

# Nuevos tiempos para la salud de emigrantes en europa

JM Reyes-Uruena<sup>a,b,c</sup>, T Noori<sup>a</sup>, A Pharris<sup>a</sup>, JM Jansà<sup>a,c</sup>

a Surveillance Response Support Unit, ECDC, Stockholm, Sweden.

b Unidad Docente de Medicina Preventiva y Salud Pública PSMAR-UPF-ASPB, Barcelona, Cataluña, España.

c Departamento de Pediatría, Ginecología y Medicina Preventiva, Universidad Autónoma de Barcelona, Cataluña, España.

## RESUMEN

Los patrones de emigración pueden cambiar considerablemente con el paso del tiempo, y el tamaño y composición de la población de emigrantes pueden reflejar los patrones actuales e históricos de los flujos de emigración.

La reciente crisis económica ha provocado un decremento en flujos de emigración hacia las zonas más afectadas y reducciones en asistencia sanitaria para emigrantes. El objetivo de este estudio es revisar la información disponible sobre intervenciones sobre la salud de los emigrantes en Europa y describir los cambios en políticas de salud para los mismos en el continente después de la crisis económica que pueden repercutir de forma negativa en su estado de salud.

Aunque los emigrantes tienen derecho a la asistencia sanitaria bajo acuerdos legales emitidos por la UE, no existe una política común en Europa en cuanto a la provisión de asistencia sanitaria para emigrantes, ya que las políticas en cada estado miembro de la UE se han desarrollado según experiencias concretas relacionadas con los emigrantes, el clima político y las actitudes hacia la inmigración.

Los emigrantes suelen encontrarse con mayores problemas de salud y para su acceso a la asistencia en comparación a sus co-residentes de la UE. Por tanto las políticas de salud para emigrantes deben enfocarse en proteger a este grupo vulnerable, sobre todo durante tiempos de dificultad económica, teniendo en cuenta los factores de riesgo económicos y socio-demográficos. Existe una necesidad especial de investigación en la rentabilidad de la inversión en atención sanitaria de la población de emigrantes, demostrando los beneficios del mismo, incluyendo la salud de la población nativa europea, y la necesidad de una intervención constante a pesar de las restricciones de los recursos.

**Palabras clave:** Migración Internacional; Europa; Prisiones; Enfermedades Transmisibles, Servicios básicos de salud; Políticas de Salud Pública; VIH; Tuberculosis.

Fecha de recepción: 20-01-2014

Fecha aceptación: 17-05-2014

## INTRODUCCIÓN

Las migraciones han desempeñado un papel fundamental dando forma a las sociedades y promoviendo cambios demográficos. Los patrones de migración pueden cambiar significativamente a lo largo del tiempo de tal forma que el tamaño y la composición de las poblaciones migrantes reflejan tanto los patrones migratorios actuales como los históricos. La reciente crisis económica ha tenido un impacto sobre los flujos migratorios en la Unión Europea (UE), los niveles de inmigración se han ralentizado mientras que la emigración ha aumentado en algunos países de la UE<sup>1</sup>

Durante 2011 se estima que llegaron 1,7 millones de inmigrantes a la UE. Además 2,3 millones de personas emigraron de alguno de los Estados Miembro de la UE (UE-27) y 1,3 millones emigraron a otro Estado Miembro<sup>2</sup>. Reino Unido reportó el mayor número de inmigrantes (566.044) en 2011, seguido de Alemania (489.422), España (457.649) e Italia (385.793); estos cuatro Estados Miembro registraron el 60,3% de todos los inmigrantes de la UE-27<sup>2</sup>. La Tabla 1 recoge el flujo de inmigración desde 2009 hasta 2011 en la UE/EEE (Espacio Económico Europeo).

Como consecuencia de la crisis económica, desde 2008, los flujos migratorios han cambiado, especialmente en aquellos países que antes de la crisis reci-

bieron mucho flujo de mano de obra<sup>1</sup>. Entre estos países, España ha registrado el mayor número de emigrantes en 2011 (507.742), seguido por Reino Unido (350.703), Alemania (249.045) y Francia (213.367). 17 Estados Miembro han registrado más inmigración que emigración en 2011. En 10 países (Bulgaria, República Checa, Irlanda, Grecia, España, Polonia, Rumania y los tres Países Bálticos) el número de emigrantes sobrepasó al de inmigrantes<sup>2</sup>.

Como resultado del desempleo que azota sectores principalmente caracterizados por emplear mano de obra masculina, como la construcción, y la demanda de empleo en sectores tradicionalmente femeninos, como servicios de cuidados, la distribución por sexos también ha variado entre la población migrante. Las trabajadoras extranjeras han aumentado su peso en la población activa extranjera en algunos países de la UE como España, Italia e Irlanda<sup>1</sup>.

Mientras que la demografía es la línea base para entender los flujos y tendencias de las poblaciones migratorias entre países y regiones, su estado de salud a lo largo de las diferentes fases de las migraciones constituye el factor de mayor interés para la salud pública.

El estado de salud y las necesidades sanitarias de las poblaciones migrantes pueden ser diferentes de las que tiene la población europea<sup>3-5</sup>. A su llegada, el estado de salud de los inmigrantes puede ser mejor que el de la población en la que se integran debido al llamado “efecto del inmigrante sano”, pero más tarde y a causa de las políticas y prácticas del país huésped, los inmigrantes pueden sufrir discriminación y pérdida de nivel socio-económico<sup>3</sup>. Estos cambios pueden incrementar la vulnerabilidad de los inmigrantes, su exposición a ciertas actividades de riesgo y su incapacidad para protegerse<sup>6</sup>. Los inmigrantes de fuera de la UE se ven especialmente afectados por estos retos, que se han visto acentuados durante la crisis debido a altas tasas de desempleo y de pérdida de trabajo<sup>7</sup>. La situación de los inmigrantes ilegales es todavía más precaria puesto que tienden a ser privados de los servicios sanitarios y sociales, mientras que están expuestos a ambientes de trabajo más peligrosos y condiciones de vida menos favorables<sup>7-8</sup>.

Las políticas migratorias han recibido mucha atención en la UE desde 2007. Durante la Presidencia portuguesa del Consejo de la UE, se relacionó la salud de los inmigrantes con la de la población europea, y los Estados Miembro fueron invitados a integrar la sanidad de los inmigrantes en sus políticas nacionales para facilitar el acceso de éstos a los servicios sanitarios. Después de 2007, Reino Unido, Italia, Países Bajos y Suecia establecieron políticas nacionales para

mejorar la salud de los inmigrantes, y antes de la recesión económica, España, Alemania e Irlanda estaban elaborando planes para mejorar el acceso al sistema de garantías sociales de los inmigrantes<sup>9</sup>. La mayor parte de las políticas sanitarias relativas a los inmigrantes de la UE estaban enfocadas al control de enfermedades contagiosas y a la mejora de la asistencia sanitaria de las personas en situación de asilo político y refugiados, ya que la mayoría no estaba accediendo al sistema de asistencia sanitaria a través de ningún otro medio, más que el que garantiza su situación normal de residencia<sup>9</sup>.

