

Brecha de uso de la atención sanitaria entre la población autóctona e inmigrante en España

Healthcare Use Disparity Between the Immigrant and Native Population in Spain

Jorge Suárez Muñoz

Universidad de Granada

E-mail: jorgesuarez@ugr.es

ORCID: <https://orcid.org/0000-0002-6215-2064>



Autor

El objetivo de este trabajo es analizar el grado en que las posibilidades de acceso a los servicios sanitarios de España están limitadas de forma diferencial para la población inmigrante, según su origen, respecto a los autóctonos. Para ello, se han utilizado microdatos del Instituto Nacional de Estadística provenientes de la Encuesta de Condiciones de Vida de 2017, analizando las visitas a médicos de familia, especialistas y dentistas, en los últimos 12 meses, para grupos poblacionales de distinto origen migratorio y controlando por otras características socio-demográficas y de estado de salud. Mediante modelos de regresión logística, la investigación muestra que, aún tras controlar estas variables, la población inmigrante de países no pertenecientes a la UE-28 en España sigue sufriendo una brecha de acceso a algunos de estos servicios sanitarios con respecto al resto de la sociedad española, especialmente determinado por el estatus legal según la nacionalidad que ostenten.



Resumen

The aim of this paper is to analyse the degree to which the possibilities of accessing healthcare services in Spain are differently restricted for the immigrant population according to their origin in comparison to natives. For that purpose, microdata from the National Statistics Institute's Survey on Life Conditions 2017 has been used, analysing the visits to general practitioners, specialists, and dentists in the past 12 months for groups of different migratory origins and controlling for other sociodemographic and health characteristics. By means of logistic regression models, this investigation shows that, even after controlling for these variables, the non-EU-28 immigrant population in Spain continues to suffer a disparity in the access to these healthcare services among the greater Spanish society, especially determined by the legal status depending on the citizenship that they hold.

Salud; atención sanitaria; inmigración; desigualdad; integración

Health; healthcare; immigration; inequality; integration



Key words

Recibido: 06/04/2022. Aceptado: 03/10/2022



Fechas

1. Introducción

La presente investigación se enmarca en el reciente contexto social español en relación con la población inmigrante y el uso de los servicios sanitarios por parte de esta. Como ya es bien conocido, la dinámica migratoria de España desde finales del siglo XX ha dado paso a una sociedad receptora de inmigración que se caracteriza, además, por una importante velocidad, magnitud, diversidad y constancia de la llegada de personas de origen extranjero (Arango y Aja, 2006; Cebolla y González-Ferrer, 2008; Miyar, 2020), con una gran heterogeneidad de orígenes que conviven con motivaciones para la inmigración muy variables (económicas, familiares, de refugio, de calidad de vida en la jubilación, etc.). Así, la población inmigrante alcanzó el 15,2% de la población total de España en 2020. Esto representa más de 7 millones de personas, según datos del Instituto Nacional de Estadística (INE).

Por otro lado, el sistema sanitario español, dentro de sus similitudes con los de otros países europeos, cuenta con ciertas características que resultan particulares. Es posible señalar los años 80 como el momento en que se comienza a consolidar el estado de bienestar en el país, consiguiendo, estableciéndose un cierto inicio del sistema sanitario contemporáneo, en esta época (Guillén Rodríguez y Rodríguez Cabrero, 2015). Desde ahí, la literatura especializada ha debatido extensamente sobre las relaciones existentes entre la inmigración y el estado del bienestar (Muñoz de Bustillo y Grande, 2017).

A finales de la década de los 90 y principios de los 2000, a la par que la población inmigrante aumentaba en España, el sistema sanitario español mantenía un acceso universal a los recursos de atención primaria y especializada, lo que cambió tras la reforma que en 2012 llevó a cabo el Gobierno. El decreto ley 16/2012, de 20 de abril, transformó el sistema sanitario universal al de un sistema de asegurados (Jefatura del Estado de España, 2012). Esta acción era coherente con las medidas de austeridad que tras la crisis de 2008 se aplicaron tanto en nuestro país como en otros países europeos, y se justificaba el cambio en pos de la “sostenibilidad del Sistema Sanitario Español” (Ib.).

De forma resumida, la cobertura de la asistencia sanitaria pública, a todos los niveles, se reserva para quienes ostenten el estatus de asegurado, que fundamentalmente comprende a: población trabajadora, pensionista, desempleada, cónyuges de asegurados o residentes con permisos vigentes. Por consiguiente, la población inmigrante sin permiso de residencia quedaba legalmente excluida de la cobertura sanitaria, con 3 excepciones: asistencia al embarazo, parto y posparto; asistencia a urgencias por enfermedad grave o accidente; y cualquier tipo de asistencia a menores. Estos últimos en igualdad de condiciones con respecto a cualquier ciudadano español (Ib.).

Visto este marco legal, se puede decir que, a efectos prácticos, tras la reforma de 2012 la población inmigrante sin permiso de residencia no contaba con cobertura sanitaria para atención primaria, secundaria y de prevención (excepto servicios de urgencias). A este respecto, Sánchez-Recio y otros (2020) demostraron que el uso de la atención primaria y especializada, en España, para toda la población aumentó notablemente en los años previos a la crisis económica, mientras que se estancó e incluso se redujo en los años posteriores. Ronda y otros (2020) mostraron que dicha evolución fue similar para nativos e inmigrantes entre 2009 y 2014. Esta situación volvió a cambiar en 2018 mediante el decreto ley 7/2018, de 27 de julio, regresando parcialmente a un sistema sanitario de acceso universal y eliminando la condición de estatus de asegurado (Jefatura del Estado de España, 2018). Sin embargo, para el presente trabajo se han empleado datos de 2017, por tanto, estando aún vigente la reforma de 2012, cuya elección

se ha preferido a fin de mantener el análisis en un contexto político y legal consolidado, así como debido a una información más precisa por contar con un módulo específico de salud que no se encuentra en cuestionarios de otros años de la ECV.

De este modo, se puede ver que el contexto social e histórico en el que se enmarca la investigación cumple diversas características que hacen pertinente y valioso el estudio del nivel de acceso de la población inmigrante al sistema sanitario español. Desde la perspectiva más general para la realidad migratoria española, el año de estudio, se sitúa a una cierta distancia temporal tras el comienzo de la estabilización de la velocidad de crecimiento de la población inmigrante. Además, cuenta con suficiente margen para poder comparar diferentes colectivos de población inmigrante que han residido durante una cantidad variable de años en el país. Esto, como se verá a lo largo del trabajo, permite enfocar el análisis de la brecha de uso de los servicios sanitarios en torno al papel que tiene la integración en este ámbito. A esto se suma una importante característica del contexto económico y político del momento, marcado por el período de recuperación económica tras una larga crisis, que conllevó medidas de austeridad en el sistema sanitario como la señalada en 2012.

Por todo esto, la investigación aquí presentada aporta un análisis de la realidad de la población inmigrante en un momento histórico en que confluyen diversas realidades sociales, las cuales pueden afectar enormemente a las posibilidades de acceso de estas personas a servicios de bienestar cruciales como la sanidad, así como al modo en que se enfocan los esfuerzos por reducir las desigualdades y sus consecuentes necesidades de integración. Como se ha visto, las políticas de cobertura sanitaria aluden a la condición de no nacional para exigir el cumplimiento de otras características complementarias que generan distinciones entre la propia población inmigrante. De este modo, mediante esta investigación también se pretende ofrecer un análisis detallado de la situación que permita repensar el modo en que dichas políticas están afectando a esta población.

