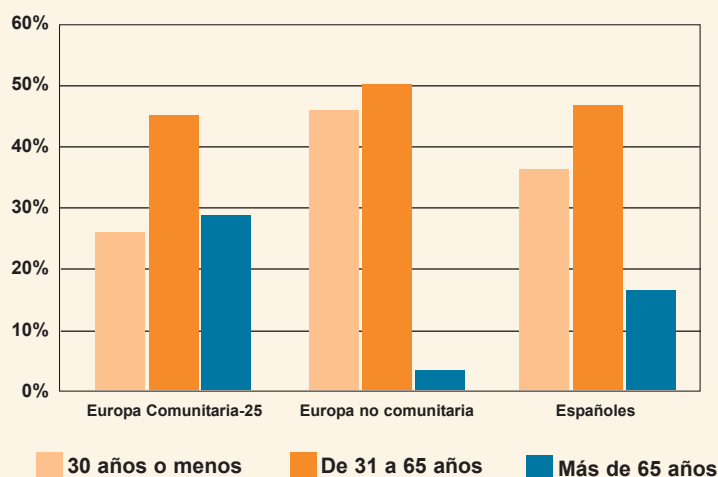


# La asistencia sanitaria a la población extranjera: una necesidad y un derecho

En la tercera edición de la *Radiografía de la Inmigración en la Comunidad Valenciana*, correspondiente a diciembre de 2005, se presentó por primera vez un amplio conjunto de estadísticas sobre el acceso de los extranjeros y de los españoles a la sanidad pública, a partir de una base de datos proporcionada por la Consellería de Sanidad de la Generalitat Valenciana. El objeto de la presente *Mirada sobre la inmigración* es comentar los rasgos más destacados de la nueva información disponible, enmarcándola tanto en su contexto jurídico como en relación a las necesidades concretas de acceso a la salud que la población extranjera presenta.

Porcentaje de tarjetas sanitarias según grupo de edad. Nacionalidades. Comunidad Valenciana. Octubre de 2005



Fuente: Consellería de Sanidad.

# Miradas sobre la Inmigración

## Presentación

La inmigración es un fenómeno social con muchas dimensiones cuyo conocimiento requiere aproximarse al mismo desde distintas perspectivas, lanzar sobre él diferentes *miradas*. Para hacer realidad ese propósito, el Ceim está desarrollando un *Observatorio de la Inmigración en la Comunidad Valenciana*. Una parte destacada del mismo es la información estadística que contiene la *Radiografía de las migraciones en la Comunidad Valenciana*, elaborada en colaboración con el Instituto Valenciano de Investigaciones Económicas (Ivie).

La *Radiografía* recoge gran cantidad de información acerca de la inmigración, estructurada por áreas de interés y por temas, y facilita el acceso a la misma de las personas e instituciones interesadas. Las principales áreas consideradas son población y regímenes de residencia, características demográficas, mercado de trabajo y empleo, vivienda, educación, sanidad y seguridad social.

El banco de datos de la *Radiografía de las migraciones* se basa en las principales fuentes estadísticas disponibles relacionadas con la inmigración y en otras fuentes administrativas. Se presta especial atención al detalle territorial de la información, pues muchos temas adquieren su verdadero significado y relevancia a escala comarcal o local.

Las *Miradas sobre la inmigración* son documentos breves pero rigurosos, elaborados para divulgar las informaciones del *Observatorio* y facilitar el conocimiento y la interpretación de los datos que la *Radiografía de las migraciones* contiene. Estos documentos son publicados por el Ceim con periodicidad y están disponibles también en su página web: [www.ceim.net](http://www.ceim.net).

LA ASISTENCIA SANITARIA A LA POBLACIÓN EXTRANJERA:  
UNA NECESIDAD Y UN DERECHO

pág.

**Introducción** 3

**La salud en los países de origen de la inmigración y en España** 3

**Población extranjera y derecho a la sanidad pública** 4

**Las tarjetas sanitarias de la población extranjera en la Comunidad Valenciana** 5

**Las tarjetas sanitarias de la población extranjera y de la población española** 6

**Asistencia sanitaria y tramos de edad de la población protegida** 7

**Para saber más** 8

ÚLTIMOS TÍTULOS PUBLICADOS

- Ciudadanos del mundo, ciudadanos de Marruecos
- Movimiento natural de la población inmigrante en la Comunidad Valenciana
- Ciudadanos del mundo, ciudadanos de Ecuador
- La mujer inmigrante en la Comunidad Valenciana

Las *Miradas sobre la Inmigración* se basan en la *Radiografía de las migraciones de la Comunidad Valenciana*, editada por el Ceim en colaboración con el Instituto Valenciano de Investigaciones Económicas (Ivie).