Tabla 1. Distribución de inmigrantes en la UE-27, por país y año, 2009-2011

	2009	2010	2011
Eu-27	2504.4	2871.6	2906.9
Bélgica	:	131.2	144.7
Bulgaria	:	:	:
República Checa	75.6	48.3	27.1
Dinamarca	51.8	52.2	52.8
Alemania	346.2	404.1	489.4
Estonia	3.9	2.8	3.7
Irlanda	37.4	39.5	52.3
Grecia	:	119.1	110.8
España	499	465.2	457.6
Francia	:	251.2	267.4
Croacia	:	:	8.5
Italia	442.9	458.9	385.8
Chipre	11.7	20.2	23
Letonia (*)	2.7	2.4	7.3
Lituania	6.5	5.2	15.7
Luxemburgo	15.8	17	20.3
Hungría	27.9	:	:
Malta (*)	7.2	8.2	5.5
Países Bajos	128.8	:	:
Austria	73.3	73.9	104.4
Polonia	:	:	:
Portugal	32.3	27.6	19.7
Rumania	:	:	:
Eslovenia	30.3	15.4	14.1
Eslovaquia (*)	15.6	13.8	4.8
Finlandia	26.7	25.6	29.5
Suecia	102.3	98.8	96.5
Reino Unido	566.5	591	566

Las cifras están expresadas en millares.

(\*)2011: Interrupción en la serie. Fuente: Eurostat<sup>2</sup>

Desde la crisis económica, muchos países de la UE han realizado recortes en el gasto sanitario y promovido políticas sanitarias que han afectado al alcance de los servicios sanitarios, especialmente a la cobertura dada a poblaciones vulnerables como la de los inmigrantes<sup>10</sup>.

El objetivo de este artículo es analizar la información disponible sobre intervenciones en la salud de inmigrantes en Europa, y describir los cambios en las políticas sanitarias que afectan al estado de salud de las poblaciones migrantes relacionadas con la crisis económica.

### Recopilación de información sobre el estado de salud de inmigrantes.

La información sobre el estado de salud de los inmigrantes es fundamental para el seguimiento y mejora de su salud y el acceso a los servicios sanitarios. Sin embargo, la definición y categorización de los inmigrantes difiere de un país a otro; principalmente por el contexto histórico, tradiciones estadísticas, estructuras políticas y administrativas, el estado de bienestar y el historial migratorio<sup>11</sup>. Naciones Unidas (ONU) define al migrante como *aquella persona que vive temporal o permanentemente en un país diferente al propio de nacimiento*<sup>12</sup>, mientras que el Eurostat define al migrante como *la persona que establece su lugar de residencia habitual en el país de destino por 12 o más meses*<sup>13</sup>. A pesar de que existen estas definiciones genéricas para clasificar a los inmigrantes, los países de la UE clasifican a los migrantes atendiendo a diferentes criterios como: país de origen, ciudadanía, país de nacimiento de los padres, duración de la estancia y para ello dependen de las pruebas aportadas por los migrantes<sup>9</sup>. Esta falta de estandarización en Europa hace complicada la comparación de la información.

La recopilación de información sobre el estado de salud de los inmigrantes puede dificultar el seguimiento del mismo. Las definiciones genéricas del estatus migratorio no distinguen entre subcategorías de migrantes, y por ejemplo migrantes de segunda o tercera generación son generalmente excluidos de los sistemas de seguimiento nacionales, variación que se excluye en nuestro estudio<sup>11</sup>. Otra limitación referente a la información disponible es que la atención que se ha prestado al estado de salud de los migrantes ha estado centrada en las enfermedades transmisibles y en la investigación de los determinantes sociales, mientras que los datos referentes a actuaciones específicas, al acceso y la calidad de los servicios son todavía escasos<sup>11</sup>.

Por último, otro factor limitante en la recopilación de la información es el denominador desconocido (el tamaño de la población fuera del análisis), debido a la presencia de inmigrantes indocumentados, que no han registrado o notificado su cambio de país de residencia o que aún cuando lo notifican no es registrado debidamente<sup>11</sup>.

### Situación de las enfermedades infecciosas más comunes en el área de sanidad y migración

Las migraciones han sido consideradas promotoras de enfermedades infecciosas en la UE. Se estima que existe una alta incidencia de enfermedades transmisibles entre algunas poblaciones de inmigrantes de la UE. Esto es debido a varios factores. Para comenzar, muchos inmigrantes provienen de países con mayor prevalencia de enfermedades contagiosas<sup>14-15</sup> que la que existe en los países de acogida. En segundo lugar, algunos inmigrantes tienen mayor riesgo de adquirir enfermedades infecciosas debido a sus malas condiciones de vida y laborales, que incluyen el hacinamiento y la carencia de vivienda<sup>14, 16</sup>. Tercero, el riesgo de VIH o enfermedades de transmisión sexual puede ser mayor debido a una prevalencia más alta de conductas de riesgo, como el contacto sexual con inmigrantes provenientes de otras áreas de alta prevalencia<sup>17, 18</sup>. Por último, las enfermedades prevenibles mediante vacunación representan una carga desproporcionada de enfermedad debido a una pobre cobertura de las campañas de vacunación infantil en los países de origen, lo cual supone una fuente de brotes de enfermedades infantiles que ya habían sido controladas en la UE<sup>19-21</sup>.

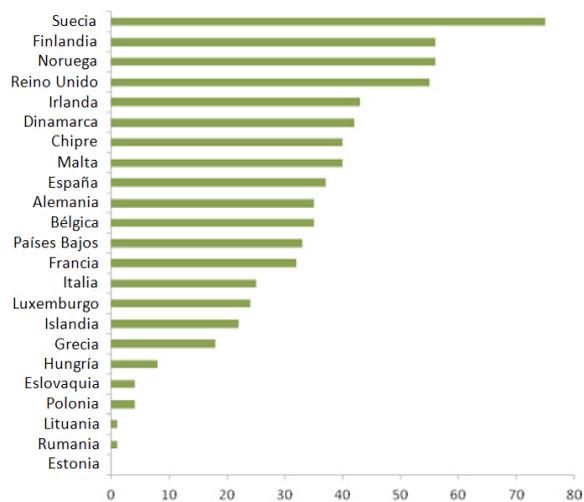
### VIH

La infección por VIH es un tema sanitario de gran importancia en la UE. A pesar de la variabilidad en el número de casos registrados por diferentes Estados Miembro, en 2011, el 37% de los casos de VIH se diagnosticaron en inmigrantes como muestra la Figura 1<sup>18</sup>. Para países de Europa del Este y de parte de los centroeuropeos esta cifra se encuentra por debajo del 10%, mientras que en los países del Norte supera el 40%. Este patrón es coherente con las tendencias migratorias<sup>22</sup>.