Tras esta introducción, se presenta en primer lugar cuál es la situación actual del uso de los servicios sanitarios para la población inmigrante en España y sus particularidades y diferencias con respecto a la población autóctona. A continuación, se presentan dos teorías que vertebran tanto el diseño de la investigación, como las posibilidades interpretativas de los resultados. Asimismo, en los apartados posteriores se expone la metodología empleada para el análisis cuantitativo de los datos y los resultados obtenidos al llevarla a cabo. El trabajo finaliza con una interpretación de los resultados a la luz de la teoría presentada al comienzo, buscando, así, identificar las características de la brecha de uso en los servicios sanitarios entre población inmigrante y autóctona, así como una exposición de limitaciones y posibilidades de investigación posteriores.

2. Marco de referencia e hipótesis de trabajo

El uso de los servicios sanitarios en España ha tenido una notable variación a lo largo de las últimas décadas. Desde comienzos de siglo hasta la actualidad, la utilización tanto de los servicios de atención primaria como especializada se ha casi duplicado para ambos sexos, manteniéndose de forma bastante constante la brecha que sitúa consistentemente a las mujeres, como usuarias más frecuentes de los servicios médicos (Sánchez-Recio et al., 2020). Esta brecha ya ha sido estudiada y explicada en trabajos anteriores, especialmente a partir de la mayor toma de roles de cuidados por parte de la población femenina y unos roles culturales de masculini-

dad con mayores prejuicios hacia recibir atención médica (Courtenay, 2000; Soto-Gordoa et al., 2019).

Otras variables sociodemográficas tan relevantes para analizar los determinantes del uso de servicios sanitarios, como la edad o la clase social, tienen una distribución notablemente dispar cuando se compara la población nativa y la inmigrante. Así, mientras que la edad media de la población con nacionalidad española se situó en el año 2020 en los 44,5 años, para el resto baja hasta los 36,2 años, según los datos del Padrón Municipal del INE. Esta diferencia de edad, junto a un proceso de selección característico del proceso de migración seguido por las personas que llegan a muchos países desarrollados como España, se señala como la causa de la llamada “paradoja del inmigrante sano”. Según esta, se puede constatar de forma bastante generalizada que la población inmigrante que llega a países desarrollados, como los de Europa occidental, tiende a mostrar un mejor estado de salud que la población nativa (Maskileyson et al., 2019; Martínez et al., 2015). Estas constataciones se colocarían frente a las tesis de interseccionalidad que postulan desventajas superpuestas que perjudicarían a esta población (diferencias culturales, racismo, menores recursos económicos, sexismo, etc.) (Viruell-Fuentes et al., 2012; Ford y Airhihenbuwa, 2010; Kelly, 2009). No obstante, esta paradoja se reduce sustancialmente cuando se controlan adecuadamente las diferencias sociodemográficas que generan este efecto, y tiende a desaparecer a medida que aumentan los años de residencia o en las segundas y terceras generaciones (Aparicio y Portes, 2014). Es decir, que la causa de que se constate un mejor estado de salud general en una población que acumula factores sociodemográficos que deberían perjudicar dicho estado consiste en una serie de procesos de selección positiva, a modo de filtro, que caracterizan los tipos de migraciones que ocurren en numerosos países desarrollados, entre ellos España (Gimeno-Feliu et al., 2015).

En el contexto español, la literatura muestra, de forma generalizada y consistente, un menor uso de atención primaria y especializada por parte de las personas de origen extranjero en comparación con las autóctonas. Antón y Muñoz de Bustillo (2010) demostraron que no hay diferencias estadísticamente significativas en los patrones de visitas a atención primaria entre inmigrantes y nativos, en España. Sin embargo, según el estudio de estos autores, los inmigrantes cuentan con menor acceso a especialistas y acuden a los servicios de urgencias con mayor frecuencia que los autóctonos. Asimismo, la composición de la población inmigrante en España juega un papel relevante sobre el tipo de uso de los servicios que se realiza, encontrando que, por ejemplo, la población de origen latinoamericano, mayoritaria entre la población inmigrante residente, tiende a acudir con mayor frecuencia a los servicios de urgencia que la población nativa, pero en menor medida a atención primaria y especializada (Regidor et al., 2009). Además, se ha comprobado cómo la mejor salud general de las personas inmigrantes a su llegada, en línea con la antes nombrada paradoja, converge progresivamente con la salud de la población nativa a medida que aumenta el tiempo de residencia en el territorio español (Rivera et al., 2013).

Algunas investigaciones apuntan a una explicación por selección positiva de la población que emigra (Martínez et al., 2015), mientras que otras explicaciones complementarias apuntan al efecto retorno de la población inmigrante con peor estado de salud (Lu y Qin, 2014; Arenas et al., 2015). En cualquier caso, las investigaciones sí demuestran que existe una clara diferencia en el estado de salud de la población inmigrante y la nativa, y que el tiempo de residencia influye positivamente en la reducción de esta brecha (Gimeno-Feliu et al., 2015), en consonancia con lo planteado por las teorías de la asimilación que se explican más abajo. Estas dinámicas sociales, de distinción inicial y paulatina convergencia entre la población inmigrante y nativa

en el estado de salud, conectan directamente con el objeto del presente estudio: el uso de los servicios de atención sanitaria en España. Así, el objetivo de esta investigación es identificar el modo en que la condición de inmigrante es un factor relevante en la brecha de uso, atendiendo especialmente a las diferencias que se puedan encontrar con respecto a la población inmigrante con diferente estatus legal.

Para ello, la presente investigación se apoya sobre dos teorías orientadas a explicar las diferencias observadas entre la población nativa e inmigrante en distintos ámbitos sociales, entre ellos el estado de salud. Por un lado, este trabajo se apoya sobre la teoría de la segregación, para rendir cuentas de las diferencias iniciales y de las razones por las que dichas diferencias no se diluyen fácilmente, sino que pueden llegar a persistir. Por otro lado, también se emplean las teorías de la asimilación y del capital humano, para poder atender a las dinámicas de convergencia con la población nativa, de modo que, aun existiendo estas diferencias, se puede apreciar una cierta homogeneización a medida que aumenta el tiempo de estancia de las personas inmigrantes.

En primer lugar, la teoría de la asimilación deriva de las teorías del capital humano, que desde los años 50 y 60, se formularon en el seno de la Escuela de Chicago por autores como Theodore Schultz (1971) o Gary Becker (1971, 1975). En sus inicios, tanto esta teoría como la teoría de la segmentación se orientaron fundamentalmente a la explicación de las diferencias y brechas en los mercados de trabajo y las explicaciones al respecto de las dinámicas de desigualdad existentes (Rosen, 1972; Sicherman y Galor, 1990).

Si bien estas tesis de investigación han seguido empleándose en la actualidad para el estudio de las dinámicas de desigualdad en los mercados de trabajo (Muñoz-Comet, 2014), también se abrieron su lugar en otros ámbitos de la realidad social, como es el caso del acceso a servicios de bienestar por parte de la población inmigrante (Antón y Muñoz de Bustillo, 2010; Leal, 2014). Así, la teoría de la asimilación ofrece una explicación del fenómeno de convergencia, basada en el capital humano diferencial entre la población inmigrante y la nativa. Según esta explicación, la población inmigrante recién llegada cuenta con un capital humano menos adaptado a la realidad sociocultural del país, lo cual genera una desventaja inicial. Sin embargo, esta tiende a desaparecer a medida que aumenta el tiempo de residencia hasta llegar a asimilarse a la población nativa tras el suficiente margen temporal (Gordon, 1964; Rumbaut, 1997). Además, la capacidad de transferibilidad de capital humano está influida por el país de origen de la persona inmigrante y el contexto social previo, por lo que el tiempo necesario sería relativo a sus posibilidades de transferir dicho capital humano.

