

Original

# Las diferencias socioeconómicas en salud entre la población española y extranjera en España: evidencia de la Encuesta Nacional de Salud

Cristina Hernández Quevedo <sup>a,\*</sup> y Dolores Jiménez Rubio <sup>b</sup><sup>a</sup> European Observatory on Health Systems and Policies, London School of Economics and Political Science, Londres, Reino Unido<sup>b</sup> Departamento de Economía Aplicada, Facultad de Ciencias Económicas y Empresariales, Universidad de Granada, Granada, España

## INFORMACIÓN DEL ARTÍCULO

*Historia del artículo:*

Recibido el 2 de junio de 2009

Aceptado el 31 de julio de 2009

On-line el 4 de noviembre de 2009

*Palabras clave:*

Salud autopercibida

Limitaciones en salud

Salud mental

Desigualdades socioeconómicas

Inmigrantes

España

*Keywords:*

Self-assessed health

Health limitations

Mental health

Socioeconomic inequalities

Immigrants

Spain

## RESUMEN

**Objetivo:** La reducción de las desigualdades en salud es uno de los principales objetivos de cualquier sistema de atención sanitaria. Varios estudios han analizado la existencia de desigualdades en salud para la población española. Sin embargo, la evidencia empírica para el colectivo de inmigrantes en este sentido es todavía insuficiente. Este artículo pretende cuantificar las desigualdades socioeconómicas en salud para la población inmigrante que vive en España, en comparación con la población española.

**Métodos:** Para medir las desigualdades socioeconómicas en salud se emplea una metodología basada en el Índice de Concentración con datos procedentes de la Encuesta Nacional de Salud Española de los años 2003 y 2006.

**Resultados:** Los resultados muestran que existen desigualdades socioeconómicas en las variables de salud consideradas, que favorecen a los individuos con mayor nivel de renta. Sin embargo, dichas desigualdades son inferiores para la muestra de inmigrantes frente a los autóctonos, aunque se observa un incremento considerable de las desigualdades entre 2003 y 2006 para el colectivo de inmigrantes.

**Conclusiones:** En este estudio se muestra la importancia de la posición socioeconómica como factor relevante que explica las diferencias en salud en España, tanto para la población autóctona como para la inmigrante, proporcionando evidencia para diseñar estrategias que permitan la reducción de las desigualdades socioeconómicas en salud en el colectivo inmigrante.

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

## Socioeconomic differences in health between the Spanish and immigrant population: evidence from the National Health Survey

## ABSTRACT

**Objective:** Reducing inequalities in health is one of the main objectives in any healthcare system. Several studies have analyzed inequalities in health in the Spanish population. However, the empirical evidence for the immigrant population is still insufficient. This study aims to quantify socioeconomic inequalities in health in the immigrant population living in Spain, in comparison with the national population.

**Methods:** To measure socioeconomic inequalities in health, we used a methodology based on the Concentration Index with data from the 2003 and 2006 Spanish National Health Surveys.

**Results:** According to the results there were socioeconomic inequalities in health for the health variables considered favoring high-income individuals. However, inequalities were lower for the immigrant subgroup than for the national population, although the magnitude of inequalities considerably increased between 2003 and 2006 for the immigrant population.

**Conclusions:** This study shows the importance of socioeconomic position in explaining differences in health both in the national and in the immigrant population and provides evidence that could be used to design appropriate strategies to reduce inequalities in health in the immigrant collective in Spain.

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

## Introducción

Las desigualdades socioeconómicas en salud constituyen una de las preocupaciones fundamentales en la agenda de salud pública de la mayor parte de los países desarrollados, con un número creciente de países y organizaciones internacionales que reconocen la necesidad de reducir las diferencias de salud entre la población<sup>1</sup>. En el ámbito internacional, la Organización Mundial de la Salud (OMS) y la Unión Europea han desempeñado un papel importante en proporcionar un marco y los principios para fomentar la acción en muchos países, destacando la creación de

la Comisión de Determinantes Sociales de la Salud de la OMS<sup>2</sup>, que en su informe final proporciona una guía de medidas para lograr la equidad en salud<sup>3</sup>.