La vigilancia en materia de VIH realizada por el Centro Europeo para la Prevención y el Control de Enfermedades (ECDC) y por la Oficina Regional para Europa de la OMS muestra que en 2012, aproximadamente el 40% de los casos de VIH entre inmigrantes registrados en la UE/EEE estaban relacionados

con casos de hombres que tienen sexo con hombres (HSH), 34% debido a encuentros heterosexuales y un 6% debido al consumo de drogas por vía intravenosa; menos del 1% de los casos fueron por transmisión de madre a hijo<sup>23</sup>. El tipo de transmisión del VIH entre inmigrantes es diferente entre los distintos subgrupos en función de su lugar de origen. Por ejemplo, en 2012, entre la población subsahariana el 88% de los casos fueron por transmisión heterosexual<sup>23</sup>. Los HSH inmigrantes tienen un riesgo alto de infectarse con el VIH post-migración, especialmente al relacionarse con hombres del mismo entorno<sup>18, 24</sup>. La infección post-migración varía entre el 2% de la población subsahariana en Suiza<sup>25</sup> y el 62% entre los HSH negros provenientes del Caribe en Reino Unido<sup>26</sup>. Un alto número de casos de infección por VIH se han dado en España entre HSH provenientes de América Latina<sup>27</sup>.

Figura 1. Distribución del porcentaje de casos de VIH diagnosticados entre inmigrantes por países, países de la UE/EEE, 2011.



Fuente: Informe técnico del ECDC. Migrant health: Sexual transmission of HIV within migrant groups in the EU/EEA and implications for effective interventions<sup>18</sup>.

La Tabla 2 muestra algunos ejemplos de intervenciones y buenas prácticas relacionadas con el VIH entre inmigrantes en la UE.

La UE se ha basado en la realización de pruebas diagnósticas para demostrar que los inmigrantes constituyen una población especialmente vulnerable a la infección por VIH. Estas políticas de realización de pruebas varían mucho entre los diferentes Estados Miembro. Esto se ve reflejado en que sólo el 52% de los países de la UE-27 que cuentan con políticas específicas para la lucha contra el SIDA, recomendaban realizar pruebas a la población inmigrante en

2011<sup>28</sup>. Como ejemplo se puede mostrar el caso de Dinamarca, donde a los inmigrantes se les realiza una prueba en el primer contacto con los servicios sanitarios, mientras que en Francia y Reino Unido se recomienda la realización de pruebas de forma sistemática a todas aquellas personas que provengan de lugares con alta prevalencia de VIH<sup>28</sup>. De todas maneras, y tal y como todas las guías han resaltado, es esencial combinar la realización de pruebas con una asistencia adecuada, apoyo y con tratamiento para las personas con resultados positivos<sup>29-30</sup>. Aún así, esta situación puede variar mucho de una región a otra, especialmente si la situación de los inmigrantes no es regular<sup>28</sup>.

Con la crisis económica, algunos países de la UE se han visto obligados a reducir el gasto público, y esto ha interferido con la realización de pruebas y el tratamiento del VIH. Un claro ejemplo lo encontramos en Reino Unido que en 2009 eliminó el tratamiento del VIH de entre sus coberturas de emergencia, retirando así el tratamiento gratuito a todos los afectados<sup>31</sup>. En 2012 en España se aprobó una nueva legislación que denegaba el acceso a los servicios sanitarios a los inmigrantes en situación irregular, lo que complicó el tratamiento y seguimiento de los infectados por el VIH. Como se puede ver en uno de los artículos revisados, donde los autores describen el impacto que estas medidas tienen sobre el sistema sanitario de los países, se concluye que la tasa de mortalidad, las enfermedades y el gasto sanitario crecerán a medio y largo plazo<sup>32</sup>. En Grecia, desde 2012, se lleva a cabo una política que obliga a los miembros de ciertos grupos de alto riesgo a realizarse las pruebas del VIH, incluyendo inmigrantes ilegales e inmigrantes que ejercen la prostitución. Esta medida está siendo motivo de controversia entre los profesionales del sistema sanitario público griego<sup>33</sup>.

## Tuberculosis

En los últimos 50 años se ha registrado un descenso en el número de casos de tuberculosis (TBC) en casi todos los países de la UE. Sin embargo, esta tendencia se ha visto afectada por el resurgimiento de la TBC entre poblaciones vulnerables, como aquellas que provienen de países con alta prevalencia de TBC y que cuentan con estrategias de prevención y control limitadas<sup>34-35</sup>. Además la TBC resistente a los medicamentos actuales es más común entre extranjeros, especialmente entre los provenientes de la antigua Unión Soviética, que entre la población propia de la UE<sup>36</sup>. En 2007 la tasa media de casos registrados entre extranjeros fue 20 (rango 0-82) en la UE<sup>37</sup>. De entre los casos registrados de los que se conoce el lugar de nacimiento

Tabla 2. Ejemplos de buenas prácticas e intervenciones en la UE en casos de VIH entre inmigrantes

Área de actividad	Ejemplos	Características de las buenas prácticas
Prevención	<b>Alemania:</b> El proyecto FluG (Flucht und Gesundheit) muestra algunas actividades de prevención del VIH como parte de un programa de intervenciones de mayor alcance para tratar los problemas de salud de los inmigrantes. Existe una cooperación con la Cruz Roja que involucra a inmigrantes como educadores de sus semejantes.	Las intervenciones han sido desarrolladas y realizadas por y para las comunidades inmigrantes, con la ayuda de diversas organizaciones.
Tratamiento, atención y apoyo	<b>Noruega:</b> AKSEPT utiliza a iguales para dar apoyo a inmigrantes afectados por el VIH.	Las intervenciones han sido desarrolladas y realizadas por y para las comunidades inmigrantes.
	<b>Alemania:</b> El proyecto Afrikaherz da apoyo en materia sanitaria a inmigrantes además de ayuda relacionada con el VIH.	Enfoque integral a las necesidades sociales y sanitarias.
	<b>Portugal:</b> El proyecto viviendo con VIH/SIDA proporciona alojamiento, tratamiento, apoyo psicosocial, rehabilitación y apoyo jurídico a inmigrantes con VIH y a sus familias. Su objetivo es integrar a los inmigrantes afectados por el VIH trabajando con equipos multidisciplinares.	Cubre las necesidades básicas de los inmigrantes infectados por el VIH y las de sus familias así como facilita el acceso a servicios clínicos y de asistencia sanitaria.
Política	<b>Reino Unido:</b> La AHPN (African HIV Policy Network), una alianza de personas africanas, han abordado el problema de las deportaciones de inmigrantes con VIH. Sobre todo las de los inmigrantes indocumentados y han puesto en el punto de mira la controversia entre la política del Reino Unido de acceso universal al tratamiento contra el VIH y la deportación de inmigrantes indocumentados a países donde el tratamiento no está disponible <sup>60</sup> .	Alianza entre organizaciones que representan a los inmigrantes.
	<b>Francia:</b> Réseau d'Associations Africaines et Caribéennes, engloba a 34 ONGs de inmigrantes y afectados por el VIH, que promueven las necesidades del VIH de las poblaciones de inmigrantes a nivel nacional.	Apoyo basado en una firme investigación y análisis de las políticas.
	<b>Reino Unido:</b> All-Party Parliamentary Group on AIDS (APPG), agrupa a todos los miembros del parlamento provenientes de cualquier fuerza política que están preocupados por el VIH. En 2003 el APPG publicó una política global en relación al VIH y a la salud de los inmigrantes.	Alianzas y uniones entre individuos y organizaciones con intereses comunes.
Investigación	<b>Países Bajos:</b> El proyecto Positive Living Under Stigma (PLUS) lleva a cabo investigaciones tanto cualitativas como cuantitativas sobre el estigma del VIH y la inmigración. Desarrollan intervenciones específicas en función de los resultados obtenidos en las investigaciones.	Apoyo de los servicios sanitarios municipales, ONGs y organizaciones comunitarias.
	<b>Bélgica y Países bajos:</b> El ICRH (International Centre for Reproductive Health) realizó una investigación sobre las necesidades de los refugiados en materia de salud sexual y sobre la violencia sexual entre refugiados para concienciar a la gente y desarrollar estrategias de prevención.	Uso de la investigación para planear el diseño de las intervenciones.
Redes de trabajo	<b>Bélgica:</b> Los líderes de las comunidades están trabajando en un proyecto conjunto (HIVSAM), que busca mejorar la salud sexual de los inmigrantes africanos promoviendo intervenciones adecuadas, ayudando a los inmigrantes con VIH a ser autónomos e independientes y reduciendo el estigma del SIDA.	Alianzas de las organizaciones comunitarias que representan a los inmigrantes.
	<b>Suecia:</b> African women's network AKN, engloba a varias organizaciones y pretende mejorar la salud sexual de las niñas y mujeres africanas. Esta red organiza iniciativas y reuniones entre los miembros de la red.	

