

Artículo especial

El sistema sanitario y la inmigración en España desde la perspectiva de la política fiscal

Ángela Blanco Moreno* y Javier Hernández Pascual

Instituto de Estudios Fiscales, Ministerio de Economía y Hacienda, Madrid, España

INFORMACIÓN DEL ARTÍCULO

Historia del artículo:

Recibido el 10 de agosto de 2009

Aceptado el 31 de agosto de 2009

Palabras clave:

Inmigración

Gasto sanitario

RESUMEN

La población española ha crecido en los últimos 10 años en más de 6 millones de personas, de las cuales más de las tres cuartas partes son inmigrantes. Aunque en buena medida se trata de un fenómeno de inmigración económica ligado al intenso ritmo de crecimiento de la economía española, los determinantes sociológicos del proceso confieren al colectivo inmigrante un perfil cuya consideración es relevante para la valoración del impacto de la inmigración en el gasto público y en el sistema de protección social. El crecimiento de la población inmigrante, con menor edad media y tasas de natalidad más altas, permite compensar transitoriamente los desequilibrios demográficos del sistema de pensiones. Por otra parte, las características sociológicas y económicas del colectivo determinan demandas específicas al sistema de protección social. La integración de los inmigrantes se ve facilitada por el acceso a los servicios básicos, educación y salud, lo que, por otra parte, pudiera influir positivamente en el flujo migratorio. El rápido crecimiento de la población ha supuesto en el corto plazo una congestión de los servicios sanitarios, especialmente de la atención primaria, como consecuencia de la desigual distribución de los inmigrantes en el territorio. El gasto imputable a los inmigrantes es menor que proporcional a su peso en la población y se concentra en cuatro comunidades autónomas.

© 2009 SESPAS. Publicado por Elsevier España, S.L. Todos los derechos reservados.

Immigration in Spain and the health system: A fiscal policy perspective

ABSTRACT

The Spanish population has grown by over 6 million people in the last 10 years and immigrants account for 4.5 million of this increase. Although this influx has largely been motivated by economic reasons, stimulated by the sharp growth of the Spanish economy, sociological factors must also be considered to assess the impact of immigration shock on public expenditure and the social welfare system. On the one hand, the demographic growth caused by immigration temporarily balances the pension system, as immigrants have a lower average age and a higher fertility rate. On the other hand, the demographic and economic features of the immigrant community make additional demands on the social welfare system.

Universal access to basic public services such as the education and health systems is a crucial asset in the integration policy aimed at the immigrant collective, and compensates for its possible effect as an incentive to immigrate. In the short term, the huge population growth has led to health services' congestion, especially in primary health care, because of the unequal geographic distribution of immigrants. The health expenditure imputable to immigrants is lower than their share in the total population and is highly concentrated in four autonomous regions.

© 2009 SESPAS. Published by Elsevier España, S.L. All rights reserved.

Keywords:

Immigration

Health expenditure

El sistema sanitario español ha tenido que adaptarse en los últimos años al importante cambio demográfico experimentado por la sociedad española debido a la incorporación de más de 4 millones de inmigrantes. Este artículo presenta, en primer término, el perfil del cambio demográfico; en segundo lugar, se discuten sus implicaciones para el sistema de protección social; por último, se analiza la evidencia disponible sobre el impacto en el Sistema Nacional de Salud del crecimiento rápido de la población que atiende.

Demografía

La demografía supone por sí misma un determinante fundamental para el sistema sanitario. En los últimos 10 años, la

población española se ha incrementado en más de 6 millones de habitantes, de los cuales más de tres cuartas partes se deben al aumento del número de extranjeros¹. El intenso proceso migratorio experimentado en España a partir del año 2000 ha supuesto alcanzar una tasa de población extranjera superior al 10%.

La relativa rapidez con que se ha producido esta importante transformación de la población española ha dado lugar a impactos de orden económico, social y político, y más en particular en el funcionamiento de los servicios públicos esenciales.

El intenso flujo de inmigrantes registrado en nuestro país en los últimos 10 años se asocia al rápido ritmo de crecimiento experimentado por la economía española a partir de 2000, que ha propiciado crecimientos sostenidos en el nivel de ocupación superiores a la media de nuestro entorno. Por otra parte, la propia evolución demográfica de la población española ha puesto de relieve carencias en la oferta de determinadas ocupaciones que se han venido a cubrir con la población inmigrante.

Con independencia de los factores ligados al ciclo económico o demográfico, cabe considerar el fenómeno migratorio en el

* Autor para correspondencia.

