



## ORIGINAL

# Frecuencia de consultas al médico en población adulta en España, antes y después de la restricción de acceso a los inmigrantes indocumentados



E. Ronda<sup>a,b</sup>, G. Zhao<sup>a,\*</sup>, L. Lostao<sup>c</sup> y E. Regidor<sup>b,d,e</sup>

<sup>a</sup> Área de Medicina Preventiva y Salud Pública, Universidad de Alicante, Alicante, España

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

<sup>c</sup> Departamento de Sociología, Universidad Pública de Navarra, Pamplona, España

<sup>d</sup> Departamento de Salud Pública y Materno-Infantil, Facultad de Medicina, Universidad Complutense de Madrid, Madrid, España

<sup>e</sup> Instituto de Investigación Sanitaria, Hospital Clínico San Carlos (IdISSC), Madrid, España

Recibido el 16 de abril de 2019; aceptado el 4 de diciembre de 2019

Disponible en Internet el 6 de julio de 2020

### PALABRAS CLAVE

Inmigración;  
Servicios de salud;  
Encuesta de salud;  
España

### Resumen

**Objetivo:** Estudiar la frecuencia de consultas médicas en las poblaciones autóctona e inmigrante en España, antes y después de una medida del Gobierno del 2012 que restringió el uso de servicios sanitarios públicos a los inmigrantes indocumentados.

**Material y métodos:** Los datos proceden de las Encuestas Europeas de Salud en España de 2009 y 2014. Se han analizado las consultas al médico de familia y al especialista en autóctonos e inmigrantes de 18 a 64 años. Se calcularon los incrementos porcentuales en la frecuencia de personas que consultaron en 2014 respecto a 2009 y, en cada año, la razón de porcentaje (RP) de consultas en inmigrantes frente autóctonos, con intervalos de confianza del 95% (IC del 95%).

**Resultados:** La frecuencia de consultas se incrementó en 2014 respecto a 2009, a excepción de la consulta al médico de familia en mujeres autóctonas. Los incrementos más altos se produjeron en las consultas al médico especialista en inmigrantes (39,9%) y en autóctonos (21,6%), y en las consultas al médico de familia en mujeres inmigrantes. Tras ajustar por edad y variables socioeconómicas e indicadoras de necesidad de asistencia, en ambos años no se observaron diferencias significativas entre inmigrantes y autóctonos en los 2 tipos consultas.

**Conclusiones:** En España no se redujo la frecuencia de consultas médicas al médico de familia ni al especialista entre 2009 y 2014 en la población inmigrante.

© 2020 Sociedad Española de Médicos de Atención Primaria (SEMERGEN). Publicado por Elsevier España, S.L.U. Todos los derechos reservados.

\* Autor para correspondencia.

Correo electrónico: [zhaoguanlan0810@gmail.com](mailto:zhaoguanlan0810@gmail.com) (G. Zhao).

**KEYWORDS**

Immigration;  
Health services;  
Health survey;  
Spain

**Frequency of medical consultations in the adult population in Spain, before and after the restriction of access to undocumented immigrants****Abstract**

*Objective:* To study the frequency of medical consultations in autochthonous and immigrant populations in Spain, before and after a government measure of 2012 that restricted the use of public health services to undocumented immigrants.

*Material and methods:* The data were taken from the European Health Surveys in Spain in 2009 and 2014. An analysis was made of the consultations with the family doctor and the consultations with the medical specialist in autochthonous and immigrant populations from 18 to 64 years. Percentage increases were calculated in the frequency of people who consulted in 2014 with respect to 2009, and, in each year, the percentage ratio (PR) of consultation in immigrants with respect autochthonous, with 95% confidence intervals (95% CI).

*Results:* The frequency of consultations increased in 2014 compared to 2009, with the exception of family doctor's consultation with the autochthonous women. The highest increases occurred in visits to medical specialists in immigrants (39.9%), in autochthonous (21.6%), and in visits by the family doctor to immigrant women. After adjusting for age and socioeconomic variables and indicators of need for assistance, there were no significant differences in both years between immigrants and autochthonous in the 2 types of consultations.