Diversos trabajos han puesto de manifiesto la existencia de desigualdades significativas en salud en Europa, a favor de los individuos con mayor renta<sup>4</sup>. Este grado de desigualdad está asociado fundamentalmente con el nivel educativo, la renta y la situación laboral del individuo<sup>5</sup>. En concreto, España ocupa el sexto lugar entre los países con mayores desigualdades socioeconómicas en salud de la Unión Europea de los 15<sup>4</sup>. En nuestro país, varios estudios han explorado la existencia de desigualdades en salud relacionadas con la renta y la inequidad en el acceso a la atención de salud para la población española en su conjunto<sup>6-9</sup>. La evidencia más reciente muestra desigualdades en salud moderadas, relacionadas con la renta, para el conjunto de la población

\* Autor para correspondencia.

Correo electrónico: C.Hernandez-Quevedo@lse.ac.uk (C. Hernández Quevedo).

española<sup>10</sup>. Dichas desigualdades aumentaron en el período 1994-1999, y se mantuvieron estables desde 1999 hasta 2001<sup>4</sup>.

Recientemente, un creciente volumen de literatura sobre desigualdades en salud en España se centra en las diferencias en salud y uso de los servicios sanitarios entre la población nativa y la extranjera<sup>11-13</sup>. Pese a ser un fenómeno relativamente nuevo en España, la inmigración ha tenido una importancia creciente en los últimos años. En 1998, los individuos con nacionalidad extranjera y los nacidos en el extranjero representaban el 1,6 y el 2,9% de la población española, mientras que en el año 2008 estas cifras habían alcanzado el 11 y el 13% de la población total, respectivamente. La magnitud de este fenómeno ha llevado a España a recibir anualmente un mayor volumen de inmigrantes que cualquier otro país de la Unión Europea desde el año 1997<sup>14</sup>, ocupando en el año 2005 el puesto 11 de los países de la OCDE en la proporción de inmigrantes sobre la población total. Estos datos sitúan a España por delante de países como Reino Unido, Francia o Noruega, con mayor tradición como países receptores de inmigrantes<sup>15</sup>.

La importancia del fenómeno de la inmigración para los servicios de salud se manifiesta en la aprobación de la Ley 4/2000 de 11 de enero sobre los derechos y libertades de los extranjeros en España, por la cual todos los individuos, independientemente de su nacionalidad, tienen acceso a los servicios sanitarios en las mismas condiciones que los ciudadanos españoles, siendo el único requisito para ello que estén registrados en el padrón municipal<sup>16</sup>. Además, el gobierno ha aprobado el Plan Estratégico de Ciudadanía e Integración 2007-2010, que pretende promocionar la cohesión social mediante políticas basadas en la igualdad de oportunidad y la igualdad de derechos y deberes<sup>17</sup>. También existen planes de inmigración regionales en la mayor parte de las comunidades autónomas, que incluyen como prioridad la reducción de las desigualdades en salud y en el acceso a los servicios de salud para el colectivo inmigrante.

El principal objetivo de este trabajo es cuantificar las desigualdades socioeconómicas en diferentes variables de salud, tanto para españoles como para inmigrantes en España. Con ello se pretende proporcionar la evidencia necesaria para estimular y facilitar el desarrollo de estrategias enfocadas a la reducción de las desigualdades sociales en salud.

## Métodos

### Índice de concentración

Los métodos basados en las curvas de concentración (CC) y los índices de concentración (IC) son utilizados habitualmente para medir las desigualdades e inequidades en salud<sup>18-20</sup>. El IC proporciona una medida de desigualdad relativa de salud relacionada con la renta<sup>18</sup>, y presenta un número de propiedades deseables para medir las desigualdades socioeconómicas en salud<sup>21</sup>.

Los IC se derivan de la CC que se obtiene representando la proporción acumulada de la población ordenada por el nivel de renta, frente a la proporción acumulada de la variable salud. El IC de la variable salud es 2 veces el área entre la línea de 45° (línea de igualdad perfecta) y la CC<sup>22</sup>. Este índice toma valores desde -1 hasta +1, indicando los valores positivos desigualdades a favor de grupos de renta elevados, y viceversa.

La forma más conveniente de expresar el IC algebraicamente para nuestro estudio es:

$$IC(h) = \frac{2}{\mu} \text{cov}(h_t, R_i) \quad (1)$$

Según la expresión (1), el índice de concentración es igual a la covarianza entre la salud individual ( $h_i$ ) y el ranking relativo de

individuos en la distribución de renta ( $R_i$ ) en el período  $t$ , ajustada por la media de salud en la población ( $\mu$ ). Por tanto, se trata de una medida del grado de asociación entre el nivel individual de salud y la posición relativa en la distribución de la renta del individuo.