En su aplicación sobre el uso de servicios sanitarios, esta teoría permite estudiar si la brecha de acceso a estos, además de por los efectos de mejor salud, se mantiene tras controlar los factores sociodemográficos y de estado de salud de la población inmigrante, así como si esta brecha se diluye para la población con mayor nivel de integración. Es decir, de encontrar una diferencia en la propia población inmigrante según el nivel de integración alcanzado. Se podría argumentar mediante esta teoría que la población inmigrante acaba por adoptar unos hábitos y comportamientos similares con respecto a los servicios sanitarios, venciendo así los obstáculos socioculturales que pudiesen encontrar a su comienzo; como se ve en el estudio de Román-López y otros (2015), quienes analizaron las barreras idiomáticas y comunicativas en el acceso a servicios, demostrando con el tiempo también tienden a reducirse.

Por su parte, la teoría de la segmentación se opone en cierta manera a la de asimilación. Mientras que esta última explicaba la convergencia de la población inmigrante y nativa en términos de la progresiva adquisición de capital humano, conforme avanza el tiempo de estancia en la

sociedad de acogida, para vencer la inicial desigualdad, la teoría de la segmentación mantiene que ciertas brechas persisten aún tras alcanzar capitales humanos similares (Piore, 1983; Reid y Rubin, 2003). Desde este enfoque, el punto de mira en nuestro estudio se ubicaría en el análisis comparativo del uso de servicios sanitarios por parte de la población inmigrante con y sin nacionalidad española. Como se había señalado, el efecto del inmigrante sano por sí solo no es suficiente para explicar la diferente relación de la población inmigrante con los servicios sanitarios, pues controlar por variables de estado de salud reduce la brecha, pero no la hace desaparecer en todos los casos (Carrasco-Garrido et al., 2009).

Así, desde la teoría de la segmentación se atiende a esta distinta ubicación de cada grupo según su origen migratorio, debido a los determinantes sociales de la salud que afectan diferencialmente a cada grupo. Cabe hacer mención, en este punto, al contexto legal que se expuso anteriormente y es que, en el momento de estudio en que se sitúa esta investigación, el sistema nacional de salud en España no ofrecía la misma cobertura a todas las personas, sino que dejaba fuera a una parte de la población inmigrante, especialmente la no regularizada. Numerosas investigaciones han demostrado que el estatus legal de la población inmigrante, tanto en países desarrollados como en desarrollo, tiene un impacto decisivo en el grado de protección de salud al que tendrá acceso dicha población (Bollini, 1992; Caulford y Vali, 2006; Rousseau et al., 2008; Carrasco-Garrido et al., 2009; Miklavcic, 2011; Voorend y Sura-Fonseca, 2019). En dichos estudios se encuentra que la población inmigrante no regularizada o con un estatus legal que le otorga menores posibilidades de acceso a la atención sanitaria tiene un nivel de desprotección mucho mayor que la población nativa y la inmigrante sí regularizada. En este trabajo también se busca localizar las dinámicas de segmentación que la población inmigrante sufre a partir de la situación legal con la que cuentan en el territorio español.

No obstante, aunque las dos teorías expuestas se opongan en cierto modo entre sí, para el presente estudio se emplean ambas de forma complementaria para establecer las hipótesis de investigación. Por un lado, desde la teoría de la asimilación, se trabaja con la hipótesis de que el proceso de integración en el territorio nacional actúa a favor de que la población inmigrante converja progresivamente con la población nativa en el uso de los servicios sanitarios. En este trabajo, esta hipótesis será contrastada tomando la adquisición de la nacionalidad española como variable. La adquisición de la nacionalidad española está atada a requisitos de residencia continuada e ininterrumpida (Elósegui Itxaso, 2008), por lo que se comporta, conforme a la teoría de la asimilación, como un *proxy* del éxito de adaptación del capital humano al contexto español. Asimismo, también se ha establecido la hipótesis de que los controles de variables sociodemográficas como el nivel educativo, la ocupación laboral o la renta afectarán positivamente a la reducción de la brecha, por la misma lógica de la asimilación.

Por su parte, a partir de la teoría de la segmentación se trabaja con la hipótesis de que las personas de origen inmigrante que cuentan con nacionalidad española o de otro país de la Unión Europea mostrarán un uso de los servicios sanitarios más cercano al de las personas nativas. Del mismo modo, se espera que, aun tras haber controlado las variables sociodemográficas y de estado de salud, se mantendrán diferencias que no son salvables de forma completa por la asimilación por sí sola.

3. Metodología

La presente investigación se basa en el análisis multivariante de los datos obtenidos a partir de la Encuesta de Condiciones de Vida (ECV) de 2017 del INE. La ECV es una encuesta basada

en criterios armonizados para todos los países de la Unión Europea, formando parte de la *European Union Statistics on Income and Living Conditions* (EU-SILC), que recopila microdatos transversales y longitudinales multidimensionales sobre ingresos, pobreza, exclusión social y condiciones de vida. Esta encuesta está dividida en dos cuestionarios con diferentes ámbitos: individuos y hogares. El cuestionario de hogares recoge 13 740 respuestas para hogares. A los miembros de los hogares encuestados se les realizó, adicionalmente, el cuestionario individual, alcanzando así las 34 911 respuestas para este último.

No obstante, para el posterior análisis se han seleccionado solo los individuos de ambos sexos que tuviesen entre 18 y 65 años (ambas edades incluidas) en el momento de la encuesta. La decisión de esta selección por edades se justifica por el hecho de que en esta franja es donde se concentra la población inmigrante y donde tiene mayor impacto la desigualdad en el acceso a los servicios sanitarios, por la confluencia con la etapa activa y las dinámicas del mercado de trabajo y la menor prevalencia de enfermedades crónicas. Por tanto, conviene no incluir en el análisis a los grupos de edad más envejecidos o jóvenes, entre los que además la población inmigrante es menos representativa o tiene rasgos singulares. Por consiguiente, la muestra final empleada en la investigación es de 20 717 casos.

3.1. Elección y construcción de variables

En primer lugar, del cuestionario de individuos se han tomado las que constituyen las variables dependientes referidas al uso de servicios sanitarios: visitas al médico de familia, al médico especialista y al dentista. Las preguntas correspondientes en el cuestionario preguntan acerca de si la persona entrevistada ha visitado a cada uno de estos tres tipos de especialistas de la salud en los 12 meses anteriores al momento de ser encuestada. Si bien la ECV recoge también el número de visitas realizadas, para esta investigación se ha recodificado estas variables en dicotómicas: no ha visitado o ha visitado al menos una vez. Para la muestra global que se emplea en el análisis, el 75,59% de los individuos ha acudido al médico de familia en los 12 meses anteriores, el 47,21% al especialista y el 49,24% al dentista.

En cuanto al origen inmigrante, esta constituye la variable independiente fundamental de la investigación, a fin de poder contrastar la influencia que ejerce este estatus en el uso de los servicios sanitarios. Para ello, inicialmente se ha tomado la clasificación en 3 regiones, que se pregunta en el propio cuestionario, según país de nacimiento: España, país extranjero de la UE-28 o país extranjero extracomunitario. Desafortunadamente, la ECV no proporciona mayor desagregación por regiones o países de nacimiento, por lo que no es posible contrastar las diferencias entre regiones de origen. Sin embargo, se estimó conveniente la división de las personas nacidas en países extranjeros extracomunitarios en dos subgrupos, según si han adquirido o no la nacionalidad española. Esta distinción se apoya en la idea de que la obtención de la nacionalidad está ligada a requisitos de residencia e integración en el territorio español. Así, las personas de origen extranjero que han obtenido la nacionalidad española constituyen un grupo que ha superado un muy exigente proceso burocrático con estrictos requisitos, especialmente en España, que se encuentra por encima de los niveles de exigencia de otros países europeos (Pinyol-Jiménez y Sánchez-Montijano, 2014).