*Conclusions:* The frequency of consultations to the family doctor or medical specialist did not decrease in Spain between 2009 and 2014 in the immigrant population.

© 2020 Sociedad Española de Médicos de Atención Primaria (SEMERGEN). Published by Elsevier España, S.L.U. All rights reserved.

**Introducción**

Un 12,9% de los hombres y 11,2% de las mujeres de la población laboral activa en España son de origen extranjero<sup>1</sup>. Hasta el año 2012, la legislación española reconocía su derecho a la asistencia sanitaria, en el marco de un sistema nacional de salud, en las mismas condiciones de los españoles. La aprobación y entrada en vigor de Real Decreto-ley 12/2012<sup>2</sup> modificó la condición, de tal forma que los extranjeros no autorizados ni registrados como residentes en España solo podrían recibir atención sanitaria si eran menores de 18 años, en el embarazo, parto y posparto, y de urgencia por enfermedad grave o accidente, cualquiera que sea su causa, hasta la situación de alta médica. Además, la misma regulación introducía un nuevo sistema de los criterios de aportación de los beneficiarios en la prestación farmacéutica introduciendo el copago de los medicamentos de forma proporcional al nivel de renta. El copago por sí mismo puede actuar también reduciendo la demanda de servicios sanitarios<sup>3</sup>. Estas medidas, de carácter urgente, implantadas durante la crisis económica fueron acompañadas de una importante reducción de gasto sanitario<sup>4</sup>, de tal forma que en 2010-2013 la reducción del gasto alcanzó un 12% del existente en 2009, especialmente en personal (del -8,4% en 2012/2013 respecto a 2010/2011). Diversos autores han señalado la necesidad de analizar el posible impacto que esta medida podría tener en la atención a la población trabajadora inmigrante<sup>5,6</sup>, que además habría sido una de las más afectadas por la crisis económica<sup>7</sup>. En una investigación realizada en Cataluña, en 2015, en centros de atención primaria y especializada, los participantes inmigrantes refirieron una disminución de la

calidad de la asistencia atribuida principalmente a la falta del tiempo de los profesionales sanitarios y una disminución de la capacidad resolutoria de los servicios<sup>8</sup>, y también un aumento de las barreras de acceso y de los tiempos de espera<sup>9</sup>. Sin embargo, no hay estudios sobre el efecto que esta medida ha tenido en la frecuencia de consultas médicas en población inmigrante y autóctona. Un estudio reciente mostraba un aumento de las consultas en pacientes de nivel socioeconómico bajo comparando con el periodo previo a la implantación de las medidas<sup>10</sup>.

El objetivo de este estudio es estimar la frecuencia de consulta al médico de familia y al médico especialista en la población activa inmigrante y autóctona, y evaluar la relación entre el lugar de nacimiento y la frecuencia de consulta médica en España, en 2 periodos temporales, 2009 y 2014, antes y después de la implantación de medidas de restricción del acceso a la atención sanitaria a una parte de la población inmigrante en hombres y en mujeres.

**Material y métodos****Diseño y fuente de datos**

Estudio transversal en 2 puntos temporales. Los datos proceden de las Encuestas Europeas de Salud en España, en 2009 y 2014, realizadas por el Instituto Nacional de Estadística<sup>11</sup>. Las encuestas siguieron un muestreo trietápico con estratificación de las unidades de primera etapa. Las unidades de primera etapa fueron las secciones censales y las de segunda etapa las viviendas familiares principales, investigándose a todos los hogares que tienen su residencia habitual en las mismas. Dentro de cada hogar se selecciona a un adulto

(15 o más años). Las unidades de tercera etapa se seleccionaron a partir de la relación de personas encuestables en cada vivienda. La información se recogió en el domicilio mediante entrevista personal. Para este análisis se han incluido a todas las personas en edad laboral (entre 18 y 65 años).

## VARIABLES

Las variables resultado sobre consultas médicas, durante las últimas 4 semanas previas a la entrevista, fueron la consulta al médico de familia (sí/no) y al médico especialista (sí/no).

