas en situación irregular. Médicos del Mundo 2007. Disponible en: <http://www.medicos-delmundo.org> . Consultado o 9 de maio de 2015).

El País (9 de febreiro, 2014, 17 de febreiro e 2 de marzo de 2014). Sección Economía. Madrid.

Escribà-Agüir, V., & Fons-Martinez, J. (2014). Crisis económica y condiciones de empleo: Diferencias de género y respuesta de las políticas sociales de empleo. informe SESPAS 2014. *Gaceta Sanitaria*, 28, 37-43.

Banco de España. Boletín económico 02/2014. Consultado o 28 de Marzo de 2015 en: <http://www.bde.es/f/webbde/SES/Secciones/Publicaciones/InformesBoletinesRevistas/BoletinEconomico/14/Feb/Fich/be1402.pdf>

Banco de España. *Boletín económico* 12/2013. Consultado o 16 de xaneiro de 2015 en: <http://www.hispanidad.com/imagenes/boletinecon%20bcoespa%C3%B1a%20dici%20013.pdf>

Banco de España. *Estadísticas de la unión económica y monetaria*. Consultado o 3 de xaneiro de 2015 en <http://www.bde.es/webbde/es/estadis/infoest/bolest.html>

Banco de España. *Estatísticas españolas*. Consultado o 12 de maio de 2015 en <<http://www.bde.es/webbde/es/estadis/infoest/bolest.html>>

España. Ministerio de Facenda e Administracións Públicas (2014). *Orzamentos xerais do Estado* (varios anos). Consultado o 10 de xaneiro de 2015 en <<http://www.minhap.gob.es/es-ES/Areas%20Tematicas/Presupuestos%20Generales%20del%20Estado/Paginas/Presupuestos.aspx>>

Real decreto-lei 3/2012, do 10 de febreiro, de medidas urxentes para a reforma do mercado laboral. BOE, Núm. 36 11 de febreiro de 2012 Sec. I. Páx. 12484

España. Real decreto-lei 3/2014, do 28 de febreiro, de medidas urxentes para o fomento do emprego e a contratación indefinida. BOE, Núm. 52 do 1 de marzo de 2014

Esteva, M., Cabrera, S., Remartinez, D., Díaz, A., & March, S. (2006). Percepción de las dificultades en la atención sanitaria al inmigrante económico en medicina de familia. *Atención Primaria*, 37(3), 154-159.

Falk, J., Bruce, D., Burstrom, B., Thielen, K., Whitehead, M., & Nylén, L. (2013). Trends in poverty risks among people with and without limiting-longstanding illness by employment status in sweden, denmark, and the united kingdom during the current economic recession--a comparative study. *BMC Public Health*, 13, 925-2458-13-925. doi:10.1186/1471-2458-13-925 [doi]

Fondo Monetario Internacional (FMI) (2013). Datos estadísticos. Consultado o 13 de febreiro de 2015 en <http://www.imf.org/external/data.htm>

Fondo Monetario Internacional (FMI) (2013). *Perspectivas de la economía mundial. Abril de 2013. Esperanzas, realidades, riesgos*. Edición en español. ISBN 978-161635-9652. Washington D.C. Fondo Monetario Internacional. Consultado o 1 de Maio de 2015 en <http://www.imf.org/external/spanish/pubs/ft/weo/2013/01/pdf/texts.pdf> .

Fondo Monetario Internacional (FMI) (2014). *Perspectivas da economía mundial ao día. Actualización de las proxeccións centrais*. Washington D.C. Fondo Monetario Internacional. Consultado o 12 de marzo de 2015 en <http://www.imf.org/external/spanish/pubs/ft/weo/2014/update/01/pdf/0114s.pdf>

García-Altés, A., & Ortún, V. (2014). Funcionamiento del ascensor social en españa y posibles mejoras. informe SESPAS 2014. *Gaceta Sanitaria*, 28, 31-36.

Gimeno, L. A., & Lasheras, M. (2009). Estudio de la frecuentación en atención primaria y del patrón de consumo farmacéutico según el origen de los pacientes (inmigrantes vs

autóctonos). en: XXIX congreso de la sociedad española de medicina de familia y comunitaria. barcelona.

Gliem, J. A., & Gliem, R. R. (2003). Calculating, interpreting, and reporting cronbach's alpha reliability coefficient for likert-type scales.

Gobierno Vasco. (2002). Encuesta de salud de la comunidad autónoma del país vasco. *Servicio Central De Publicaciones Del Gobierno Vasco, Vitoria-Gasteiz*,

Hernández Aguado, I., & Lumbreras Lacarra, B. (2014). Crisis e independencia de las políticas de salud pública. informe SESPAS 2014. *Gaceta Sanitaria*, 28, 24-30.

Instituto Nacional de Estadística de España (INE). (2013). Encuesta nacional de salud 2011-2012. Retrieved from <http://www.ine.es/>

Instituto Nacional de Estadística (INE): *Enquisa de Poboación Activa (EPA)*, consultado o 20 xuño de 2015 en http://www.ine.es/inebaseDYN/epa30308/epa_inicio.htm

Instituto Nacional de Estadística (INE): *Enquisa variacións residenciais*, consultado o 23 de xuño de 2015 en

<http://www.ine.es/jaxi/menu.do?type=pcaxis&path=%2Ft20%2Fp307&file=inebase&L=0>

Jongen, W., Burazeri, G., & Brand, H. (2015). The influence of the economic crisis on quality of care for older people: System readiness for innovation in europe. *Innovation: The European Journal of Social Science Research*, (ahead-of-print), 1-25.

Kerlinger, F. N., & Lee, H. B. (2002). Investigación del comportamiento. métodos de investigación en ciencias sociales [foundations of behavioral research].

Lei 16/2003, do 28 de maio, de cohesión e calidade do sistema nacional de saúde. («BOE» 128, do 29-5-2003), (2003).

Lema Tomé, M. (2014). La reforma sanitaria en españa: Especial referencia a la población inmigrante en situación administrativa irregular. *EUNOMÍA.Revista En Cultura De La Legalidad*, , 95-115.

López-Casasnovas, G. (2014). La crisis económica española y sus consecuencias sobre el gasto social. informe SESPAS 2014. *Gaceta Sanitaria*, 28, 18-23.

Martínez Buján, R. (2010a). Bienestar y cuidados: El oficio del cariño: Mujeres inmigrantes y mayores nativos.

- Martínez Buján, R. (2010b). Servicio doméstico y trabajo de cuidados. hacia la privatización del cuidado familiar. *Alternativas: Cuadernos De Trabajo Social*, (17), 157-180.
- Martínez Buján, R. (2011). La reorganización de los cuidados familiares en un contexto de migración internacional. *Cuadernos De Relaciones Laborales*, 29(1), 93-123.
- Martínez, J. C. (2014). A vueltas con el Real Decreto-ley 16/2012 y sus medidas urgentes para garantizar la sostenibilidad del sistema nacional de salud. *Gaceta Sanitaria*, 28(5), 351-353.
- McDonald, J. T., & Kennedy, S. (2004). Insights into the 'healthy immigrant effect': Health status and health service use of immigrants to Canada. *Social Science & Medicine*, 59(8), 1613-1627.
- Morero Beltrán, A., & Ballesteros Pena, A. (2015). Las consecuencias de la aplicación del Real Decreto-ley de regulación sanitaria RD 16/2012 sobre la salud de las mujeres inmigradas. *Investigaciones Feministas*, 5, 317-341.
- Pérez, G., Rodríguez-Sanz, M., Domínguez-Berjón, F., Cabeza, E., & Borrell, C. (2014). Indicadores para monitorizar la evolución de la crisis económica y sus efectos en la salud y en las desigualdades en salud. informe SESPAS 2014. *Gaceta Sanitaria*, 28, 124-131.
- Real decreto-ley 8/2010, do 20 de maio, polo que se adoptan medidas extraordinarias para a redución do déficit público, (2010).
- Real decreto 1192/2012, do 3 de agosto, polo que se regula a condición de asegurado e de beneficiario para efectos da asistencia sanitaria en España, con cargo a fondos públicos, a través do sistema nacional de saúde (BOE 4 agosto, 2012), (2012).
- Real decreto-ley 16/2012, do 20 de abril, de medidas urxentes para garantir á sustentabilidade do sistema nacional de saúde e mellorar a calidade e seguridade das súas prestacións, Real decreto-ley U.S.C. (2012).
- Real decreto-ley 3/2012, do 10 de febreiro, de medidas urxentes para a reforma do mercado laboral. (2012).
- Restrepo O. (2002). Elementos para el análisis del desplazamiento forzoso y la reconstrucción de identidad, cotidianidad y tejido social con las víctimas. *Revista Migraciones Forzosas*, 12.

Restrepo O. (2003) ¿Dónde Morir Tranquilamente? La salud y nutrición de las poblaciones más pobres (población desplazada por la violencia). *Revista Javeriana*, 139, 15-17.

Restrepo, O. (2009). Immigration and etnosalud: Possibility of a differential model of health. *Revista Facultad Nacional De Salud Pública*, 27(1), 10-15.

Rivadeneira-Sicilia, A., Minue Lorenzo, S., Artundo Purroy, C., & Marquez Calderon, S. (2014). Lessons from abroad. current and previous crisis in other countries. SESPAS report 2014. [Lecciones desde fuera. Otros países en esta y otras crisis anteriores. Informe SESPAS 2014] *Gaceta Sanitaria / S.E.S.P.A.S*, 28 Suppl 1, 12-17. doi:10.1016/j.gaceta.2014.03.006 [doi]

Rodríguez Álvarez, E., Lanborena Elordui, N., Pereda Riguera, C., & Rodríguez Rodríguez, A. (2008). Impacto en la utilización de los servicios sanitarios de las variables sociodemográficas, estilos de vida y autovaloración de la salud por parte de los colectivos de inmigrantes del país vasco, 2005. *Revista Española De Salud Pública*, 82(2), 209-220.

Sánchez, M., & Junyent, M. (2006). Comparación de utilización de los servicios de urgencias hospitalarios entre la población inmigrante y la población autóctona. *Emergencias: Revista De La Sociedad Española De Medicina De Urgencias Y Emergencias*, 18(4), 232-235.

Sánchez-Martínez, F. I., Abellán-Perpiñán, J. M., & Oliva-Moreno, J. (2014). La privatización de la gestión sanitaria: Efecto secundario de la crisis y síntoma de mal gobierno. informe SESPAS 2014. *Gaceta Sanitaria*, 28, 75-80.

Segura Benedicto, A. (2014). Recortes, austeridad y salud. informe SESPAS 2014. *Gaceta Sanitaria*, 28(S1), 7-11

Uiters E.; Deville, WLJM; Foets, M. y Groenewegen, P.P. (2006). Use of health care services by ethnic minorities in The Netherlands: do patterns differ? *European Journal of Public Health*, 16(4), 388-339

Unión Europea (2014). Eurostat. Datos estadísticos. Consultado o 7 de abril de 2015 <http://epp.eurostat.ec.europa.eu/portal/page/portal/eurostat/home/>

Unión Europea (2010). *Diario Oficial da Unión Europea*. Carta dos dereitos fundamentais da Unión Europea. Parlamento Europeo, Consello de Europa e Comisión Europea. 2010/C 83/02.

Urbanos Garrido, R., & Puig-Junoy, J. (2014). Políticas de austeridad y cambios en las pautas de uso de los servicios sanitarios. informe SESPAS 2014. *Gaceta Sanitaria*, 28, 81-88.

Vázquez, M. L., Vargas, I., & Aller, M. (2014). Reflexiones sobre el impacto de la crisis en la salud y la atención sanitaria de la población inmigrante. informe SESPAS 2014. *Gaceta Sanitaria*, 28, 142-146.

Virla, M. Q. (2010). Confiabilidad y coeficiente alpha de cronbach. *Telos: Revista De Estudios Interdisciplinarios En Ciencias Sociales*, 12(2), 248-252.

Williams, D.R. (2002). Racial/ethnic variations in women's health: The social embeddedness of health. *American Journal of Public Health*, 92, 588-597.