De este modo, la variable de origen inmigrante cuenta finalmente con cuatro categorías de análisis: nativos, inmigrantes provenientes de la UE-28¹, inmigrantes del resto de países con nacionalidad española e inmigrantes del resto de países sin nacionalidad española. La población inmigrante representa el 14,37% de la muestra. Si se desagrega la población inmigrante en las tres categorías distinguidas anteriormente, se encuentra que, respecto al total de la muestra: el 3,78% proviene de países de la UE-28; el 4,6% son personas provenientes de países extracomunitarios, pero que ostentan la nacionalidad española; y el 5,99% de países extracomunitarios, sin tener la nacionalidad española.

Por último, se han tomado diversas variables que permitan controlar los efectos sobre las variables dependientes. Estas variables de control se han agrupado en dos categorías: variables sociodemográficas y variables de estado de salud. En primer lugar, el bloque de variables sociodemográficas comprende: sexo, nivel de estudios, ocupación laboral, renta del hogar por unidades de consumo, tamaño de la localidad de residencia (predefinida en el cuestionario en 3 categorías: poco poblada, media y muy poblada), edad y percepción de alguna transferencia social (dicotómica sí/no). En segundo lugar, otras dos variables relativas al estado de salud de cada individuo: autopercepción de salud en escala Likert 1-5, donde 1 es muy mala salud y 5 es muy buena salud, además de la variable sobre contar con un diagnóstico de enfermedad crónica (dicotómica sí/no). En la tabla 1 se puede observar la distribución de la muestra para cada una de estas variables.

Asimismo, cabe señalar que una de las ventajas de la ECV de 2017 es que completa sus datos relativos a ingresos y prestaciones sociales de forma directa con registros administrativos por parte de las diferentes agencias tributarias estatales y de cada Comunidad Autónoma. En los microdatos publicados por el INE, esta información está referida a la renta por hogares, no para cada individuo. Por tanto, para los propósitos de este trabajo, se ha construido una variable específica de renta por unidades de consumo para cada individuo. Las unidades de consumo están calculadas a partir de la escala OCDE modificada².

1 Entre estos también hay diversidad de nacionalidades, si bien la mayoría cuenta con la nacionalidad de países de la UE-28 y no con la española. En cualquier caso, es importante tener en cuenta que la asistencia sanitaria en territorio español está cubierta para este grupo por los acuerdos entre sistemas nacionales de salud de los países miembros de la Unión Europea.

2 Fórmula aplicada:

$$\text{Unidades de consumo} = 1 + 0,5(N^{\circ} \text{ mayores } 13 \text{ años} - 1) + 0,3(N^{\circ} \text{ miembros hogar} - N^{\circ} \text{ mayores } 13 \text{ años})$$

Tabla 1. Análisis descriptivo de las variables de control

		% o media*	N
Variabes sociodemográficas	Sexo: Hombre	50,03	10 190
	Sexo: Mujer	49,97	10 527
	Nivel educativo: Primaria o menor	11,82	2620
	Nivel educativo: Secundaria 1.ª etapa	27,24	5731
	Nivel educativo: Secundaria 2.ª etapa + FP	26,56	5395
	Nivel educativo: Estudios superiores	34,37	6 971
	Desempleado	16,30	3208
	Asalariado indefinido	38,61	7870
	Asalariado temporal	14,06	2688
	Trabajador por cuenta propia	9,32	1956
	Inactivos	21,71	4995
	Renta por unidades de consumo (media)	16 888,87	20 717
	Localidad poco poblada	25,42	5482
	Localidad mediana	22,63	4698
	Localidad muy poblada	51,95	10 537
	Edad (media)	43,00	20 717
	Recibe transferencias sociales	47,39	9883
Variabes de estado de salud	Tiene diagnóstico de enfermedad crónica	21,39	4650
	Autopercepción de salud: muy buena	22,76	4483
	Autopercepción de salud: buena	60,03	12 486
	Autopercepción de salud: regular	13,78	2946
	Autopercepción de salud: mala	2,83	655
	Autopercepción de salud: muy mala	0,60	147
	N		20 717

Nota: Para el cálculo de porcentajes y medias se ha aplicado la ponderación de individuos incluida en la ECV 2017.

Fuente: Elaboración propia a partir de microdatos de la ECV 2017 (INE)

3.2. Análisis

Para el análisis de los datos mencionados se ha empleado el *software* de análisis cuantitativo de datos Stata 14, mediante el cual se han realizado las tablas de contingencia con la prueba de chi cuadrado de Pearson para analizar la independencia de las observaciones entre los distintos grupos nacionales analizados, así como los modelos de regresión logística y el cálculo de los efectos marginales (*margins*).

Primero, mediante las tablas de contingencia y las correspondientes pruebas de independencia de chi cuadrado, se busca analizar de forma preliminar si existe una brecha significativa en el

uso que cada grupo de diferente origen extranjero hace de los servicios sanitarios analizados. De este modo, este análisis descriptivo, que aún no atiende a los controles de variables socioeconómicas y de estado de salud que se realizan posteriormente, ofrece la visión bruta de las diferencias entre estos grupos poblacionales.

A continuación, se acometen los tres modelos de regresión logística que vertebran el análisis de este trabajo. Para cada una de las tres variables dependientes (haber visitado al médico de familia, especialista y dentista) se calculan cuatro modelos *probit* que comparan la variación de la significatividad de la variable independiente del origen migrante. El primer modelo para cada variable dependiente toma solo la variable independiente, en el segundo se añaden las variables de control de estado de salud, en el tercero se cuentan solo las variables de control sociodemográficas junto a la independiente y, finalmente, el cuarto modelo toma todos los grupos de variables. Para cada caso se han estimado los coeficientes beta y su significatividad; el pseudo R cuadrado y el criterio de información bayesiano (BIC), para la comparación del ajuste de los diferentes modelos.

A partir de dichos modelos, se busca encontrar el modo en que la variable independiente de origen extranjero actúa como determinante en la brecha de uso de los servicios sanitarios que se analizan. De este modo, la variación de la significatividad de esta variable en los distintos modelos, a medida que se incluyen los controles por otras variables, permitirá interpretar si los efectos del origen migratorio del individuo permanecen siendo determinantes, aun cuando se iguale su situación en otros aspectos socioeconómicos y de salud.

Para complementar los resultados de los modelos de regresión logística, se han calculado los efectos marginales basados en este análisis de regresión. El objetivo de ello es ofrecer una visión lo más sintética y clara posible de la brecha de uso y su evolución tras el control de variables realizado en los distintos modelos.

4. Resultados

A continuación, se presentan los resultados que se han obtenido en el empleo de los dos tipos de estrategias de análisis que se han mencionado.

4.1. Análisis descriptivo

Para comenzar, mediante el análisis con tablas de contingencia, se observa una preliminar brecha de uso de servicios de salud entre los distintos grupos de la variable independiente de origen migratorio. Estos resultados se pueden observar en la tabla 2, donde se percibe una cierta tendencia a un menor uso de los tres tipos de servicios médicos analizados por parte de la población inmigrante en casi todos los casos.