La variable explicativa principal fue el lugar de nacimiento. En función del país de nacimiento, los entrevistados fueron clasificados en 2 categorías: población autóctona (nacidos en España) y población migrante (nacidos fuera de España). También se incluyeron la edad y las características socioeconómicas (los ingresos del hogar, el nivel de estudios y la situación laboral) de los entrevistados como posibles variables de confusión de la relación entre el lugar de nacimiento y la consulta médicas. Los ingresos del hogar incluyen el ingreso mensual neto de todo el hogar, tras las deducciones por los impuestos y Seguridad Social; los entrevistados tenían que seleccionar una categoría de ingresos entre 12 intervalos, entre 525 y 6.000 euros, que aparecían en el cuestionario. Para el presente estudio se reagruparon en 4 categorías: alta, medio-alta, medio-baja y baja. Dada la importancia del tamaño del hogar a la hora de valorar la influencia de los ingresos, se incluyó también como variable de confusión el número de miembros del hogar. El nivel de estudios se refiere al mayor nivel de instrucción alcanzado y se categorizó en 4 grupos: educación universitaria (estudios universitarios o equivalentes), segunda etapa de secundaria (bachillerato y profesionales de grado medio o equivalentes), primera etapa de secundaria (2.º ESO aprobado, EGB, Bachillerato elemental) y primaria. La situación laboral en el momento de realizar las entrevistas se agrupó en 3 categorías: con empleados, desempleados e inactivos o realizando tareas del hogar. También se incluyó el sexo como variable de estratificación.

Las variables indicadoras de la necesidad de asistencia incluidas fueron la autovaloración de la salud y la presencia de algún problema de salud de larga duración. La autovaloración salud se midió con la pregunta: ¿cómo considera su estado de salud en los últimos 12 meses? Con 5 alternativas de respuesta (muy buena, buena, regular, mala, muy mala). La presencia de algún problema de larga duración se obtenía con la siguiente pregunta: ¿tiene alguna enfermedad o problema de salud crónicos o de larga duración? (se considera larga duración si el problema de salud o enfermedad ha durado o se espera que dure 6 meses o más). Los entrevistados respondían sí o no.

## ANÁLISIS ESTADÍSTICO

Para cada año de estudio, 2009 y 2014, se obtuvo la distribución de la población autóctona y la distribución de la población migrante según las variables del estudio en hombres y mujeres. Se contrastó la posible diferencia entre ambas distribuciones mediante la prueba de chi al cuadrado de heterogeneidad. Posteriormente, en 2009 y en

2014 se estimó la frecuencia de consulta al médico de familia y al médico especialista, así como el incremento porcentual relativo con su correspondiente intervalo de confianza (IC) del 95%. Finalmente, se estimaron la magnitud de la asociación entre el lugar de nacimiento y la frecuencia de consulta médica a cada tipo de médico calculando la razón de porcentaje (RP) e IC del 95%, tomando como referencia la población autóctona. En un primer modelo se incluyó como variable de ajuste la edad, en el segundo modelo se añadieron también el nivel de estudios, los ingresos del hogar, la situación laboral y el número de miembros del hogar. Finalmente, el tercer modelo se ajustó por las variables incluidas en el modelo 2 más la autovaloración de la salud y la presencia de algún problema de salud de larga duración. Todos los análisis se han hecho estratificados en hombres y mujeres.

## RESULTADOS

La distribución de la población autóctona e inmigrante incluida en la muestra, en función de las variables de estudio, en 2009 y 2014, se presenta en la [tabla 1](#). En ambos años la población inmigrante fue más joven que la autóctona, tanto en hombres como mujeres. Los ingresos más elevados (altos y medios altos) se observan entre la población autóctona; en inmigrantes como autóctonos, el porcentaje de hombres con ingresos elevados disminuyó en 2014 respecto a 2009, mientras que en el caso de las mujeres aumentó. El porcentaje de población con estudios universitarios fue mayor entre los autóctonos; las mayores diferencias se presentaron en las mujeres inmigrantes en el año 2014 con respecto al 2009, y con respecto a las autóctonas. No se observan diferencias, en ambos periodos de estudio, en la autovaloración del estado de salud en hombres inmigrantes y autóctonos. En las mujeres, se observan diferencias estadísticamente significativas en 2009, con mejor valoración de las inmigrantes, y en 2014 las diferencias desaparecen empeorando en ambos grupos. Las prevalencias de problemas de salud de larga duración fueron significativamente más elevadas en autóctonos que en inmigrantes. En 2014, en el caso de los hombres, empeoraron sobre todo en los inmigrantes; en las mujeres, desaparecen las diferencias entre inmigrantes y autóctonas, disminuyendo las prevalencias en las mujeres autóctonas y aumentando en las inmigrantes.