Para indicadores binarios de salud, como los empleados en este trabajo, los límites del IC dependen de la media de la variable de salud. Esto nos impediría realizar comparaciones entre la población nacional y extranjera, debido a la existencia de posibles diferencias considerables en la salud media de estos 2 grupos de población. Para solventar este problema, utilizamos el índice de concentración corregido sugerido por Erreygers<sup>23</sup>. Teniendo en cuenta el IC «tradicional» dado por la expresión (1), el índice de concentración corregido se calcula como sigue:

$$E(h) = \frac{4\bar{h}}{h^{\max} - h^{\min}} * IC(h) \quad (2)$$

donde  $\bar{h}$  es la media de la variable de salud,  $h^{\max}$  y  $h^{\min}$  son los extremos superior e inferior de la variable salud, respectivamente, e  $IC(h)$  es el IC «tradicional».

Por otro lado, con el objeto de medir la magnitud de las desigualdades evitables en salud, y por tanto tener en cuenta el papel de los factores demográficos en la generación de dicha desigualdad, el IC para la variable de salud se ha estandarizado por sexo y edad<sup>24</sup>.

Los IC y sus correspondientes errores estándar se han calculado con STATA 9.0. Las estimaciones incluyen pesos individuales procedentes de la Encuesta Nacional de Salud (ENS) para obtener resultados representativos de la población española.

### Fuentes de datos

En este estudio utilizamos los datos de las ediciones de 2003 y 2006 de la ENS española. La ENS es una encuesta periódica representativa de la población española, coordinada por el Ministerio de Sanidad y Política Social. El muestreo de los datos sigue un diseño estratificado en 3 etapas. Las unidades del primer estrato son las secciones censales. Las unidades del segundo estrato son las principales viviendas familiares. Dentro de cada vivienda, un adulto (16 años o más) es seleccionado para completar los cuestionarios. La ENS incluye una amplia variedad de información sobre la salud y las condiciones socioeconómicas de los residentes españoles, y contiene muestras individualizadas para adultos y niños.

En este trabajo empleamos las muestras de adultos de los años 2003 y 2006 de la ENS. Las ediciones anteriores de esta encuesta no permiten identificar la nacionalidad o el país de nacimiento del encuestado. Si bien en 2006 se recoge información sobre el país de nacimiento del individuo encuestado, esta información no aparece en la encuesta del año 2003. En cambio, la nacionalidad sí aparece referida en ambas encuestas. Por ello, utilizaremos la nacionalidad de la persona encuesta como variable *proxy* de la categoría de inmigrante.

Se ha empleado una muestra que incluye todos los individuos de 16 años o mayores entrevistados en cada año considerado. La tabla 1 presenta el tamaño muestral de nuestros datos en función de la nacionalidad, que constituye nuestro indicador de inmigrante.

Tras el colectivo español, las personas con nacionalidad de América Central y del Sur son el grupo más numeroso, seguidas por los ciudadanos de la Unión Europea, los africanos y los europeos no pertenecientes a la Unión Europea. Las personas con nacionalidad de países de Asia, Oceanía y América del Norte son los grupos menos numerosos en la encuesta.

**Tabla 1**  
Tamaños muestrales en la Encuesta Nacional de Salud de los años 2003 y 2006

| Nacionalidad      | Total 2003-2006<br>n (%) | 2003<br>n (%) | 2006<br>n (%) |
|-------------------|--------------------------|---------------|---------------|
| Latinoamérica     | 1.250 (46)               | 281 (43)      | 969 (47)      |
| Unión Europea     | 742 (28)                 | 144 (22)      | 598 (29)      |
| África            | 446 (17)                 | 127 (20)      | 319 (16)      |
| Europa            | 150 (6)                  | 70 (11)       | 80 (4)        |
| Asia              | 76 (3)                   | 24 (4)        | 52 (3)        |
| América del Norte | 24 (1)                   | 3 (0,5)       | 21 (1)        |
| Oceanía           | 8 (0,3)                  | 1 (0,2)       | 7 (0,3)       |
| Inmigrantes       | 2.705 (5)                | 650 (3)       | 2.055 (7)     |
| Españoles         | 48.381 (95)              | 21.000 (97)   | 27.381 (93)   |