Tabla 2. Visitas a profesionales de salud según el origen migratorio

		Nativos	Inmigrante UE-28	Inmigrante extracomunitario (con nacionalidad)	Inmigrante extracomunitario (sin nacionalidad)	Total
Médico de familia	No	23,96	26,54	23,30	32,03	24,41
	Sí	76,04	73,46	76,70	67,97	75,59
	Total	100	100	100	100	100
	χ^2	37,05	Sig.	0,000		
Especialista	No	51,90	51,59	56,74	65,30	52,79
	Sí	48,10	48,41	43,26	34,70	47,21
	Total	100	100	100	100	100
	χ^2	77,96	Sig.	0,000		
Dentista	No	49,04	54,39	58,47	71,86	50,76
	Sí	50,96	45,61	41,53	28,14	49,24
	Total	100	100	100	100	100
	χ^2	233,95	Sig.	0,000		
N		18 203	535	927	1052	20 717

Fuente: Elaboración propia a partir de microdatos de la ECV 2017 (INE)

Para la atención primaria, los grupos de nativos e inmigrantes con nacionalidad de países extracomunitarios acuden en similar proporción, mientras que los inmigrantes de la UE-28 acuden ligeramente menos y los extracomunitarios sin nacionalidad acudieron al médico de familia hasta en 8 puntos porcentuales menos que los nativos. A su vez, las visitas a médicos especialistas tienen resultados casi idénticos para nativos e inmigrantes de la UE-28, incrementándose en aproximadamente 5 puntos porcentuales para los inmigrantes extracomunitarios con nacionalidad española y alcanzando los 13 puntos de diferencia para aquellos que no cuentan con la nacionalidad. Por último, las visitas a dentistas tienen una tendencia similar a la de especialistas, salvando que para este caso los inmigrantes de la UE-28 sí acuden menos que los nativos y que la brecha es aún mayor para los inmigrantes del resto de países (9 puntos para los que tienen nacionalidad y hasta casi 22 puntos para los que no la tienen).

Mediante estos resultados se busca identificar la brecha inicial existente entre los distintos grupos de población estudiados para los distintos servicios sanitarios. Como se constata, los resultados de la prueba de chi cuadrado para las tres variables dependientes indican que las diferencias encontradas son significativas.

4.2. Modelos de regresión logística

Los resultados obtenidos en los modelos de regresión logística se pueden observar en las tablas 3a, 3b y 3c. En líneas generales, se puede señalar que, para los tres servicios sanitarios, el peso y la significatividad de la variable de origen migratorio se reduce tras controlar por diferencias sociodemográficas y de estado de salud, así como que en general las diferencias se muestran

mayoritariamente significativas para los grupos de inmigrantes de países no pertenecientes a la UE-28.

En el caso del médico de familia, el modelo que toma las variables de estado de salud muestra un ajuste mejor y reduce en mayor medida el peso del origen migratorio que el que toma las variables sociodemográficas, llegando a perderse la significatividad al 99% en el modelo completo con todas las variables, pero manteniéndose una menor probabilidad de visitas al 95% de confianza para el grupo de inmigrantes de países extracomunitarios sin nacionalidad y apareciendo también para inmigrantes comunitarios. Los modelos iniciales referidos a las visitas al especialista muestran unos resultados similares al anterior. Pero la significatividad desaparece por completo para todos los orígenes migratorios en el modelo con todas las variables de control, teniendo igualmente un mejor ajuste con las variables de control referidas al estado de salud que a las sociodemográficas. En tercer lugar, los modelos referidos a las visitas al dentista cuentan con un comportamiento diferente al resto. En este caso, el mejor ajuste se obtiene mediante el grupo de variables sociodemográficas, alcanzando significatividad máxima, incluso, en las variables de ocupación laboral que no la mostraban en ningún otro caso, teniendo valores superiores que en los otros modelos en sus coeficientes para la variable de renta y perdiendo la significatividad de otras variables como la edad. La brecha de probabilidad de visita al dentista se mantiene significativa en todos los modelos para la muestra de personas inmigrantes de países extracomunitarios, con o sin nacionalidad, aunque la mayor brecha es para los últimos, teniendo a su vez la mayor significatividad posible.

Tabla 3a. Modelos de regresión logística para las variables dependientes de visita al médico de familia

	M1	M2	M3	M4
Origen migratorio (ref.: Nativos)				
Inmigrante UE-28	-0.151	-0.179	-0.141	-0.185*
Inmigrante extracomunitario (con nacionalidad española)	0.014	0.004	0.035	0.009
Inmigrante extracomunitario (sin nacionalidad española)	-0.222***	-0.180**	-0.196**	-0.159*
Diagnóstico de enfermedad crónica		0.556***		0.520***
Autopercepción de salud		-0.340***		-0.307***
Sexo: Hombre				
Sexo: Mujer			0.303***	0.311***
Tamaño del hogar (ref.: 1 miembro)				
2 miembros			-0.077	-0.062
3 miembros			-0.108	-0.089
4 miembros			-0.170**	-0.127*
5 o más miembros			-0.197**	-0.141*
Estudios superados (ref.: Sin estudios o primaria)				
Secundaria 1.ª etapa			-0.027	0.000
Secundaria 2.ª etapa + FP			-0.016	0.041
Estudios superiores			0.001	0.058

	M1	M2	M3	M4
Ocupación laboral (ref.: Desempleados)				
Asalariados con contrato indefinido			-0.056	-0.004
Asalariados con contrato temporal			-0.044	-0.007
Trabajadores por cuenta propia			-0.136*	-0.085
Inactivos			0.095*	0.039
Renta por unidades de consumo				
			-2·10 ⁽⁻⁶⁾	-7·10 ⁽⁻⁷⁾
Tamaño del municipio (ref.: Poco poblado)				
Medianamente poblado			-0.082*	-0.082*
Muy poblado			-0.023*	-0.027
Edad				
			0.014***	0.007***
Recibe alguna transferencia social				
			0.109***	0.051
N	20 717	20 717	20 717	20 717
Pseudo R2	0.002	0.061	0.035	0.076
BIC	31184961	29346327	30144609	28851361

Nota: Se muestran los coeficientes beta. Significatividad: * p<0.05; ** p<0.01; *** p<0.001.

Fuente: Elaboración propia a partir de microdatos de la ECV 2017 (INE)

Tabla 3b. Modelos de regresión logística para las variables dependientes de visita al especialista

	M1	M2	M3	M4
Origen migratorio (ref.: Nativos)				
Inmigrante UE-28	-0.005	-0.042	0.044	-0.030
Inmigrante extracomunitario (con nacionalidad española)	-0.082	-0.105	-0.046	-0.105
Inmigrante extracomunitario (sin nacionalidad española)	-0.295***	-0.242***	-0.175**	-0.119
Diagnóstico de enfermedad crónica				
		0.759***		0.747***
Autopercepción de salud				
		-0.362***		-0.409***
Sexo: Hombre				
Sexo: Mujer				
			0.347***	0.375***
Tamaño del hogar (ref.: 1 miembro)				
2 miembros			0.085	-0.051
3 miembros			-0.036	0.015
4 miembros			-0.132*	-0.047
5 o más miembros			-0.071	0.038
Estudios superados (ref.: Sin estudios o primaria)				
Secundaria 1.ª etapa			0.027	0.095*
Secundaria 2.ª etapa + FP			0.146***	0.273***

	M1	M2	M3	M4
Estudios superiores			0.252***	0.389***
Ocupación laboral (ref.: Desempleados)				
Asalariados con contrato indefinido			-0.017	0.065
Asalariados con contrato temporal			-0.085	-0.024
Trabajadores por cuenta propia			-0.012	0.077
Inactivos			0.189***	0.094
Renta por unidades de consumo			$6 \cdot 10^{(-6)}$ ***	$9 \cdot 10^{(-6)}$ ***
Tamaño del municipio (ref.: Poco poblado)				
Medianamente poblado			-0.026	-0.015
Muy poblado			0.137***	0.151***
Edad			0.018***	0.007***
Recibe alguna transferencia social			0.095***	-0.004
N	20 717	20 717	20 717	20 717
Pseudo R2	0.002	0.102	0.055	0.143
BIC	38916856	35044532	36855843	33425903

Nota: Se muestran los coeficientes beta. Significatividad: * p<0.05; ** p<0.01; *** p<0.001.