Correo electrónico: angela.blanco@ief.meh.es (A. Blanco Moreno).

contexto del desarrollo de las tendencias globales hacia una mayor movilidad de las personas desde las regiones con un menor nivel de desarrollo hacia los países más desarrollados, favorecidas por los avances en los medios de transporte, el acceso a la información y el despegue del desarrollo en los países de emigración.

La población inmigrante se caracteriza por su heterogeneidad de origen, pero destacan por su importancia los grupos procedentes de Rumanía, Marruecos, Ecuador y Colombia, que en conjunto representan el 44% del total. La naturaleza fundamentalmente económica del fenómeno migratorio español explica su perfil demográfico: personas en edad de trabajar (su edad media es de 33 años) y con predominio masculino (aunque con matices: elevada tasa de masculinidad en el grupo procedente de Marruecos y predominio de la población femenina en los de Bolivia, República Dominicana y Colombia²). Por otra parte, y asociado a la capacidad para emigrar, se constata en la población inmigrante un nivel de estudios superior a la media en los países de origen, y en el caso de algunos grupos con un nivel equiparable o superior al de los autóctonos, así como con un nivel de salud autopercibida superior al de la media de los autóctonos³.

Hay que señalar, asimismo, la desigual distribución geográfica de la población inmigrante, que ha tendido a concentrarse en Cataluña, Madrid, Baleares y la región mediterránea. Es decir, allí donde se han desarrollado de forma más intensa las actividades deficitarias en mano de obra que la inmigración ha venido a cubrir.

El análisis sociológico del proceso migratorio español⁴ atribuye a éste una cierta autonomía en relación con el ciclo económico, toda vez que la dinámica del proceso a lo largo de estos años se ha fundado en las decisiones individuales más que en una acción planificada para atraer mano de obra. El peso que han tenido las redes sociales en la entrada de inmigrantes hace que el proceso sea relativamente independiente de las circunstancias económicas, así como determinante para la localización y la composición de los nuevos grupos de emigrantes.

Sistema de protección social y política migratoria

La sociedad europea, y la española en particular, se enfrentan a un proceso de envejecimiento de la población que supone una amenaza para la sostenibilidad a largo plazo de sus sistemas de pensiones, asistencia sanitaria y cuidados de larga duración. Las previsiones de la Unión Europea⁵ contemplan un estancamiento de la población en el continente, aun en la hipótesis de que se mantengan los flujos de inmigrantes que se consideran necesarios para compensar la escasez de mano de obra autóctona a largo plazo. Por tanto, el modelo migratorio que se impone en Europa se caracteriza por la necesidad de complementar el déficit demográfico a largo plazo, a diferencia del modelo de emigración económica temporal, de trabajador invitado, que en buena medida se dio en los años 1960 en Europa⁶.

La continuidad del flujo migratorio en Europa y en España no implica que vaya a resolver por sí solo los desequilibrios a largo plazo consecuencia del envejecimiento⁷, aunque sí contribuya a retrasarlos. La composición demográfica de la población inmigrante ayudará a retrasar el déficit previsto, para los actuales parámetros que regulan el sistema de pensiones, en aproximadamente 7 años⁸.

La población inmigrante plantea, por otra parte, unas necesidades específicas de servicios que se derivan tanto de la política de integración como de las características específicas, demográficas y económicas, de la población inmigrante que soporta un mayor riesgo de desempleo y pobreza⁹.

La integración de los inmigrantes, junto con la racionalización de los flujos migratorios, constituye la clave de la política migratoria de la Unión Europea y, por tanto, también de España. En consecuencia, los «Principios básicos comunes sobre integración» aprobados por el Consejo de Ministros en 2004 promueven el acceso de los inmigrantes a los servicios públicos en condiciones de igualdad. En esta misma línea se expresan el Plan Estratégico de Ciudadanía e Integración, y la normativa especial que regula el acceso a la asistencia sanitaria y a la educación¹⁰. Como han puesto de manifiesto los estudios comparados^{11,12}, el carácter universal de los servicios públicos ha facilitado esta política de integración. Como demuestra la experiencia previa de los países con mayor tradición migratoria¹³, la población inmigrante valora, incluso en mayor medida que los nacionales, las instituciones propias del estado de bienestar. Las encuestas realizadas en España¹³⁻¹⁶ reflejan la valoración positiva de los servicios públicos por los inmigrantes, en particular la accesibilidad y la calidad de la asistencia sanitaria.