Los porcentajes de consulta al médico de familia fueron más altos que al médico especialista en ambos periodos y tanto en inmigrantes como autóctonos ([tabla 2](#)). En todos los grupos y en los 2 tipos de consulta, a excepción de la consulta al médico de familia en las mujeres autóctonas (el incremento porcentual relativo fue de -1,5), los porcentajes se incrementaron en 2014 respecto a 2009. Los incrementos más altos se produjeron en las consultas al médico especialista en inmigrantes (39,9%), en autóctonos (21,6%), y las consultas al médico de familia en las mujeres inmigrantes.

La [tabla 3](#) presenta los resultados de la relación entre el lugar de nacimiento y las consultas al médico de familia. En los hombres, no se observaron diferencias significativas con relación al lugar de nacimiento, tanto en 2009 como en 2014, tras ajustar por edad (RP: 0,97 [IC del 95%: 0,85-1,10] en 2009 y RP 0,98 [IC del 95%: 0,86-1,11] en 2014). Estos resultados no se modificaron tras ajustar por

**Tabla 1** Distribución de la población autóctona y la población inmigrante según las características sociodemográficas. España, 2009 y 2014

Variables	2009						2014					
	Hombres			Mujeres			Hombres			Mujeres		
	Autóctonos	Inmigrantes	Valor de p <sup>a</sup>	Autóctonos	Inmigrantes	Valor de p <sup>a</sup>	Autóctonos	Inmigrantes	Valor de p <sup>a</sup>	Autóctonos	Inmigrantes	Valor de p <sup>a</sup>
<i>Número de sujetos (ponderados)</i>	7.576	1.435		7.261	1.158		7.779	1.267		7.459	1.516	
<i>Edad</i>			< 0,001			< 0,001			< 0,001			< 0,001
16-24	14,4	15,5		13,37	18,33		14,17	18,6		14,36	13,94	
25-34	22,68	34,5		20,85	36,8		18,67	24,07		17,76	28,38	
35-44	24,27	28,76		23,9	26,53		83,61	30,16		24,22	29,49	
45-54	21,52	14,48		22,84	12,39		23,57	18,3		23,62	19,74	
55-64	17,1	6,76		19,04	5,94		18,51	8,87		20,03	8,45	
<i>Ingresos económicos</i>			< 0,001			< 0,001			< 0,001			< 0,001
Altos	25,08	14,74		23,39	12,75		26,38	9,44		23,72	9,67	
Medios altos	20,87	18,52		19,62	18,54		22,43	20,09		21,88	17,22	
Medios bajo	19,41	20,05		19,24	20,10		16,91	21,31		17,24	20,01	
Bajo	16,11	28,72		18,62	31,75		14,75	28,28		16,07	30,91	
Ausente	18,53	17,97		19,13	16,86		19,52	20,89		21,09	22,19	
<i>Nivel de estudios</i>			< 0,001			< 0,001			< 0,001			< 0,001
Universitario	26,03	23,56		28,57	22,94		19,01	14,7		25,61	17,52	
Segunda etapa secundaria	23,42	34,18		24,38	33,77		32,67	36,71		31,48	35,83	
Primera etapa secundaria	21,88	20,57		20,49	21,57		30,26	24,88		25,44	23,39	
Primaria	28,63	21,20		26,55	21,72		18,05	23,71		17,46	23,25	
Ausente	0,04	0,49		0,01	0,0							
<i>Situación laboral</i>			< 0,001			< 0,001			< 0,001			< 0,001
Con empleo	66,2	61,9		51,1	53,3		62,5	54,3		51,0	50,7	
Desempleado	15,0	27,0		14,5	18,4		18,7	30,3		15,2	19,9	
Inactivo/tareas del hogar	18,8	11,1		34,4	28,3		18,8	15,4		33,8	29,4	
<i>Autovaloración de la salud</i>			0,077			< 0,001			0,514			0,0518
Regular/mala/muy mala	15,44	13,62		21,04	18,12		19,05	19,82		24,15	26,5	
Muy buena/buena	84,56	88,38		78,96	81,88		80,95	80,18		75,8	73,5	
<i>Algún problema de salud de larga duración</i>			< 0,001			< 0,001			< 0,001			0,088
Sí	15,66	9,88		21,11	12,48		16,97	12,66		20,39	18,04	
No	84,34	90,12		78,89	87,52		83,02	87,34		79,57	81,96	