Fuente: Elaboración propia a partir de microdatos de la ECV 2017 (INE)

Tabla 3c. Modelos de regresión logística para las variables dependientes de visita al dentista

	M1	M2	M3	M4
Origen migratorio (ref.: Nativos)				
Inmigrante UE-28	-0.061	-0.054	-0.056	-0.059
Inmigrante extracomunitario (con nacionalidad española)	-0.188**	-0.185**	-0.136*	-0.138*
Inmigrante extracomunitario (sin nacionalidad española)	-0.555***	-0.556***	-0.392***	-0.388***
Diagnóstico de enfermedad crónica		0.056		0.065
Autopercepción de salud		0.076***		-0.002
Sexo: Hombre				
Sexo: Mujer			0.190***	0.190***
Tamaño del hogar (ref.: 1 miembro)				
2 miembros			-0.06	-0.058
3 miembros			-0.120*	-0.117*
4 miembros			-0.107*	-0.102
5 o más miembros			-0.180*	-0.173*
Estudios superados (ref.: Sin estudios o primaria)				
Secundaria 1.ª etapa			0.163***	0.166***

	M1	M2	M3	M4
Secundaria 2.ª etapa + FP			0.305***	0.308***
Estudios superiores			0.460***	0.463***
Ocupación laboral (ref.: Desempleados)				
Asalariados con contrato indefinido			0.162***	0.166***
Asalariados con contrato temporal			0.134**	0.137**
Trabajadores por cuenta propia			0.173***	0.177***
Inactivos			0.116**	0.109**
Renta por unidades de consumo			10 ⁽⁻⁵⁾ ***	10 ⁽⁻⁵⁾ ***
Tamaño del municipio (ref.: Poco poblado)				
Medianamente poblado			-0.110**	-0.110**
Muy poblado			-0.099***	-0.100***
Edad			0.000	0.001
Recibe alguna transferencia social			-0.061*	-0.066*
N	20 717	20 717	20 717	20 717
Pseudo R2	0.008	0.009	0.046	0.047
BIC	38866436	38826334	37361443	37349774

Nota: Se muestran los coeficientes beta. Significatividad: * p<0.05; ** p<0.01; *** p<0.001.

Fuente: Elaboración propia a partir de microdatos de la ECV 2017 (INE)

Para completar estos resultados, en la tabla 4 se observan las diferencias que cada grupo de diferente origen migratorio muestra respecto a la población nativa en el uso de los servicios sanitarios analizados, una vez se ha controlado por las distintas variables en cada modelo. El porcentaje que se muestra en la tabla indica la probabilidad estimada de que se haya visitado el servicio sanitario correspondiente, mientras que los valores entre paréntesis representan la diferencia de cada grupo con respecto al grupo nativo de cada modelo correspondiente y la escala de colores marca la magnitud de dicha diferencia.

Es necesario tener en cuenta que, a pesar de las tendencias de la brecha que se ven aquí, los resultados anteriormente presentados en las tablas 3a, 3b y 3c mostraban que la significatividad se concentraba en el grupo de inmigrantes extracomunitarios sin nacionalidad (para todos los servicios sanitarios), así como en el grupo de inmigrantes extracomunitarios con nacionalidad para el servicio de dentista.

Por un lado, al respecto de la población extracomunitaria sin nacionalidad, hay varios aspectos que destacan. Se observa que las variables de salud tienen un mayor peso para reducir la brecha en las visitas a atención primaria, pero el efecto es mucho menor en la reducción de la brecha para las visitas al especialista, e insignificante para el caso del dentista. Por el contrario, las variables sociodemográficas tienen un notable impacto en la reducción de la brecha de las visitas al especialista, y aún mayor para el dentista. Esto sugiere que la brecha de uso de servicios más especializados, como es la atención secundaria y la odontológica, está más atravesada por determinantes sociodemográficos que de estado de salud.

Por otro lado, también cabe mencionar que ocurre algo similar con el grupo de inmigrantes extracomunitarios que sí tienen la nacionalidad. Este grupo solo mostraba diferencias significativas para las visitas al dentista, que además solo se reducen de forma perceptible en el modelo que controla las diferencias sociodemográficas. Así, aunque este grupo no muestre unas diferencias claras y significativas respecto a la población nativa con respecto al uso de los servicios de atención primaria y especializada, la brecha en servicios extendidamente privatizados como es el caso de la asistencia dental en España se mantiene. Si bien la brecha se mantiene, también es importante tener en cuenta que la diferencia entre la población inmigrante extracomunitaria con y sin nacionalidad es muy destacable. Lo cual indica que este estatus legal influye en la relación de la población inmigrante con este servicio especializado y mayoritariamente no cubierto por el sistema de sanidad público.

Tabla 4. Efectos marginales y diferencia de estos respecto al grupo de población nativa

		Nativos (ref.)	Inmigrantes UE-28	Inmigrantes extracomunitarios con nacionalidad	Inmigrantes extracomunitarios sin nacionalidad
Médico de familia	M1: Sólo inmigración	76.48%	71.60% (-4.88)	76.91% (+0.43)	69.16% (-7.32)***
	M2: Salud	76.42%	70.96% (-5.46)	76.53% (+0.11)	70.93% (-5.49)**
	M3: Sociodemográficas	76.37%	71.96% (-4.41)	77.39% (+1.02)	70.16% (-6.21)**
	M4: Salud + Sociodemográficas	76.37%	70.79% (-5.58)*	76.63% (+0.26)	71.62% (-4.75)*
Especialista	M1: Sólo inmigración	46.76%	46.55% (-0.21)	43.51% (-3.25)	35.33% (-11.43)***
	M2: Salud	46.68%	45.19% (-1.49)	42.97% (-3.71)	38.27% (-8.41)***
	M3: Sociodemográficas	46.28%	47.92% (+1.64)	44.56% (-1.72)	39.82% (-6.46)**
	M4: Salud + Sociodemográficas	46.33%	45.38% (-0.95)	42.86% (-3.47)	42.39% (-3.94)
Dentista	M1: Sólo inmigración	50.45%	48.01% (-2.44)	42.99% (-7.46)**	29.34% (-21.11)***
	M2: Salud	50.43%	48.29% (-2.14)	43.11% (-7.31)**	29.32% (-21.11)***
	M3: Sociodemográficas	49.90%	47.74% (-2.16)	44.71% (-5.19)*	35.29% (-14.61)***
	M4: Salud + Sociodemográficas	49.89%	47.65% (-2.24)	44.65% (-5.24)*	35.43% (-14.46)***

Nota: Se muestran los efectos marginales de cada modelo con los diferentes grupos de variables de control. Entre paréntesis, la diferencia de cada grupo con respecto a los resultados de la población nativa. Significatividad: * p<0.05; ** p<0.01; *** p<0.001.

Fuente: Elaboración propia a partir de microdatos de la ECV 2017 (INE)

5. Discusión: la importancia del origen para explicar la brecha

Los resultados de la investigación muestran que existe una brecha de utilización de los servicios de atención médica que afecta negativamente a la población inmigrante proveniente de países no pertenecientes a la Unión Europea. Si bien existen diferencias notables entre los diferentes tipos de servicios sanitarios estudiados para esta población, así como que la posesión o no de la nacionalidad española influye determinantemente sobre estas personas, acercándolas a la población nativa y reduciendo la brecha cuando cuentan con ella.