Las publicaciones del Ceim se pueden consultar también en su página web [www.ceim.net](http://www.ceim.net)

## Introducción

El sistema sanitario público proporciona a la población beneficiaria del mismo tres grandes grupos de servicios: salud pública, atención primaria y atención especializada. Por salud pública se entiende principalmente la prevención de los problemas sanitarios de la población y por atención primaria la que se ofrece en la red de centros de salud; la atención especializada cubre básicamente la hospitalización de los pacientes, las consultas especializadas y la atención de urgencias. Así, por ejemplo, de entre los indicadores de la oferta sanitaria de la Comunidad Valenciana en el ejercicio de 2004 cabe señalar que en ese año se realizaron 51,6 millones de consultas de asistencia primaria (11,5 consultas al año por persona, como media), 7,4 millones de consultas externas en hospitales y centros de especialidades, y se atendieron 2,1 millones de urgencias. Todo ello estuvo a cargo de unos recursos humanos totales de 45.700 personas, de las cuales un 28% era personal facultativo.

Desde el punto de vista de la demanda de atención sanitaria el fenómeno migratorio supone añadir a la demanda de la población nacional la atención de las necesidades de la población extranjera. Estas necesidades dependen del número de inmigrantes atendidos (un 10% de las tarjetas sanitarias totales en la Comunidad Valenciana en octubre de 2005 tienen por beneficiarias a personas extranjeras) y de sus características específicas de morbilidad, que varían en función de su distribución por edad, sexo, nivel de salud en el momento de su llegada al país de acogida, condiciones de seguridad e higiene en el trabajo, etc.

El acceso de la población extranjera a la red sanitaria pública es un derecho cuyo contenido se establece en la Constitución Española (que en su artículo 43 reconoce con carácter general el derecho a la protección de la salud), se especifica en la Ley de Derechos y Libertades de los Extranjeros en España y en la Ley de Cohesión y Calidad del Sistema Nacional de Salud, y se concreta en la Comunidad Valenciana de la manera establecida por su normativa propia.

## La salud en los países de origen de la inmigración y en España

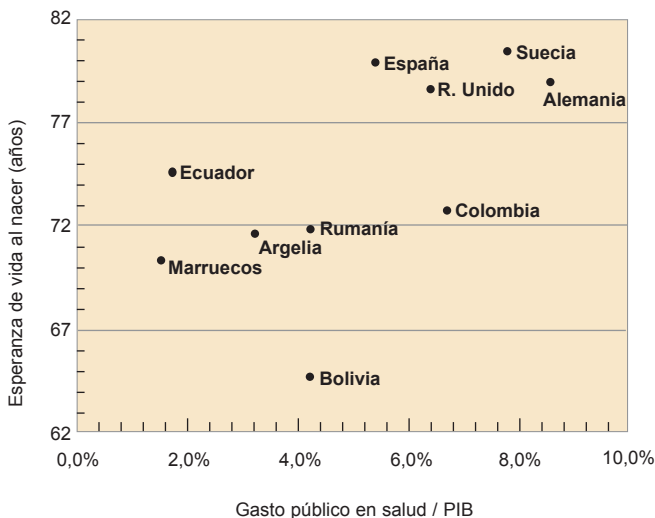
Para ilustrar la situación en materia de salud que presentan en origen un número determinado de países, y compararla con la situación española, hemos seleccionado seis países no comunitarios (Argelia, Bolivia, Colombia, Ecuador, Marruecos y Rumanía), y tres países comunitarios (Reino Unido, Alemania y Suecia). Analizaremos en primer lugar dos indicadores generales de salud, como son la esperanza de

vida al nacer (como semisuma de las esperanzas medias de cada sexo), y la proporción del gasto público en salud en relación al Producto Interior Bruto de cada país (Gráfico 1).

La esperanza media de vida al nacer se sitúa en la actualidad en España muy próxima a los ochenta años, superando significativamente la esperanza de vida de la población de los países no comunitarios. En cuanto al Reino Unido, la diferencia de esperanza de vida con España resulta poco significativa. La desventaja en la esperanza de vida para los países no comunitarios seleccionados respecto a la española oscila entre un máximo de 15,2 años en el caso de Bolivia y un mínimo de 5,3 años, en el caso de Ecuador. No cabe duda acerca de que estas y otras desventajas vitales influyen en las decisiones migratorias de los países no comunitarios, aunque de una manera poco susceptible de apreciación cuantitativa.