El segundo gran reto de la política migratoria es racionalizar la necesaria entrada de inmigrantes, haciendo mínimos los costes de la integración y los costes derivados de la congestión de los servicios públicos. Para poder incidir de forma eficaz sobre los flujos de inmigrantes, las intervenciones públicas orientadas a racionalizarlos deben tomar en consideración tanto las circunstancias de los países de origen de la inmigración, consideradas de forma agregada, como las causas que influyen en la decisión individual de emigrar. En el análisis de la decisión de emigrar cabe una doble aproximación: bien desde un enfoque económico¹⁷, en el cual se consideran los incentivos económicos individuales, tales como la proximidad o las rentas esperadas, entre las que caben incluir los servicios públicos; o bien en un enfoque más sociológico, en el cual se prima el análisis de los factores sociales ligados al funcionamiento de las redes sociales en que se apoya el inmigrante. Mientras algunos estudios y análisis^{18,19} atribuyen cierta relevancia en la decisión de emigrar a la expectativa de obtener un amplia variedad de servicios públicos, otros trabajos^{4,20-22} respaldan la tesis de la importancia de las redes sociales, y en particular de la familia, sobre cualquier otro factor a la hora de explicar el flujo migratorio.

Con el fin de establecer un control efectivo de los flujos de inmigrantes, se han diseñado algunas propuestas para influir en las decisiones individuales de los inmigrantes potenciales²³ o, como en el caso de Italia, para disuadirlos mediante restricciones en el acceso a los servicios. Sin embargo, la importancia de las redes sociales en la dinámica migratoria sugiere una escasa eficacia para los instrumentos basados en el comportamiento individual. Por el contrario, un enfoque basado en la consideración de las circunstancias de los países de origen y en la internalización, mediante acuerdos bilaterales, de los efectos externos que recaen sobre los países emisores y receptores de emigrantes, constituye una sólida base para una política eficaz de ordenación de la inmigración²⁴.

El impacto de la inmigración sobre el sistema sanitario y el gasto sanitario público

En el Plan Estratégico de Ciudadanía e Integración se perfila con claridad el reto con que se enfrenta el sistema sanitario para atender de forma eficaz a una población heterogénea por su origen diverso o las características que la hacen más vulnerable a la enfermedad, o por presentar problemas específicos en relación con la preservación de la salud¹⁰. Más en concreto, el plan establece los siguientes objetivos: a) garantizar el derecho a la protección de la salud a las personas inmigrantes; b) mejorar la identificación de las necesidades sociosanitarias de la población

inmigrante; y c) mejorar la formación del personal sanitario en técnicas de gestión de la salud de la población inmigrante.

La inmigración que se ha producido en España en los últimos 10 años ha supuesto un incremento de la población atendida y, por tanto, de la presión asistencial y de las necesidades de financiación. Por otra parte, la concentración geográfica y la intensidad del proceso han dado lugar, al menos a corto plazo, a la congestión de algunos servicios.

La gestión de los servicios se ha cuantificado²⁵ mediante la saturación de las consultas de atención primaria. Considerando, por comunidades autónomas y para el año 2006, la proporción de consultas con más de 2.000 personas asignadas como indicador de congestión, se observa una correspondencia entre las desviaciones sobre la media nacional en este indicador y las desviaciones, también sobre la media nacional, de la proporción de población extranjera no comunitaria sobre el total de población de la región. Madrid y Cataluña, comunidades que concentran las mayores poblaciones inmigrantes (11,4% y 9,8%, respectivamente), registran también los mayores porcentajes de consultas saturadas (10,2% y 10,4%). La excepción la marcan Murcia, La Rioja y Navarra, que a pesar de contar con porcentajes relevantes de población inmigrante (11,7%, 8% y 6,9%), superiores a la media nacional, presentan unas tasas reducidas de consultas con más de 2.000 personas (5,04%, 1,48% y 1,13%, respectivamente). Como explicación cabe apuntar el hecho de que la densidad de emigrantes no sólo varía entre comunidades autónomas sino también dentro de ellas. Así, una distribución más homogénea de los inmigrantes dentro de la comunidad explicaría los menores índices de congestión de las consultas.