8. Anexos

8.1. Anexo I. Obxectivos da investigación

TEMAS	ANÁLISE CON RESPECTO AOS PROFESIONAIS DA SANIDADE		ANÁLISE CON RESPECTO Á SOCIEDADE EN XERAL	
	OBXECTIVOS I	FORMULACIÓN DE PREGUNTAS	OBXECTIVOS II	AFIRMACIÓNS PARA VALORACIÓN MEDIANTE UNHA ESCALA TIPO LIKERT
I. ACCESO AOS SERVIZOS SANITARIOS POR PARTE DA POBOACIÓN INMIGRANTE	<p>1. Coñecer a opinión dos profesionais da sanidade sobre como debe ser o acceso á sanidade pública para toda a poboación e para a poboación inmigrante</p> <p>2. Identificar a percepción do acceso real para as persoas inmigrantes</p>	<ul style="list-style-type: none"> No seu centro de traballo: Percibiu vostede nalgún momento dificultades de acceso aos servizos sanitarios para algunha persoa ou colectivo? En concreto: Percibiu algunha diferenza entre as persoas inmigrantes e as nacionais en acceso ou en uso dos servizos sanitarios? Os inmigrantes, con frecuencia, teñen dificultades para acceder ás prestacións do Sistema Nacional de Saúde 	<p>1. Coñecer a opinión da sociedade sobre como debe ser o acceso á sanidade pública para toda a poboación e para a poboación inmigrante</p> <p>2. Identificar a percepción do acceso real para as persoas inmigrantes</p>	<ul style="list-style-type: none"> Creo que os inmigrantes deben ter acceso aos servizos sanitarios de balde Creo que os inmigrantes deben ter acceso aos servizos sanitarios de balde, sempre que estean de forma legal no país Creo que os inmigrantes ilegais deben ter acceso de balde á sanidade pública Creo que o sistema nacional de saúde debe ser universal e de balde, só para as urxencias médicas Creo que os inmigrantes deben ter acceso aos servizos sanitarios, só en caso de urxencias médicas Creo que os inmigrantes deben ter acceso aos servizos sanitarios de balde, só en caso de urxencias médicas Creo que os inmigrantes deben ter acceso aos servizos sanitarios de balde, sempre que estean de forma legal no país, pero só en caso de urxencias médicas Creo que os inmigrantes ilegais deben ter acceso de balde á sanidade pública, só en caso de urxencias médicas Creo que os nenos deben ter acceso á sanidade pública de balde independentemente de se son inmigrantes ilegais, legais ou nacionais Creo que as mulleres deben ter acceso á sanidade pública de balde independentemente de se son inmigrantes ilegais, legais ou nacionais
II. ACORDO COA POLÍTICA SANITARIA	<p>1. Determinar se se percibiu un aumento das dificultades de acceso ao sistema sanitario coa implantación do RDL</p> <p>2. Identificar o acordo coa política sanitaria e coa implantación do RDL 16/2011 Indagar sobre a experiencia sobre posibles problemas de saúde xerados pola implantación do RDL</p> <p>3. Solicitar a opinión sobre a rectificación anunciada o 31 de marzo de 2015</p>	<ul style="list-style-type: none"> No seu centro de traballo: Percibiu vostede que aumentasen as dificultades acceso aos servizos sanitarios para algunha persoa ou colectivo, despois da entrada en vigor do Real decreto-lei 16/2012, do 20 de abril, de medidas urxentes para garantir a sustentabilidade do sistema nacional de saúde e mellorar a calidade e seguridade das súas prestacións, Real decreto-lei (2012)? <input type="checkbox"/><input type="checkbox"/><input type="checkbox"/><input type="checkbox"/><input type="checkbox"/><input type="checkbox"/> Por favor, indique se está de acordo ou non coa súa implantación e sinala os posibles problemas que poden derivarse sobre a saúde destes colectivos <input type="checkbox"/><input type="checkbox"/><input type="checkbox"/><input type="checkbox"/><input type="checkbox"/> Está vostede de acordo con que os inmigrantes irregulares poidan acceder aos servizos públicos de saúde? <input type="checkbox"/><input type="checkbox"/><input type="checkbox"/><input type="checkbox"/><input type="checkbox"/> Que opina da rectificación (anunciada o 31 de marzo de 2015) sobre o acceso á atención primaria dos inmigrantes irregulares respecto do establecido no RDL 16/2012? 	<p>1. Identificar o acordo coa política sanitaria e coa implantación do RDL 16/2011</p> <p>2. Determinar a opinión sobre aforrar cartos coa sanidade por mor da crise económica</p> <p>3. Identificar opinións sobre formas de acceso á sanidade para a poboación inmigrante</p> <p>4. Identificar opinións sobre formas de acceso á sanidade para a poboación inmigrante en situación irregular</p>	<ul style="list-style-type: none"> Estou en contra de que se reduza a atención sanitaria pública de balde, por motivos de crise económica Creo que grazas ao Decreto-lei 16/2012 se van aforrar moitos cartos Paréceme moi ben o Decreto-lei 16/2012 (medidas urxentes para garantir a sustentabilidade do sistema nacional de saúde, por motivos de crise) Paréceme ben que as persoas inmigrantes sen papeis non poidan acceder á sanidade pública de balde Paréceme ben que as persoas inmigrantes sen papeis poidan acceder á sanidade pública, pero deben pagala Estou a favor da redución do uso da sanidade pública de forma universal e de balde (para todo o mundo) Creo que só deberían ter acceso aos servizos sanitarios públicos de balde quen contribúan ao seu financiamento, mediante impostos ou doutra forma Creo que só deberían ter acceso aos servizos sanitarios públicos de balde quen contribúan ao seu financiamento, mediante impostos ou doutra forma Paréceme ben que as persoas inmigrantes sen papeis poidan acceder á sanidade pública, pero deben pagala

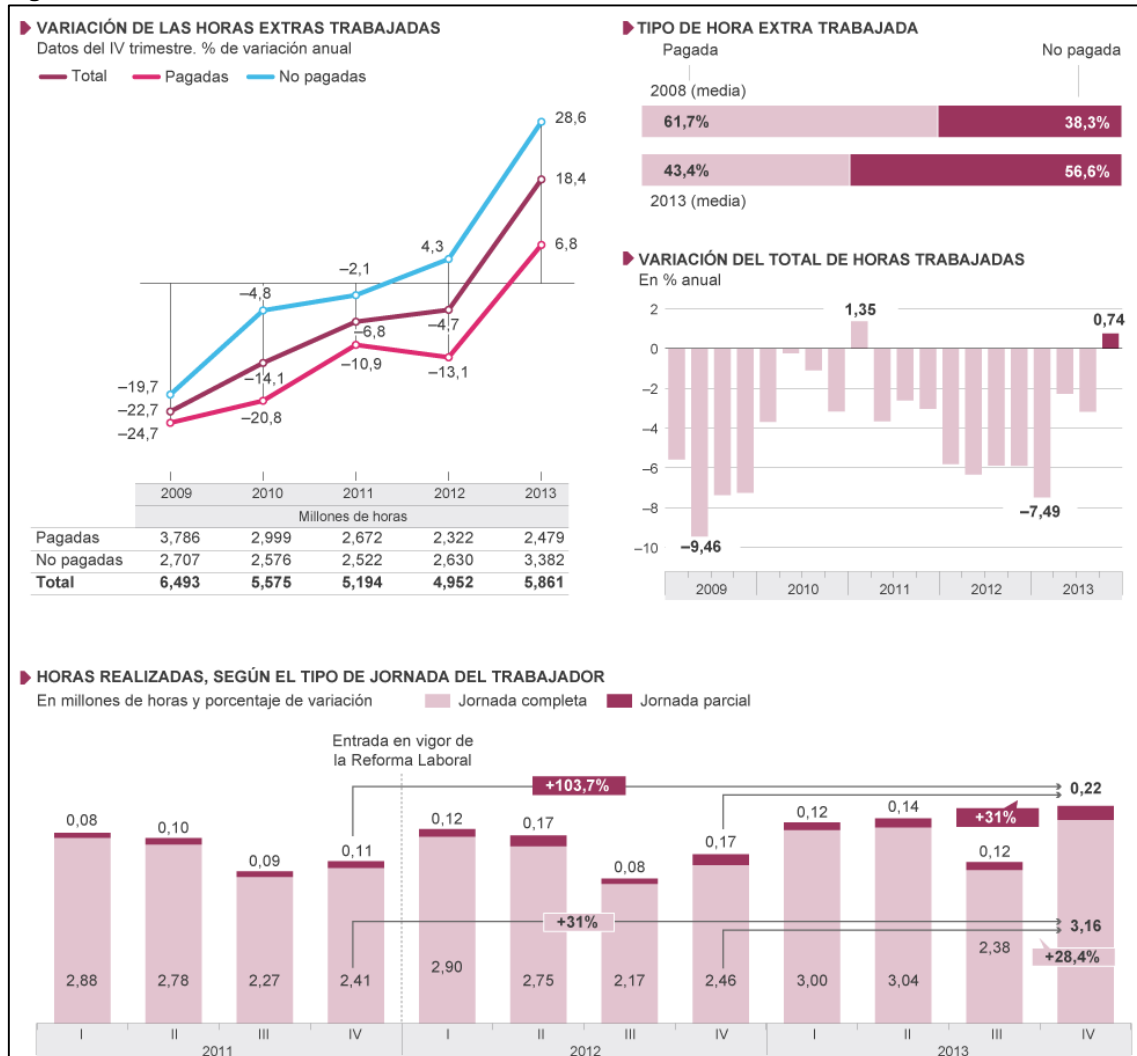
III. DIFERENZAS NA ATENCIÓN Á POBOACIÓN NACIONAL E A	<ol style="list-style-type: none"> 1. Identificar problemas de atención sanitaria relacionados coa diferenza cultural das persoas inmigrantes 2. Indagar sobre a percepción do uso diferente que poidan facer os inmigrantes da sanidade 3. Identificar enfermidades diferentes entre poboación nacional e poboación estranxeira <ul style="list-style-type: none"> • Tivo algunha vez problemas na atención derivados de diferentes procedencias culturais dos pacientes? (+) • Percibiu uso diferente da sanidade pública nos inmigrantes? (+) • Na súa opinión, os inmigrantes presentan algunhas enfermidades diferentes aos nacionais?. En caso afirmativo, Cales? (+) • Teño máis problemas para facer o seguimento do proceso patolóxico no inmigrante que co resto dos meus pacientes (+) 	<ol style="list-style-type: none"> 1. Identificar percepcións sobre o uso ou abuso da sanidade en termos xerais 2. Identificar percepcións sobre o uso dos servizos sanitarios por parte da poboación inmigrante 3. Identificar percepcións sobre o uso dos servizos sanitarios por parte da poboación inmigrante en situación irregular <ul style="list-style-type: none"> • Ceo que as persoas inmigrantes abusan do uso dos servizos médicos máis que as persoas nacionais • Ceo que as persoas inmigrantes ilegais abusan do uso dos servizos médicos máis que as persoas nacionais ou que os inmigrantes con papeis • Creo que, as persoas inmigrantes abusan da utilización dos servizos médicos de urxencias máis que as persoas nacionais • Creo que, as persoas inmigrantes ilegais abusan da utilización dos servizos médicos de urxencias máis que as persoas nacionais ou que os inmigrantes con papeis
IV. ASPECTOS SOCIOCULTURALS RELACIONADAS COA SAÚDE	<ol style="list-style-type: none"> 1. Identificar percepcións sobre necesidades específicas das persoas inmigrantes, en relación coa saúde 2. Solicitar a opinión sobre o a dificultade adicional no seguimento clínico dos pacientes inmigrantes, con respecto aos nacionais 3. Indagar sobre a existencia de dificultades de linguaxe ou comunicación dos inmigrantes 4. Detectar necesidades de mediación cultural 5. Detectar necesidades de formación adicional <ul style="list-style-type: none"> • A atención ao inmigrante supónme problemas de índole persoal(+) • O inmigrante acode de urxencia á consulta con maior frecuencia que o resto da cota(+) • O seguimento correcto dunha patoloxía en pacientes inmigrantes é máis difícil pola súa alta mobilidade(+) • Os problemas de idioma que adoita haber co inmigrante supónme dificultades na súa atención(+) • Dispor dun tradutor cando teño problemas de idioma axudárame a mellorar a atención que presto ao paciente inmigrante (+) • A forma en que o paciente inmigrante se comunica, tómame máis tempo que as consultas con outros pacientes(+) • Con maior frecuencia os pacientes inmigrantes non seguen o tratamento comparado co resto dos meus pacientes(+) • Se cada centro puidese dispor dun mediador cultural melloraría a atención ao inmigrante(+) • Gustaríame recibir formación en aspectos culturais da saúde para entender mellor os meus pacientes inmigrantes(+) • Cre que sería necesario recibir algunha formación adicional para tratar adecuadamente as persoas inmigrantes?(+) 	<ol style="list-style-type: none"> 1. Identificar percepcións sobre necesidades específicas das persoas inmigrantes, en relación coa saúde 2. Identificar percepcións sobre o uso dos servizos sanitarios de urxencias por parte da poboación inmigrante en situación irregular <ul style="list-style-type: none"> • Ceo que as persoas abusan do uso dos servizos médicos cando estes son de balde. • Creo que en España houbo moito "turismo de Saúde" (persoas que veñen como turistas para facer uso dos servizos sanitarios públicos de balde) • Creo que, en xeral, se abusa da utilización dos servizos médicos de urxencias • Creo que as mulleres abusan da utilización dos servizos médicos de urxencias máis que os homes • Teño coñecemento que se restrinxiu o uso dos servizos sanitarios, debido á crise
TEMA	OBXECTIVOS	FORMULACIÓN DE PREGUNTAS
V. CONSOLIDACIÓN	<ol style="list-style-type: none"> 1. Analizar a efectividade da política sanitaria no referente á consolidación fiscal 2. Analizar a percepción da poboación en xeral sobre a contribución da política sanitaria á consolidación fiscal 	<ul style="list-style-type: none"> • Avaliación de tipo xeral sobre a efectividade da política sanitaria no referente á consolidación fiscal, atendendo a datos económicos procedentes do Banco de España • Creo que a longo prazo vai ser máis caro pagar as enfermidades producidas por non ir ao médico a tempo que financiar a sanidade pública de balde para todo o mundo

(+) Avaliadas mediante información de acordo ou desacordo con coas afirmacións sobre inmigración e sanidade

8.2. Anexo II. Consecuencias da reforma laboral

Durante os anos 2008 e 2009 os salarios creceron con forza, pero en 2010 comezou un proceso de moderación que se acentuou en 2012 ao fío do pacto salarial a que chegaron os sindicatos e a patronal, á reforma laboral e á supresión da paga extra de Nadal dos empregados públicos.

Figura 2. Xornadas laborais e horas extras.



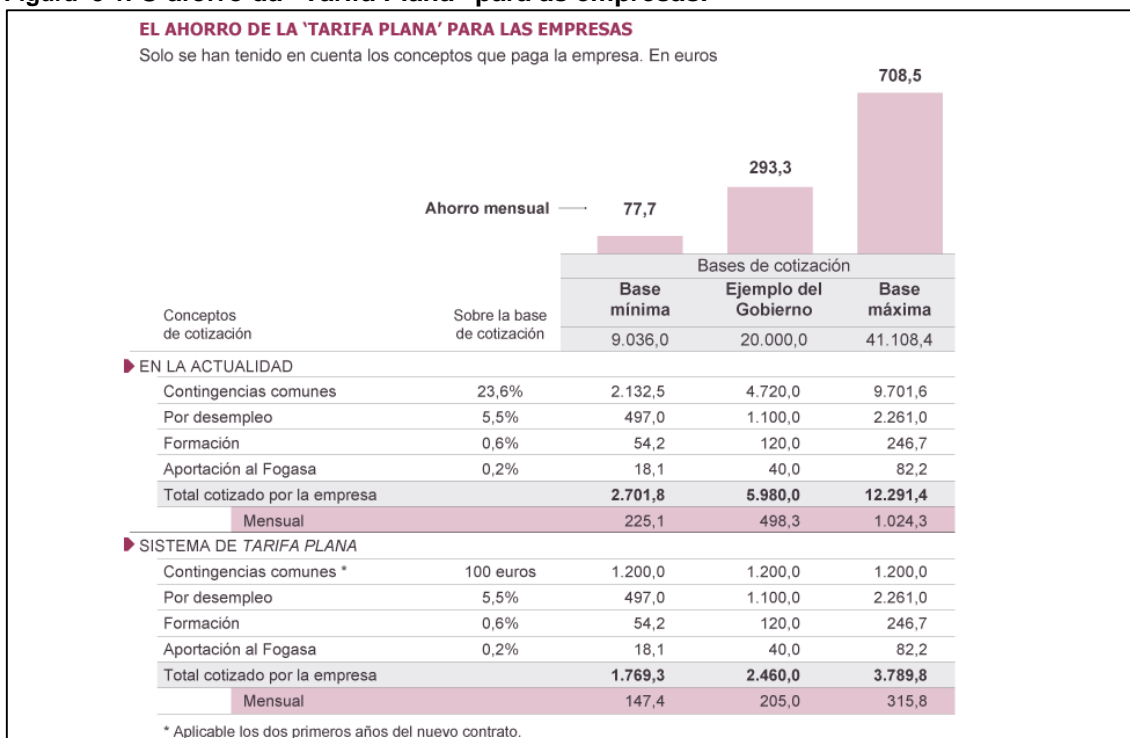
Fonte: diario *El País*. 9 de febreiro de 2014.