Consecuentemente con lo anterior, España muestra un mayor gasto público relativo en salud que los principales países no comunitarios seleccionados, aunque inferior al de los países comunitarios escogidos. La proporción que el gasto público en salud supone sobre el Producto Interior Bruto de cada país es considerada generalmente como un buen indicador del nivel de desarrollo, si bien su relación con la esperanza de vida al nacer no es tan directa como se suele suponer, pues deben tenerse en cuenta asimismo otros factores, como la proporción de gasto privado en salud, o los distintos niveles de eficiencia del sistema nacional de salud para niveles de gasto similares. Aunque entre estas consideraciones hay otras de no poca importancia relativas a la equidad del sistema sanitario y a la igualdad de todas las personas en el acceso y el aprovechamiento de los recursos sanitarios.

**Gráfico 1. Relación entre esperanza de vida y gasto en salud sobre el PIB. Comparaciones internacionales**



Fuente: Fondo de Población de las Naciones Unidas, 2005.

Pasando a los indicadores parciales de salud, se ha seleccionado tres de ellos. La tasa de mortalidad de lactantes de menos de un año por cada mil nacidos vivos y la tasa de mortalidad materna (trastornos del embarazo, del parto y del postparto), miden la calidad de la salud reproductiva de un país. La tasa de nacimientos habidos de mujeres muy jóvenes, de 15 a 19 años, es un indicador de la calidad de los sistemas preventivos de salud (Cuadro 1).

Los datos muestran que la emigración no comunitaria hacia España supone la posibilidad de acceder a unos medios sanitarios y de prevención de la salud que pueden rebajar drásticamente las tasas nacionales de origen en cuanto a la mortalidad de lactantes, reducir la probabilidad de mortalidad materna, y recortar significativamente las elevadas tasas de nacimientos muy tempranos (en especial respecto de los países latinoamericanos).

Por otra parte, los estudios sobre asistencia sanitaria a inmigrantes en España muestran una notable concentración en la prevención de enfermedades de origen tropical, y en enfermedades transmisibles (sida, tuberculosis, hepatitis). Ello es debido a que a menudo tales estudios se llevan a cabo sobre población extranjera marginalizada (reclusos penitenciarios, asentamientos marginales en las ciudades...) y no sobre el total de la población extranjera. De ahí la importancia de apreciaciones globales como las contenidas en algunos trabajos más generales. Así, Salazar y otros señalan que "la proporción de enfermedades transmisibles, y dentro de ellas el número de enfermedades infecto contagiosas no contribuye a alimentar las opiniones difundidas sobre el riesgo de importación o reemergencia de enfermedades desde los colectivos de inmigrantes". Y Guerrero y otros concluyen que "en España los problemas de salud de las poblaciones inmigradas son similares a los de la población autóctona, predominando en el ámbito de la atención primaria las infecciones respiratorias, los síndromes depresivos y los dolores lumbares". En la misma línea, el IX Informe de exclusión social de Médicos del Mundo señala que "las patologías más frecuentes de este grupo de población son las lumbalgias, las infecciones respiratorias y gastrointestinales, problemas dermatológicos y anemia. También, y cada vez más, los patrones de morbilidad de esta población reflejan los problemas sociales que han de afrontar en su supervivencia cotidiana, la cual genera importantes problemas de salud mental (estrés, depresión, miedo, ansiedad,...) y trastornos psicosomáticos".

## Población extranjera y derecho a la sanidad pública

La Ley Orgánica 4/2000, sobre derechos y libertades de los extranjeros en España y su inte-

**Cuadro 1. Algunos indicadores parciales de salud**

	Mortalidad de lactantes, por mil nacidos vivos	Mortalidad materna, por 100.000 nacidos vivos	Nacimientos por cada 1.000 mujeres de entre 15 y 19 años
Bolivia	51	420	81
Marruecos	35	220	24
Argelia	34	140	8
Colombia	24	130	77
Ecuador	23	130	84
Rumanía	17	49	34
Reino Unido	5	13	26
Alemania	4	8	10
Suecia	3	2	7
España	4	4	10

Fuente: Fondo de Población de las Naciones Unidas, 2005.

gración social regula en su artículo 12 el derecho a la asistencia sanitaria de los extranjeros de la siguiente manera:

1. Los extranjeros que se encuentren en España inscritos en el padrón del municipio en el que residan habitualmente tienen derecho a la asistencia sanitaria en las mismas condiciones que los españoles.
2. Los extranjeros que se encuentren en España tienen derecho a la asistencia sanitaria pública de urgencia ante la contracción de enfermedades graves o accidentes, cualesquiera que sea su causa, y a la continuidad de dicha atención hasta la situación de alta médica.
3. Los extranjeros menores de dieciocho años que se encuentren en España tienen derecho a la asistencia sanitaria en las mismas condiciones que los españoles.
4. Las extranjeras embarazadas que se encuentren en España tendrán derecho a la asistencia sanitaria durante el embarazo, parto y postparto.