Fuente: Informe técnico del ECDC. Acceso de las poblaciones de inmigrantes a la prevención, tratamiento y asistencia del VIH en la UE/EEE<sup>61</sup>.

del, la mayoría provenían de África subsahariana, Sudeste Asiático, algunos lugares de América Latina y Europa del Este<sup>37</sup>. La infección por TBC entre inmigrantes suele ocurrir a edades tempranas y estos no suelen recibir ningún tratamiento<sup>35</sup>. De hecho, se ha identificado que los determinantes más importantes para sufrir TBC son: pertenecer a grupos socioeconómicamente deprimidos, estar en situación de exclusión social y tener un acceso limitado a los servicios sanitarios, así como, en menor medida, el país de nacimiento<sup>38-39</sup>. Uno de los factores más importantes es estar recluso en un centro penitenciario, puesto que la tasa de casos de TBC entre presos inmigrantes es 15 veces superior a la de la población general de la UE<sup>36</sup>.

El diagnóstico precoz de la TBC es la medida más común usada en la UE para controlar la enfermedad. En 2003, un estudio reveló que sólo 13 países de la UE tenían un programa de screening, y que tres de ellos realizaban el diagnóstico en el puerto de entrada y otros nueve en otros centros de estancia temporal<sup>40</sup>. En cualquier caso, los programas de screening están actualmente en el punto de mira debido a su alto coste y escasos resultados<sup>41-42</sup>.

Actualmente se ha demostrado que los programas de screening basados en la realización de radiografía de tórax y cultivo en inmigrantes no son costoefectivos<sup>43</sup>. Sin embargo, en el caso de la infección latente, la realización de prueba de Mantoux o radiografía de tórax han demostrado un mayor impacto y una costo efectividad superior cuando son realizadas bajo medidas coercitivas<sup>43</sup>. La única medida que parece ser algo más costo eficiente es la investigación de contactos, especialmente en determinados grupos sociodemográficos<sup>37,43</sup>. Asimismo, los estudios no demuestran la existencia de diferencias significativas en lo referente a la costo-efectividad entre las tres estrategias principales de screening: en el puerto de entrada, en centros de estancia temporal o en la propia comunidad tras su llegada a los países de la UE<sup>37</sup>. De este hecho se infiere la necesidad de datos más precisos sobre la evaluación y la mejoría de la costo-efectividad en este medio. Los programas de screening deberían estar enfocados de manera más integral más que como intervenciones aisladas en la UE<sup>34,37</sup>.

La información disponible no muestra un efecto de la crisis económica sobre el número de casos de TBC<sup>44</sup>, debido a que es una enfermedad de larga evolución (con un periodo de incubación de dos a ocho semanas), por lo que puede pasar cierto tiempo hasta que se vea un incremento del número de casos. Incluso podría verse un descenso del número de casos debido a que algunos sistemas sanitarios europeos podrían tener dificultades para diagnosticarlos y declararlos

<sup>45</sup>. De todas maneras, en Europa, el número de declaraciones de casos de TBC es mayor en países con menores rentas per cápita y con mayores desigualdades económicas<sup>45-46</sup>. Fuera de la UE, se ha demostrado que la crisis económica ha tenido un efecto pernicioso sobre el número de casos de TBC, especialmente en países que han sufrido recortes en programas sanitarios relacionados con la TBC o que han sufrido escasez de medicamentos. Estos hechos han colapsado los programas y han tenido un impacto negativo en la detección y gestión de los casos de TBC, donde se han multiplicado los casos registrados y aumentado las tasas de defunciones<sup>47</sup>. Asimismo, la crisis puede hacer que la TBC afecte a mayores estratos sociales, por ejemplo debido al aumento del desempleo que puede derivar en conductas delictivas y por tanto en un aumento de la población penitenciaria<sup>45</sup>.

### Enfermedades prevenibles con vacunas

Los programas de vacunación infantil varían de un país europeo a otro. En los últimos años se ha podido observar una cobertura menor en algunos Estados Miembro como Austria y Dinamarca donde la vacunación contra la difteria, el tétanos y la tos ferina han disminuido<sup>48</sup>. También el número de vacunaciones ha disminuido en algunos países debido a que muchos padres optan por no vacunar a sus hijos por diversos motivos<sup>20</sup>. Como resultado de estos cambios se puede observar un aumento de los brotes de sarampión debido al mayor número de niños vulnerables, independientemente de su origen o país de nacimiento<sup>21</sup>.

Hay pocos datos disponibles sobre la cobertura de vacunación en los niños inmigrantes en la UE ya que la mayoría de los países no recogen información relativa a este aspecto o, si lo hacen, es siempre en relación a situaciones especiales. Por ejemplo, en Alemania se ha observado que el estatus de vacunación de los niños y adolescentes inmigrantes depende del tipo de vacuna en cuestión, país de origen, edad y duración de la estancia en el país<sup>49</sup>. Sin embargo, algunos estudios han concluido que la tasa de vacunación es menor entre los inmigrantes y los residentes nacidos en el extranjero que entre la población local<sup>50</sup>. El acceso a las campañas de vacunación es especialmente problemático para los inmigrantes en situación irregular, lo cual sigue constituyendo uno de los principales retos a los que enfrentarse. La experiencia de algunos países europeos revela que los servicios estándares de vacunación aún no llegan adecuadamente a los inmigrantes, bien por desconocimiento de éstos sobre su existencia o por barreras de acceso al sistema sanitario<sup>50</sup>. En diversos países de la UE se ha descrito una

intervención que hace frente a estos retos y mejora la cobertura de vacunación de los inmigrantes. Consiste en la utilización de sujetos clave para la comunidad inmigrante, encargados de sensibilizar a sus compatriotas sobre la importancia de la vacunación, en este caso de la triple vírica<sup>50</sup>.