<sup>a</sup> Valor de p de la chi al cuadrado de heterogeneidad.

**Tabla 2** Porcentaje de personas que consultó al médico de familia y al médico especialista en autóctonos y en inmigrantes en 2009 y en 2014, e incremento porcentual relativo en 2014 con respecto a 2009

Tipo de consulta	Hombres				Mujeres			
	2009	2014	Incremento porcentual relativo (intervalo de confianza del 95%)		2009	2014	Incremento porcentual relativo (intervalo de confianza del 95%)	
<i>Consulta al médico de familia</i>								
Autóctono	18,7	19,8	5,7	(5,5, 5,9)	29,0	28,6	-1,5	(-1,6, -1,4)
Inmigrante	16,0	17,8	11,4	(9,8, 13,0)	26,5	30,9	16,6	(15,8, 17,3)
<i>Consulta al médico especialista</i>								
Autóctono	8,5	10,4	21,6	(21,3, 21,8)	14,5	16,3	12,1	(12,0, 12,3)
Inmigrante	5,5	7,7	39,9	(36,3, 41,9)	12,7	13,6	6,8	(5,9, 7,6)

**Tabla 3** Relación del lugar de nacimiento con la consulta al médico de familia en las 4 semanas anteriores a la entrevista. Razón de porcentajes (RP) e intervalo de confianza del 95% (IC del 95%), ajustada por diversas variables

Modelo	Hombres						Mujeres					
	2009			2014			2009			2014		
	RP	IC del 95%		RP	IC del 95%		RP	IC del 95%		RP	IC del 95%	
<i>Modelo 1</i>												
Autóctono	1,00			1,00			1,00			1,00		
Inmigrante	0,97	0,85	1,10	0,98	0,86	1,11	1,01	0,92	1,11	1,13	1,04	1,23
<i>Modelo 2</i>												
Autóctono	1,00			1,00			1,00			1,00		
Inmigrante	0,98	0,86	1,12	0,95	0,84	1,09	0,95	0,87	1,05	1,04	0,93	1,15
<i>Modelo 3</i>												
Autóctono	1,00			1,00			1,00			1,00		
Inmigrante	0,99	0,87	1,12	1,03	0,84	1,17	1,00	0,91	1,09	1,15	0,95	1,12

Modelo 1: ajustado por edad.

Modelo 2: ajustado por edad y por las características socioeconómicas (nivel de estudios del entrevistado, ingresos económicos, situación laboral y número de miembros del hogar).

Modelo 3: ajustado por edad, por las características socioeconómicas, la autovaloración de la salud y la presencia de algún problema de salud de larga duración.

las características socioeconómicas y la autovaloración de la salud y la presencia de algún problema de salud de larga duración. En las mujeres, tampoco se observaron diferencias significativas en 2009 tras ajustar por edad (RP: 1,01 [IC del 95%: 0,92-1,11]), ni por el resto de las variables. En 2014, las mujeres inmigrantes presentaron diferencias significativas en la consulta al médico de familia tras ajustar por edad (RP: 1,13 [IC del 95%: 1,04-1,23]); al ajustar por el resto de las variables las diferencias desaparecen.