Por su parte, la Ley 16/2003, de 28 de mayo, de Cohesión y Calidad del Sistema Nacional de Salud, establece en su artículo 3 que son titulares de los derechos a la protección de la salud y a la atención sanitaria los siguientes:

- a) Todos los españoles y los extranjeros en el territorio nacional en los términos previstos en el artículo 12 de la Ley Orgánica 4/2000.
- b) Los nacionales de los Estados miembros de la Unión Europea que tienen los derechos que resulten del derecho comunitario europeo y de los tratados y convenios que se suscriban por el Estado español y les sean de aplicación.
- c) Los nacionales de Estados no pertenecientes a la Unión Europea que tienen los derechos que les reconozcan las leyes, los tratados y convenios suscritos.

En lo referente a la Comunidad Valenciana, el Decreto 26/2000, de 22 de febrero, del Gobierno Valenciano, establece el derecho a la asistencia sanitaria a ciudadanos extranjeros en la Comunidad Valenciana y crea la tarjeta solidaria. Mediante este Decreto, la Generalitat concreta en su ámbito competencial los derechos establecidos por la Ley Orgánica 4/2000, y los extiende por sí misma a los extranjeros no empadronados y carentes de recursos (previo informe en este sentido de los trabajadores sociales o de las ONG que median en el proceso) en tanto que normalizan su situación administrativa.

Hay que hacer constar que cada país de la Unión Europea es responsable de definir el sistema de derechos y obligaciones en materia de Seguridad Social que considera más adecuado. El Reglamento del Consejo 118/97, que modifica y actualiza el Reglamento CEE 1408/71, regula la aplicación de los sistemas de seguridad social a los trabajadores por cuenta ajena, a los trabajadores autónomos y a los miembros de sus familias, con ocasión de sus desplazamientos en la Comunidad Europea. En 2004 se creó la tarjeta sanitaria europea, un documento individual que acredita el derecho de su portador, adecuadamente identificado, a recibir asistencia sanitaria en otro país de la UE, del EEE o Suiza, al que se ha desplazado de manera temporal. Se tiene derecho a recibir asistencia sanitaria en las mismas condiciones que los nacionales del país que presta la asistencia.

La política de salud de la UE pasa en los últimos años por facilitar la movilidad de los pacientes, apoyar los esfuerzos nacionales de reforma y desarrollo de sus sistemas de salud, e impulsar los medios modernos de atención sanitaria tales como la e-salud. Entre otros objetivos se plantea el aumento de la información disponible por los pacientes sobre tratamiento en otros Estados miembros, el uso de la capacidad excedente (tales como camas de hospital vacías), o el desarrollo de redes de expertos de salud y centros de excelencia. Entre las dificultades de esta política destacan las de compensar los costes de la asistencia sanitaria entre países, definir una cartera básica común de servicios médicos a escala europea, evitar el uso abusivo de prestaciones de un país por residentes de otro, reglar la práctica de la autorización previa requerida para tratamientos en el extranjero, y agilizar el reembolso de los gastos a los pacientes. España forma parte desde su constitución en 2004 de un grupo de países (que incluye además a Alemania, Reino Unido y Suecia) que, entre otros temas, trata de definir los principios comunes que deben sustentar los sistemas de salud de la Unión Europea, y propugna la exclusión de los servicios de salud del ámbito de aplicación de la propuesta de directiva comunitaria de servicios en el mercado interior.

Por otra parte, España disponía en junio de 2005 de 19 convenios bilaterales en materia sanitaria con otros tantos países, a saber: Andorra, Argentina, Australia, Brasil, Bulgaria, Canadá, Chile, Ecuador, Estados Unidos, Filipinas, Marruecos, Méjico, Paraguay, Perú, Rusia, Túnez, Ucrania, Uruguay y Venezuela. Así, por ejemplo, en el convenio con Marruecos (firmado en 1979 y que entró en vigor en 1982), se regula la prestación de asistencia sanitaria a españoles o marroquíes que trabajen o hayan trabajado en ambos países, y a sus familiares y supervivientes. Se especifica que "las prestaciones sanitarias se sirven en el país donde se encuentre el beneficiario, y según lo establecido en la legislación sanitaria y en los servicios públicos de salud de ese país, durante el tiempo que autorice la Institución del país donde el trabajador está afiliado o que abone la pensión". A efectos prácticos, este tipo de convenios resulta de gran utilidad en circunstancias que requieran asistencia sanitaria del asegurado o de los beneficiarios, con ocasión de desplazamiento temporal de trabajadores al otro país, períodos vacacionales retribuidos, ausencias autorizadas, desplazamiento autorizado de trabajadores enfermos, pensionistas de un país que residen en otro, etc.