La crisis económica puede llegar a afectar a las enfermedades prevenibles en los inmigrantes ya que este grupo está en riesgo de convertirse en vector de la epidemia debido a una menor cobertura de vacunación y una carga de enfermedad infecciosa desproporcionada en relación con la población general europea. También porque la crisis económica ha afectado principalmente a los programas de inmunización dirigidos a inmigrantes. En consecuencia, los programas de vacunación de hepatitis B han sufrido graves recortes económicos en algunos países de la UE<sup>51</sup>.

### Salud sexual y reproductiva de los inmigrantes en la UE

La salud sexual y reproductiva (SSR) de los inmigrantes difiere en gran medida de la de la población general de la UE. Las mujeres inmigrantes se someten menos frecuentemente a los programas de detección precoz de cáncer cervical y cáncer de mama, tienen menor acceso a los programas de planificación familiar y de anticoncepción, acuden menos a consultas ginecológicas, tienen un mayor riesgo de embarazos no planificados, acuden menos y más tarde a las consultas de control del embarazo, asocian resultados peores en el embarazo (más abortos inducidos y mayor tasa de complicaciones) y tienen tasas mayores de mortalidad materna e infantil<sup>3, 52-53</sup>. Además, tanto hombres como mujeres inmigrantes tienen mayor riesgo de sufrir enfermedades de transmisión sexual (ETS) y violencia de género<sup>3</sup>.

Hay una falta de provisiones legales específicas en la UE en materia de SSR de los inmigrantes.

De hecho, existen numerosas barreras en el acceso a los servicios de SSR ya que en la mayoría de los países de la UE la condición de inmigrante legal sigue siendo el principal determinante del acceso a los mismos<sup>52</sup>. Para los inmigrantes ilegales, las políticas actuales de la UE no garantizan el acceso a la asistencia de SSR y de hecho tienden a ser cada vez más restrictivos<sup>3, 54</sup>. Asimismo, es frecuente que los inmigrantes desconozcan el funcionamiento del sistema de salud y la cartera de servicios de SSR disponible en el país de acogida<sup>3, 52</sup> y los profesionales sanitarios no siempre tienen las habilidades comunicativas necesarias o no son conscientes de los derechos de los inmigrantes a los servicios y asistencia en materia de SSR<sup>3</sup>. A esto se

han añadido las medidas de austeridad impuestas en tiempos de crisis. Por ejemplo, Grecia ha reducido la financiación de ONGs que prestaban asistencia sanitaria gratuita en materia de SSR<sup>55</sup> para inmigrantes indocumentados.

### Salud laboral de los inmigrantes en Europa

Los inmigrantes tienden a tener trabajos en sectores de mayor riesgo y por ello, tanto los hombres como las mujeres inmigrantes con trabajos no manuales son más vulnerables a las condiciones psicosociales y a acuerdos laborales más adversos<sup>56</sup>. También, debido a las barreras lingüísticas, los inmigrantes pueden no estar familiarizados con el uso seguro del equipamiento y frecuentemente reciben una preparación, supervisión y protección insuficientes<sup>56</sup>. Los accidentes laborales como consecuencia de la ausencia de contratos legales y la aceptación de peores condiciones son una carga mayor para los inmigrantes que para la población autóctona<sup>17</sup>.

En general, podemos afirmar que la situación laboral de los inmigrantes, especialmente de aquellos provenientes de países ajenos a la UE, se ha deteriorado más rápidamente que la de los europeos<sup>10</sup>. Entre 2008 y 2009 dicha diferencia se acentuó en Estonia, España, Portugal, Letonia, Irlanda, Francia y Austria<sup>1</sup>. La tasa de desempleo en ese mismo periodo fue del 2.8% para inmigrantes de otros países de la UE, mientras que alcanzó el 5% en los provenientes de otros países ajenos a la UE<sup>1</sup>.

Los inmigrantes provenientes de países de fuera de la UE se vieron más afectados por el empeoramiento de las condiciones laborales, lo cual se puede explicar por la alta concentración de los mismos en sectores con alta tasa de rotación: construcción, comercio, hostelería, etc<sup>1</sup>.

Además, la duración del desempleo ha sido tal que se ha asociado con un mayor riesgo de la mortalidad en este grupo, especialmente en relación con determinadas conductas que pueden conllevar desórdenes psicológicos y conductuales y el aumento de enfermedades psicosomáticas y de los casos de suicidio<sup>57</sup>.

Antes de la crisis económica, los inmigrantes eran menos susceptibles que la población local a ser beneficiarios de prestaciones sociales en países como España, Italia e Irlanda. Sin embargo, este patrón se está invirtiendo a medida que un mayor número de inmigrantes se inscribe en las listas del paro, a pesar de que algunos estudios llevados a cabo en Alemania e Irlanda concluyeron que los inmigrantes provenientes de países ajenos a la UE solicitaban menos la prestación por desempleo por su situación administrativa<sup>1</sup>.

## Cambios en las políticas sanitarias dirigidas a inmigrantes después de la crisis económica

Muchos de los países de la UE ajustaron, aunque sin cambiar sustancialmente, sus políticas de inmigración durante la crisis económica. Una vez más dichos ajustes variaron entre países y regiones ya que dichas políticas están lejos de ser homogéneas en la UE. A pesar de la crisis, los inmigrantes se enfrentan a diversas barreras en el acceso a la asistencia sanitaria en la UE.

En general, las disposiciones legales han tendido a restringir el acceso de los inmigrantes indocumentados a los servicios sanitarios. En 2010, los inmigrantes ilegales no tenían acceso a los servicios de urgencias en nueve de los países de la Europa de los 27, y sólo podían acceder a los servicios de atención primaria y secundaria en Países Bajos, Francia, Italia, Portugal y España<sup>8</sup>. Sin embargo, en 2012 España modificó sus políticas en esta materia y redujo el acceso de forma significativa<sup>32</sup>. Además de las limitaciones legales, los inmigrantes también deben enfrentarse a otro tipo de barreras como puede ser el cobro de tasas. Éste puede concebirse como una barrera formal ya que crea una desigualdad en el acceso, debido a que los inmigrantes normalmente tienen un nivel socioeconómico menor que los no inmigrantes<sup>58</sup>.