A depreciación salarial é un das apostas do Executivo en política económica para recuperar a competitividade perdida pola economía española nos anos da burbulla. Organismos internacionais (FMI, OCDE, Comisión Europea), a patronal CEOE e diversos servizos de estudos reclamaban reformas orientadas á redución do custo do traballo. O Instituto Valenciano de Investigacións Económicas calculaba que unha

rebaixa adicional do 7% nos soldos levaría á economía española a un círculo virtuoso que lle permitiría crecer un 8,3% e crear un 10,4% de emprego.

Outra forma de baixar os Custos Laborais Unitarios (CLU) é coa medida anunciada polo Goberno o 25 de febreiro de 2014 (Real decreto-lei 3/2014, do 28 de febreiro, de medidas urxentes para o fomento do emprego e a contratación indefinida. BOE, 1 de marzo de 2014). As cotizacións empresariais á Seguridade Social son un gasto de persoal adicional para a empresa; a medida diminúe a Seguridade Social a cargo da empresa, establecendo unha cota lineal (tarifa plana reducida segundo o Real-decreto-lei) de 100 euros mensuais de cotización para as novas contratacións indefinidas que manteñan o emprego neto polo menos durante un ano (Figura 8-1. O aforro da “Tarifa Plana” para as empresas. Figura 8-1).

Figura 8-1. O aforro da “Tarifa Plana” para as empresas.



Fonte: diario *El País* 2 de marzo de 2014

A cotización á Seguridade Social está, aproximadamente, arredor dun 30% da nómina, así para un salario anual de 20.000 euros brutos anuais, pagaría en torno a 6.000 € anuais, fronte aos 1200 € que pagará agora por contingencias comúns (en total, incluíndo outros conceptos serían 2500 €).

8.3. Anexo III. Fluxos migratorios

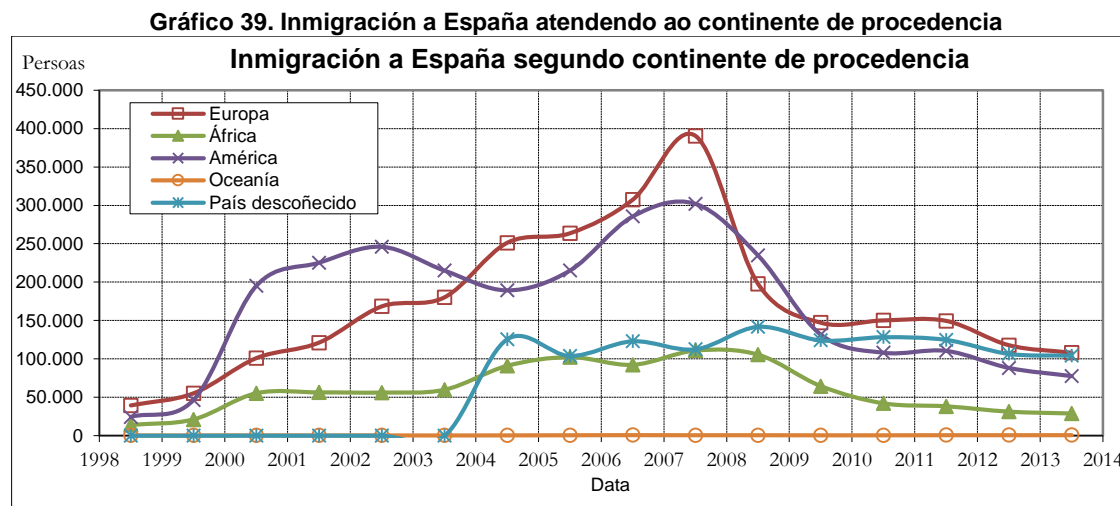
8.3.1. Inmigración segundo continente de procedencia

8.3.1.1. Inmigración global segundo continente de procedencia

Táboa 54. Inmigración a España segundo continente de procedencia

España. Inmigración segundo continente de procedencia																
Ano	1998	1999	2000	2001	2002	2003	2004	2005	2006	2007	2008	2009	2010	2011	2012	2013
Total	81.227	127.365	362.468	414.772	483.260	470.010	684.561	719.284	840.844	958.266	726.009	498.977	464.443	454.686	370.515	342.390
Europa	39.510	55.240	101.009	121.195	168.347	180.137	251.140	263.497	307.089	390.378	197.578	147.115	150.098	149.450	117.811	107.993
África	13.911	21.123	55.219	56.334	56.132	59.775	90.969	102.324	92.277	110.848	105.530	64.502	42.042	38.186	31.221	28.786
América	24.487	46.566	195.136	225.322	246.070	215.034	189.267	215.047	285.527	302.058	234.718	131.589	107.986	110.396	88.195	77.557
Asia	2.922	4.067	10.607	11.489	12.250	14.670	26.967	33.710	31.955	41.610	45.448	30.956	35.251	30.967	25.847	22.826
Oceanía	397	369	497	432	461	394	524	704	865	746	767	623	638	791	776	848
Descoñecido	0	0	0	0	0	0	125.694	104.002	123.131	112.626	141.968	124.192	128.428	124.896	106.665	104.380

Fonte INE. Estatística de variacións residenciais



Fonte INE. Estatística de variacións residenciais

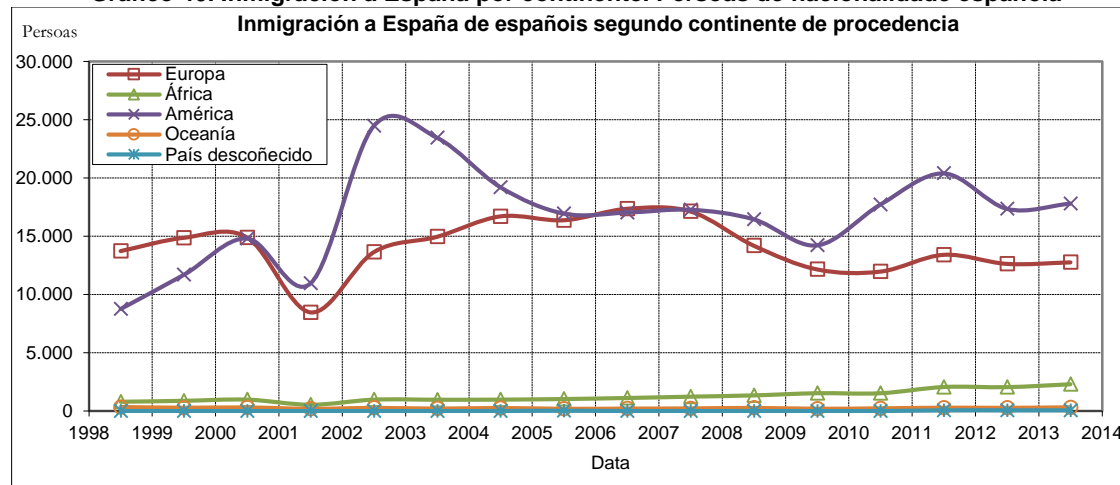
8.3.1.2. *Inmigración segundo continente de procedencia de persoas de nacionalidade española*

Táboa 55. Inmigración a España segundo continente de procedencia: persoas de nacionalidade española

España. Inmigración segundo continente de procedencia. Nacionalidade: españois																
Ano	1998	1999	2000	2001	2002	2003	2004	2005	2006	2007	2008	2009	2010	2011	2012	2013
Total	24.032	28.243	31.587	20.724	40.175	40.486	38.717	36.573	37.873	37.732	33.781	29.635	33.109	38.404	34.405	35.354
Europa	13.736	14.879	14.893	8.470	13.648	14.966	16.719	16.385	17.368	17.137	14.193	12.159	11.974	13.415	12.634	12.765
África	793	875	978	537	976	968	978	1.029	1.119	1.233	1.344	1.529	1.528	2.065	2.053	2.301
América	8.763	11.703	14.820	10.973	24.490	23.457	19.212	16.956	17.045	17.286	16.463	14.227	17.734	20.404	17.359	17.815
Asia	412	514	602	554	801	889	1.552	1.985	2.134	1.856	1.523	1.525	1.646	2.182	2.032	2.107
Oceanía	328	272	294	190	260	206	254	191	207	220	258	195	227	276	264	306
Descoñecido	0	0	0	0	0	0	2	27	0	0	0	0	0	62	63	60

Fonte INE. Estatística de variacións residenciais

Gráfico 40. Inmigración a España por continente. Persoas de nacionalidade española
Inmigración a España de españois segundo continente de procedencia



Fonte INE. Estatística de variacións residenciais

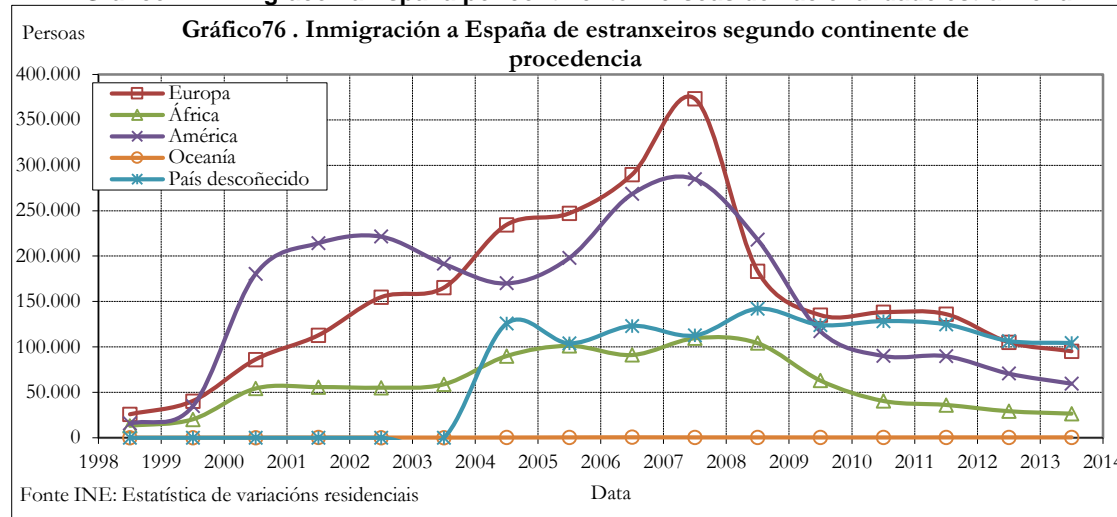
8.3.1.3. *Inmigración segundo continente de procedencia de persoas de nacionalidade estranxeira*

Táboa 56. Inmigración a España segundo continente de procedencia: persoas de nacionalidade estranxeira

España. Inmigración segundo continente de procedencia. Nacionalidade: Estranxeiros																
Ano	1998	1999	2000	2001	2002	2003	2004	2005	2006	2007	2008	2009	2010	2011	2012	2013
Total	57.195	99.122	330.881	394.048	443.085	429.524	645.844	682.711	802.971	920.534	692.228	469.342	431.334	416.282	336.110	307.036
Europa	25.774	40.361	86.116	112.725	154.699	165.171	234.421	247.112	289.721	373.241	183.385	134.956	138.124	136.035	105.177	95.228
África	13.118	20.248	54.241	55.797	55.156	58.807	89.991	101.295	91.158	109.615	104.186	62.973	40.514	36.121	29.168	26.485
América	15.724	34.863	180.316	214.349	221.580	191.577	170.055	198.091	268.482	284.772	218.255	117.362	90.252	89.992	70.836	59.742
Asia	2.510	3.553	10.005	10.935	11.449	13.781	25.415	31.725	29.821	39.754	43.925	29.431	33.605	28.785	23.815	20.719
Oceanía	69	97	203	242	201	188	270	513	658	526	509	428	411	515	512	542
País descoñecido	0	0	0	0	0	0	125.692	103.975	123.131	112.626	141.968	124.192	128.428	124.834	106.602	104.320

Fonte INE. Estatística de variacións residenciais

Gráfico 41. Inmigración a España por continente. Persoas de nacionalidade estranxeira



Fonte INE. Estatística de variacións residenciais

8.3.2. Emigración

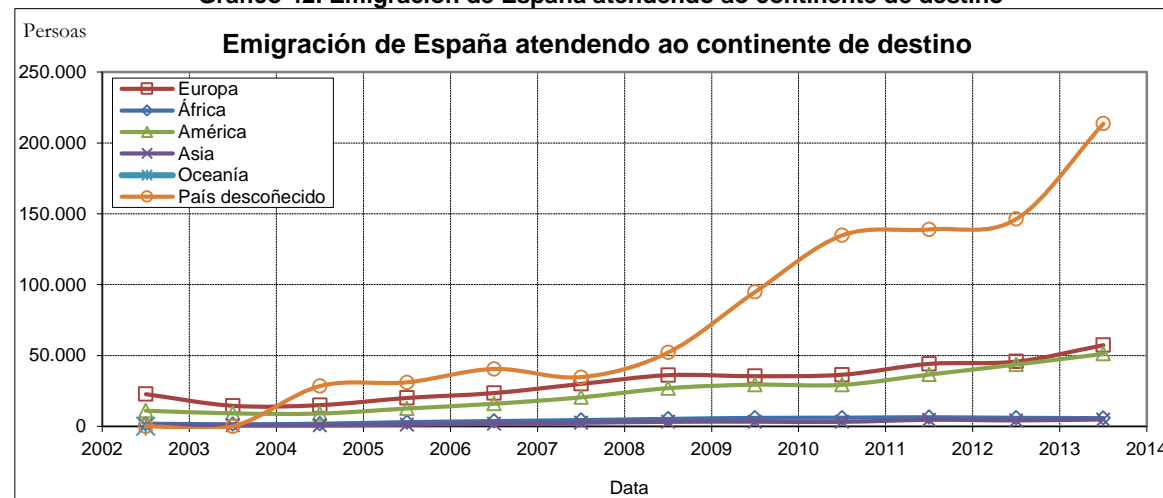
8.3.2.1. Emigración global segundo continente de destino

Táboa 57. Emigración a España segundo continente de procedencia

España. Emigración segundo continente de destino												
Ano	2002	2003	2004	2005	2006	2007	2008	2009	2010	2011	2012	2013
Total	36.605	25.959	55.092	68.011	142.296	227.065	266.460	323.641	373.954	370.540	377.049	453.543
Europa	22.703	14.481	14.963	20.033	23.507	29.941	36.148	35.427	36.466	44.138	45.771	57.354
África	1.871	1.477	1.880	3.010	3.752	4.462	5.332	6.040	6.186	6.504	6.088	5.872
América	11.061	9.178	9.070	12.623	15.978	20.490	26.993	29.440	29.319	36.618	43.667	51.212
Asia	841	704	721	1.214	1.815	2.485	3.170	3.269	3.154	4.539	4.128	4.777
Oceanía	129	119	103	130	203	338	433	402	524	546	665	723
País descoñecido	0	0	28.355	31.001	40.439	34.664	52.069	94.850	134.790	138.972	146.309	213.620