En primer lugar, la distribución de visitas a los profesionales sanitarios, que se observaba al comienzo del apartado anterior, es coherente con la interpretación que se ofrece desde la teoría de la segmentación en varios sentidos. Como se había previsto en las hipótesis de investigación, se observa que, en general, los grupos de inmigrantes comunitarios y extracomunitarios con nacionalidad cuentan con diferencias poco significativas con respecto a la población nativa. Esto implica que la población extracomunitaria sin nacionalidad está situada en una posición significativamente desigual, por su propia situación legal, manteniéndose la brecha de forma significativa aún tras controlar por todas las variables consideradas. Así, la adquisición de la nacionalidad española tiene un efecto positivo sobre el acceso a la atención primaria por al menos dos razones. Primero y más formalmente, es de suponer que en el grupo de inmigrantes extracomunitarios sin nacionalidad existe una cierta representación de personas no cubiertas por no contar con el reconocimiento legal de asegurado que exige la ley, pero con el que sí cuentan quienes cuentan con la nacionalidad. Esta justificación de la diferencia encontrada es coherente con las conclusiones de Voorend y Sura-Fonseca (2019) en el contexto de Costa Rica y los efectos de experiencias de regularización masiva como los estudiados en Llorca Castro (2008). Segundo, la adquisición de la nacionalidad para la población no nativa está, generalmente, atada a requisitos de residencia en el territorio nacional de forma continuada y estable y durante años. Por tanto, esta realidad común a este grupo actúa como un indicador de integración de esas personas al estilo de vida español, similar al de las mismas personas nativas (Martínez de Lizarrondo Artola, 2016).

Es posible que la composición de la población inmigrante extracomunitaria en España, considerablemente conformada por personas de origen latinoamericano, esté atravesada por la lengua compartida con dicha región y que, por consiguiente, facilitaría la posibilidad de acercarse a la atención primaria y de vencer los posibles obstáculos socioculturales hasta hacer desaparecer esta brecha (Román-López et al., 2015). No obstante, la principal explicación que surge del presente estudio es que la posibilidad de transferir el capital humano tras cierto margen temporal, tal y como señalan las teorías de la asimilación y del capital humano que se mencionaron anteriormente (Gordon, 1964; Rumbaut, 1997), son fuerzas con la suficiente presión para poder vencer la segmentación inicial.

Por otro lado, la menor probabilidad de visita al médico de familia por la población inmigrante de la UE-28, significativa tras controlar por variables sociodemográficas y de salud, se puede deber, del mismo modo, a la agregación particular de esta población, compuesta en buena parte por residentes estacionales cuya residencia principal (y, consiguientemente, los servicios de atención primaria que usualmente frecuentan) se ubica en sus países de origen, aunque mezclada con otros países de Europa oriental con perfiles muy diferentes a este.

Siguiendo los resultados de los modelos logísticos que se mostraron anteriormente, y comparando los resultados para los dos grupos de inmigrantes de países extracomunitarios, se puede confirmar la convergencia que se había previsto de acuerdo con las teorías de asimilación y

del capital humano. La inicial desigualdad que sufren los inmigrantes sin nacionalidad se revierte tras haber obtenido este estatus y, por tanto, contar con la cobertura correspondiente en igualdad con los nativos. Del mismo modo, los controles de variables sociodemográficas muestran una notable relevancia para la reducción de la brecha, especialmente en el caso de las visitas al dentista.

En esta línea, la excepción marcada del uso de servicios odontológicos es un descubrimiento relevante de la investigación. Considerando los modelos operados para esta variable, se observa cómo las variables de percepción de salud muestran una capacidad explicativa muy baja e, incluso, nada significativa en el modelo final. Para este tipo de servicio, las variables sociodemográficas más ligadas a la clase social muestran una significatividad mucho mayor que en el resto de los modelos: nivel de estudios superados, ocupación laboral y renta. Esto indicaría que, para el acceso a este tipo de servicios médicos, la clase social en la que se ubique el individuo es lo más determinante en sus probabilidades de acudir o no. Justamente en este caso, y no en los dos anteriores, la población inmigrante extracomunitaria, tanto si tienen como si no la nacionalidad, mantienen la brecha de uso con respecto a la población nativa. Esto es coherente con la hipótesis de que las posibilidades de convergencia que se mencionaron no siempre permiten una total asimilación de la población inmigrante. Si bien la brecha se reduce notablemente al tener la nacionalidad, no llega a desaparecer por completo y está fuertemente determinada por las características sociodemográficas de la población. En resumen, los resultados en este sentido apuntarían a que la asimilación por sí misma no es suficiente para vencer la segmentación inicial en algunos aspectos de las desigualdades en el uso de los servicios sanitarios, siendo esto coherente con los trabajos de Piore (1983), Reid y Rubin (2003) y Carrasco-Garrido y otros (2009).

Sin embargo, cabe señalar que en los resultados de los modelos logísticos con control para todas las variables no se han encontrado diferencias significativas entre ningún grupo de población para las visitas al especialista. Este resultado es diferente al que otros trabajos mencionados anteriormente encontraron, los cuales mostraban que la población inmigrante utiliza en menor medida los servicios de médicos especialistas que la población nativa (Antón y Muñoz de Bustillo, 2010; Regidor et al., 2009). Es posible que, dada la distancia temporal entre aquellos trabajos y este, los resultados indiquen un cambio en la brecha de uso de este servicio, quizás debido a los cambios propios de la época de crisis y de medidas de austeridad posteriores a la crisis de 2008, y que no solo han podido modificar la relación de los inmigrantes con los servicios sanitarios, sino también la de los propios nativos. En cualquier caso, estos resultados muestran que la segmentación que sufren los grupos inmigrantes para los servicios de atención sanitaria especializada está fuertemente determinada por su realidad sociodemográfica y de estado de salud, y en menor medida por el origen, lo que debería ser tomado en consideración para seguir estudiando su singularidad en futuras investigaciones.

En resumen, parece que tanto la teoría de la segmentación como las teorías de la asimilación y del capital humano resultan necesarias para poder explicar las desigualdades encontradas en el acceso a los servicios sanitarios estudiados. Por su parte, existe una clara asignación diferencial del acceso a dichos servicios para la población inmigrante en función del origen de esta, mostrando una mayor cercanía a la población nativa para los grupos migratorios del contexto europeo, mientras que las personas de otros orígenes se sitúan en su llegada en un nivel significativamente inferior con respecto a su uso. A su vez, la obtención de la nacionalidad española actúa positivamente sobre la convergencia de la población inmigrante con la nativa, de forma coherente con aquellas últimas teorías citadas. No obstante, la tendencia asimilativa no

es necesariamente suficiente para vencer la segmentación diferencial inicial a todos los niveles a los que afecta en el uso de servicios sanitarios.

6. Conclusiones

El objetivo fundamental del trabajo consistía en analizar cómo el origen migratorio afecta de forma diferencial al uso de los servicios sanitarios que se realiza, tanto entre población nativa e inmigrante, como entre los distintos grupos de población inmigrante entre sí. En este sentido, uno de los principales hallazgos de la investigación consiste en comprobar que el comportamiento de cada uno de estos grupos es desigual tanto entre sí como también para cada uno de los servicios sanitarios analizados. En este sentido, se ha encontrado que la población inmigrante de países de la UE-28 se encuentra más cerca de la población nativa que los otros grupos para los servicios de atención secundaria (especialista y dentista), aunque menos para la atención primaria. A su vez, entre los dos grupos de inmigrantes de países extracomunitarios, aquellos que han adquirido la nacionalidad española tienen una considerable menor brecha de uso con respecto a la población nativa, lo que fortalece la idea de que, además de facilitar el acceso por la inclusión en la cobertura de gastos para el usuario, el proceso asociado a la adquisición de la nacionalidad acaba siendo una forma eficaz de asimilar a dicha población y permitirle vencer la desigualdad de partida que se observa mucho más claramente en la población sin nacionalidad española. Por otro lado, también se ha encontrado que, si bien la asimilación parece ser una dinámica eficaz para vencer la brecha de uso, en el servicio más extensamente privatizado del dentista se mantiene una probabilidad menor para los inmigrantes de países no comunitarios, aún tras controlar las diferencias de salud y sociodemográficas, lo que apunta a una cierta resistencia de la brecha a desaparecer completamente, especialmente al considerar que este servicio no está mayoritariamente cubierto por el sistema de salud público.