Otras de las barreras informales pueden ser las supuestas por: obstáculos administrativos en la adquisición de seguros sanitarios, barreras lingüísticas, desconocimiento de las prestaciones a las que se tiene derecho, desinformación en materia de salud, exclusión social y la discriminación tanto directa como indirecta<sup>8</sup>. Finalmente, el ser un inmigrante recién llegado puede también dificultar el acceso a los servicios sanitarios ya que no se posee ninguna información sobre los mismos<sup>58</sup>.

Se han introducido una serie de cambios tras la crisis económica a diferentes niveles de la asistencia sanitaria dirigida a inmigrantes. En el pasado se contrataban servicios de traducción para paliar las barreras lingüísticas que pudieran afectar el acceso a los servicios sanitarios. Debido a las dificultades económicas, en lugares tales como los Países Bajos o el Reino Unido se han dejado de financiar dichos servicios<sup>59</sup>. La tendencia a recortar los servicios ofertados a las poblaciones minoritarias puede repercutir en otros ámbitos del sistema sanitario ya que pueden ser más costosas a largo plazo. Sin los servicios de traducción es más probable que aquellos pacientes que no hablen el idioma del país de acogida acaben accediendo al sistema sanitario a través de los servicios de urgencias o en fases más avanzadas de su enfermedad<sup>10</sup>.

Se han observado otros recortes en los servicios ofertados a inmigrantes: en Escocia los servicios de salud mental para los solicitantes de asilo, en Irlanda las agencias a favor de los derechos de los inmigrantes y en Inglaterra, donde la atención secundaria ya no es gratuita para los solicitantes de asilo, que a su vez han visto reducida la aprobación de sus solicitudes<sup>59</sup>.

## CONCLUSIÓN

A pesar del alcance limitado del presente informe, se pretende aportar una visión general de la salud de los inmigrantes en Europa así como sobre algunos de los cambios más recientes en relación a la crisis económica. Son muchos los autores que han subrayado la necesidad de estandarizar la recogida de datos en materia de salud de inmigrantes en Europa ya que la información disponible varía en gran medida entre países. Por ello, es difícil establecer una comparación entre países así como establecer políticas y programas basados en la evidencia de la cual se carece. Aunque los inmigrantes, incluidos los indocumentados, tienen derecho a la asistencia sanitaria según lo provisto por las disposiciones legales de la UE, no existe un enfoque estandarizado para ofrecérsela. Por ello, las políticas de cada Estado Miembro se adecuan a su propia experiencia, clima político y actitud frente a la inmigración. Durante los últimos años la UE ha aumentado su preocupación por la inmigración y ha adoptado diversos enfoques sanitarios relativos a distintas enfermedades. Estas políticas sin embargo, pueden haberse sumado a las dificultades económicas, limitado así en gran medida determinadas intervenciones de salud pública que han demostrado ser efectivas tales como las campañas gratuitas de vacunación.

Tal y como hemos mencionado anteriormente, incluso el acceso a los servicios de atención sanitaria ha desaparecido recientemente. Los inmigrantes se enfrentan a problemas de salud mayores y a más barreras de acceso a los servicios de asistencia sanitaria que los residentes autóctonos de la UE. Por ello las políticas de inmigración deberían proteger a este grupo cuya vulnerabilidad se acentúa aún más durante la crisis económica debido a sus factores de riesgo socio-demográficos. Sin embargo, para evitar reacciones adversas por parte de otros grupos vulnerables no inmigrantes y por parte de otros sectores de la población general, dichas políticas deben desarrollarse en el contexto de otras medidas e intervenciones dirigidas a la población general. De hecho no sólo el sector sanitario, sino también el educativo, la vivienda y los servicios sociales han sido acusados de promover en

ocasiones medidas que favorecen una discriminación positiva de los inmigrantes. Por último, tal y como se ha establecido en múltiples estudios científicos, se necesita una mayor investigación en lo relativo a la costo-efectividad de la inversión en asistencia sanitaria para la población inmigrante que demuestre los beneficios de la misma, incluso para la propia población nativa europea. También se ha subrayado la necesidad de tomar medidas de forma continuada, a pesar de las limitaciones de recursos.

## CORRESPONDENCIA

Josep M Jansa  
Head of Epidemic Intelligence and Response Section,  
European Centre for Disease Prevention and Control  
(ECDC), Tomtebodavägen 11A, Solna, Sweden

## REFERENCIAS BIBLIOGRÁFICAS

1. Koehler L, Aghazarm SJ. Migration and the economic crisis in the European Union: Implications for Policy. Brussels: International Organization for Migration; 2010.
2. Eurostat [Internet]. *Luxembourg*: Eurostat; c1998-2013 [updated March 2013; cited 2013 Dic 12]. Migration and migrant population statistics; [about 2 screens]. Available from: [http://epp.eurostat.ec.europa.eu/statistics\\_explained/index.php/Migration\\_and\\_migrant\\_population\\_statistics#Further\\_Eurostat\\_information](http://epp.eurostat.ec.europa.eu/statistics_explained/index.php/Migration_and_migrant_population_statistics#Further_Eurostat_information)
3. Keygnaert I, Guieu A, Ooms G, Vettenburg N, Temmerman M, Roelens K. Sexual and reproductive health of migrants: Does the EU care? *Health Policy*. Forthcoming 2013.
4. Bhopal R. Chronic diseases in Europe's migrant and ethnic minorities: challenges, solutions and a vision. *Eur J Public Health*. 2009; 19(2): 140-3.
5. Woodward A, Howard N, Wolffers I. Health and access to care for undocumented migrants living in the European Union: a scoping review. *Health Policy Plan*. Forthcoming 2013.
6. Ingleby D. Ethnicity, Migration and the 'Social Determinants of Health' Agenda. *Psychosocial Intervention*. 2012; 21(3): 331-41.
7. Koser K, Laczko F. World Migration Report 2010. The Future of Migration, building capacities for change [Internet]. Geneva: International Organization for Migration; 2010 [cited 2013 dic 28]. Available from: [http://publications.iom.int/bookstore/free/WMR\\_2010\\_ENGLISH.pdf](http://publications.iom.int/bookstore/free/WMR_2010_ENGLISH.pdf)
8. Rechel B, Mladovsky P, Ingleby D, Mackenbach JP, McKee M. Migration and health in an increasingly diverse Europe. *Lancet*. 2013 Apr 6; 381(9873): 1235-45.
9. Mladovsky P. A framework for analysing migrant health policies in Europe. *Health Policy*. 2009; 93(1): 55-63.
10. Karanikolos M, Mladovsky P, Cylus J, Thomson S, Basu S, Stuckler D, et al. Financial crisis, austerity, and health in Europe. *Lancet*. 2013 Apr 13; 381(9874): 1323-31.
11. Rechel B, Mladovsky P, Deville W. Monitoring migrant health in Europe: a narrative review of data collection practices. *Health Policy*. 2012 Apr; 105(1): 10-6.
12. Mrki S, Chen H, Rose M, editors. Principles and recommendations for a vital statistics system 2013 [Internet]. Geneva: United Nations; 2013 [cited 2013 dec 12]. Available from: [http://unstats.un.org/unsd/demographic/standmeth/principles/unedited\\_M19Rev3en.pdf](http://unstats.un.org/unsd/demographic/standmeth/principles/unedited_M19Rev3en.pdf)
13. Eurostat [Internet]. *Luxembourg*: Eurostat; c1998-2013 [updated March 2013; cited 2013 Dic 12]. Migrants in Europe. A statistical portrait of the first and second generation 2011; [about 2 screens]. Available from: [http://epp.eurostat.ec.europa.eu/cache/ITY\\_OFFPUB/KS-31-10-539/EN/KS-31-10-539-EN.PDF](http://epp.eurostat.ec.europa.eu/cache/ITY_OFFPUB/KS-31-10-539/EN/KS-31-10-539-EN.PDF)
14. Baussano I, Mercadante S, Pareek M, Lalvani A, Bugiani M. High rates of Mycobacterium tuberculosis among socially marginalized immigrants in low-incidence area, 1991-2010, Italy. *Emerg Infect Dis*. 2013; 19(9).
15. Hamers F, Downs A. The changing face of the HIV epidemic in western Europe: what are the implications for public health policies? *The Lancet*. 2004; 364(9428): 83-94.
16. Vives A, Vanroelen C, Amable M, Ferrer M, Moncada S, Llorens C, et al. Employment precariousness in Spain: prevalence, social distribution, and population-attributable risk percent of poor mental health. *Int J Health Serv*. 2011; 41(4): 625-46.
17. Nagy R. Migrants and healthcare within the European Union. *Int Rev Soc Res*. 2011 (1): 61-72.
18. European Centre for Disease Prevention and Control. Migrant health. Sexual transmission of HIV within migrant groups in the EU/EEA and implications for effective interventions [Internet]. Stockholm: European Centre for Disease Prevention and Control; 2013 [cited 2013 Dec 12]. Available from: <http://www.ecdc.europa.eu/en/publications/Publications/Migrant-health-sexual-transmission.pdf>