## Las tarjetas sanitarias de la población extranjera en la Comunidad Valenciana

Los datos de la Consellería de Sanidad indican que en octubre de 2005 existían en la Comunidad Valenciana un total de 4,9 millones de tarjetas sanitarias en la red pública, de las cuales 493.900 (el 10,1% del total) eran tarjetas emitidas a favor de beneficiarios extranjeros.

El país extranjero con un volumen más elevado de población beneficiaria de tarjeta sanitaria en la Comunidad Valenciana es Reino Unido, con un total de 61.676, seguido por Rumanía, Ecuador, Marruecos y Colombia, y a considerable distancia por Alemania, Argentina y Bulgaria. Estos países suman en octubre de 2005 un total de 290.900 tarjetas, el 58,9% del colectivo extranjero.

Por provincias de la Comunidad Valenciana, Alicante posee el mayor número de tarjetas sanitarias

**Cuadro 2. Tarjetas sanitarias en la Comunidad Valenciana, por provincias y nacionalidad. Octubre de 2005**

	Extranjeros	Extranjeros (%)	Españoles	Españoles (%)
Alicante	263.392	53,3	1.543.844	35,1
Castellón	61.414	12,4	507.499	11,6
Valencia	169.089	34,3	2.341.761	53,3
<b>Comunidad Valenciana</b>	<b>493.895</b>	<b>100,0</b>	<b>4.393.104</b>	<b>100,0</b>

Fuente: Consellería de Sanidad.

concedidas a personas extranjeras, alcanzándose un 53,3% del total de tarjetas de extranjeros a escala regional, dieciocho puntos por encima del peso alicantino en las tarjetas regionales de las personas de nacionalidad española. Esta sobre-representación de Alicante se explica fundamentalmente por la presencia en esta provincia de un importante volumen de población comunitaria o asimilada. En la provincia de Valencia, al contrario que en la de Alicante, existe una mayor proporción de tarjetas de españoles. El peso de Castellón en el total regional es similar en los totales extranjero y nacional, con una ligera mayoría en aquel (Cuadro 2).

Desde el punto de vista del género, las mujeres extranjeras alcanzan un total de 236,9 miles de tarjetas, el 48% de las tarjetas totales concedidas a extranjeros. Ello resulta ser tres puntos menos que la participación de las mujeres españolas en las tarjetas de la población española, lo que es un reflejo de la tasa más elevada de masculinización de la población extranjera respecto de la nacional.

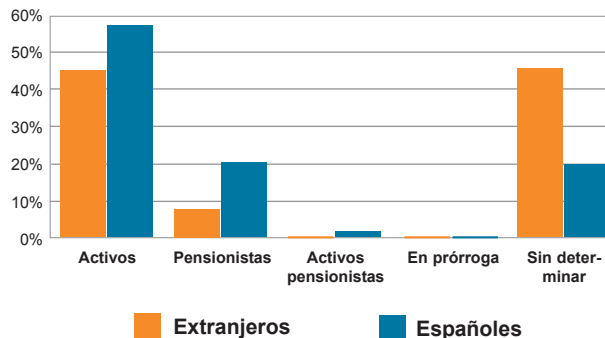
### Las tarjetas sanitarias de la población extranjera y de la población española

Contrariamente a la creencia extendida, la mayor parte de las personas extranjeras que poseen una tarjeta sanitaria pública acceden a ella directamente bien como titulares del derecho que se origina en su trabajo y su consiguiente afiliación a la Seguridad Social (activos), bien en su condición de pensionista, o como beneficiarios (familiares) del derecho concedido a una persona titular, incluidos en el grupo "sin determinar" (Gráfico 2).

Las tarjetas sanitarias derivadas directamente de la situación de actividad de sus titulares representan para la población extranjera casi doce puntos menos que para la población española, lo que se explica por la situación laboral irregular de parte de la población extranjera, que impide su acceso a la Seguridad Social. Dado que carecemos de una serie histórica al respecto, tan solo podemos presumir que el diferencial anterior ha debido ser mayor en años precedentes, y que el proceso de normalización laboral de la primavera de 2005 ha debido reducirlo, pero no lo ha eliminado.

