

Original breve

Estado de salud y frecuentación de los servicios sanitarios de los menores hijos de inmigrantes

Berta Rivera^{a,*}, Bruno Casal^b y Luis Currais^c^a Departamento de Economía Aplicada, Universidade da Coruña, A Coruña, España^b Universidade da Coruña, A Coruña, España^c Departamento de Análisis Económico, Universidade da Coruña, A Coruña, España

INFORMACIÓN DEL ARTÍCULO

Historia del artículo:

Recibido el 8 de junio de 2009

Aceptado el 19 de septiembre de 2009

On-line el 20 de noviembre de 2009

Palabras clave:

Menores inmigrantes

Estado de salud

Utilización de servicios sanitarios

RESUMEN

Objetivo: Aportar evidencia empírica que analice si la condición de hijo de padres inmigrantes es una fuente de variación en el estado de salud de los menores y en la frecuentación de los servicios destinados a su mejora.

Método: El análisis se ha realizado a partir de la muestra de menores de la Encuesta de Salud Catalana del año 2006. La modelización del estado de salud y la frecuentación de los servicios sanitarios se ha desarrollado según la especificación de diferentes modelos probabilísticos.

Resultados: Los resultados indican que los hijos de padres inmigrantes presentan, significativamente, menos trastornos crónicos, mientras que el estado de salud percibido, según la autovaloración de sus padres o de la persona responsable, es peor si ambos progenitores pertenecen a este colectivo. Por lo que respecta a la utilización del sistema sanitario, se observan diferencias significativas en cuanto a la frecuentación de diferentes servicios.

Conclusiones: Los análisis desarrollados indican que el origen de los padres determina diferente grado de frecuentación de los distintos niveles de nuestro sistema sanitario. Si bien no podemos hablar de un patrón generalizado de una mayor o menor utilización del sistema en su conjunto, sí se aprecian diferencias en cuanto al número de visitas al especialista y el número de ingresos. En cuanto al estado de salud, la declaración del estado percibido de salud del menor está influenciada por las condiciones socioeconómicas de la familia inmigrante, hecho que probablemente condicione los resultados obtenidos.

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

Health status and health services' utilization among immigrant children

ABSTRACT

Keywords:

Immigrant children

Health status

Health services' utilization

Objective: To provide empirical evidence to assess whether having immigrant parents is a source of variation in health status and in health services' utilization among children.

Method: The analysis was based on the sample of children from the Catalan Health Survey, 2006. Modelling of health status and use of health services was developed from the specification of distinct probabilistic models.

Results: The results indicate that the children of immigrants had a significantly fewer chronic diseases, while perceived health status, according to the self-evaluation of the parents or responsible person, was worse if both parents belonged to this group. Significant differences were found in the utilization of distinct health services.

Conclusions: The analyses developed suggest that parental origin leads to differences in the utilization of the various levels of the Spanish health system. While no widespread pattern of increased or decreased utilization of the whole system was identified, differences were found in the number of specialist visits and admissions. Statements of the child's perceived health status were influenced by immigrant families' socioeconomic conditions, which probably affected outcomes.

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

Introducción

España se ha convertido en un país receptor de importantes flujos migratorios. La legislación vigente reconoce a todos los extranjeros inscritos en el padrón el derecho a la asistencia sanitaria en las mismas condiciones que los españoles. Incluso para aquellas personas no empadronadas, la ley estipula prestaciones de asistencia sanitaria en situaciones de urgencia, en caso de enfermedad grave o accidente, a los menores de 18 años y a las

extranjeras embarazadas durante el embarazo, el parto y el posparto.

La estructura demográfica de la población inmigrante determina la existencia de diferencias en estados de salud y en patrones de consumo de servicios destinados a su mejora, si la comparamos con la población nacional. En cuanto a la demanda de asistencia sanitaria relacionada con la salud materno-infantil, más del 14% del total de los nacimientos ocurridos en España durante el año 2007 son de padre y madre de origen extranjero, y la población extranjera menor de 15 años se sitúa en ese mismo año en casi un 10% del total de la población empadronada.