La gestión de los servicios hospitalarios se ha tratado de cuantificar con el indicador de lista de espera quirúrgica para el período 2004–2008, que coincide con el de mayor intensidad migratoria. En este caso los resultados son menos concluyentes en la medida en que durante ese período los servicios de salud realizaron un importante esfuerzo para dar respuesta al incremento en la población atendida, de un 6,73%, consiguiendo reducciones significativas en el número de pacientes en espera estructural, en la proporción de los que esperan más de 6 meses y en el tiempo medio de espera. Por el contrario, la espera para consulta especializada ha experimentado entre diciembre de 2006 y junio de 2008 un ligero empeoramiento, al pasar de 54 a 59 días de media. Este dato puede explicar el deterioro de la opinión de los usuarios en relación con las demoras en la asistencia sanitaria. Ante la pregunta de si ha empeorado el problema de listas de espera con respecto al año previo, se ha pasado de un 4% de respuestas afirmativas en el año 2000 a un 14,1% en 2008.

Por otra parte, se ha vinculado a la congestión de los servicios de la sanidad pública una parte del crecimiento en el número de personas cubiertas por seguros privados en el período 2001–2006, en particular de determinados niveles de renta²⁶.

El incremento de la población atendida ha tenido un efecto directo sobre el nivel de actividad del Sistema Nacional de Salud. Este impacto se cuantifica mediante los indicadores de utilización de los servicios por parte de la población inmigrante, así como con la estimación del gasto imputable a dicho incremento de actividad; y el incremento del gasto determina, a su vez, las necesidades de financiación adicionales de los servicios de salud.

La utilización de los diferentes servicios sanitarios, en términos absolutos, es menor en la población inmigrante, aunque teniendo en cuenta su estructura por edad y sexo, la frecuentación resulta similar a la de la población autóctona²⁶, con la excepción de la frecuentación de los servicios de urgencia, en los cuales la población extranjera presenta un diferencial positivo. Un análisis más detallado, en función de la nacionalidad y del lugar de residencia, confirma las pautas de utilización equivalente para el conjunto, pero una vez controladas las características demográficas revela pautas

de utilización heterogéneas en las regiones estudiadas (Madrid, Cataluña, Valencia y Canarias), así como diferentes comportamientos de los distintos grupos de inmigrantes según su origen³.

Así pues, la investigación de la utilización de los servicios sanitarios por parte de los inmigrantes, a partir de los registros asistenciales, ha puesto de relieve diferencias importantes en la utilización de los diferentes servicios, vinculadas a las características y circunstancias del colectivo, sin que ello suponga necesariamente una mayor utilización agregada de recursos²⁷.

Un reciente trabajo estima el impacto presupuestario bajo el supuesto de perfiles de utilización de servicios sanitarios similares a los de la población autóctona²⁸. Esta metodología de estimación sirve de base para las proyecciones de gasto que se realizan en el ámbito de la Unión Europea. El resultado más relevante indica que el gasto medio por persona inmigrante para el año 2006 supone un 62% del gasto medio por persona autóctona. Este dato refleja la mayor proporción de personas jóvenes y la mayor tasa de masculinidad de la población inmigrante²⁹. A partir de estas estimaciones del gasto por persona, es posible calcular el impacto de la población inmigrante en términos porcentuales sobre el gasto público en asistencia sanitaria de las comunidades autónomas. 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 términos absolutos, el impacto del incremento del gasto recae en su mayor parte en las comunidades receptoras de inmigrantes: Cataluña (23,33%), Madrid (23,02%), Comunidad Valenciana (13,18%), Andalucía (9,66%) y Murcia (4,76%). Esta distribución presupone una utilización homogénea de los diferentes grupos de inmigrantes en las distintas comunidades autónomas. No obstante, la heterogeneidad en las pautas de utilización por servicio, regiones y grupos según origen que refieren los estudios de utilización³ no dan base para estimar impactos diferenciales sobre el conjunto de los costes sanitarios por persona en un ámbito regional.

Discusión

El Sistema Nacional de Salud ha afrontado en los últimos 10 años un crecimiento de la población atendida de más de 6 millones de personas, de las cuales más de tres cuartas partes son inmigrantes.

Este excepcional proceso migratorio se ha caracterizado por su intensidad, por la heterogeneidad del colectivo inmigrante y por la concentración en determinadas comunidades autónomas. Esta última característica ha supuesto una presión añadida sobre el sistema sanitario, que ha tenido que adaptar su oferta para hacer frente a situaciones de congestión.

El carácter universal de la asistencia sanitaria en España favorece el acceso de los inmigrantes a los servicios y, por tanto, constituye un instrumento al servicio de la política de integración; no obstante, el sistema sanitario debe realizar un esfuerzo para dar una respuesta adaptada a las demandas específicas de tan heterogéneo colectivo de beneficiarios. Si bien el acceso a la asistencia sanitaria constituye una ventaja para el inmigrante, no puede considerarse determinante en la decisión de emigrar; esta última vendría explicada por la existencia de redes sociales que la facilitan. El diseño de mecanismos efectivos de regulación del flujo migratorio ha de tener en cuenta, pues, los intereses de los países de origen, mediante acuerdos bilaterales.