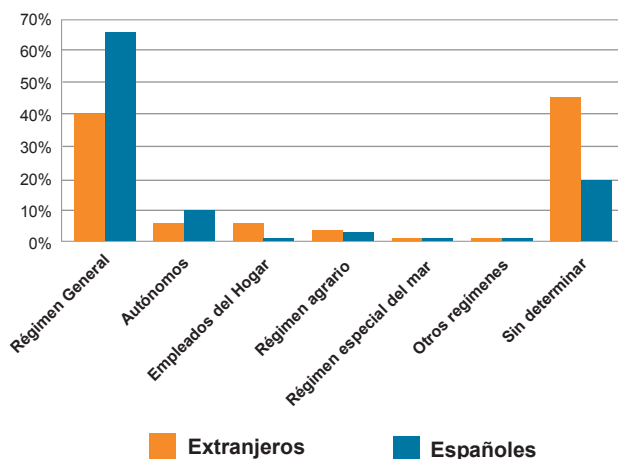
En cuanto a las tarjetas sanitarias cuyo origen directo es la situación de pensionista de sus titulares, la elevada juventud media de la población extranjera hace que su ratio sea muy bajo en comparación con la población española, y ello a pesar de la alta tasa de pensionistas en colectivos nacionales pertenecientes a la Unión Europea, como por ejemplo del Reino Unido.

**Gráfico 2. Tarjetas sanitarias en la Comunidad Valenciana por situación y nacionalidad. Octubre de 2005**



Fuente: Consellería de Sanidad.

**Gráfico 3. Tarjetas sanitarias en la Comunidad Valenciana por regímenes y nacionalidad. Octubre de 2005**

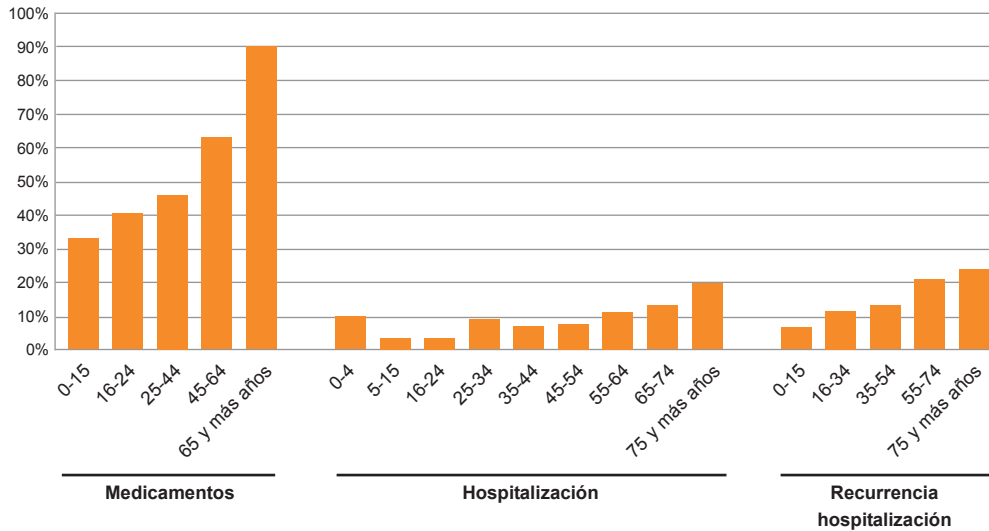


Fuente: Consellería de Sanidad.

Como consecuencia de la menor presencia media de activos y pensionistas entre las tarjetas sanitarias concedidas a la población extranjera, aumenta en ella el porcentaje atribuido a la categoría "Sin determinar", es decir, a los familiares de los beneficiarios directos. Este mayor peso irá cediendo en el tiempo a medida que aumente la inserción laboral de la población extranjera y vaya aumentando poco a poco el número de sus pensionistas, si bien cabe suponer que la mayor juventud media de la población extranjera conlleva una mayor tasa de beneficiarios indirectos (cónyuges, hijos menores de edad) que en la población nacional.

En el gráfico 3 se aprecia la distribución de las tarjetas sanitarias de la Comunidad Valenciana según el régimen de la Seguridad Social a través del cual se produce el acceso (además, como anteriormente, de la categoría de beneficiarios para los cuales no resulta posible adjudicar un régimen de manera personal). Se comprueba así que el menor acceso de la población extranjera al régimen general de la Seguridad

**Gráfico 4. Porcentaje de población según su relación con distintos indicadores de la encuesta de salud y grupo de edad. España. 2003**



*Nota: Medicamentos: porcentaje de población que ha consumido medicamentos en las dos semanas previas a la encuesta; Hospitalización: porcentaje de población que ha estado hospitalizada en los doce meses previos a la encuesta; Recurrencia hospitalización: porcentaje de población que ha tenido más de un ingreso hospitalario en los doce meses previos a la encuesta.*

Fuente: Encuesta de Salud, 2003.