La literatura que aborda el tema del estado de salud comparado del menor inmigrante no es del todo concluyente. Capps et al¹

* Autor para correspondencia.

Correo electrónico: berta@udc.es (B. Rivera).

hallan que los padres inmigrantes muestran una probabilidad mayor de declarar peores estados de salud para sus hijos que los autóctonos. En el estudio de Kobayashi et al², los niños inmigrantes disfrutaban, por lo general, de mejor salud que los nacionales. Por su parte, Ahmed³ no encuentra diferencias significativas en el estado de salud comparado entre niños de familias inmigrantes y autóctonas.

Respecto al acceso y la utilización de recursos sanitarios, numerosos estudios encuentran que la condición de niño inmigrante reduce el acceso⁴, pues éste se ve limitado por el grado de conocimiento y comprensión que tengan los padres sobre las necesidades de cuidados y los recursos existentes para su cobertura, debido en parte a la existencia de barreras culturales⁵⁻⁷.

Los recursos y oportunidades de las familias inmigrantes en el país de origen y en el de acogida determinarán parte de la trayectoria de salud del menor. Destacamos, entre otros, aspectos

relacionados con el grado de asimilación económica y cultural de la familia, el nivel de educación, la situación laboral, y la disponibilidad y acceso a los recursos dedicados al cuidado de la salud. En términos de estado de salud, la selección de padres e hijos está relacionada positivamente³⁻⁸.

El presente artículo pretende realizar un análisis del estado de salud y de la utilización de recursos sanitarios de los menores cuyos progenitores son extranjeros, con el objetivo de determinar si hay diferencias, respecto al resto de los menores, que vengan determinadas por la condición del origen de sus padres.

Métodos y datos

El análisis empírico se ha realizado a partir de la muestra de menores de la Encuesta de Salud Catalana del año 2006⁹. El

Tabla 1
Valores medios y frecuencias

	Ambos padres extranjeros (%)	Otra situación (%)		Ambos padres extranjeros (%)	Otra situación (%)
Sexo (varón)	49,26	51,88	<i>Estado de salud</i>		
Edad	6,98	7,95	Estado de salud		
Madre procede de un país de baja renta	76,85	2,45	Excelente	23,65	28,84
Padre procede de un país de baja renta	96,55	2,25	Muy buena	39,90	43,47
Nace en el extranjero	48,27	1,30	Buena	32,51	24,54
Escolarizado	88,18	97,45	Regular y mala	3,94	2,75
Estudios de la madre			Número de trastornos crónicos		
Sin estudios	27,72	2,61	0	59,11	48,62
Primarios	32,18	37,37	1	26,11	28,44
Secundarios	27,72	36,51	2	4,93	12,07
Universitarios	12,38	23,51	3	6,90	6,66
Ocupación de la madre			4 y más	2,95	4,21
Trabaja	43,35	71,72	Tipo de trastorno crónico		
Parada	4,43	6,63	Alergias	11,33	11,46
Trabajos del hogar	51,23	20,34	Asma	9,36	4,96
Otra situación	0,99	1,30	Bronquitis	8,38	8,77
Estudios del padre			Diabetes	0,00	0,30
Sin estudios	26,13	2,69	Estreñimiento	2,46	3,71
Primarios	35,18	41,07	Otitis	6,41	13,12
Secundarios	27,14	37,06	Infecciones urinarias	0,99	2,50
Universitarios	11,56	19,19	Retraso del crecimiento	0,99	2,15
Ocupación del padre			Epilepsia	0,00	0,45
Trabaja	91,00	93,11	Malformación congénita	0,49	1,85
Parado	4,00	2,72	Deficiencia visual	5,42	13,27
Trabajos del hogar	0,00	0,25	Deficiencia auditiva	0,99	1,30
Otra situación	3,00	3,93	Defecto del habla	0,49	2,90
Problemas de comprensión o expresión	31,53	1,70	Trastorno o retraso mental	1,48	0,70
Correcta habitabilidad y salubridad de la vivienda	87,69	98,60	Trastornos de conducta	3,45	6,65
N	203	1997	Tumores	0,00	0,20
			Convulsiones febriles	2,96	2,25
			Enuresis	9,36	6,46
			<i>Utilización de servicios sanitarios</i>		
			Visitó al especialista (últimos 12 meses)	51,23	68,55
			Visitas a urgencias (últimos 12 meses)		
			0	58,62	61,69
			1	23,65	20,98
			2 y más	17,73	17,33
			Ingresos (últimos 12 meses)		
			0	93,10	96,14
			1 o más	6,90	3,86
			N	203	1997