La **tabla 4** presenta la relación entre la consulta al médico especialista con el lugar de nacimiento. Los hombres inmigrantes, después de ajustar por edad, presentaron menor frecuencia de consulta que los autóctonos en 2009 (RP: 0,71 [IC del 95%: 0,57-0,89]); estas diferencias se mantienen en los otros 2 modelos. En 2014, las diferencias se reducen y dejan de ser significativas (RP: 0,82 [IC del 95%: 0,67-1,00]). En las mujeres, en 2009 no se observan diferencias significativas entre las inmigrantes y las autóctonas al ajustar por edad (RP: 0,87 [IC del 95%: 0,75-1,00]) ni

tampoco incluyendo el resto de las variables. En 2014, se mantiene este patrón, pero las diferencias alcanzaron significación estadística al ajustar por edad (RP: 0,85 [IC del 95%: 0,74-0,97]), pero la significación estadística desapareció al ajustar por las características socioeconómicas y las indicadoras de necesidad de asistencia.

## Discusión

### Principales hallazgos

En hombres, tanto en inmigrantes como autóctonos, las consultas al médico de familia y al médico especialista aumentaron en 2014 respecto a 2009. En mujeres, se observa el mismo patrón, excepto en las autóctonas, en las que disminuyó la frecuencia de consulta al médico de familia. La frecuencia de consulta, en hombres, fue más alta en autóctonos, en ambos periodos y para ambos tipos de consulta.

**Tabla 4** Relación del lugar de nacimiento con la consulta al médico especialista en las 4 semanas anteriores a la entrevista. Razón de porcentajes (RP) e intervalo de confianza del 95% (IC del 95%), ajustada por diversas variables

Modelo/lugar de nacimiento	Hombres						Mujeres					
	2009			2014			2009			2014		
	RP	IC del 95%		RP	IC 95%		RP	IC del 95%		RP	IC del 95%	
<i>Modelo 1</i>												
Autóctono	1,00			1,00			1,00			1,00		
Inmigrante	0,71	0,57	0,89	0,82	0,67	1,00	0,87	0,75	1,00	0,85	0,74	0,97
<i>Modelo 2</i>												
Autóctono	1,00			1,00			1,00			1,00		
Inmigrante	0,73	0,58	0,92	0,82	0,64	1,00	0,92	0,80	1,07	0,87	0,74	0,99
<i>Modelo 3</i>												
Autóctono	1,00			1,00			1,00			1,00		
Inmigrante	0,77	0,62	0,97	0,89	0,70	1,08	0,96	0,84	1,106	0,89	0,76	1,01

Modelo 1: ajustado por edad.

Modelo 2: ajustado por edad y por las características socioeconómicas (nivel de estudios del entrevistado, ingresos económicos, situación laboral y número de miembros del hogar).

Modelo 3: ajustado por edad, por las características socioeconómicas, la autovaloración de la salud y la presencia de algún problema de salud de larga duración.

En mujeres, fue también en autóctonas, excepto al médico de familia en 2014, que fue más alta en inmigrantes.

En hombres, tras ajustar por edad y variables socioeconómicas e indicadores de necesidad de asistencia, no se observaron diferencias significativas entre inmigrantes y autóctonos en la consulta al médico de familia, en ambos periodos. En 2014, las diferencias de consultas al médico especialista observadas en 2009 desaparecen.

En las mujeres, no se observan diferencias en 2009 en las frecuencias de consulta al médico de familia; en 2014 se observan diferencias que desaparecen al ajustar por las variables sociodemográficas y de necesidad de asistencia. En las consultas al especialista, no hay diferencias en 2009 y sí en 2014, con mayor frecuencia por parte de las autóctonas, pero esas diferencias desaparecieron al ajustar por las variables sociodemográficas y de necesidad de asistencia.