Fonte INE. Estatística de variacións residenciais

Gráfico 42. Emigración de España atendendo ao continente de destino



Fonte INE. Estatística de variacións residenciais

8.3.2.2. Emigración segundo continente de destino de persoas de nacionalidade española

Táboa 58. Emigración a España segundo continente de procedencia. Persoas de nacionalidade española

España. Emigración segundo continente de destino. Nacionalidade: españois												
Ano	2002	2003	2004	2005	2006	2007	2008	2009	2010	2011	2012	2013
Total	29.674	15.990	13.156	19.290	22.042	28.091	34.453	35.372	37.278	52.841	56.392	72.449
Europa	19.299	9.857	8.612	11.840	12.220	15.559	17.567	16.705	18.423	26.457	26.968	33.617
África	1.014	519	452	767	1.022	1.190	1.727	1.935	1.771	2.199	1.848	1.959
América	8.553	5.111	3.736	5.905	7.657	9.676	12.951	14.529	14.657	20.713	24.259	32.927
Asia	688	402	262	637	973	1.375	1.834	1.852	1.959	2.980	2.728	3.292
Oceanía	120	101	86	105	160	286	370	350	465	487	584	647
País descoñecido	0	0	8	36	10	5	4	1	3	5	5	7

Fonte INE. Estatística de variacións residenciais

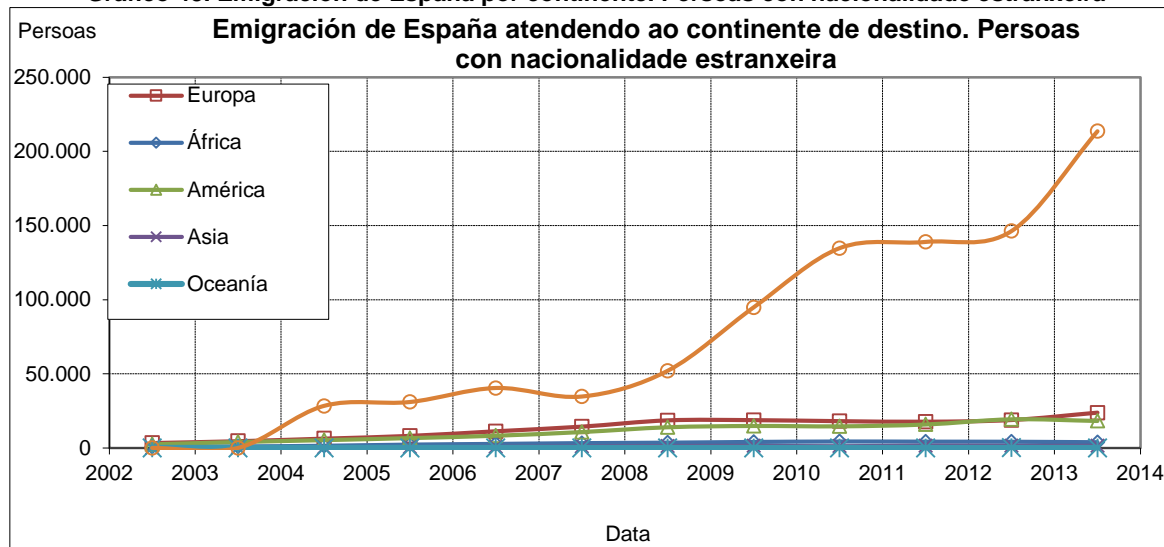
8.3.2.3. Emigración segundo continente de destino de persoas de nacionalidade estranxeira

Táboa 59. Emigración a España segundo continente de procedencia. Persoas de nacionalidade estranxeira

España. Emigración segundo continente de destino. Nacionalidade: Estranxeiros												
Ano	2002	2003	2004	2005	2006	2007	2008	2009	2010	2011	2012	2013
Total	6.931	9.969	41.936	48.721	120.254	198.974	232.007	288.269	336.676	317.699	320.657	381.094
Europa	3.404	4.624	6.351	8.193	11.287	14.382	18.581	18.722	18.043	17.681	18.803	23.737
África	857	958	1.428	2.243	2.730	3.272	3.605	4.105	4.415	4.305	4.240	3.913
América	2.508	4.067	5.334	6.718	8.321	10.814	14.042	14.911	14.662	15.905	19.408	18.285
Asia	153	302	459	577	842	1.110	1.336	1.417	1.195	1.559	1.400	1.485
Oceanía	9	18	17	25	43	52	63	52	59	59	81	76
País descoñecido	0	0	28.347	30.965	40.429	34.659	52.065	94.849	134.787	138.967	146.304	213.613

Fonte INE. Estatística de variacións residenciais

Gráfico 43. Emigración de España por continente. Persoas con nacionalidade estranxeira



Fonte INE. Estatística de variacións residenciais

8.3.3. Migración neta

1.1.1.1. Migración neta global por continentes

Táboa 60. Fluxos migratorios netos de España por continentes

España. Migración neta por continentes total												
Ano	2002	2003	2004	2005	2006	2007	2008	2009	2010	2011	2012	2013
Total	446.655	444.051	629.469	651.273	698.548	731.201	459.549	175.336	90.489	84.146	-6.534	-111.153
Europa	145.644	165.656	236.177	243.464	283.582	360.437	161.430	111.688	113.632	105.312	72.040	50.639
África	54.261	58.298	89.089	99.314	88.525	106.386	100.198	58.462	35.856	31.682	25.133	22.914
América	235.009	205.856	180.197	202.424	269.549	281.568	207.725	102.149	78.667	73.778	44.528	26.345
Asia	11.409	13.966	26.246	32.496	30.140	39.125	42.278	27.687	32.097	26.428	21.719	18.049
Oceanía	332	275	421	574	662	408	334	221	114	245	111	125
País descoñecido	0	0	97.339	73.001	82.692	77.962	89.899	29.342	-6.362	-14.076	-39.644	-109.240

Fonte INE. Estatística de variacións residenciais

8.3.3.1. Migración neta por continentes de persoas con nacionalidade española

Táboa 61. Fluxos migratorios netos de España por continentes. Persoas de nacionalidade española

España. Migración neta por continentes. Españóis												
Ano	2002	2003	2004	2005	2006	2007	2008	2009	2010	2011	2012	2013
Total	10.501	24.496	25.561	17.283	15.831	9.641	-672	-5.737	-4.169	-14.437	-21.987	-37.095
Europa	-5.651	5.109	8.107	4.545	5.148	1.578	-3.374	-4.546	-6.449	-13.042	-14.334	-20.852
África	-38	449	526	262	97	43	-383	-406	-243	-134	205	342
América	15.937	18.346	15.476	11.051	9.388	7.610	3.512	-302	3.077	-309	-6.900	-15.112
Asia	113	487	1.290	1.348	1.161	481	-311	-327	-313	-798	-696	-1.185
Oceanía	140	105	168	86	47	-66	-112	-155	-238	-211	-320	-341
País descoñecido	0	0	-6	-9	-10	-5	-4	-1	-3	57	58	53

Fonte INE. Estatística de variacións residenciais

8.3.3.2. *Migración neta por continentes de persoas con nacionalidade estranxeira*

Táboa 62. Fluxos migratorios netos de España por continentes. Persoas de nacionalidade estranxeira

España. Migración neta por continentes total. Estranxeiros												
Ano	2002	2003	2004	2005	2006	2007	2008	2009	2010	2011	2012	2013
Total	436.154	419.555	603.908	633.990	682.717	721.560	460.221	181.073	94.658	98.583	15.453	-74.058
Europa	151.295	160.547	228.070	238.919	278.434	358.859	164.804	116.234	120.081	118.354	86.374	71.491
África	54.299	57.849	88.563	99.052	88.428	106.343	100.581	58.868	36.099	31.816	24.928	22.572
América	219.072	187.510	164.721	191.373	260.161	273.958	204.213	102.451	75.590	74.087	51.428	41.457
Asia	11.296	13.479	24.956	31.148	28.979	38.644	42.589	28.014	32.410	27.226	22.415	19.234
Oceanía	192	170	253	488	615	474	446	376	352	456	431	466
País descoñecido	0	0	97.345	73.010	82.702	77.967	89.903	29.343	-6.359	-14.133	-39.702	-109.293

8.4. Anexo IV. Cuestionario en liña

Táboa 63. Cuestionario realizado en liña

Cuestionario	
Variables de identificación	
Idade	
Sexo	
Situación laboral	
Aceso á sanidade	
A-1-Creo que os inmigrantes deben ter acceso aos servizos sanitarios de balde	
A-2-Creo que os inmigrantes deben ter acceso aos servizos sanitarios de balde, sempre que estean de forma legal no país	
A-3-Creo que os inmigrantes en situación irregular deben ter acceso de balde á sanidade pública	
A-4-Creo que as mulleres deben ter acceso á sanidade pública de balde independentemente de se son inmigrantes en situación irregular, legais ou nacionais	
A-5-Creo que os nenos deben ter acceso á sanidade pública de balde independentemente de se son inmigrantes en situación irregular, legais ou nacionais	
Urxencias sanitarias	
AU-1-Creo que o sistema nacional de saúde debe ser universal e de balde, só para as urxencias médicas	
AU-2-Creo que os inmigrantes deben ter acceso aos servizos sanitarios, só en caso de urxencias médicas	
AU-3-Creo que os inmigrantes en situación irregular deben ter acceso de balde á sanidade pública, só en caso de urxencias médicas	
AU-4-Creo que os inmigrantes deben ter acceso aos servizos sanitarios de balde, só en caso de urxencias médicas	
AU-5-Creo que os inmigrantes deben ter acceso aos servizos sanitarios de balde, sempre que estean de forma legal no país, pero só en caso de urxencias médicas	
Real decreto-lei 16/2012	
RD-L-1-Paréceme moi ben o Decreto-lei 16/2012 (medidas urxentes para garantir a sustentabilidade do sistema nacional de saúde, por motivos de crises)	
RD-L-2-Creo que grazas ao Decreto-lei 16/2012 se van aforrar moitos cartos	
Abuso dos servizos sanitarios	
U-1-Creo que, en xeral, se abusa da utilización dos servizos médicos de urxencias	
U-2-Creo que as persoas abusan do uso dos servizos médicos cando estes son de balde	
U-3-Creo que en España houbo moito "turismo de Saúde" (persoas que veñen como turistas para facer uso dos servizos sanitarios públicos de balde)	
U-4-Creo que as mulleres abusan da utilización dos servizos médicos de urxencias máis que os homes	
U-5-Creo que as persoas inmigrantes abusan do uso dos servizos médicos máis que as persoas nacionais	
U-6-Creo que as persoas inmigrantes abusan da utilización dos servizos médicos de urxencias máis que as persoas nacionais	
U-7-Creo que as persoas inmigrantes en situación irregular abusan do uso dos servizos médicos máis que as persoas nacionais ou que os inmigrantes con papeis	
U-8-Creo que as persoas inmigrantes en situación irregular abusan da utilización dos servizos médicos de urxencias máis que as persoas nacionais ou que os inmigrantes con papeis	
Variables moderadoras	
X-Mod-Creo que a longo prazo vai ser máis caro pagar as enfermidades producidas por non ir ao médico a tempo que financiar a sanidade pública de balde para todo o mundo	
X-Mod-Creo que só deberían ter acceso aos servizos sanitarios públicos de balde quen contribúan ao seu financiamento, mediante impostos ou doutra forma	
X-Mod-Estou a favor da redución do uso da sanidade pública de forma universal e de balde (para todo o mundo)	
X-Mod-Estou en contra de que se reduza a atención sanitaria pública de balde, por motivos de crise económica	
X-Mod-Paréceme ben que as persoas inmigrantes sen papeis non poidan acceder á sanidade pública de balde	
X-Mod-Paréceme ben que as persoas inmigrantes sen papeis poidan acceder á sanidade pública, pero deben pagala	
X-Mod-Teño coñecemento de que se restrinxiu o uso dos servizos sanitarios, debido á crise	

Fonte: elaboración propia

8.5. Anexo V. Modelo entrevista en profundidade para persoal profesional do sector sanitario (en galego)

Entrevista en profundidade a persoal sanitario

Traballo Fin de Master de Xose María Picatoste Novo

Sección 1: Preguntas de identificación

Sexo: Home Muller

Idade anos

Especialidade

É vostede persoal sanitario pertencente ao colectivo de

Persoal de Administración

Persoal sanitario: auxiliar enfermaría

Persoal sanitario: enfermaría

Persoal sanitario: médico

Centro de traballo

Público

Privado

Privado, pero atende a persoas derivadas do sistema público

Tipo de centro de traballo

Centro de saúde

Hospital

Sección 2: O acceso

No seu centro de traballo: Percibiu vostede nalgún momento dificultades de acceso aos servizos sanitarios para algunha persoa ou colectivo?

En concreto: Percibiu algunha diferenza entre as persoas inmigrantes e as nacionais no acceso ou no abuso dos servizos sanitarios?

Sección 3: Valoración do Real decreto 16/2012

No seu centro de traballo: Percibiu vostede que aumentasen as dificultades de acceso aos servizos sanitarios para algunha persoa ou colectivo, despois da entrada en vigor do Real decreto-lei 16/2012, do 20 de abril, de medidas urxentes para garantir a sustentabilidade do sistema nacional de saúde e mellorar a calidade e seguridade das súas prestacións?

Por favor, indique se está de acordo ou non coa súa implantación e sinale os posibles problemas que poidan derivarse sobre a saúde destes colectivos.

Está vostede de acordo con que os inmigrantes irregulares poidan acceder aos servizos públicos de saúde?

Que opina da rectificación (anunciada o 31 de marzo de 2015) sobre o acceso á atención primaria dos inmigrantes irregulares respecto ao establecido no RD 16/2012?

Sección 4: Diferenzas coa poboación nacional

percibiu un uso diferente da sanidade pública nos inmigrantes?

Tivo vostede algunha vez problemas na atención derivados das diferentes procedencias culturais dos pacientes?

Na súa opinión, os inmigrantes: presentan algunhas enfermidades diferentes aos nacionais?. En caso afirmativo, cales?

Cre que sería necesario recibir algunha formación adicional para tratar axeitadamente as persoas inmigrantes?

Sección 5: Acordo ou desacordo coas afirmacións seguintes (1 Totalmente en desacordo, 2 En desacordo 3 Nin de acordo nin en desacordo 4 De acordo 5 Completamente de acordo)

A atención aos inmigrantes suscítame problemas de índole persoal

1 2 3 4 5

Os inmigrantes, con frecuencia teñen dificultades para acceder ás prestacións do sistema nacional de saúde

1 2 3 4 5

Os inmigrantes acoden á consulta de urxencias con maior frecuencia que o resto do cota

1 2 3 4 5

O seguimento correcto dunha patoloxía en pacientes inmigrantes é máis difícil pola súa alta mobilidade.