19. Coughlan S, Connell J, Cohen B, Jin L, Hall WW. Suboptimal measles-mumps-rubella vaccination coverage facilitates an imported measles outbreak in Ireland. *Clin Infect Dis*. 2002 Jul 1; 35(1): 84-6.
20. Ringler M, Gobel G, Most J, Weithaler K. Fully vaccinated children are rare: immunization coverage and seroprevalence in Austrian school children. *Eur J Epidemiol*. 2003; 18(2): 161-70.
21. Zandotti C, Jeantet D, Lambert F, Waku-Kouomou D, Wild F, Freymuth F, et al. Re-emergence of measles among young adults in Marseilles, France. *Eur J Epidemiol*. 2004; 19(9): 891-3.
22. European Centre for Disease Prevention and Control. Epidemiology of HIV and AIDS in migrant communities and ethnic minorities in EU/EEA countries [Internet]. Stockholm: ECDC; 2010 [cited 2013 Dec 12]. Available from: [http://www.ecdc.europa.eu/en/publications/publications/0907\\_ter\\_migrant\\_health\\_hiv\\_epidemiology\\_review.pdf](http://www.ecdc.europa.eu/en/publications/publications/0907_ter_migrant_health_hiv_epidemiology_review.pdf)
23. European Centre for Disease Prevention and Control. HIV/AIDS surveillance in Europe 2012 [Internet]. Stockholm: ECDC; 2012 [cited 2013 Dec 12]. Available from: <http://www.ecdc.europa.eu/en/publications/Publications/hiv-aids-surveillance-report-2012-20131127.pdf>
24. Barlow D, Daker-White G, Band B. Assortative sexual mixing in a heterosexual clinic population—a limiting factor in HIV spread? *AIDS*. 1997 Jul; 11(8): 1039-44.
25. Staehelin C, Egloff N, Rickenbach M, Kopp C, Furrer H. Migrants from sub-Saharan Africa in the Swiss HIV Cohort Study: a single center study of epidemiologic migration-specific and clinical features. *AIDS Patient Care STDS*. 2004 Nov; 18(11): 665-75.
26. Burns FM, Arthur G, Johnson AM, Nazroo J, Fenton KA. United Kingdom acquisition of HIV infection in African residents in London: more than previously thought. *AIDS*. 2009 Jan 14; 23(2): 262-6.
27. Caro-Murillo A, Gutierrez F, Manuel-Ramos J, Sobrino P, Miro J, Lopez-Cortes LF, et al. HIV infection in immigrants in Spain: Epidemiological characteristics and clinical presentation in the CoRIS Cohort (2004-2006). *Enferm Infecc Microbiol Clin*. 2009 Aug-Sep; 27(7): 380-8.
28. Alvarez-Del Arco D, Monge S, Caro-Murillo A, Ramirez-Rubio O, Azcoaga-Lorenzo A, Belza M, et al. HIV testing policies for migrants and ethnic minorities in EU/EFTA Member States. *Eur J Public Health*. Forthcoming 2013.
29. European Centre for Disease Prevention and Control. HIV testing: increasing uptake and effectiveness in the European Union [Internet]. Stockholm: ECDC; 2010 [cited 2013 Dec 12]. Available from: [http://ecdc.europa.eu/en/publications/Publications/101129\\_GUI\\_HIV\\_testing.pdf](http://ecdc.europa.eu/en/publications/Publications/101129_GUI_HIV_testing.pdf)
30. WHO. Scaling up HIV testing and counseling in the WHO European Region as an essential component of efforts to achieve universal access to HIV prevention, treatment, care and support 2012 [Internet]. Copenhagen: WHO; 2010 [cited 2013 Dec 18]. Available from: [http://www.euro.who.int/\\_\\_data/assets/pdf\\_file/0007/85489/E93715.pdf](http://www.euro.who.int/__data/assets/pdf_file/0007/85489/E93715.pdf)
31. The European Observatory – Médecins du Monde Access to health care for undocumented migrants in 11 European countries [Internet]. Paris: Médecins du Monde European; 2009 [cited 2013 Dec 15]. Available from: [http://www.epi-south.org/doc/r\\_documents/Rapport\\_UK\\_final\\_couv.pdf](http://www.epi-south.org/doc/r_documents/Rapport_UK_final_couv.pdf)
32. Perez-Molina JA, Pulido-Ortega F. Assessment of the impact of the new health legislation on illegal immigrants in Spain: the case of human immunodeficiency virus infection. *Enferm Infecc Microbiol Clin*. 2012 Oct; 30(8): 472-8.
33. The Lancet editorial group. HIV testing in Greece: repeating past mistakes. *Lancet*. 2013 Jul 13; 382(9887): 102.
34. Falzon D, Ait-Belghiti F. What is tuberculosis surveillance in the European Union telling us? *Clin Infect Dis*. 2007 May 15; 44(10): 1261-7.
35. Falzon D, van Cauteren D. Demographic features and trends in tuberculosis cases in the European Region, 1995-2005. *Euro Surveill*. 2008 Mar 18; 13(12).
36. Veen J, Migliori GB, Raviglione M, Rieder HL, Dara M, Falzon D, et al. Harmonisation of TB control in the WHO European region: the history of the Wolfheze Workshops. *Eur Respir J*. 2011 April 1, 2011; 37(4): 950-9.
37. Klinkenberg E, Manissero D, Semenza JC, Verver S. Migrant tuberculosis screening in the EU/EEA: yield, coverage and limitations. *Eur Respir J*. 2009 November 1, 2009; 34(5): 1180-9.
38. T.B. A, Pell C, Bueno-Cavanillas A, Guillen-Solvas J, Pool R, Roura M. Tuberculosis in migrant populations. A systematic review of the qualitative literature. *PLoS One*. 2013; 8(12): e82440.
39. Gagliotti C, Resi D, Moro ML. Delay in the treatment of pulmonary TB in a changing demographic scenario. *Int J Tuberc Lung Dis*. 2006 Mar; 10(3): 305-9.