Tabla 2
Modelos de estados de salud y frecuentación de servicios

	Probit ordenado estado de salud		Probit nº trastornos crónicos		Probit visitas especialista		Negbin 2 ingresos		Negbin 2 urgencias	
	Coef.	EE	Coef.	EE	Coef.	EE	Coef.	EE	Coef.	EE
Sexo (1 = niño)	0,0342	0,047	0,1868 ^a	0,0543	0,0814	0,0590	0,2673	0,2236	0,0735	0,0739
Edad	-0,0977 ^a	0,0308	0,0229	0,0358	0,3951 ^a	0,0388	-0,0819	0,1453	-0,2119 ^a	0,0470
Edad 2	0,4821 ^b	0,1877	-0,0381	0,2177	-1,8653 ^a	0,2368	-0,1435	0,9400	0,7626 ^a	0,2944
Padres extranjeros (1 = ambos padres extranjeros)	0,1642 ^b	0,0836	-0,2909 ^a	0,098	-0,2040 ^c	0,1120	0,8033 ^b	0,3288	0,1559	0,1413
Escolarizado	0,3936 ^a	0,1439	-0,0278	0,1663	-0,0792	0,1805	-0,4468	0,4565	0,1546	0,2043
Estudios del madre (1 = sin estudios o primarios)	0,1263 ^b	0,0571	-0,0785	0,0663	-0,2257 ^a	0,0720	0,2302	0,2656	0,1316	0,0888
Ocupación de la madre (1 = en el mercado laboral)	0,0007	0,0534	-0,0756	0,062	0,0635	0,0667	-0,3829	0,2393	-0,0130	0,0842
Estudios del padre (1 = sin estudios o primarios)	0,1155 ^b	0,0551	0,1681 ^a	0,064	0,0211	0,0695	0,2065	0,2622	0,1015	0,0859
Ocupación del padre (1 = en el mercado laboral)	-0,0033	0,0056	0,007	0,007	0,0254	0,0364	-0,4083	0,3844	-0,0044	0,0096
Cobertura (1 = cobertura privada del menor)	-0,1003 ^c	0,0515	0,0616	0,0594	0,1290 ^b	0,0650	0,0953	0,2490	0,1696 ^b	0,0809
Estado de salud (1 = salud excelente, muy buena y buena)					-0,9359 ^a	0,2132	-2,1558 ^a	0,3317	-1,3934 ^a	0,1788
Comprensión (1 = ningún problema de comprensión o expresión)					0,3131 ^b	0,1562	1,2295 ^b	0,6042	0,5265 ^b	0,2160
Habitabilidad (1 = nivel correcto de habitabilidad en la vivienda)					0,3167	0,1998	-0,3795	0,5645	0,4021	0,2783
Constante			-0,2006	0,1747	-0,8689	0,3504	-0,6804	0,9122	0,8182	0,4049
N	2152		2152		2152		2152		2152	
Pseudo R2	0,0095		0,0122		0,1145		0,0919		0,0388	
/cut 1	-0,4901	0,1523								
/cut 2	0,6731	0,1525								
/cut 3	2,0265	0,1604								
/cut 4	3,1234	0,2329								

EE: error estándar.

^a p < 0,01.

^b p < 0,05.

^c p < 0,10.

cuestionario contiene 146 preguntas que proporcionan información sociodemográfica, comportamientos relacionados con la salud, estados de salud percibidos y utilización de servicios sanitarios de los menores seleccionados. A este cuestionario responden el padre, la madre, el tutor o la persona responsable del niño (en un 74,1% de los casos el cuestionario es contestado por la madre y en un 22,2% por el padre). La entrevista se realiza en el idioma escogido por el entrevistado, aspecto que consideramos importante de cara a facilitar la comprensión de la encuesta, y que posteriormente, en el análisis empírico, se recoge como variable.