1 2 3 4 5

Os problemas de idioma que adoita haber cos inmigrantes supóñenme dificultades na súa atención

1 2 3 4 5

A forma en que os pacientes inmigrantes se comunican, lévame máis tempo que as consultas con outros pacientes

1 2 3 4 5

Teño máis problemas para facer o seguimento do proceso patolóxico nos inmigrantes que co resto dos meus pacientes

1 2 3 4 5

Comparado co resto dos meus pacientes, os inmigrantes incumpren o tratamento con maior frecuencia

1 2 3 4 5

Se cada centro puidese dispoñer dun mediador cultural melloraría a atención aos inmigrantes

1 2 3 4 5

Gustaríame recibir formación en aspectos culturais da saúde para entender mellor os meus pacientes inmigrantes

1 2 3 4 5

Dispoñer dun tradutor cando teño problemas de idioma, axudaría a mellorar a atención que presto aos pacientes inmigrantes

1 2 3 4 5

8.1. Anexo VI. Modelo de entrevista en profundidad para personal profesional do sector sanitario (en castelán)

Entrevista en profundidad a personal sanitario

Trabajo Fin de Master de Xose María Picatoste Novo

Sección 1: Preguntas de identificación

Sexo: Hombre Mujer

Edad años

Especialidad

Es usted personal sanitario perteneciente al colectivo de

Personal de Administración

Personal sanitario: auxiliar enfermería

Personal sanitario: enfermería

Personal sanitario: médico

Centro de trabajo

Pública

Privado

Privada, pero atiende a personas derivadas del Sistema Público

Tipo de centro de trabajo

Centro de salud

Hospital

Sección 2: El acceso

En su centro de trabajo: ¿Ha percibido usted en algún momento dificultades de acceso a los servicios sanitarios para alguna persona o colectivo?

En concreto: ¿Ha percibido alguna diferencia entre las personas inmigrantes y las nacionales en acceso o en uso de los servicios sanitarios?

Sección 3: Valoración del Real Decreto

En su centro de trabajo: ¿Ha percibido usted que hayan aumentado las dificultades acceso a los servicios sanitarios para alguna persona o colectivo, después de la entrada en vigor del Real Decreto-ley 16/2012, de 20 de Abril, de medidas urgentes para garantizar la sostibilidad del sistema nacional de salud y mejorar la calidad y seguridad de sus prestaciones?

Por favor, indique si está de acuerdo o no con su implantación y señale los posibles problemas que pueden derivarse sobre la salud de estos colectivos.

¿Está usted de acuerdo con que los inmigrantes irregulares puedan acceder a los servicios públicos de salud? ¿Qué opina de la rectificación (anunciada el 31 de Marzo de 2015) sobre el acceso a atención primaria de los inmigrantes irregulares respecto a lo establecido en el RD 16/2012?

Sección 4: Diferencias con la población nacional

¿Ha percibido uso diferente de la sanidad pública en los inmigrantes?

¿Ha tenido alguna vez problemas en la atención derivados de diferentes procedencias culturales de los pacientes?

En su opinión, los inmigrantes ¿presentan algunas enfermedades diferentes a los nacionales?. En caso afirmativo, ¿Cuáles?

¿Cree que sería necesario recibir alguna formación adicional para tratar adecuadamente a las personas inmigrantes?

Sección 5: Acuerdo o desacuerdo con las afirmaciones siguientes (1 Totalmente en desacuerdo, 2 En desacuerdo 3 Ni de acuerdo ni en desacuerdo 4 De acuerdo 5 Completamente de acuerdo)

La atención al inmigrante me plantea problemas de índole personal

1 2 3 4 5

Con frecuencia tienen dificultades para acceder a las prestaciones del Sistema Nacional de Salud

1 2 3 4 5

El inmigrante acude de urgencias a la consulta con mayor frecuencia que el resto del cupo

1 2 3 4 5

El seguimiento correcto de una patología en pacientes inmigrantes es más difícil por su alta movilidad

1 2 3 4 5

Los problemas de idioma que suele haber con el inmigrante me suponen dificultades en su atención

1 2 3 4 5

La forma en que el paciente inmigrante se comunica, me toma más tiempo que las consultas con otros pacientes.

1 2 3 4 5

Tengo más problemas para hacer el seguimiento del proceso patológico en el inmigrante que con el resto de mis pacientes.

1 2 3 4 5

Con mayor frecuencia los pacientes inmigrantes no cumplen el tratamiento comparado con el resto de mis pacientes.

1 2 3 4 5

Si cada centro pudiera disponer de un mediador cultural mejoraría la atención al inmigrante

1 2 3 4 5

Me gustaría recibir formación en aspectos culturales de la salud para entender mejor a mis pacientes inmigrantes.

1 2 3 4 5

Disponer de un traductor cuando tengo problemas de idioma me ayudaría a mejorar la atención que presto al paciente inmigrante.

1 2 3 4 5

8.2. Anexo VII: Estatísticos descritivos

ESTATÍSTICOS DESCRITIVOS		
	Media	Desv. típ.
A-1-Creo que os inmigrantes deben ter acceso aos servizos sanitarios de balde	4,75	2,020
A-2-Creo que os inmigrantes deben ter acceso aos servizos sanitarios de balde, sempre que estean de forma legal no país	4,64	2,229
A-3--Creo que os inmigrantes en situación irregular deben ter acceso de balde á sanidade pública	4,37	2,188
A-4-Creo que as mulleres deben ter acceso á sanidade pública de balde independentemente de se son inmigrantes en situación irregular, legais ou nacionais	4,69	2,244
A-5-Creo que os nenos deben ter acceso á sanidade pública gratuíta independentemente de se son inmigrantes en situación irregular, legais ou nacionais	5,90	1,764
AU-1-Creo que o sistema nacional de saúde debe ser universal e de balde, só para as urxencias médicas	2,88	2,229
AU-2-Creo que os inmigrantes deben ter acceso aos servizos sanitarios, só en caso de urxencias médicas	2,60	1,874
AU-3-Creo que os inmigrantes en situación irregular deben ter acceso de balde á sanidade pública, só en caso de urxencias médicas	3,00	2,077
AU-4-Creo que os inmigrantes deben ter acceso aos servizos sanitarios de balde, só en caso de urxencias médicas	2,70	1,828
AU-5-Creo que os inmigrantes deben ter acceso aos servizos sanitarios de balde, sempre que estean de forma legal no país, pero só en caso de urxencias médicas	2,45	1,849
RD-L-1-Paréceme moi ben o Decreto-lei 16/2012 (medidas urxentes para garantir a sustentabilidade do sistema nacional de saúde, por motivos de crise)	3,41	1,866
RD-L-2-Creo que grazas ao Decreto-lei 16/2012 se van aforrar moitos cartos	2,89	1,759
U-1-Creo que, en xeral, se abusa da utilización dos servizos médicos de urxencias	4,43	1,893
U-2-Creo que as persoas abusan do uso dos servizos médicos cando estes son de balde	4,53	2,106
U-3-Creo que en España houbo moito "turismo de Saúde" (persoas que veñen como turistas para facer uso dos servizos sanitarios públicos de balde)	4,32	1,992
U-4-Creo que as mulleres abusan da utilización dos servizos médicos de urxencias máis que os homes	2,27	1,700
U-5--Creo que as persoas inmigrantes abusan do uso dos servizos médicos máis que as persoas nacionais	3,05	2,079
U-6-Creo que as persoas inmigrantes abusan da utilización dos servizos médicos de urxencias máis que as persoas nacionais	2,68	1,776
U-7-Creo que as persoas inmigrantes en situación irregular abusan do uso dos servizos médicos máis que as persoas nacionais ou que os inmigrantes con papeis	2,69	1,916
U-8-Creo que as persoas inmigrantes en situación irregular abusan da utilización dos servizos médicos de urxencias máis que as persoas nacionais ou que os inmigrantes con papeis	2,58	1,835
X-Mod-Creo que a longo prazo vai ser máis caro pagar as enfermidades producidas por non ir ao médico a tempo que financiar a sanidade pública de balde para todo o mundo	5,06	1,909
X-Mod-Creo que só deberían ter acceso aos servizos sanitarios públicos de balde quen contribúan ao seu financiamento, mediante impostos ou doutra forma	3,45	2,296
X-Mod-Estou a favor da redución do uso da sanidade pública de forma universal e de balde (para todo o mundo)	2,65	2,025
X-Mod-Estou en contra de que se reduza a atención sanitaria pública de balde, por motivos de crise económica	5,95	1,599
X-Mod-Paréceme ben que as persoas inmigrantes sen papeis non poidan acceder á sanidade pública de balde	3,02	2,167
X-Mod-Paréceme ben que as persoas inmigrantes sen papeis poidan acceder á sanidade pública, pero deben pagala	3,24	2,106
X-Mod-Teño coñecemento de que se restrinxiu o uso dos servizos sanitarios, debido á crise	5,56	1,648
XXG-2 Estou en contra de que se reduza a atención sanitaria pública de balde, por motivos de crise económica	5,54	2,029

8.3. Anexo VIII. Estatísticos descritivos (sexo)

Estatísticos descritivos - ATENDENDO AO SEXO					
HOMES	N	Mínimo	Máximo	Media	Desv. tip.
A-1-Creo que os inmigrantes deben ter acceso aos servizos sanitarios de balde	104	1	7	4,41	2,041
A-2-Creo que os inmigrantes deben ter acceso aos servizos sanitarios de balde, sempre que estean de forma legal no país	104	1	7	4,78	2,122
A-3--Creo que os inmigrantes en situación irregular deben ter acceso de balde á sanidade pública	104	1	7	3,86	2,231
A-4-Creo que as mulleres deben ter acceso á sanidade pública de balde independentemente de se son inmigrantes en situación irregular, regular ou nacionais	104	1	7	4,03	2,329
A-5-Creo que os nenos deben ter acceso á sanidade pública gratuíta independentemente de se son inmigrantes en situación irregular, regular ou nacionais	104	1	7	5,69	1,901
AU-1-Creo que o sistema nacional de saúde debe ser universal e de balde, só para as urxencias médicas	104	1	7	3,25	2,306
AU-2-Creo que os inmigrantes deben ter acceso aos servizos sanitarios, só en caso de urxencias médicas	104	1	7	2,89	2,024
AU-3-Creo que os inmigrantes en situación irregular deben ter acceso de balde á sanidade pública, só en caso de urxencias médicas	104	1	7	3,24	2,188
AU-4-Creo que os inmigrantes deben ter acceso aos servizos sanitarios de balde, só en caso de urxencias médicas	104	1	7	2,92	1,959
AU-5-Creo que os inmigrantes deben ter acceso aos servizos sanitarios de balde, sempre que estean de forma legal no país, pero só en caso de urxencias médicas	104	1	7	2,67	1,948
RD-L-1-Paréceme moi ben o RDL 16/2012 (medidas urxentes para garantir a sustentabilidade do sistema nacional de saúde, por motivos de crises)	104	1	7	3,77	1,818
RD-L-2-Creo que grazas ao RDL 16/2012 se van aforrar moitos cartos	104	1	7	3,29	1,688
U-1-Creo que, en xeral, se abusa da utilización dos servizos médicos de urxencias	104	1	7	4,67	1,872
U-2-Creo que as persoas abusan do uso dos servizos médicos cando estes son de balde	104	1	7	4,93	2,021
U-3-Creo que en España houbo moito "turismo de Saúde" (persoas que veñen como turistas para facer uso dos servizos sanitarios públicos de balde)	104	1	7	4,38	1,997
U-4-Creo que as mulleres abusan da utilización dos servizos médicos de urxencias máis que os homes	103	1	7	2,56	1,725
U-5--Creo que as persoas inmigrantes abusan do uso dos servizos médicos máis que as persoas nacionais	104	1	7	3,39	2,170

U-6-Creo que as persoas inmigrantes abusan da utilización dos servizos médicos de urxencias máis que as persoas nacionais	104	1	7	3,09	1,931
U-7-Creo que as persoas inmigrantes en situación irregular abusan do uso dos servizos médicos máis que as persoas nacionais ou que os inmigrantes con papeis	104	1	7	3,02	2,095
U-8-Creo que as persoas inmigrantes en situación irregular abusan da utilización dos servizos médicos de urxencias máis que as persoas nacionais ou que os inmigrantes con papeis	104	1	7	3,01	1,998
X-Mod1-Creo que a longo prazo vai ser máis caro pagar as enfermidades producidas por non ir ao médico a tempo que financiar a sanidade pública de balde para todo o mundo	104	1	7	4,62	1,932
X-Mod2-Creo que só deberían ter acceso aos servizos sanitarios públicos de balde quen contribúan ao seu financiamento, mediante impostos ou doutra forma	104	1	7	3,97	2,309
X-Mod3-Estou a favor da redución do uso da sanidade pública de forma universal e de balde (para todo o mundo)	104	1	7	2,81	2,063
X-Mod4-Estou en contra de que se reduza a atención sanitaria pública de balde, por motivos de crise económica	104	1	7	5,69	1,690
X-Mod5-Paréceme ben que as persoas inmigrantes sen papeis non poidan acceder á sanidade pública de balde	104	1	7	3,74	2,377
X-Mod6-Paréceme ben que as persoas inmigrantes sen papeis poidan acceder á sanidade pública, pero deben pagala	104	1	7	3,81	2,173
X-Mod7-Teño coñecemento que se restrinxiu o uso dos servizos sanitarios, debido á crise	104	2	7	5,43	1,600
MULLERES	N	Mínimo	Máximo	Media	Desv. típ.
A-1-Creo que os inmigrantes deben ter acceso aos servizos sanitarios de balde	136	1	7	5,01	1,972
A-2-Creo que os inmigrantes deben ter acceso aos servizos sanitarios de balde, sempre que estean de forma legal no país	136	1	7	4,53	2,309
A-3-Creo que os inmigrantes en situación irregular deben ter acceso de balde á sanidade pública	136	1	7	4,76	2,078
A-4-Creo que as mulleres deben ter acceso á sanidade pública de balde independentemente de se son inmigrantes en situación irregular, regular ou nacionais	136	1	7	5,20	2,043
A-5-Creo que os nenos deben ter acceso á sanidade pública gratuíta independentemente de se son inmigrantes en situación irregular, regular ou nacionais	136	1	7	6,06	1,641
AU-1-Creo que o sistema nacional de saúde debe ser universal e de balde, só para as urxencias médicas	136	1	7	2,60	2,134
AU-2-Creo que os inmigrantes deben ter acceso aos servizos sanitarios, só en caso de urxencias médicas	136	1	7	2,38	1,725
AU-3-Creo que os inmigrantes en situación irregular deben ter acceso de balde á sanidade pública, só en caso de urxencias médicas	136	1	7	2,81	1,976