**Tabla 2**  
Medias muestrales de las principales variables (promedio 2003-2006)

|   | Todos | Nacionales | Inmigrantes |
|---|-------|------------|-------------|
| Salud autopercebida   |       |            |             |
| Muy buena   | 0,121 | 0,116      | 0,202       |
| Buena   | 0,512 | 0,511      | 0,537       |
| Regular   | 0,266 | 0,268      | 0,217       |
| Mala  | 0,078 | 0,080      | 0,035       |
| Muy mala  | 0,024 | 0,025      | 0,009       |
| Limitaciones en la actividad principal (2 semanas anteriores) |       |            |             |
| Limitado  | 0,147 | 0,148      | 0,134       |
| No limitado   | 0,853 | 0,852      | 0,866       |
| Salud mental  |       |            |             |
| Problemas de salud mental diagnosticados                      | 0,130 | 0,133      | 0,062       |
| Sin problemas de salud mental diagnosticados                  | 0,870 | 0,867      | 0,938       |
| Sexo  |       |            |             |
| Varón   | 0,421 | 0,420      | 0,438       |
| Mujer   | 0,579 | 0,580      | 0,561       |
| Grupos de edad (años)   |       |            |             |
| 16-34   | 0,233 | 0,219      | 0,509       |
| 35-44   | 0,201 | 0,197      | 0,258       |
| 45-64   | 0,292 | 0,297      | 0,189       |
| 65-74   | 0,129 | 0,134      | 0,022       |
| > 75  | 0,117 | 0,123      | 0,015       |
| Renta (euros)   |       |            |             |
| < 360   | 0,021 | 0,021      | 0,017       |
| 361-600   | 0,143 | 0,147      | 0,069       |
| 601-900   | 0,171 | 0,171      | 0,171       |
| 901-1.200   | 0,203 | 0,200      | 0,255       |
| 1.201-1.800   | 0,236 | 0,234      | 0,268       |
| 1.801-3.600   | 0,192 | 0,193      | 0,183       |
| 3.601-6.000   | 0,030 | 0,030      | 0,030       |
| > 6.000   | 0,004 | 0,004      | 0,008       |
| Nivel Educativo   |       |            |             |
| Ninguno   | 0,143 | 0,147      | 0,078       |
| Primaria y secundaria (ciclo 1)                               | 0,483 | 0,490      | 0,358       |
| Secundaria (ciclo 2) y postsecundaria                         | 0,299 | 0,220      | 0,380       |
| Universidad   | 0,146 | 0,143      | 0,184       |
| Situación laboral   |       |            |             |
| Empleado  | 0,439 | 0,427      | 0,655       |
| Retirado  | 0,250 | 0,261      | 0,053       |
| Desempleado   | 0,063 | 0,061      | 0,089       |
| Estudiantes   | 0,050 | 0,050      | 0,041       |
| Trabajo en el hogar   | 0,188 | 0,191      | 0,148       |
| Otro (inactivo)   | 0,010 | 0,010      | 0,012       |

En nuestro estudio se analizan 3 medidas de salud: salud autopercebida, limitaciones en salud y problemas de salud mental diagnosticados. El nivel de salud autopercebida es una de las medidas de salud más utilizadas en la literatura, y se ha

demostrado que es un buen predictor del uso de los servicios de atención sanitaria<sup>25</sup> y de la mortalidad<sup>26</sup>. Además, hemos considerado un indicador de problemas de salud mental diagnosticados, ya que éstos pueden estar unidos al proceso migratorio (cansancio emocional y estrés, depresión, malas condiciones de vida y condiciones de trabajo, entre otros).

Para medir la percepción de salud individual, a los individuos se les pregunta: «¿En los últimos meses, diría que su salud ha sido muy buena, buena, regular, mala o muy mala?». A partir de la variable de salud autopercebida categórica original, construimos un indicador binario de percibir muy buena o buena salud. Las limitaciones en salud están basadas en la pregunta «¿Tuvo que reducir o limitar su principal actividad durante las últimas dos semanas?» (no, sí). Para salud mental, creamos un indicador que toma el valor 1 si al individuo se le ha diagnosticado depresión u otro problema de salud mental, y 0 en caso contrario.

La renta se utiliza como variable socioeconómica en el cálculo de los IC. En la ENS, la renta es una variable categórica con 8 posibles respuestas que nos proporciona un estimador de la renta agregada mensual, después de impuestos y deducciones, de todos los miembros del hogar y de todas las fuentes de ingresos. Dada la elevada proporción de registros en blanco para la renta en la ENS (25% en 2003 y 11% en 2006), esta variable fue imputada mediante una regresión por intervalos en la cual se incluyó un amplio conjunto de variables relacionadas con la unidad familiar, tales como la comunidad autónoma de residencia, el número de niños y adultos, y la edad media de los adultos, junto a otras variables relacionadas con el cabeza de familia, como la educación, la ocupación y la posición socioeconómica<sup>27-29</sup>. La renta equivalente se ha calculado utilizando la escala de equivalencia modificada de la OECD para ajustar por el tamaño y la composición del hogar.