En cuanto al origen de los menores, un 5,2% ha nacido en el extranjero. Al margen del lugar de nacimiento del niño, en la presente investigación definimos menor «inmigrante» como aquel menor descendiente de una primera generación que nace fuera de España (los dos progenitores son extranjeros), y su representatividad en la muestra es del 9%.

La tabla 1 recoge los valores medios y las frecuencias del conjunto de variables según el origen de los progenitores.

El estado de salud percibido para el menor es relativamente mejor en la muestra de referencia. En este sentido, la medida de salud percibida es un indicador subjetivo, y puede reflejar la existencia de algunas diferencias en la percepción del estado de salud entre culturas³⁻¹⁰. Respecto al indicador objetivo de salud, el número de trastornos crónicos, la frecuencia relativa de niños que no padecen ningún trastorno es superior en la muestra de menores inmigrantes. Centrándonos en los indicadores de frecuencia y utilización de servicios sanitarios, a excepción del indicador de consultas de especialidad, el resto de los indicadores muestran una ligera mayor utilización de los servicios sanitarios por parte de los menores inmigrantes.

El análisis multivariado que se plantea utiliza diferentes aproximaciones empíricas en función de la naturaleza y la distribución de la variable dependiente analizada. Así, se empleará un modelo *probit* ordenado para el análisis del estado de salud,

modelos *probit* para el análisis de la existencia de trastornos crónicos y si se realizó visita al especialista, y modelos de binomial negativa para analizar ingresos hospitalarios y consultas a urgencias.

Resultados

El objetivo principal de los modelos que se presentan en la tabla 2 es aportar evidencia empírica suficiente que demuestre que la condición de padres inmigrantes es una fuente de variación en el estado de salud y en la frecuentación de los servicios de salud. En los dos modelos de estado de salud, la variable que define el origen de los padres es significativa. Utilizando el indicador de estado percibido de salud, el hecho de que los padres del menor sean extranjeros deriva en una mayor probabilidad de declarar peores estados de salud. Sin embargo, en el modelo de trastornos crónicos, los menores de padres extranjeros presentan una menor probabilidad de padecer al menos un trastorno.

En cuanto a la utilización de recursos sanitarios, el signo negativo de la variable en el modelo de visitas al especialista indica que los hijos de padres inmigrantes tienen una menor probabilidad de visitar al médico especialista. En los modelos de utilización del servicio de urgencias y los ingresos hospitalarios, los resultados muestran que la frecuentación aumenta en los menores de padres inmigrantes.

Discusión

El análisis empírico desarrollado nos proporciona una aproximación válida sobre los estados de salud y la utilización de los servicios de salud, si bien la distribución de la muestra según el origen de los progenitores y la baja representatividad de los

menores inmigrantes deriva en la necesidad de ser cautos con los resultados.

Los resultados obtenidos indican que el origen de los padres determina un diferente grado de utilización de los distintos niveles del sistema. Si bien no podemos hablar de un patrón generalizado de utilización, sí se aprecian diferencias en cuanto al número de visitas al especialista y el número de ingresos. En el primer caso, el nivel de utilización viene determinado de forma negativa si se trata de «menores inmigrantes», mientras que la probabilidad es mayor si la variable analizada es el número de ingresos. En cuanto a la frecuentación del servicio de urgencias, no se aprecian comportamientos significativos respecto a la muestra de niños con alguno de sus padres no inmigrantes. Esta vía de acceso también podría utilizarse como puerta de entrada al sistema y generadora de posteriores ingresos, mientras que en el caso de las consultas al especialista las barreras o dificultades podrían ser mayores por la propia condición de inmigrantes de los padres, y por lo tanto el mayor coste de acudir al sistema. Así, por ejemplo, puede verse cómo la variable «comprensión del idioma» de realización de la encuesta es significativa en cuanto a una mayor declaración de utilización de las tres variables de frecuentación de servicios analizados.