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. Considerando que se trata de una población más joven, con mayor tasa de masculinidad y mejor estado de salud, el impacto sobre la actividad del sistema resulta menos que proporcional a la fracción

que representa la población inmigrante sobre el conjunto de la población española. A pesar de ello, la distinta distribución en el territorio ha llevado a situaciones de congestión a corto plazo, en particular en los servicios de atención primaria de las comunidades en que hay una mayor densidad migratoria. El impacto presupuestario para el año 2006 se cifra en un 4,16%, aunque la distribución resulta desigual, destacando la concentración de esta carga presupuestaria en las comunidades de Cataluña, Madrid, Andalucía y Valencia. La reciente reforma del sistema de financiación de las comunidades autónomas ha tomado en consideración el cambio demográfico de los últimos años para dar respuesta a las presiones financieras aludidas. El mecanismo de suficiencia dinámica, por el cual se incorporan periódicamente las variaciones de la población, previsto en el nuevo modelo de financiación da respuesta a la previsible continuidad de los flujos migratorios a medio y largo plazo.

Por último, cabe realizar unas consideraciones respecto al futuro impacto del incremento de la población inmigrante sobre el sistema de salud. Primero, cabe esperar que, aunque con menor intensidad debido a la crisis económica, siga produciéndose un flujo continuado de nuevos inmigrantes. Segundo, la mayor movilidad de los inmigrantes hace posible que se puedan producir desplazamientos en el territorio que pueden alterar la actual distribución geográfica del colectivo. Tercero, la concentración geográfica de los grupos de emigrantes según su origen puede dar lugar a la persistencia de problemas específicos de salud o barreras en el acceso tanto a los servicios asistenciales como a los preventivos, que requerirán esfuerzos específicos por parte del sistema. Cuarto, los servicios de salud de las comunidades autónomas están desplegando un intenso conjunto de intervenciones para mejorar el acceso de los emigrantes al sistema sanitario, facilitar respuestas específicas a sus problemas de salud y preparar a los profesionales para atender de forma más adecuada a este segmento de la población. Se hace necesario, pues, un mayor esfuerzo de evaluación y difusión de las mejores experiencias para lograr una rápida y adecuada adaptación del sistema sanitario a las necesidades de una parte importante de la población que atiende.

Conflicto de intereses

Los autores declaran no tener ningún conflicto de intereses.

Financiación

Ninguna específica.

Declaración de autoría

La concepción del artículo corresponde a A. Blanco. J. Hernández ha contribuido a la discusión y la revisión de los borradores del manuscrito. Los dos coautores son responsables de la versión final.

Bibliografía

1. Instituto Nacional de Estadística. Explotación estadística del padrón. Disponible en: http://www.ine.es/inebmenu/mnu_cifraspob.htm