En el proceso de estandarización de las variables de salud se han utilizado una serie de características demográficas por las cuales estandarizamos (sexo y grupos de edad), variables socioeconómicas tales como la comunidad autónoma de residencia, la situación laboral y el nivel de educación, y variables representativas del estilo de vida del individuo (consumo de alcohol y tabaco, actividad física), todas ellas incluidas en la ENS.

## Resultados

### Estadísticos descriptivos

Según los descriptivos incluidos en la tabla 2, hay diferencias en la proporción de individuos que perciben buena o muy buena salud, limitaciones en salud y problemas mentales diagnosticados a la población española y a la población inmigrante. En particular, en relación a los nacionales, los inmigrantes perciben mejor salud, menos limitaciones en la actividad diaria y menos problemas de salud mental.

Con respecto a la renta, podemos ver en la tabla 2 que tanto para 2003 como para 2006 la renta media es mayor en los inmigrantes, lo que puede deberse a una mayor proporción de inmigrantes en los intervalos de renta más elevados. Además, los individuos inmigrantes presentan mayor nivel educativo en comparación con los ciudadanos españoles. Hay más inmigrantes empleados, en edad laboral y en las categorías de renta media. La elevada proporción de inmigrantes jóvenes podría estar condicionando las diferencias observadas en la proporción de individuos que perciben buena salud, y por tanto las medidas de desigualdad se han ajustado por edad y sexo. Además, las características socioeconómicas del colectivo inmigrante sugieren que la muestra de inmigrantes podría estar capturando en buena medida la inmigración de individuos con mayor poder adquisitivo por

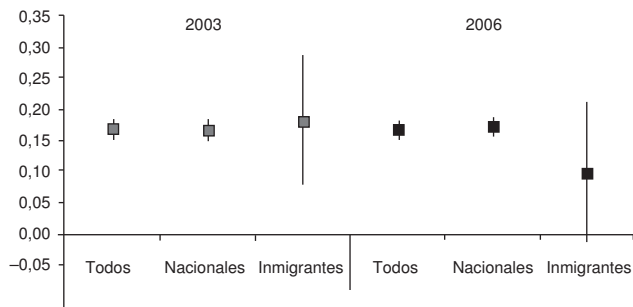
**Tabla 3**  
Índices de concentración corregidos para las variables de salud estandarizadas

|                       | Año 2003                    |                             |                            | Año 2006                    |                             |                             |
|-----------------------|-----------------------------|-----------------------------|----------------------------|-----------------------------|-----------------------------|-----------------------------|
|                       | Todos<br>n = 21.650         | Nacionales<br>n = 21.000    | Inmigrantes<br>n = 650     | Todos<br>n = 29.478         | Nacionales<br>n = 27.381    | Inmigrantes<br>n = 1.859    |
| Muy buena/buena salud | 0,169 <sup>a</sup> (0,009)  | 0,168 <sup>a</sup> (0,009)  | 0,183 <sup>a</sup> (0,053) | 0,169 <sup>a</sup> (0,008)  | 0,173 <sup>a</sup> (0,007)  | 0,098 <sup>c</sup> (0,057)  |
| Limitaciones en salud | -0,066 <sup>a</sup> (0,005) | -0,067 <sup>a</sup> (0,005) | -0,0004 (0,016)            | -0,075 <sup>a</sup> (0,007) | -0,080 <sup>a</sup> (0,007) | -0,027 <sup>b</sup> (0,056) |
| Salud mental          | -0,065 <sup>a</sup> (0,005) | -0,066 <sup>a</sup> (0,005) | 0,005 (0,017)              | -0,051 <sup>a</sup> (0,005) | -0,053 <sup>a</sup> (0,006) | -0,051 <sup>b</sup> (0,026) |

<sup>a</sup> Nivel de significación del 1%.

<sup>b</sup> Nivel de significación del 5%.

<sup>c</sup> Nivel de significación del 10%.



**Figura 1.** Desigualdades socioeconómicas en salud autopercebida.

razones no económicas, tales como jubilación, y por tanto no se trata de inmigración asociada a la búsqueda de trabajo.