AU-4-Creo que os inmigrantes deben ter acceso aos servizos sanitarios de balde, só en caso de urxencias médicas	136	1	7	2,52	1,708
AU-5-Creo que os inmigrantes deben ter acceso aos servizos sanitarios de balde, sempre que estean de forma legal no país, pero só en caso de urxencias médicas	136	1	7	2,29	1,759
RD-L-1-Paréceme moi ben o RDL 16/2012 (medidas urxentes para garantir a sustentabilidade do sistema nacional de saúde, por motivos de crises)	136	1	7	3,14	1,863
RD-L-2-Creo que grazas ao RDL 16/2012 se van aforrar moitos cartos	136	1	7	2,59	1,757
U-1-Creo que, en xeral, se abusa da utilización dos servizos médicos de urxencias	136	1	7	4,24	1,895
U-2-Creo que as persoas abusan do uso dos servizos médicos cando estes son de balde	136	1	7	4,22	2,125
U-3-Creo que en España houbo moito "turismo de Saúde" (persoas que veñen como turistas para facer uso dos servizos sanitarios públicos de balde)	136	1	7	4,27	1,994
U-4-Creo que as mulleres abusan da utilización dos servizos médicos de urxencias máis que os homes	135	1	7	2,04	1,652
U-5--Creo que as persoas inmigrantes abusan do uso dos servizos médicos máis que as persoas nacionais	136	1	7	2,79	1,975
U-6-Creo que as persoas inmigrantes abusan da utilización dos servizos médicos de urxencias máis que as persoas nacionais	136	1	7	2,38	1,587
U-7-Creo que as persoas inmigrantes en situación irregular abusan do uso dos servizos médicos máis que as persoas nacionais ou que os inmigrantes con papeis	136	1	7	2,44	1,733
U-8-Creo que as persoas inmigrantes en situación irregular abusan da utilización dos servizos médicos de urxencias máis que as persoas nacionais ou que os inmigrantes con papeis	136	1	7	2,24	1,631
X-Mod1-Creo que a longo prazo vai ser máis caro pagar as enfermidades producidas por non ir ao médico a tempo que financiar a sanidade pública de balde para todo o mundo	136	1	7	5,40	1,827
X-Mod2-Creo que só deberían ter acceso aos servizos sanitarios públicos de balde quen contribúan ao seu financiamento, mediante impostos ou doutra forma	136	1	7	3,06	2,214
X-Mod3-Estou a favor da redución do uso da sanidade pública de forma universal e de balde (para todo o mundo)	136	1	7	2,54	1,996
X-Mod4-Estou en contra de que se reduza a atención sanitaria pública de balde, por motivos de crise económica	136	1	7	6,15	1,503
X-Mod5-Paréceme ben que as persoas inmigrantes sen papeis non poidan acceder á sanidade pública de balde	136	1	7	2,46	1,813
X-Mod6-Paréceme ben que as persoas inmigrantes sen papeis poidan acceder á sanidade pública, pero deben pagala	136	1	7	2,81	1,953
X-Mod7-Teño coñecemento que se restrinxiu o uso dos servizos sanitarios, debido á crise	136	1	7	5,65	1,684

8.1. Anexo IX. Análise de comparación de medias para comprobar diferenzas estatisticamente significativas entre homes e mulleres. Área acceso

Afirmacións relativas ao acceso aos Sistema Sanitario Público en España	Proba de Levene para a igualdade de varianzas		Proba T para a igualdade de medias				
	F	Sig.	t	gl	Sig. (bilateral)	Diferenza de medias	Erro típ. da diferenza
Creo que os inmigrantes deben ter acceso aos servizos sanitarios de balde (*)	0,116	0,733	-2,277	238	0,024	-0,594	0,261
Creo que os inmigrantes deben ter acceso aos servizos sanitarios de balde, sempre que estean de forma legal no país (*)	1,280	0,259	0,859	238	0,391	0,249	0,291
Creo que os inmigrantes en situación irregular deben ter acceso de balde á sanidade pública (*)	0,642	0,424	-3,226	238	0,001	-0,902	0,280
Creo que o sistema nacional de saúde debe ser universal e de balde, só para as urxencias médicas (*)	3,089	0,080	2,273	238	0,024	0,6540	0,288
Creo que os inmigrantes deben ter acceso aos servizos sanitarios, só en caso de urxencias médicas (*)	3,863	0,051	2,143	238	0,033	0,519	0,242
Creo que os inmigrantes deben ter acceso aos servizos sanitarios de balde, só en caso de urxencias médicas (*)	2,461	0,118	1,690	238	0,092	0,401	0,237
Creo que os inmigrantes deben ter acceso aos servizos sanitarios de balde, sempre que estean de forma legal no país, pero só en caso de urxencias médicas (*)	1,923	0,167	1,609	238	0,109	0,386	0,240
Creo que os inmigrantes en situación irregular deben ter acceso de balde á sanidade pública, só en caso de urxencias médicas (*)	3,535	0,061	1,600	238	0,111	0,432	0,270
Creo que os nenos deben ter acceso á sanidade pública de balde independentemente de si son inmigrantes en situación irregular, legais ou nacionais (**)	6,235	0,013	-1,569	203,442	0,118	-0,367	0,234
Creo que as mulleres deben ter acceso á sanidade pública de balde independentemente de si son inmigrantes en situación irregular, legais ou nacionais (**)	4,734	0,031	-4,063	205,567	0,000	-1,170	0,288

(*) Asumíronse varianzas iguais (**) Non se asumiron varianzas iguais

8.2. Anexo X. Análise de comparación de medias entre homes e mulleres: á percepción do abuso do Sistema Sanitario Público en España

Afirmacións relativas á percepción do abuso do Sistema Sanitario Público en España	Proba de Levene para a igualdade de varianzas		Proba T para a igualdade de medias				
	F	Sig.	t	gl	Sig. (bilateral)	Diferenza de medias	Error típ. da diferenza
Ceo que as persoas abusan do uso dos servizos médicos cando estes son de balde (*)	1,160	0,282	2,628	238,000	0,009	0,712	0,271
Ceo que as persoas inmigrantes abusan do uso dos servizos médicos máis que as persoas nacionais (*)	2,561	0,111	2,262	238,000	0,025	0,607	0,269
Ceo que as persoas inmigrantes en situación irregular abusan do uso dos servizos médicos máis que as persoas nacionais ou que os inmigrantes con papeis (**)	6,232	0,013	2,280	197,726	0,024	0,578	0,254
Creo que en España houbo moito "turismo de Saúde" (persoas que veñen como turistas para facer uso dos servizos sanitarios públicos de balde) (*)	0,027	0,869	0,433	238,000	0,665	0,113	0,260
Creo que, en xeral, abúsase da utilización dos servizos médicos de urxencias (*)	0,091	0,764	1,753	238,000	0,081	0,430	0,246
Creo que, as persoas inmigrantes abusan da utilización dos servizos médicos de urxencias máis que as persoas nacionais (**)	7,699	0,006	3,051	196,765	0,003	0,712	0,233
Creo que, as persoas inmigrantes en situación irregular abusan da utilización dos servizos médicos de urxencias máis que as persoas nacionais ou que os inmigrantes con papeis (**)	10,933	0,001	3,187	195,913	0,002	0,767	0,241
Creo que, as mulleres abusan da utilización dos servizos médicos de urxencias máis que os homes (*)	2,259	0,134	2,355	236,000	0,019	0,519	0,220

(*) Asumíronse varianzas iguais (**) Non se asumiron varianzas iguais

8.3. Anexo XI. Análise de comparación de medias para avaliar as diferenzas entre homes e mulleres na valoración da Política Sanitaria.

Afirmacións relativas ao acceso aos Sistema Sanitario Público en España	Proba de Levene para a igualdade de varianzas		Proba T para a igualdade de medias				
	F	Sig.	t	gl	Sig. (bilateral)	Diferenza de medias	Error típ. da diferenza
Teño coñecemento que se restrinxiu o uso dos servizos sanitarios, debido á crise (*)	0,208	0,649	-1,033	238,000	0,303	-0,222	0,215
Estou en contra de que se reduza a atención sanitaria pública de balde, por motivos de crise económica (**)	4,382	0,037	-2,166	207,417	0,031	-0,455	0,210
Paréceme moi ben o Decreto-lei 16/2012 (medidas urxentes para garantir a sostibilidade do Sistema Nacional de Saúde, por motivos de crises) (*)	0,608	0,436	2,622	238,000	0,009	0,630	0,240
Paréceme ben que as persoas inmigrantes sen papeis non poidan acceder á sanidade pública de balde (**)	26,078	0,000	4,558	186,827	0,000	1,277	0,280
Paréceme ben que as persoas inmigrantes sen papeis poidan acceder á sanidade pública, pero deben pagala (*)	2,157	0,143	3,739	238,000	0,000	0,999	0,267
Estou a favor da redución do uso da sanidade pública de forma universal e de balde (para todo o mundo) (*)	0,190	0,663	1,027	238,000	0,305	0,271	0,264
Creo que só deberían ter acceso aos servizos sanitarios públicos de forma de balde quen contribúan ao seu financiamento, mediante impostos ou doutra forma (*)	1,668	0,198	3,106	238,000	0,002	0,912	0,294
Estou en contra de que se reduza a atención sanitaria pública de balde, por motivos de crise económica (*)	3,025	0,083	-0,021	238,000	0,983	-0,006	0,265
Creo que a longo prazo vai ser máis caro pagar as enfermidades producidas por non ir ao médico a tempo que financiar a sanidade pública de balde para todo o mundo (*)	1,086	0,298	-3,203	238,000	0,002	-0,782	0,244
Creo que grazas ao RDL 16/2012 vaise a aforrar moitos cartos (*)	0,226	0,635	3,112	238,000	0,002	0,700	0,225

(*) Asumíronse varianzas iguais (**) Non se asumiron varianzas iguais

8.4. Anexo XII. Anova de un factor: grupo de idade

ANOVA dun factor						
		Suma de cadrados	gl	Media cuadrática	F	Sig.
A-1-Creo que os inmigrantes deben ter acceso aos servizos sanitarios de balde A-2-Creo que os inmigrantes deben ter acceso aos servizos sanitarios de balde, sempre que estean de forma legal no país A-3--Creo que os inmigrantes en situación irregular deben ter acceso de balde á sanidade pública	(i)	26,72	3	8,91	2,22	0,087
	(ii)	948,28	236	4,02		
	(iii)	975,00	239			
A-4-Creo que as mulleres deben ter acceso á sanidade pública de balde independentemente de si son inmigrantes en situación irregular, regular ou nacionais A-5-Creo que os nenos deben ter acceso á sanidade pública gratuíta independentemente de si son inmigrantes en situación irregular, regular ou nacionais AU-1-Creo que o sistema nacional de saúde debe ser universal e de balde, só para as urxencias médicas	(i)	2,99	3	1,00	0,20	0,897
	(ii)	1184,47	236	5,02		
	(iii)	1187,46	239			
AU-2-Creo que os inmigrantes deben ter acceso aos servizos sanitarios, só en caso de urxencias médicas AU-3-Creo que os inmigrantes en situación irregular deben ter acceso de balde á sanidade pública, só en caso de urxencias médicas AU-4-Creo que os inmigrantes deben ter acceso aos servizos sanitarios de balde, só en caso de urxencias médicas	(i)	32,48	3	10,83	2,30	0,078
	(ii)	1111,26	236	4,71		
	(iii)	1143,73	239			
AU-5-Creo que os inmigrantes deben ter acceso aos servizos sanitarios de balde, sempre que estean de forma legal no país, pero só en caso de urxencias médicas RD-L-1-Paréceme moi ben o RDL 16/2012 (medidas urxentes para garantir a sostibilidade do Sistema Nacional de Saúde, por motivos de crises) RD-L-2-Creo que grazas ao RDL 16/2012 vaise a aforrar moitos cartos	(i)	20,95	3	6,98	1,39	0,245
	(ii)	1182,24	236	5,01		
	(iii)	1203,18	239			
U-1-Creo que, en xeral, abúsase da utilización dos servizos médicos de urxencias U-2-Creo que as persoas abusan do uso dos servizos médicos cando estes son de balde U-3-Creo que en España houbo moito "turismo de Saúde" (persoas que veñen como turistas para facer uso dos servizos sanitarios públicos de balde)	(i)	7,93	3	2,64	0,85	0,469
	(ii)	735,67	236	3,12		
	(iii)	743,60	239			
	(i)	22,53	3	7,51	1,52	0,210

U-4-Creo que as mulleres abusan da utilización dos servizos médicos de urxencias máis que os homes	(ii)	1164,96	236	4,94		
U-5--Creo que as persoas inmigrantes abusan do uso dos servizos médicos máis que as persoas nacionais	(iii)	1187,50	239			
U-6-Creo que as persoas inmigrantes abusan da utilización dos servizos médicos de urxencias máis que as persoas nacionais						
U-7-Creo que as persoas inmigrantes en situación irregular abusan do uso dos servizos médicos máis que as persoas nacionais ou que os inmigrantes con papeis	(i)	24,94	3	8,31	2,41	0,068
	(ii)	814,66	236	3,45		
A-1-Creo que os inmigrantes deben ter acceso aos servizos sanitarios de balde	(iii)	839,60	239			
A-2-Creo que os inmigrantes deben ter acceso aos servizos sanitarios de balde, sempre que estean de forma legal no país	(i)	3,08	3	1,03	0,24	0,872
A-3--Creo que os inmigrantes en situación irregular deben ter acceso de balde á sanidade pública	(ii)	1027,92	236	4,36		
A-4-Creo que as mulleres deben ter acceso á sanidade pública de balde independentemente de si son inmigrantes en situación irregular, regular ou nacionais	(iii)	1031,00	239			
A-5-Creo que os nenos deben ter acceso á sanidade pública gratuíta independentemente de si son inmigrantes en situación irregular, regular ou nacionais	(i)	14,55	3	4,85	1,46	0,226
	(ii)	784,25	236	3,32		
AU-1-Creo que o sistema nacional de saúde debe ser universal e de balde, só para as urxencias médicas	(iii)	798,80	239			
AU-2-Creo que os inmigrantes deben ter acceso aos servizos sanitarios, só en caso de urxencias médicas						
AU-3-Creo que os inmigrantes en situación irregular deben ter acceso de balde á sanidade pública, só en caso de urxencias médicas	(i)	19,97	3	6,66	1,97	0,119
	(ii)	797,53	236	3,38		
AU-4-Creo que os inmigrantes deben ter acceso aos servizos sanitarios de balde, só en caso de urxencias médicas						
AU-5-Creo que os inmigrantes deben ter acceso aos servizos sanitarios de balde, sempre que estean de forma legal no país, pero só en caso de urxencias médicas	(iii)	817,50	239			
RD-L-1-Paréceme moi ben o RDL 16/2012 (medidas urxentes para garantir a sostibilidade do Sistema Nacional de Saúde, por motivos de crises)	(i)	24,26	3	8,09	2,36	0,072
	(ii)	807,90	236	3,42		
RD-L-2-Creo que grazas ao RDL 16/2012 vaise a aforrar moitos cartos	(iii)	832,16	239			
U-1-Creo que, en xeral, abúsase da utilización dos servizos médicos de urxencias						
U-2-Creo que as persoas abusan do uso dos servizos médicos cando estes son de balde	(i)	24,09	3	8,03	2,65	0,050
	(ii)	715,09	236	3,03		
U-3-Creo que en España houbo moito "turismo de Saúde" (persoas que veñen como turistas para facer uso dos servizos sanitarios públicos de balde)	(iii)	739,18	239			