Social, y en menor medida al régimen de autónomos, resulta el principal factor diferencial con respecto a la población española.

Las estadísticas relativas a las tarjetas sanitarias de la población extranjera en la Comunidad Valenciana resultan de gran importancia para matizar considerablemente la opinión, extendida en buena parte de la ciudadanía, acerca de que la población extranjera disfruta gratuitamente de las prestaciones farmacéuticas por las que los españoles deben pagar.

En aplicación de las normas vigentes en España, en octubre de 2005 existía en la Comunidad Valenciana un total de 28.013 tarjetas sanitarias en poder de extranjeros empadronados y de 874 tarjetas de extranjeros no empadronados en la Comunidad Valenciana, con derecho en ambos casos a prestaciones farmacéuticas sin aportación del titular, es decir, gratuitas. A ellas cabría añadir una parte difícil de precisar de las acreditaciones por razones de solidaridad (dentro del epígrafe estadístico "acreditación negativa"). Entre todas estas categorías no se alcanza el 10% del total de tarjetas concedidas a la población extranjera, y un 1% del total de tarjetas de la Comunidad Valenciana.

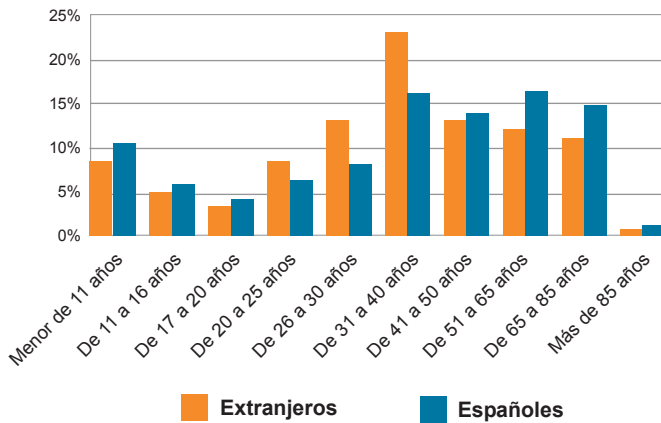
Dicho de otra manera, aproximadamente el 90% de las tarjetas sanitarias de la población extranjera se rige por las mismas condiciones que las habituales para la población nacional. Solamente una pequeña minoría de extranjeros disfruta de unas prestaciones farmacéuticas gratuitas, que se justifican habitualmente por la precariedad de la situación económica de ciertos beneficiarios, en particular enfrentados a situaciones que no se desea dejar sin protección.

## Asistencia sanitaria y tramos de edad de la población protegida

La distribución por edades de la población protegida por la asistencia sanitaria pública tiene una gran importancia, pues la demanda de atención sanitaria tiende a concentrarse proporcionalmente más en la población más joven y en la de mayor edad. Así, por ejemplo, el Instituto Valenciano de Estadística proporciona para el año 2004 la cifra de 271 euros de gasto farmacéutico medio por habitante en la Comunidad Valenciana, si bien la diferencia entre el gasto correspondiente a la población pensionista (852 euros) de la que no lo es (79 euros) es enorme. A este respecto, el gráfico 4 muestra tres indicadores parciales de la demanda de atención sanitaria según grupo de edad: el consumo de medicamentos, la hospitalización de la población, y la recurrencia de la hospitalización.

La distribución por grupos de edad de la población extranjera y española que disponía en octubre de 2005 de tarjeta sanitaria se presenta en el gráfico 5. Se observa que la población extranjera es proporcionalmente menos numerosa que la nacional en dos grupos de edad diferentes: por un lado, en la población inferior a 20 años, y en particular en el tramo 0-10 años y, por otro, en la población de más de 41 años, en particular en el tramo 65-85 años. Es obvio que, a la luz de los indicadores de gasto sanitario por tramos de edad expuestos con anterioridad, ello debe dar lugar a un gasto sanitario en población extranjera sensiblemente inferior al peso de la misma en la población total asistida por el Sistema Valenciano de Salud.