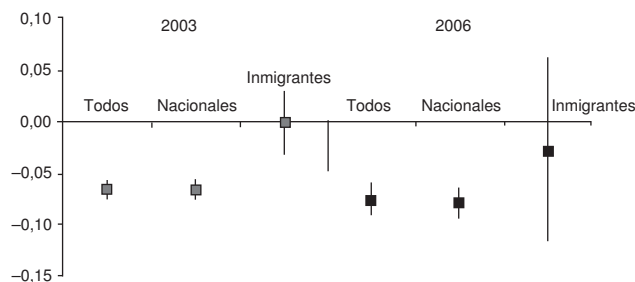
#### Desigualdades socioeconómicas en salud

La *tabla 3* muestra los resultados para el IC de las medidas de salud. Las desigualdades socioeconómicas para estas variables se han calculado para ambos años (2003 y 2006), tanto para los españoles como para los inmigrantes. Los resultados se representan gráficamente en las *figuras 1-3*.

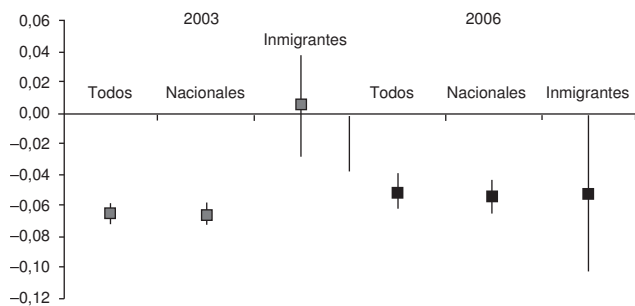
Los resultados presentados en la *tabla 3* y la *figura 1* muestran que todos los IC para salud autopercebida son positivos, lo que implica la existencia de desigualdades en salud relacionadas con la renta tanto para nacionales como para inmigrantes. Estas desigualdades favorecen a los individuos con mayor nivel de renta, que tienden a percibir un mejor estado de salud que los individuos con menos recursos. Esta desigualdad socioeconómica en salud autopercebida es mayor para los inmigrantes que para los nacionales en el año 2003, aunque en 2006 la situación se invierte: mientras que entre 2003 y 2006 las desigualdades socioeconómicas en salud aumentan ligeramente para los nacionales, dichas desigualdades se reducen en gran medida para el colectivo inmigrante.

Los resultados que se exponen en la *tabla 3* y la *figura 2* muestran IC negativos para el indicador de limitaciones en salud, lo que implica la existencia de desigualdades en salud relacionadas con la renta, tanto para españoles como para inmigrantes. Los individuos con menos recursos son los que tienden a concentrar más problemas de salud. Esta desigualdad socioeconómica en limitaciones en salud es mayor para los nacionales que para los inmigrantes en ambos años. Cabe destacar que dichas desigualdades aumentaron entre 2003 y 2006 en los 2 grupos estudiados.

Los resultados expresados en la *tabla 3* y la *figura 3* muestran que todos los IC para nuestro indicador de problemas de salud mental son negativos en todos los casos, excepto para los inmigrantes en 2003, aunque este dato no es estadísticamente significativo. Por tanto, son los individuos con menos recursos



**Figura 2.** Desigualdades socioeconómicas en limitaciones en salud.



**Figura 3.** Desigualdades socioeconómicas para salud mental.

los que concentran los problemas de salud mental. Si comparamos los resultados de 2003 y 2006, observamos que para el colectivo de autóctonos las desigualdades socioeconómicas en salud mental se reducen. Sin embargo, las desigualdades para los inmigrantes aumentan significativamente en 2006, alcanzando una magnitud similar a las desigualdades sufridas por los individuos nacionales.

#### Discusión

La medición de las desigualdades socioeconómicas en salud tiene un papel importante en la agenda de política social y de salud en los países europeos, y es uno de los principales objetivos de cualquier sistema de salud<sup>1</sup>. Se han desarrollado diversos métodos empíricos para cuantificar el grado de desigualdad en la distribución de las medidas de salud y comparar las desigualdades en el tiempo y en el espacio, con el fin de contribuir al diseño de políticas de salud pública<sup>30</sup>. Varios estudios han analizado la existencia de desigualdades en salud y en el uso de la atención sanitaria para la población española<sup>6-10</sup>. Sin embargo, la evidencia empírica sobre la existencia de desigualdades en salud para el colectivo inmigrante es todavía insuficiente.

El objetivo de este estudio fue, pues, contribuir a la literatura investigando el papel de la posición socioeconómica como factor determinante de las diferencias observadas en salud entre la población autóctona y la inmigrante en España<sup>31,32</sup>. Para ello se cuantificaron las desigualdades socioeconómicas en diferentes variables de salud, tanto para los nacionales como para los inmigrantes en España, siguiendo una metodología basada en el IC con datos procedentes de la ENS para los años 2003 y 2006. Con ello se ha pretendido proporcionar la evidencia necesaria para estimular y facilitar el desarrollo de estrategias enfocadas a la reducción de las desigualdades sociales en salud.