U-4-Creo que as mulleres abusan da utilización dos servizos médicos de urxencias máis que os homes						
U-5--Creo que as persoas inmigrantes abusan do uso dos servizos médicos máis que as persoas nacionais	(i)	15,87	3	5,29	1,49	0,219
U-6-Creo que as persoas inmigrantes abusan da utilización dos servizos médicos de urxencias máis que as persoas nacionais	(ii)	840,92	236	3,56		
U-7-Creo que as persoas inmigrantes en situación irregular abusan do uso dos servizos médicos máis que as persoas nacionais ou que os inmigrantes con papeis	(iii)	856,80	239			
U-8-Creo que as persoas inmigrantes en situación irregular abusan da utilización dos servizos médicos de urxencias máis que as persoas nacionais ou que os inmigrantes con papeis	(i)	22,04	3	7,35	1,67	0,174
A-1-Creo que os inmigrantes deben ter acceso aos servizos sanitarios de balde	(ii)	1037,76	236	4,40		
A-2-Creo que os inmigrantes deben ter acceso aos servizos sanitarios de balde, sempre que estean de forma legal no país	(iii)	1059,80	239			
A-3--Creo que os inmigrantes en situación irregular deben ter acceso de balde á sanidade pública	(i)	40,67	3	13,56	3,53	0,016
A-4-Creo que as mulleres deben ter acceso á sanidade pública de balde independentemente de si son inmigrantes en situación irregular, regular ou nacionais	(ii)	907,63	236	3,85		
A-5-Creo que os nenos deben ter acceso á sanidade pública gratuíta independentemente de si son inmigrantes en situación irregular, regular ou nacionais	(iii)	948,30	239			
AU-1-Creo que o sistema nacional de saúde debe ser universal e de balde, só para as urxencias médicas	(i)	17,64	3	5,88	2,06	0,106
AU-2-Creo que os inmigrantes deben ter acceso aos servizos sanitarios, só en caso de urxencias médicas	(ii)	667,15	234	2,85		
AU-3-Creo que os inmigrantes en situación irregular deben ter acceso de balde á sanidade pública, só en caso de urxencias médicas	(iii)	684,79	237			
AU-4-Creo que os inmigrantes deben ter acceso aos servizos sanitarios de balde, só en caso de urxencias médicas	(i)	17,66	3	5,89	1,37	0,253
AU-5-Creo que os inmigrantes deben ter acceso aos servizos sanitarios de balde, sempre que estean de forma legal no país, pero só en caso de urxencias médicas	(ii)	1015,74	236	4,30		
RD-L-1-Paréceme moi ben o RDL 16/2012 (medidas urxentes para garantir a sostibilidade do Sistema Nacional de Saúde, por motivos de crises)	(iii)	1033,40	239			
RD-L-2-Creo que grazas ao RDL 16/2012 vaise a aforrar moitos cartos	(i)	2,98	3	0,99	0,31	0,816
U-1-Creo que, en xeral, abúsase da utilización dos servizos médicos de urxencias	(ii)	750,95	236	3,18		
U-2-Creo que as persoas abusan do uso dos servizos médicos cando estes son de balde	(iii)	753,93	239			

U-3-Creo que en España houbo moito "turismo de Saúde" (persoas que veñen como turistas para facer uso dos servizos sanitarios públicos de balde)	(i)	12,73	3	4,24	1,16	0,326
	(ii)	864,45	236	3,66		
U-4-Creo que as mulleres abusan da utilización dos servizos médicos de urxencias máis que os homes	(iii)	877,18	239			
U-5--Creo que as persoas inmigrantes abusan do uso dos servizos médicos máis que as persoas nacionais	(i)	6,83	3	2,28	0,67	0,569
U-6-Creo que as persoas inmigrantes abusan da utilización dos servizos médicos de urxencias máis que as persoas nacionais	(ii)	797,82	236	3,38		
	(iii)	804,65	239			

(i) Inter-grupos , (ii) Intra-grupos, (iii) Total

8.5. Anexo XIII. Cuestións de valoración: os profesionais da saúde opinan: diferenzas segundo sexo, resultados da t de Student

Proba t de mostras independentes : sexo										
		Proba de Levene para a igualdade de varianzas		Proba T para a igualdade de medias						
		F	Sig.	t	gl	Sig. (bilateral)	Diferenza de medias	Erro típ. da diferenca	95% Intervalo de confianza para a diferenca	
									Inferior	Superior
A atención aos inmigrantes fórmame problemas de indole persoal	Asumíronse varianzas iguais	3,291	0,097	0,777	11	0,453	0,500	0,643	-0,916	1,916
	Non se asumiron varianzas iguais			1,000	7,000	0,351	0,500	0,500	-0,682	1,682
Os inmigrantes, con frecuencia teñen dificultades para acceder ás prestacións do Sistema Nacional de Saúde	Asumíronse varianzas iguais	0,241	0,633	2,677	11	0,022	1,200	0,448	0,213	2,187
	Non se asumiron varianzas iguais			2,610	7,942	0,031	1,200	0,460	0,138	2,262
Os inmigrantes acoden á consulta de urxencias con Maior frecuencia que o resto do cupo	Asumíronse varianzas iguais	0,780	0,396	-1,519	11	0,157	-1,300	0,856	-3,184	0,584
	Non se asumiron varianzas iguais			-1,407	6,698	0,204	-1,300	0,924	-3,506	0,906
O seguimento correcto dunha patoloxía en pacientes inmigrantes é máis difícil pola súa alta mobilidade.	Asumíronse varianzas iguais	0,005	0,945	1,455	11	0,174	0,925	0,636	-0,474	2,324
	Non se asumiron varianzas iguais			1,465	8,827	0,178	0,925	0,631	-0,507	2,357
Os problemas de idioma que adoita haber cos inmigrantes supóñenme dificultades na súa atención	Asumíronse varianzas iguais	5,028	0,047	0,612	11	0,553	0,450	0,735	-1,168	2,068
	Non se asumiron varianzas iguais			0,548	6,019	0,603	0,450	0,821	-1,557	2,457
A forma na que os pacientes inmigrantes se comunican, lévame máis tempo que as consultas con outros pacientes	Asumíronse varianzas iguais	1,666	0,223	0,554	11	0,590	0,450	0,812	-1,337	2,237
	Non se asumiron varianzas iguais			0,521	7,039	0,618	0,450	0,863	-1,589	2,489
Teño máis problemas para facer o seguimento do proceso patolóxico nos inmigrantes que co resto dos meus pacientes	Asumíronse varianzas iguais	10,215	0,009	1,214	11	0,250	0,725	0,597	-0,590	2,040
	Non se asumiron varianzas iguais			1,014	4,908	0,358	0,725	0,715	-1,124	2,574
Comparado co resto dos meus pacientes, os inmigrantes incumpren o tratamento con Maior frecuencia	Asumíronse varianzas iguais	0,002	0,966	0,504	11	0,624	0,275	0,546	-0,926	1,476
	Non se asumiron varianzas iguais			0,517	9,348	0,617	0,275	0,532	-0,921	1,471
Se cada centro puidese dispoñer dun mediador cultural melloraría a atención aos inmigrantes	Asumíronse varianzas iguais	0,114	0,742	0,104	11	0,919	0,075	0,723	-1,516	1,666
	Non se asumiron varianzas iguais			0,103	8,323	0,921	0,075	0,731	-1,599	1,749
Gustárame recibir formación en aspectos culturais da saúde para entender mellor aos meus pacientes inmigrantes	Asumíronse varianzas iguais	2,323	0,156	0,939	11	0,368	0,700	0,745	-0,940	2,340
	Non se asumiron varianzas iguais			0,847	6,150	0,429	0,700	0,826	-1,310	2,710
Dispoñer dun tradutor cando teño problemas de idioma, axudárame a mellorar a atención que presto aos pacientes inmigrantes	Asumíronse varianzas iguais	0,546	0,476	-0,489	11	0,634	-0,375	0,766	-2,062	1,312
	Non se asumiron varianzas iguais			-0,436	5,909	0,678	-0,375	0,861	-2,489	1,739

8.6. Anexo XIV. Cuestións de valoración: os profesionais da saúde opinan: diferenzas segundo centro de traballo, resultados da t de Student

Proba t de mostras independentes : centro de traballo											
		Proba de Levene para a igualdade de varianzas		Proba T para a igualdade de medias							
		F	Sig.	t	gl	Sig. (bilateral)	Diferenza de medias	Erro típ. da diferenza	95% Intervalo de confianza para a diferenza		
									Inferior	Superior	
A atención aos inmigrantes fórmame problemas de índole persoal	Asumíronse varianzas iguais	2,210	,165	,650	11	,529	,444	,683	-1,059	1,948	
	Non se asumiron varianzas iguais			1,000	8,000	,347	,444	,444	-,580	1,469	
Os inmigrantes, con frecuencia teñen dificultades para acceder ás prestacións do Sistema Nacional de Saúde	Asumíronse varianzas iguais	4,830	,050	1,389	11	,192	,778	,560	-,455	2,011	
	Non se asumiron varianzas iguais			2,135	8,000	,065	,778	,364	-,062	1,618	
Os inmigrantes acoden á consulta de urxencias con Maior frecuencia que o resto do cupo	Asumíronse varianzas iguais	,437	,522	-,746	11	,471	-,722	,968	-2,853	1,409	
	Non se asumiron varianzas iguais			-,670	4,684	,534	-,722	1,077	-3,549	2,104	
O seguimento correcto dunha patoloxía en pacientes inmigrantes é máis difícil pola súa alta mobilidade.	Asumíronse varianzas iguais	1,686	,221	,538	11	,601	,389	,722	-1,201	1,978	
	Non se asumiron varianzas iguais			,722	10,988	,485	,389	,539	-,797	1,575	
Os problemas de idioma que adoita haber cos inmigrantes supónenme dificultades na súa atención	Asumíronse varianzas iguais	4,266	,063	-1,329	11	,211	-,972	,732	-2,583	,638	
	Non se asumiron varianzas iguais			-1,842	10,872	,093	-,972	,528	-2,136	,191	
A forma na que os pacientes inmigrantes se comunican, lévame máis tempo que as consultas con outros pacientes	Asumíronse varianzas iguais	9,360	,011	-1,191	11	,259	-,972	,816	-2,769	,825	
	Non se asumiron varianzas iguais			-1,682	10,608	,122	-,972	,578	-2,250	,306	
Teño máis problemas para facer o seguimento do proceso patolóxico nos inmigrantes que co resto dos meus pacientes	Asumíronse varianzas iguais	2,545	,139	-1,556	11	,148	-,944	,607	-2,280	,391	
	Non se asumiron varianzas iguais			-1,990	10,500	,073	-,944	,475	-1,995	,106	
Comparado co resto dos meus pacientes, os inmigrantes incumpren o tratamento con Maior frecuencia	Asumíronse varianzas iguais	5,025	,047	-,582	11	,572	-,333	,573	-1,594	,928	
	Non se asumiron varianzas iguais			-,894	8,000	,397	-,333	,373	-1,193	,526	
Se cada centro puidese dispoñer dun mediador cultural melloraría a atención aos inmigrantes	Asumíronse varianzas iguais	,795	,392	,183	11	,858	,139	,761	-1,536	1,814	
	Non se asumiron varianzas iguais			,164	4,703	,876	,139	,845	-2,075	2,353	
Gustaríame recibir formación en aspectos culturais da saúde para entender mellor aos meus pacientes inmigrantes	Asumíronse varianzas iguais	3,240	,099	1,404	11	,188	1,056	,752	-,599	2,711	
	Non se asumiron varianzas iguais			1,900	11,000	,084	1,056	,556	-,167	2,278	
Dispoñer dun tradutor cando teño problemas de idioma, axudaría a mellorar a atención que presto aos pacientes inmigrantes	Asumíronse varianzas iguais	1,115	,314	-,880	11	,398	-,694	,789	-2,431	1,043	
	Non se asumiron varianzas iguais			-1,030	8,660	,331	-,694	,674	-2,229	,840	

8.7. Anexo XV. Cuestións de valoración: os profesionais da saúde opinan: diferenzas segundo especialidade, resultados da t de Student

8.7.1. O test de Levene

Proba de homoxeneidade de varianzas - Especialidade				
	Estadístico de Levene	gl1	gl2	Sig.
A atención aos inmigrantes fórmulame problemas de índole persoal	19053690731182900	2	10	,000
Os inmigrantes, con frecuencia teñen dificultades para acceder ás prestacións do Sistema Nacional de Saúde	1,506	2	10	,268
Os inmigrantes acoden á consulta de urxencias con Maior frecuencia que o resto do cupo	1,009	2	10	,399
O seguimento correcto dunha patoloxía en pacientes inmigrantes é máis difícil pola súa alta mobilidade.	3,106	2	10	,089
Os problemas de idioma que adoita haber cos inmigrantes supóñenme dificultades na súa atención	6,422	2	10	,016
A forma na que os pacientes inmigrantes se comunican, lévame máis tempo que as consultas con outros pacientes	1,423	2	10	,286
Teño máis problemas para facer o seguimento do proceso patolóxico nos inmigrantes que co resto dos meus pacientes	1,691	2	10	,233
Comparado co resto dos meus pacientes, os inmigrantes incumpren o tratamento con Maior frecuencia	,126	2	10	,883
Se cada centro puidese dispoñer dun mediador cultural melloraría a atención aos inmigrantes	7,115	2	10	,012
Gustaríame recibir formación en aspectos culturais da saúde para entender mellor aos meus pacientes inmigrantes	,001	2	10	,999
Dispoñer dun tradutor cando teño problemas de idioma, axudaría a mellorar a atención que presto aos pacientes inmigrantes	1,764	2	10	,221