### Comparación con otros estudios y explicación de los hallazgos

La menor frecuencia de consulta al médico especialista y de primaria por parte de la población inmigrante en los 2 años estudiados coincide con los descritos en otros estudios en España<sup>12</sup>. En 2014, se produce un incremento de todas las consultas por parte de la población inmigrante. Estos resultados coinciden con los observados en otro estudio<sup>10</sup>, que también utilizando las encuestas de salud analizaba el período 2016 y 2012, y tampoco encontró diferencias en las consultas al especialista y al médico de familia por la población inmigrante en ambos periodos. Además, comparando con autóctonos, las diferencias en 2012 desaparecían. Los autores del estudio señalaron que, dado que los datos correspondían al periodo 2001-2012, su investigación no les permitía evaluar el impacto de la medida implantada por el gobierno porque prácticamente era el año de su

implantación<sup>13</sup>. Una revisión sistemática<sup>3</sup> sobre el efecto del copago en la asistencia sanitaria encontraba, como en nuestro estudio, que las consultas al médico de familia no se modificaban coincidiendo con esta medida, pero disminuían la consulta al especialista, a diferencia de lo que hemos observado. Este incremento en las consultas puede deberse a una mayor frecuencia de consultas por problemas de salud en la población derivados de la crisis económica, como ha sucedido, por ejemplo, con los problemas mentales en los que diferentes estudios, en España y en Grecia, han mostrado un aumento en las consultas de atención primaria por trastornos mentales y de consumo de fármacos antidepresivos<sup>14</sup>. También, y de forma específica en inmigrantes, se ha descrito un aumento de problemas de salud tanto relacionado con el incremento de las horas de trabajo y presentismo en los empleados (molestias digestivas, cefaleas, y trastornos musculares), y de salud mental en los que perdieron el empleo<sup>7</sup>. En un estudio realizado en Cataluña para evaluar los cambios durante la crisis, los profesionales sanitarios y usuarios inmigrantes refirieron una disminución de la duración de los tiempos de las consultas, y también una menor capacidad de los servicios sanitarios, especialmente en atención primaria, para resolver los problemas de salud<sup>9</sup> que ocasionaba la necesidad de repetir pruebas, por ejemplo, por el retraso de las intervenciones quirúrgicas. Una excepción al aumento en la frecuencia de consultas en 2014 es la disminución observada en las realizadas al médico de familia por las mujeres autóctonas, que puede ser debido a un desplazamiento hacia el médico especialista, quizás por la mayor asistencia de estas a consultas de ginecología, a las que pueden acudir para planificación familiar y control de embarazo, directamente, sin necesidad de ir antes al médico de familia.

En resumen, nuestro estudio muestra que las diferencias con la población autóctona desaparecen o disminuyen durante los años de estudio.

## Limitaciones

En la interpretación de los resultados hay que tener en cuenta una serie de limitaciones. Las encuestas de salud utilizadas en este estudio no han permitido diferenciar por país de origen, lo que obliga a incluir una única categoría de inmigrante. Esta homogeneización no permite tener en cuenta las diferencias que puede haber en el uso de servicios sanitarios, según la zona de procedencia y que han sido descritas<sup>15</sup>. Esto también ha impedido excluir de la categoría de inmigrante a los europeos comunitarios, a los que, en teoría, esta medida específica de restricción no les afectaba<sup>2</sup>. No obstante, se han puesto de manifiesto también dificultades de acceso en población de origen europeo por esta medida. De igual forma, la población inmigrante incluida puede ser no representativa de todos inmigrantes en España; posiblemente, aquellos en situación irregular y que pueden verse más afectados por la medida de restricción pueden estar infrarrepresentados<sup>16,17</sup>. Además, esta infrarrepresentación podría ser diferente en cada uno de los 2 años analizados.

Finalmente, se ha estudiado la consulta al médico en el conjunto de inmigrantes, pero no ha podido diferenciarse el subgrupo de inmigrantes indocumentados. Si en este colectivo de inmigrantes indocumentados la frecuencia de consultas al médico hubiera disminuido en 2014 con respecto a 2009, el aumento de la frecuencia de consultas al médico entre los inmigrantes documentados hubiera sido mayor que la mostrada en nuestros hallazgos para el conjunto de inmigrantes.

## Conflicto de intereses

Los autores declaran no tener ningún conflicto de intereses.

## Financiación

Este estudio ha sido financiado en la convocatoria de impulso de los ODS 2018 en el ámbito de los Proyectos de Investigación de la Universidad de Alicante, España.