De acuerdo con los resultados obtenidos en el estudio, las desigualdades socioeconómicas en las variables de salud consideradas favorecen en general a los individuos con mayor nivel de renta, tanto españoles como inmigrantes. Sin embargo, si comparamos los dos colectivos se observa un incremento de las desigualdades socioeconómicas en limitaciones en salud y problemas mentales diagnosticados entre 2003 y 2006 para los inmigrantes, mientras que para los españoles las desigualdades aumentan en el caso de las limitaciones en salud, pero no en la salud mental. De estos resultados podemos deducir que, con el paso del tiempo, la magnitud de las desigualdades socioeconómicas en salud para los inmigrantes se equiparan a las desigualdades existentes en el colectivo nacional. Esto es consistente con la evidencia internacional, que en muchos casos muestra que aunque los inmigrantes perciben mejor salud cuando llegan a sus países de destino (el llamado efecto del inmigrante saludable)<sup>33</sup>, su nivel de salud tiende a deteriorarse con el tiempo. Esto se debe a varias causas, entre ellas el proceso de aculturación, además de a la posible existencia de barreras en el acceso a los servicios sanitarios y a las condiciones laborales en el país de destino. Dichos factores deberían tenerse en cuenta en las políticas de salud destinadas a reducir las desigualdades socioeconómicas del colectivo inmigrante en España.

Sin embargo, cabe destacar que el análisis basado en la ENS tiene sus limitaciones, con lo cual es necesario ser precavidos en la interpretación de los resultados. Una de las limitaciones principales es que la muestra de población inmigrante contenida en la ENS, que presenta una similar distribución de renta con respecto a la muestra de nacionales, y una elevada concentración en las categorías de renta alta, parece no representar fielmente al conjunto de la población inmigrante que reside en España. Esto podría tener un impacto importante en las estimaciones de los IC. Además, el limitado tamaño muestral en la ENS de 2003 podría proporcionar resultados extrapolables a toda la población con un margen de error elevado.

Con el objetivo de formular políticas más específicas para reducir las desigualdades en salud, tanto para nacionales como para inmigrantes en España, sería preciso desarrollar este estudio descomponiendo los IC, lo que nos permitiría conocer la contribución de factores como la situación laboral o la educación en las desigualdades socioeconómicas en salud, siendo posible justificar de esta forma el diseño de políticas de protección de la salud y de la renta para el colectivo inmigrante en España.

### Conflicto de intereses

No existe ningún tipo de relación económica ni de otra naturaleza que pueda haber influido en la realización del proyecto ni en la preparación del original para su publicación.

### Financiación

Sin financiación.

### Agradecimientos

Las autoras agradecen a David Epstein, Pilar García, João Pereira, Tom van Ourti y a los participantes en las XXIX Jornadas de Economía de la Salud (Málaga) sus comentarios a una versión inicial de este trabajo.

Los datos utilizados en este estudio fueron proporcionados por el Instituto Nacional de Estadística de España.

### Contribución de autoría

C. Hernández Quevedo concibió el estudio, analizó los datos con ayuda de su coautora y preparó el primer borrador del trabajo. D. Jiménez Rubio obtuvo los datos, contribuyó a su análisis e interpretación y a los sucesivos borradores del manuscrito. C. Hernández Quevedo es la responsable del artículo.