Por lo que respecta al estado de salud, los hijos de ambos padres inmigrantes presentan un número más bajo de trastornos crónicos, pero el estado de salud percibido, según la autovaloración de sus padres o de la persona responsable, es peor si ambos progenitores pertenecen a este colectivo. No debemos olvidar que la declaración del estado percibido de salud del menor está influenciada por las condiciones socioeconómicas de la familia inmigrante. En este punto, por tanto, es de gran importancia la inclusión social de este colectivo, así como la mejora en sus condiciones de vida.

A la vista de estos resultados, cabe plantarse una reflexión sobre la existencia de una mayor prevalencia de factores de riesgo en la población inmigrante y las barreras selectivas con que podrían encontrarse a la hora de acceder a los recursos asistenciales.

Entre algunas de las medidas de política sanitaria que se podrían proponer para favorecer mejoras en el estado de salud de la población inmigrante se encontrarían las dirigidas a aumentar la utilización de servicios de medicina preventiva, y la adaptación de programas de promoción y educación para la salud a las características específicas de esta población. Otro aspecto importante que deben recoger estas medidas es el relacionado con la mejora del conocimiento que tiene el inmigrante respecto a la estructura y el funcionamiento del sistema sanitario. En cuanto a las actuaciones dirigidas a reducir las barreras selectivas, destacan las relacionadas con el desarrollo de habilidades y prácticas en el personal sanitario y administrativo, la potenciación de figuras como la del mediador cultural, y la formación de los profesionales sanitarios como vía para mejorar

la toma de decisiones y la comunicación con el paciente extranjero.

La mejora del conocimiento sobre los estados de salud y el patrón de demanda de atención sanitaria del menor hijo de extranjeros ha de fundamentarse en estadísticas que recojan variables de padres e hijos, y en las que se tenga en cuenta la menor propensión a participar de las familias inmigrantes indocumentadas, así como la necesidad de que posean un tamaño muestral mínimo para poder realizar inferencias y comparaciones entre poblaciones.

Conflicto de intereses

No existe ningún tipo de conflicto de intereses en relación con el artículo remitido.

Financiación

Ninguno de los autores del artículo ha recibido financiación de los US National.

Agradecimientos

Los autores desean agradecer la colaboración de Anna Mompert.

Bibliografía

1. Capps R, Fix M, Ost J, et al. The health and well-being of young children of immigrants. Washington, DC: The Urban Institute; 2005.
2. Kobayashi A, Rosenberg M, Moore E. Healthy immigrant children: a geographic and demographic analysis. Ottawa: Human Resources Development Canada; 1998.
3. Ahmed N. Intergenerational impact of immigrants' selection and assimilation on health outcomes of children. Analytical Studies Branch Research Paper Series, Statistics Canada. Analytical Studies Branch; 2005. Informe técnico N°. 2005247e.
4. Weinick R, Krauss N. Racial/ethnic differences in children's access to care. *Am J Public Health*. 2000;90:1771-4.
5. Pourat N, Wallace S, Brown ER, et al. Health care use by immigrant children and children of immigrant families. Libro de Ponencias del 20th Annual Research Meeting; 27 y 29 de junio; Nashville: Academy Health; 2003.
6. Yu SM, Huang ZJ, Schwalberg RH, et al. Parental awareness of health and community resources among US immigrant families. *Maternal Child Health Journal*. 2005;9:27-34.
7. Zhihuan J, Stella MY, Ledsky R. Health status and health service access and use among children in US immigrant families. *Am J Public Health*. 2006;96:634-40.
8. Green DA. Immigrant occupational attainment: assimilation and mobility over time. *Journal of Labour Economics*. 1999;17:49-79.
9. Departament de Salut. Enquesta de salut de Catalunya 2006. Barcelona: Departament de Salut, Generalitat de Catalunya; 2006.
10. Laroche M. Health status and health services utilization of Canada's immigrant and non-immigrant populations. *Canadian Public Policy*. 2000;26:51-75.