**Gráfico 5. Distribución de las tarjetas sanitarias por grupo de edad y nacionalidad. Comunidad Valenciana. Octubre 2005**

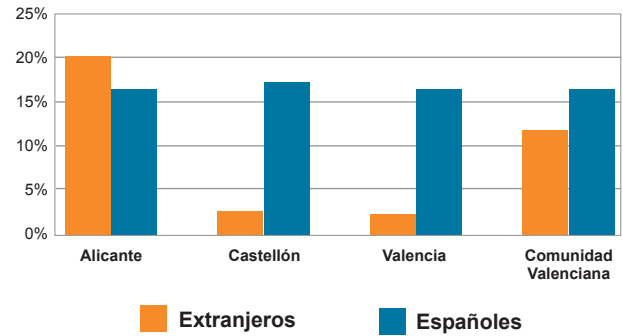


Fuente: Consellería de Sanidad.

En concreto, la población extranjera de más de 65 años supone el 12% de las tarjetas sanitarias en favor de extranjeros en la Comunidad Valenciana, frente al 16,65% que corresponde a este tramo de edad en la población nacional española. De igual manera, la población extranjera de menos de 20 años de edad asciende al 17,39%, frente al 21,41% de la población española. Se producen, sin embargo, grandes diferencias entre Alicante y el resto de la Comunidad Valenciana, debidas fundamentalmente al elevado peso en la provincia de Alicante de la inmigración comunitaria jubilada (gráfico 6). Tal como se aprecia en el gráfico 7, los beneficiarios de tarjeta sanitaria de más de 65 años alcanzan un porcentaje muy reducido en las nacionalidades extranjeras no comunitarias.

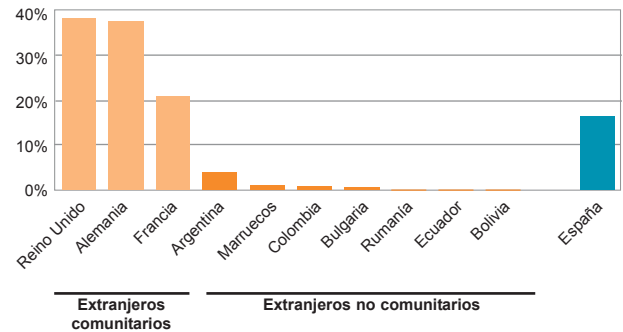
Las reflexiones anteriores ilustran claramente que el conocimiento detallado de la demanda sanitaria que presenta la población extranjera de la Comunidad Valenciana es un valioso instrumento para detectar posibles insuficiencias en la oferta pública; para cuantificar de manera objetiva los cos-

**Gráfico 6. Participación de la población mayor de 65 años en el número de tarjetas sanitarias. Provincias de la Comunidad Valenciana. Octubre de 2005**



Fuente: Consellería de Sanidad.

**Gráfico 7. Porcentaje de tarjetas sanitarias de mayores de 65 años sobre el total de cada país. Comunidad Valenciana. Octubre 2005**



Fuente: Consellería de Sanidad.

tes y beneficios económicos que la atención sanitaria supone, así como las necesidades previsibles de financiación; y para que en un futuro, y a medida que la evidencia empírica lo permita, se pueda abordar la comparación de los patrones de morbilidad de las poblaciones nacional y extranjera. Sin perder de vista la difusión en el conjunto de la población de la necesidad de atención sanitaria a toda la población en riesgo, como derecho básico sin cuyo ejercicio efectivo no es posible alcanzar un grado satisfactorio de integración y de cohesión social.

## Para saber más

AGÈNCIA VALENCIANA DE SALUT (2005): *Indicadores de gestión, 2004*.

CeiM (2005): *Radiografía de las migraciones*; diciembre.

FONDO DE POBLACIÓN DE LAS NACIONES UNIDAS (2005): *Estado de la población mundial, 2005. La promesa de igualdad*.

GUERRERO ESPEJO, Antonio y COLOMINA RODRÍGUEZ, Javier (2004): "Población inmigrante y enfermedades infecciosas", *Revista Española de Salud Pública*, 78:565-570

MÉDICOS DEL MUNDO (2004): *IX Informe de Exclusión Social*, <http://www.medicosdelmundo.org>

MINISTERIO DE SANIDAD Y CONSUMO (2005): *Recursos económicos del Sistema Nacional de Salud. Datos y Cifras 2004-2005*.

REGIDOR, Enrique, y otros (2002): *Desigualdades sociales en salud: situación en España en los últimos años del siglo XX*, Universidad de Alicante.

SALAZAR, Antonio, y otros (2003): "Diagnósticos al alta hospitalaria de las personas inmigrantes en la ciudad de Valencia, 2001-2002", *Revista Española de Salud Pública*, 77: 715-723.