### Bibliografía

- Dahlgren G, Whitehead M. European strategies for tackling social inequities in health: levelling up part 2. Geneva: WHO; 2006.
- World Health Organization. Commission on social determinants of health: note by the Secretariat. Geneva: World Health Organization; 2004 (Documento n.º EB115/35.).
- Organización Mundial de la Salud. Comisión sobre Determinantes Sociales de la Salud. Informe final. Subsana las desigualdades en una generación. Ginebra: Organización Mundial de la Salud; 2008.
- Hernández-Quevedo C, Jones AM, Rice N, et al. Socioeconomic inequalities in health: a comparative longitudinal analysis using the European Community Household Panel. *Soc Sci Med.* 2006;63:1246-61.
- Hernández-Quevedo C, Jones AM, Rice N. Persistence in health limitations: a European comparative analysis. *J Health Econ.* 2008;27:1472-88.
- Abásolo I, Manning R. Equity in utilization of and access to public sector GPs in Spain. *Appl Econ.* 2001;33:349-64.
- Clavero A, González ML. La demanda de asistencia sanitaria en España desde la perspectiva de la decisión del paciente. *Estadística Española.* 2005;158:55-87.
- García Gómez P, López Nicolás A. The evolution of socio-economic health inequalities in Spain: 1987-2001. Working Paper n.º 756. Barcelona: Universitat Pompeu Fabra; 2004.
- García-Gómez P, López-Nicolás A. Public and private health insurance and the utilisation of health care in Spain. *Equity Research on Economic Inequality.* 2007;15:169-95.
- Costa-Font J, Gil J. Exploring the pathways of inequality in health, access and financing in decentralised Spain. Documento de Trabajo de FEDEA 2008-13.
- Cots F, Castells X, Ollé C, et al. Perfil de la casuística hospitalaria de la población inmigrante de Barcelona. *Gac Sanit.* 2002;16:376-84.
- Cots F, Castells X, García O, et al. Impact of immigration on the cost of emergency visits in Barcelona (Spain). *BMC Health Services Research.* 2007;7:9-17.
- García Gómez P. Salud y utilización de los recursos sanitarios: un análisis de las diferencias y similitudes entre población inmigrante y autónoma. *Presupuesto y Gasto Público.* 2007;49.
- Sandell R. Inmigración: diferencias a nivel mundial. Documentos de trabajo. Real Instituto Elcano; 2007.
- Sebastián M. Inmigración y economía española 1996-2006; Madrid: Oficina Económica del Presidente; 2006.
- Durán A, Lara JL, Van Waveren M. Spain: health system review. *Health Systems in Transition.* 2006;8:1-208.
- Mladovsky P. Migration and health in the EU. Research note. Bruselas: Comisión Europea; 2007.
- Wagstaff A, Van Doorslaer E, Paci P. Equity in the finance and delivery of health care: some tentative cross-country comparisons. *Oxford Review of Economic Policy.* 1989;5:89-112.
- Wagstaff A, Van Doorslaer E. Measuring and testing for inequity in the delivery of health care. *J Hum Resour.* 2000;35:716-33.
- Van Doorslaer E, Koolman X. Explaining the differences in income-related health inequalities across European countries. *Health Econ.* 2004;13:609-28.
- Wagstaff A, Paci P, Van Doorslaer E. On the measurement of inequalities in health. *Soc Sci Med.* 1991;33:544-57.
- Wagstaff A, Pierella P, Van Doorslaer E. On the measurement of inequalities in health. *Soc Sci Med.* 1991;33:545-7.
- Erreygers G. Correcting the concentration index. *J Health Econ.* 2009;28:50415.
- Kakwani N, Wagstaff A, Van Doorslaer E. Socioeconomic inequalities in health: measurement, computation, and statistical inference. *J Econom.* 1997;77:87-103.
- Van Doorslaer E, Wagstaff A, Van der Burg H, et al. Equity in the delivery of health care in Europe and the US. *J Health Econ.* 2000;19:553-83.
- Idler EL, Kasl SV. Self-ratings of health: do they also predict change in functional ability? *J Gerontol.* 1995;50B:S344-53.

27. Álvarez B. La demanda atendida de consultas médicas y servicios urgentes en España. *Investigaciones Económicas*. 2001;25:93–138.
28. Jones AM. Health econometrics. En: Culyer AJ, Newhouse JP, editors. *Handbook of Health Economics*. Amsterdam: Elsevier North Holland; 2000.
29. García Gómez P, López Nicolás A. The evolution of inequity in access to health care in Spain 1987-2001. Documento de trabajo n.º 10. Fundación BBVA; 2007.
30. Jones AM, Hernández Quevedo C, Rice N, et al. Análisis de las desigualdades en salud: una breve revisión de los métodos. *Cuadernos Económicos de ICE*. 2008;75:11–20.
31. Ingleby D, Chimienti M, Hatziprokopiou P, et al. The role of health in integration. En: Fonseca M, Malheiros J, editors. *Social integration and mobility: education, housing and health*. IMISCOE Cluster B5 state of the art report. Lisboa: Centro de Estudios Geográficos; 2005. p. 88–119.
32. Stronks K, Uniken Venema P, Dahhan N, et al. Explaining the association between ethnic background and health from a conceptual model. *TSG*. 1999;77:33–40.
33. McDonald JT, Kennedy S. Insights into the «healthy immigrant effect»: health status and health service use of immigrants to Canada. *Soc Sci Med*. 2004;59:1613–27.