40. Coker RJ, Bell A, Pitman R, Hayward A, Watson J. Screening programmes for tuberculosis in new entrants across Europe. *Int J Tuberc Lung Dis*. 2004 Aug; 8(8): 1022-6.
41. Dahle UR, Sandven P, Heldal E, Caugant DA. Continued low rates of transmission of *Mycobacterium tuberculosis* in Norway. *J Clin Microbiol*. 2003 Jul; 41(7): 2968-73.
42. Laifer G, Widmer AF, Simcock M, Bassetti S, Trampuz A, Frei R, et al. TB in a low-incidence country: differences between new immigrants, foreign-born residents and native residents. *Am J Med*. 2007 Apr; 120(4): 350-6.
43. Dasgupta K, Menzies D. Cost-effectiveness of tuberculosis control strategies among immigrants and refugees. *Eur Respir J*. 2005 June 1; 25(6): 1107-16.
44. European Centre for Disease Prevention and Control/WHO Regional Office for Europe. Tuberculosis surveillance and monitoring in Europe 2012 [Internet]. Stockholm: ECDC; 2012 [cited 2013 Dec 15]. Available from: <http://www.ecdc.europa.eu/en/publications/Publications/1203-Annual-TB-Report.pdf>
45. van der Werf M, Giesecke J, Sprenger M. Can the economic crisis have an impact on tuberculosis in the EU/EEA? *Euro Surveill*. 2012; 17(12).
46. Suk JE, Manissero D, Buscher G, Semenza JC. Wealth inequality and tuberculosis elimination in Europe. *Emerg Infect Dis*. 2009 Nov; 15(11): 1812-4.
47. Arinaminpathy N, Dye C. Health in financial crises: economic recession and tuberculosis in Central and Eastern Europe. *J R Soc Interface*. 2010 Nov 6; 7(52): 1559-69.
48. Vaccine European New Integrated Collaboration Effort. Vaccination coverage assessment in EU/EEA, 2011 [Internet]. Stockholm: ECDC; 2011 [cited 2014 09/01]. Available from: [http://venice.cineca.org/Final\\_Vaccination\\_Coverage\\_Assesment\\_Survey\\_2011\\_1.pdf](http://venice.cineca.org/Final_Vaccination_Coverage_Assesment_Survey_2011_1.pdf)
49. European Centre for Disease Prevention and Control. Background note to the 'ECDC Report on migration and infectious diseases in the EU' [Internet]. Stockholm: ECDC; 2009 [cited 2013 Nov 12]. Available from: [http://www.ecdc.europa.eu/en/publications/publications/0907\\_ter\\_migrant\\_health\\_background\\_note.pdf](http://www.ecdc.europa.eu/en/publications/publications/0907_ter_migrant_health_background_note.pdf)
50. European Centre for Disease Prevention and Control. Review of outbreaks and barriers to MMR vaccination coverage among hard-to-reach populations in Europe 2012 [Internet]. Stockholm: ECDC; 2013 [cited 2013 Dec 10]. Available from: <http://www.ecdc.europa.eu/en/publications/publications/mmr-vaccination-hard-to-reach-population-review-2013.pdf>
51. Rechel B, Suhrcke M, Tsoлова S, Suk JE, Desai M, McKee M, et al. Economic crisis and communicable disease control in Europe: a scoping study among national experts. *Health Policy*. 2011 Dec; 103(2-3): 168-75.
52. Norredam M, Mygind A, Krasnik A. Access to health care for asylum seekers in the European Union—a comparative study of country policies. *Eur J Public Health*. 2006 Jun; 16(3): 286-90.
53. Reime B, Janssen PA, Farris L, Borde T, Hellmers C, Myezwa H, et al. Maternal near-miss among women with a migrant background in Germany. *Acta Obstet Gynecol Scand*. 2012 Jul; 91(7): 824-9.
54. Mladovsky P, Rechel B, Ingleby D, McKee M. Responding to diversity: An exploratory study of migrant health policies in Europe. *Health Policy*. 2012; 105(1): 1-9.
55. Kentikelenis A, Karanikolos M, Papanicolas I, Basu S, McKee M, Stuckler D. Health effects of financial crisis: omens of a Greek tragedy. *Lancet*. 2011 Oct 22; 378(9801): 1457-8.
56. Ronda Perez E, Benavides FG, Levecque K, Love JG, Felt E, Van Rossem R. Differences in working conditions and employment arrangements among migrant and non-migrant workers in Europe. *Ethn Health*. 2012; 17(6): 563-77.
57. Schuring M, Burdorf L, Kunst A, Mackenbach J. The effects of ill health on entering and maintaining paid employment: evidence in European countries. *J Epidemiol Community Health*. 2007 Jul; 61(7): 597-604.
58. Rechel B, Deville W, Mladovsky P, Rijks B, Petrova-Benedict R, editors. Migration and health in the European Union. Berkshire: McGraw-Hill; 2011 [cited 2013 Dec 17]. Available from: [http://www.euro.who.int/\\_\\_data/assets/pdf\\_file/0019/161560/e96458.pdf](http://www.euro.who.int/__data/assets/pdf_file/0019/161560/e96458.pdf)
59. O'Donnell C, Burns N, Dowrick C, Lionis C, MacFarlane A. Health-care access for migrants in Europe. *The Lancet*. 2013; 382(9890): 393.
60. Fakoya I, Reynolds R, Caswell G, Shiripinda I. Barriers to HIV testing for migrant black Africans in Western Europe. *HIV Med*. 2008; 9(s2): 23-5.
61. European Centre for Disease Prevention and Control. Access to HIV prevention, treatment and care for migrant populations in EU/EEA countries [Internet]. Stockholm: ECDC; 2009 [cited 2013 Dec 16]. Available from: [http://ecdc.europa.eu/en/publications/publications/0907\\_ter\\_migrant\\_health\\_hiv\\_access\\_to\\_treatment.pdf](http://ecdc.europa.eu/en/publications/publications/0907_ter_migrant_health_hiv_access_to_treatment.pdf)