## Bibliografía

1. Instituto Nacional de Estadística. Principales series de población [consultado 11 Mar 2019]. Disponible en: <http://www.ine.es/jaxi/Datos.htm?path=/t20/e245/p08/l0/&file=02002.px>.
2. BOE n.º. 98 31278-31312. Real Decreto-Ley 16/2012, d. d. a., de medidas urgentes para garantizar la sostenibilidad del Sistema Nacional de Salud y mejorar la calidad y seguridad de sus prestaciones [consultado 14 Mar 2019]. Disponible en: <https://www.boe.es/buscar/act.php?id=BOE-A-2012-5403>.
3. Kiil A, Houlberg K. How does copayment for health care services affect demand, health and redistribution? A systematic review of the empirical evidence from 1990 to 2011. *Eur J Health Econ.* 2014;15:813–28.
4. Moliné EB, González R. La reducción del gasto sanitario en España durante la crisis. *Cuadernos de Información económica.* 2015:37–48.
5. Legido-Quigley H, Urdaneta E, Gonzalez A, La Parra D, Muntaner C, Alvarez-Dardet C, et al. Erosion of universal health coverage in Spain. *Lancet.* 2013;382:1977.
6. Royo-Bordonada MA, Díez-Cornell M, Llorente JM. Health-care access for migrants in Europe: The case of Spain. *Lancet.* 2013;382:393–4.
7. Ronda E, Briones-Vozmediano E, Galon T, García AM, Benavides FG, Agudelo-Suárez AA. A qualitative exploration of the impact of the economic recession in Spain on working, living and health conditions: Reflections based on immigrant workers' experiences. *Health Expect.* 2016;19:416–26.
8. Porthé V, Vargas I, Ronda E, Malmusi D, Bosch L, Vázquez ML. Has the quality of health care for the immigrant population changed during the economic crisis in Catalonia (Spain)? Opinions of health professionals and immigrant users. *Gac Sanit.* 2018;32:425–32.
9. Porthé V, Vargas I, Sanz-Barbero B, Plaza-España I, Bosch L, Vázquez ML. Changes in access to health care for immigrants in Catalonia during the economic crisis: Opinions of health professionals and immigrant users. *Health Policy.* 2016;120:1293–303.
10. Lostao L, Geyer S, Albaladejo R, Moreno-Lostao A, Ronda E, Regidor E. Use of health services according to income before and after elimination of copayment in Germany and restriction of universal health coverage in Spain. *Int J Equity Health.* 2018;17:11.
11. Instituto Nacional de Estadística. Encuesta Europea de Salud para España [consultado 15 Mar 2019]. Disponible en: <http://www.ine.es/metodologia/t15/t153042014.pdf>.
12. Carmona R, Alcázar-Alcázar R, Sarria-Santamera A, Regidor E. Frecuentación de las consultas de medicina general y especializada por población inmigrante y autóctona: una revisión sistemática. *Rev Esp Salud Publica.* 2014;88:135–55.
13. Garcia-Subirats I, Vargas I, Sanz B, Malmusi D, Ronda E, Ballesta M, et al. Changes in access to health services of the immigrant and native-born population in Spain in the context of economic crisis. *Int J Environ Res Public Health.* 2014;11:10182–201.
14. Gili M, García Campayo J, Roca M. Crisis económica y salud mental. *Informe SEESPAS 2014.* *Gac Sanit.* 2014;28:104–8.
15. Sanz B, Regidor E, Galindo S, Pascual C, Lostao L, Díaz JM, et al. Pattern of health services use by immigrants from different regions of the world residing in Spain. *Int J Public Health.* 2011;56:567–76.
16. Levecque K, Ronda E, Benavides FG, Van Rossem R. Use of existing health information systems for migrant health research in Europe: challenges and opportunities. En: Ingleby D, Krasnik A, Lorant V, Razum O, editores. *Health inequalities and risk factors among migrants and ethnic minorities.* Antwerp, Apeldoorn: Garant Publishers; 2014. p. 53–68.
17. Monge S, Ronda E, Pons-Vigués M, Vives Cases C, Malmusi D, Gil-González D. Limitaciones y recomendaciones metodológicas en las publicaciones sobre salud de la población inmigrante en España. *Gac Sanit.* 2015;29:461–3.