2. Ministerio de Trabajo e Inmigración. Boletín Estadístico de Extranjería e Inmigración. Número 19, febrero 2009. Disponible en: <http://extranjeros.mtin.es>
3. Regidor E, Sanz B, Pascual C, et al. La utilización de los servicios sanitarios por la población inmigrante en España. *Gac Sanit.* doi:10.106/j.gaceta.2009.01010.
4. Sandell R. Redes sociales y la inmigración española: un análisis de la inmigración en España 1997-2006. En: *Efectos económicos de la inmigración en España*. Monografías FEDEA. Madrid: Marcial Pons; 2009. p. 29-60.
5. 2009 Aging Report. Economic and budgetary projections for the EU-27 member states (2008-2060). Disponible en: http://ec.europa.eu/economy_finance/publications/publication14992_en.pdf
6. Livi Bacci M. L'Europa nella rivoluzione geodemografica. En: *L'identità dell'Europa e le sue radici. Storie, culture, religioni*. Senato della Repubblica e Rubbettino Editore, Soveria Mannelli; 2002.
7. Feldstein MS. The effects of the ageing European population on economic growth and budgets: implications for immigration and other policies. National Bureau of Economic Research NBER Working Paper 12736; 2006. Disponible en: <http://www.nber.org/papers/w12736>
8. González CI, Conde-Ruiz JI, Boldrín M. Efectos de la inmigración sobre el sistema español de pensiones. En: *Efectos económicos de la inmigración en España*. Monografías FEDEA. Madrid: Marcial Pons; 2009. p. 267-306.
9. Vázquez P, Alloza M, Vegas R, et al. Impact of the rise in immigration unemployment in public finances. Madrid: FEDEA, Serie Inmigración; 2009.
10. Ministerio de Trabajo e Inmigración. Plan estratégico de ciudadanía e integración 2007-2010. Disponible en: <http://www.mtin.es/es/migraciones/Integracion/PlanEstrategico/Docs/PECIDDEF180407.pdf>
11. Noya Miranda J. Inmigración, mercado de trabajo y estado del bienestar. Debate científico-político y comparación internacional. En: Izquierdo Escribano A, director. *Inmigración: mercado de trabajo y protección social en España*. Colección Estudios. Madrid: Consejo Económico y Social; 2003.
12. Pioch R. Migration, citizenship, and welfare state reform in Europe: overcoming marginalization in segregated labour markets. Paper presented at BIEN.s 9th International Congress, September 2002, Geneva. Disponible en: <http://www.basicincome.org/bien/papers.html>
13. Aierdi X, Basabé N, Blanco C, et al. Población latinoamericana en la CAPV 2007. Ikuspegi. Observatorio Vasco de Inmigración; 2007.
14. Ministerio de Justicia, Ministerio del Interior, Ministerio de Trabajo y Asuntos Sociales. Estudio demoscópico 2007. Disponible en: http://www.mir.es/DGRIS/Notas_Prensa/Ministerio_Interior/2007/np121108.html
15. Centro de estudios para la integración social y formación de inmigrantes. Las necesidades sentidas de los inmigrantes en la Comunidad Valenciana. Estudio sociológico cualitativo y cuantitativo. Valencia; 2005. Disponible en: http://www.ceimigra.net/viejaweb/ceim_home/descarga_estudios/necesidades_sentidas.pdf
16. Rodríguez Cabrero G. Protección social de los inmigrantes extranjeros. En: Izquierdo Escribano A, director. *Inmigración: mercado de trabajo y protección social en España*. Colección Estudios. Madrid: Consejo Económico y Social; 2003.
17. Borjas G. The economic analysis of immigration. En: Ashenfelter O, Card D, editors. *Handbook of Labour Economics*, vol. 3A. North Holland; 1999.
18. Aparicio R, Tornos A. El estado de bienestar y la inmigración en España. Madrid: Ministerio de Trabajo e Inmigración; 2002.
19. Reher D, Sánchez Alonso B. La excepcionalidad española. *El País*, 18-2-2009. p. 27.
20. Alonso JA. Emigración y desarrollo: implicaciones económicas. Madrid: Editorial Abya Yala; 2004.
21. García Abad R. Las redes migratorias: una propuesta metodológica para descubrirlas y medir su importancia en los procesos migratorios. VI Congreso de ADEH. Disponible en: http://www.ucm.es/info/adeh/VI_Congreso/P11_1.rtf
22. Díez J, Ramírez MJ. La voz de los inmigrantes. Madrid: IMSERSO; 2002.
23. Dolado J, Vázquez P. Los efectos económicos y las políticas de la inmigración: panorámica y reflexiones. En: Dolado J, Vázquez P, editores. *Ensayos sobre los efectos económicos de la inmigración en España*. Colección Estudios Económicos 01-08. Madrid: FEDEA; 2007. p. 1-21.
24. Fernández-Huertas Moraga J. A general model of bilateral migration agreement. Barcelona: Instituto de Análisis Económico (CSIC); 2008.
25. Blanco A, Thuissard I. El sistema sanitario y la inmigración en España. Instituto de Estudios Fiscales. Madrid: Mimeo; 2008.
26. Jiménez S, Jorgensen N, Labeaga JM. Inmigración y demanda de servicios sanitarios. En: *Efectos económicos de la inmigración en España*. Monografías FEDEA. Madrid: Marcial Pons; 2009. p. 179-238.
27. Hernando L, Palomar J, Márquez M. Impacto de la inmigración sobre la asistencia hospitalaria: frecuentación, casuística y repercusión económica. *Gac Sanit.* 2009;23:208-15.
28. Blanco A, Thuissard I. Perfiles de gasto sanitario por edad y género elaborados para el Economic Policy Committee and the European Comisión. Mimeo. **Incompleta**
29. Blanco A, Thuissard I. Gasto sanitario de los inmigrantes en España, 2004 a Salud. Salamanca. 2008.