ANOVA de un factor - Especialidade						
		Suma de cadrados	gl	Media cuadrática	F	Sig.
A atención aos inmigrantes fórmulame problemas de índole persoal	Inter-grupos	6,769	2	3,385	4,231	0,047
	Intra-grupos	8,000	10	0,800		
	Total	14,769	12			
Os inmigrantes, con frecuencia teñen dificultades para acceder ás prestacións do Sistema Nacional de Saúde	Inter-grupos	6,231	2	3,115	6,231	0,017
	Intra-grupos	5,000	10	0,500		
	Total	11,231	12			
Os inmigrantes acoden á consulta de urxencias con maior frecuencia que o resto do cupo	Inter-grupos	1,643	2	0,821	0,290	0,755
	Intra-grupos	28,357	10	2,836		
	Total	30,000	12			
O seguimento correcto dunha patoloxía en pacientes inmigrantes é máis difícil pola súa alta mobilidade.	Inter-grupos	1,558	2	0,779	0,528	0,605
	Intra-grupos	14,750	10	1,475		
	Total	16,308	12			
Os problemas de idioma que adoita haber cos inmigrantes supóñenme dificultades na súa atención	Inter-grupos	3,959	2	1,979	1,323	0,309
	Intra-grupos	14,964	10	1,496		
	Total	18,923	12			
A forma na que os pacientes inmigrantes se comunican, lévame máis tempo que as consultas con outros pacientes	Inter-grupos	6,816	2	3,408	2,116	0,171
	Intra-grupos	16,107	10	1,611		
	Total	22,923	12			
Teño máis problemas para facer o seguimento do proceso patolóxico nos inmigrantes que co resto dos meus pacientes	Inter-grupos	4,335	2	2,168	2,317	0,149
	Intra-grupos	9,357	10	0,936		
	Total	13,692	12			
Comparado co resto dos meus pacientes, os inmigrantes incumpren o tratamento con Maior frecuencia	Inter-grupos	,808	2	0,404	0,425	0,665
	Intra-grupos	9,500	10	0,950		
	Total	10,308	12			
Se cada centro puidese dispoñer dun mediador cultural melloraría a atención aos inmigrantes	Inter-grupos	11,264	2	5,632	8,761	0,006
	Intra-grupos	6,429	10	0,643		
	Total	17,692	12			
Gustaríame recibir formación en aspectos culturais da saúde para entender mellor aos meus pacientes inmigrantes	Inter-grupos	1,451	2	0,725	0,385	0,690
	Intra-grupos	18,857	10	1,886		
	Total	20,308	12			
Dispoñer dun tradutor cando teño problemas de idioma, axudaría a mellorar a atención que presto aos pacientes inmigrantes	Inter-grupos	7,343	2	3,672	2,832	0,106
	Intra-grupos	12,964	10	1,296		
	Total	20,308	12			

8.8. Anexo XVI. Táboas de continxencia: análise das valoracións feitas nas entrevistas en profundidade por parte do persoal do sector sanitario (Escla Likert 5 puntos)

8.8.1. Atendendo ao Centro de Traballo

		Centro de Traballo		Total
		Hospital	Centro de Saúde	
A atención aos inmigrantes fórmulame problemas de índole persoal	1	8	4	12
	5	1	0	1

		Centro de Traballo		Total
		Hospital	Centro de Saúde	
Os inmigrantes, con frecuencia teñen dificultades para acceder ás prestacións do Sistema Nacional de Saúde	1	2	0	2
	2	0	4	4
	3	5	0	5
	4	2	0	2

		Centro de Traballo		Total
		Hospital	Centro de Saúde	
Os inmigrantes acoden á consulta de urxencias con maior frecuencia que o resto do cupo	1	3	1	4
	3	3	1	4
	4	2	0	2
	5	1	2	3

		Centro de Traballo		Total
		Hospital	Centro de Saúde	
O seguimento correcto dunha patoloxía en pacientes inmigrantes é máis difícil pola súa alta mobilidade.	1	2	0	2
	2	1	2	3
	3	3	2	5
	4	2	0	2
	5	1	0	1

		Centro de Traballo		Total
		Hospital	Centro de Saúde	
Os problemas de idioma que adoita haber cos inmigrantes supóñenme dificultades na súa atención	1	2	0	2
	2	2	0	2
	3	2	1	3
	4	2	3	5
	5	1	0	1

	Centro de Trabajo		Total	
	Hospital	Centro de Saúde		
A forma na que os pacientes inmigrantes se comunican, lévame máis tempo que as consultas con outros pacientes	1	3	0	3
	2	1	0	1
	3	1	1	2
	4	3	3	6
	5	1	0	1

	Centro de Trabajo		Total	
	Hospital	Centro de Saúde		
Teño máis problemas para facer o seguimento do proceso patolóxico nos inmigrantes que co resto dos meus pacientes	1	2	0	2
	2	2	0	2
	3	3	2	5
	4	2	2	4

	Centro de Trabajo		Total	
	Hospital	Centro de Saúde		
Comparado co resto dos meus pacientes, os inmigrantes incumpren o tratamento con maior frecuencia	1	1	0	1
	2	3	0	3
	3	4	4	8
	5	1	0	1

	Centro de Trabajo		Total	
	Hospital	Centro de Saúde		
Se cada centro puidese dispoñer dun mediador cultural melloraría a atención aos inmigrantes	2	1	1	2
	3	3	1	4
	4	1	0	1
	5	4	2	6

	Centro de Trabajo		Total	
	Hospital	Centro de Saúde		
Gustaríame recibir formación en aspectos culturais da saúde para entender mellor aos meus pacientes inmigrantes	1	1	0	1
	2	1	2	3
	3	2	2	4
	4	2	0	2
	5	3	0	3

	Centro de Trabajo		Total	
	Hospital	Centro de Saúde		
Dispoñer dun tradutor cando teño problemas de idioma, axudaría-me a mellorar a atención que presto aos pacientes inmigrantes	1	1	0	1
	2	1	0	1
	3	2	1	3
	4	2	1	3
	5	3	2	5

8.8.2. Atendendo á especialidade: médico, enfermería ou administración: Táboa de continxencia por especialidade

		Especialidade			Total
		Médico	Enfermería	Administración	
A atención aos inmigrantes fórmulame problemas de índole persoal	1	7	1	4	12
	5	0	1	0	1

		Especialidade			Total
		Médico	Enfermería	Administración	
Os inmigrantes, con frecuencia teñen dificultades para acceder ás prestacións do Sistema Nacional de Saúde	1	0	0	2	2
	2	2	0	2	4
	3	3	2	0	5
	4	2	0	0	2

		Especialidade			Total
		Médico	Enfermería	Administración	
Os inmigrantes acoden á consulta de urxencias con Maior frecuencia que o resto do cupo	1	2	0	2	4
	3	2	1	1	4
	4	1	1	0	2
	5	2	0	1	3

		Especialidade			Total
		Médico	Enfermería	Administración	
O seguimento correcto dunha patoloxía en pacientes inmigrantes é máis difícil pola súa alta mobilidade.	1	1	0	1	2
	2	2	0	1	3
	3	1	2	2	5
	4	2	0	0	2
	5	1	0	0	1

		Especialidade			Total
		Médico	Enfermería	Administración	
Os problemas de idioma que adoita haber cos inmigrantes supóñenme dificultades na súa atención	1	0	0	2	2
	2	1	1	0	2
	3	2	0	1	3
	4	4	0	1	5
	5	0	1	0	1

		Especialidade			Total
		Médico	Enfermería	Administración	
A forma na que os pacientes inmigrantes se comunican, lévame máis tempo que as consultas con outros pacientes	1	1	0	2	3
	2	1	0	0	1
	3	1	0	1	2
	4	4	1	1	6
	5	0	1	0	1

		Especialidade			Total
		Médico	Enfermería	Administración	
Teño máis problemas para facer o seguimento do proceso patolóxico nos inmigrantes que co resto dos meus pacientes	1	0	0	2	2
	2	2	0	0	2
	3	2	1	2	5
	4	3	1	0	4

		Especialidade			Total
		Médico	Enfermería	Administración	
Comparado co resto dos meus pacientes, os inmigrantes incumpren o tratamento con maior frecuencia	1	0	0	1	1
	2	2	1	0	3
	3	4	1	3	8
	4	1	0	0	1
	5	1	0	0	1

		Especialidade			Total
		Médico	Enfermería	Administración	
Se cada centro puidese dispoñer dun mediador cultural melloraría a atención aos inmigrantes	2	0	0	2	2
	3	2	0	2	4
	4	1	0	0	1
	5	4	2	0	6

		Especialidade			Total
		Médico	Enfermería	Administración	
Gustaríame recibir formación en aspectos culturais da saúde para entender mellor aos meus pacientes inmigrantes	1	0	0	1	1
	2	3	0	0	3
	3	1	1	2	4
	4	2	0	0	2
	5	1	1	1	3

		Especialidade			Total
		Médico	Enfermería	Administración	
Dispoñer dun tradutor cando teño problemas de idioma, axudaría a mellorar a atención que presto aos pacientes inmigrantes	1	0	0	1	1
	2	0	1	0	1
	3	1	1	1	3
	4	2	0	1	3
	5	4	0	1	5

8.9. Anexo XVII. Táboas de frecuencias. Apreciacións da poboación en xeral

Item	Frecuencia							Porcentaxe						
	1	2	3	4	5	6	7	1	2	3	4	5	6	7
A-1-Creo que os inmigrantes deben ter acceso aos servizos sanitarios de balde	21	19	26	45	29	22	78	9	8	11	19	12	9	33
A-2-Creo que os inmigrantes deben ter acceso aos servizos sanitarios de balde, sempre que estean de forma legal no país	36	23	18	25	27	35	76	15	10	8	10	11	15	32
A-3--Creo que os inmigrantes en situación irregular deben ter acceso de balde á sanidade pública	39	16	34	39	22	21	69	16	7	14	16	9	9	29
A-4-Creo que as mulleres deben ter acceso á sanidade pública de balde independentemente de si son inmigrantes en situación irregular, regular ou nacionais	38	16	20	31	21	31	83	16	7	8	13	9	13	35
A-5-Creo que os nenos deben ter acceso á sanidade pública gratuita independentemente de si son inmigrantes en situación irregular, regular ou nacionais	8	12	17	10	13	32	148	3	5	7	4	5	13	62

Item	Frecuencia							Porcentaxe						
	1	2	3	4	5	6	7	1	2	3	4	5	6	7
AU-1-Creo que o sistema nacional de saúde debe ser universal e de balde, só para as urxencias médicas	107	31	26	18	12	10	36	45	13	11	8	5	4	15
AU-2-Creo que os inmigrantes deben ter acceso aos servizos sanitarios, só en caso de urxencias médicas	105	38	22	39	11	9	16	44	16	9	16	5	4	7
AU-3-Creo que os inmigrantes en situación irregular deben ter acceso de balde á sanidade pública, só en caso de urxencias médicas	85	43	28	21	23	15	25	35	18	12	9	10	6	10
AU-4-Creo que os inmigrantes deben ter acceso aos servizos sanitarios de balde, só en caso de urxencias médicas	91	43	32	33	20	5	16	38	18	13	14	8	2	7
AU-5-Creo que os inmigrantes deben ter acceso aos servizos sanitarios de balde, sempre que estean de forma legal no país, pero só en caso de urxencias médicas	117	34	24	31	11	8	15	49	14	10	13	5	3	6

Item	Frecuencia							Porcentaxe						
	1	2	3	4	5	6	7	1	2	3	4	5	6	7
RD-L-1-Paréceme moi ben o RDL 16/2012 (medidas urxentes para garantir a sostibilidade do Sistema Nacional de Saúde, por motivos de crises)	50	39	29	64	24	10	24	21	16	12	27	10	4	10
RD-L-2-Creo que grazas ao RDL 16/2012 vaise a aforrar moitos cartos	75	38	35	57	16	3	16	31	16	15	24	7	1	7
U-1-Creo que, en xeral, abúsase da utilización dos servizos médicos de urxencias	18	27	38	36	37	40	44	8	11	16	15	15	17	18
U-2-Creo que as persoas abusan do uso dos servizos médicos cando estes son de balde	33	18	29	27	36	36	61	14	8	12	11	15	15	25
U-3-Creo que en España houbo moito "turismo de Saúde" (persoas que veñen como turistas para facer uso dos servizos sanitarios públicos de balde)	25	29	26	55	28	23	54	10	12	11	23	12	10	23
U-4-Creo que as mulleres abusan da utilización dos servizos médicos de urxencias máis que os homes	123	35	23	33	11		13	51	15	10	14	5		5
U-5--Creo que as persoas inmigrantes abusan do uso dos servizos médicos máis que as persoas nacionais	86	36	22	38	19	12	27	36	15	9	16	8	5	11
U-6-Creo que as persoas inmigrantes abusan da utilización dos servizos médicos de urxencias máis que as persoas nacionais	88	44	31	46	11	4	16	37	18	13	19	5	2	7
U-7-Creo que as persoas inmigrantes en situación irregular abusan do uso dos servizos médicos máis que as persoas nacionais ou que os inmigrantes con papeis	98	40	23	44	9	4	22	41	17	10	18	4	2	9
U-8-Creo que as persoas inmigrantes en situación irregular abusan da utilización dos servizos médicos de urxencias máis que as persoas nacionais ou que os inmigrantes con papeis	106	37	22	37	18	6	14	44	15	9	15	8	3	6

Item	Frecuencia							Porcentaxe						
	1	2	3	4	5	6	7	1	2	3	4	5	6	7
X-Mod1-Creo que a longo prazo vai ser máis caro pagar as enfermidades producidas por non ir ao médico a tempo que financiar a sanidade pública de balde para todo o mundo	16	11	25	43	26	34	85	7	5	10	18	11	14	35
X-Mod2-Creo que só deberían ter acceso aos servizos sanitarios públicos de balde quen contribúan ao seu financiamento, mediante impostos ou doutra forma	75	35	25	25	13	25	42	31	15	10	10	5	10	18
X-Mod3-Estou a favor da redución do uso da sanidade pública de forma universal e de balde (para todo o mundo)	114	29	29	15	16	21	16	48	12	12	6	7	9	7
X-Mod4-Estou en contra de que se reduza a atención sanitaria pública de balde, por motivos de crise económica	9	4	8	24	17	40	13 8	4	2	3	10	7	17	58
X-Mod5-Paréceme ben que as persoas inmigrantes sen papeis non poidan acceder á sanidade pública de balde	98	26	28	24	17	20	27	41	11	12	10	7	8	11
X-Mod6-Paréceme ben que as persoas inmigrantes sen papeis poidan acceder á sanidade pública, pero deben pagala	75	34	32	32	21	16	30	31	14	13	13	9	7	13
X-Mod7-Teño coñecemento que se restrinxiu o uso dos servizos sanitarios, debido á crise	6	10	15	33	22	57	97	3	4	6	14	9	24	40