Asimismo, cabe mencionar algunas limitaciones del presente trabajo que, por tanto, deja abiertas posibilidades de investigación ulteriores. En primer lugar, la fuente de datos no permite distinguir el origen nacional concreto de cada grupo migratorio, lo que presuntamente podría estar afectando a los resultados debido a la dispar composición de cada uno. Así, por ejemplo, en el grupo de inmigrantes de la UE-28 se incluyen tanto inmigrantes con motivaciones más residenciales o vacacionales de países más al norte de Europa, como inmigrantes de países de Europa oriental, cuya motivación para la inmigración está más orientada hacia la búsqueda de oportunidades laborales. De igual modo, los grupos de inmigrantes de países extracomunitarios mezclan individuos de origen latinoamericano, africano o asiático, entre otros, cada uno con perfiles motivacionales y culturales muy dispares que podrían estar enmascarando ciertos efectos debido a esta heterogeneidad. En segundo lugar, también se puede profundizar en el análisis de las diferencias de uso de otros servicios sanitarios, como pudiera ser la atención a la salud mental o las visitas a servicios de urgencias, ya que podría estudiarse si la brecha observada en este trabajo se estaría compensando de algún modo por el sobreuso o infrautilización de otros servicios. En último lugar, como se mencionó al comienzo, el contexto sociopolítico en que se enmarcan los datos de la ECV 2017 es particular en el territorio español por varios motivos, como la recuperación económica, la estabilización de la inmigración y la consolidación en aquel momento de la reforma de acceso a los servicios sanitarios de 2012. En este sentido, a fin de poder determinar con más detalle cuál ha sido el impacto de este contexto, se requeriría un análisis comparativo que permitiese estudiar en detalle los cambios y diferencias de estos resultados con respecto a momentos anteriores y posteriores.

Los resultados de esta investigación apuntan a que el propio sistema de salud limita el acceso a una parte importante de la población inmigrante. Sin embargo, lo más relevante es que este acceso limitado es resoluble en gran medida mediante la aplicación de políticas de naturalización, regularización o extensión de la cobertura sanitaria universal, que puedan igualar las condiciones de la población inmigrante sin nacionalidad con la de nacionales. No en vano, el dentista, servicio médico con menor cobertura pública en España, ha mostrado contar con la mayor brecha de uso, lo que sugiere que esta extensión de coberturas podría ayudar a disminuirla al nivel del resto de servicios. Del mismo modo, si la adquisición de un estatus legal en igualdad al de nativos también influye positivamente en acercar a la población residente al acceso a estos servicios de atención primaria y especializada, la extensión y promoción del conocimiento de estos derechos de atención sanitaria entre la población inmigrante podría favorecer positivamente que esa asimilación señalada tenga lugar de la forma más temprana posible, de modo que las segmentaciones iniciales puedan ser superadas de forma eficaz.

Referencias

- Antón, J. I. y Muñoz de Bustillo, R. (2010). Health care utilisation and immigration in Spain. *The European Journal of Health Economics*, 11(5), 487-498. <https://doi.org/10.1007/s10198-009-0204-z>
- Aparicio, R. y Portes, A. (2014). *Creecer en España. La integración de los hijos de inmigrantes*. Colección de Estudios Sociales, 38. Obra Social La Caixa.
- Arango, J. y Aja, E. (2006). *Veinte años de inmigración en España. Perspectiva jurídica y sociológica*. Fundación CIDOB.
- Arenas, E., Goldman, N., Pebley, A. R. y Teruel, G. (2015). Return Migration to Mexico: Does Health Matter? *Demography*, 52(6), 1853-1868. <https://doi.org/10.1007/s13524-015-0429-7>
- Becker, G. (1971). *The economics of discrimination*. University of Chicago Press.
- Becker, G. (1975). *Human capital: a theoretical and empirical analysis with special reference to education*. University of Chicago Press.
- Bollini, P. (1992). Health Policies for Immigrant Populations in the 1990s. A Comparative Study in Seven Receiving Countries. *International Migration*, 30(Supl. 1), 103-119. <https://doi.org/10.1111/j.1468-2435.1992.tb00778.x>
- Carrasco-Garrido, P., Jiménez-García, R., Hernández Barrera, V., López de Andrés, A. y Gil de Miguel, A. (2009). Significant differences in the use of healthcare resources of native-born and foreign born in Spain. *BMC Public Health*, 9, 201. <https://doi.org/10.1186/1471-2458-9-201>
- Caulford, P. y Vali, Y. (2006). Providing health care to medically uninsured immigrants and refugees. *Canadian Medical Association Journal*, 174(9), 1253-1254. <https://doi.org/10.1503/cmaj.051206>
- Cebolla, H. y González-Ferrer, A. (2008). *La inmigración en España*. CEPC.

- Courtenay, W. H. (2000). Constructions of masculinity and their influence on men's well-being: a theory of gender and health. *Social Science & Medicine*, 50, 1385-1401. [https://doi.org/10.1016/S0277-9536\(99\)00390-1](https://doi.org/10.1016/S0277-9536(99)00390-1)
- Elósegui Itxaso, M. (2008). Las fronteras y los criterios jurídicos de adquisición de la nacionalidad. *Revista CIDOB d'Afers Internacionals*, 82-83, 117-134.
- Ford, C. L. y Airhihenbuwa, C. O. (2010). The public health critical race methodology: Praxis for antiracism research. *Social Science & Medicine*, 71, 1390-1398. <https://doi.org/10.1016/j.socscimed.2010.07.030>
- Gimeno-Feliu, L. A., Calderón-Larrañaga, A., Díaz, E., Poblador-Plou, B., Macipe-Costa, R. y Prados-Torres, A. (2015). The healthy immigrant effect in primary care. *Gaceta Sanitaria*, 29(1), 15-20. <https://doi.org/10.1016/j.gaceta.2014.07.007>
- Gordon, M. (1964). *Assimilation in American Life*. Oxford University Press.
- Guillén Rodríguez, A. M. y Rodríguez Cabrero, G. (2015). Evolución del estado de bienestar en España. En C. Torres Alberó (ed.), *España 2015: situación social* (pp. 1019-1030). CIS.
- Jefatura del Estado de España. (2012). Real Decreto-ley 16/2012, de 20 de abril, de medidas urgentes para garantizar la sostenibilidad del Sistema Nacional de Salud y mejorar la calidad y seguridad de sus prestaciones. *Boletín Oficial del Estado*, 98, 31278-31312.
- Jefatura del Estado de España. (2018). Real Decreto-ley 7/2018, de 27 de julio, sobre el acceso universal al Sistema Nacional de Salud. *Boletín Oficial del Estado*, 183, 76258-76264.
- Kelly, U. A. (2009). Integrating Intersectionality and Biomedicine in Health Disparities Research. *Advances in Nursing Science*, 32(2), 42- 56. <https://doi.org/10.1097/ans.0b013e3181a3b3fc>
- Leal, D. (2014). Bienestar, capital social y migración internacional. El caso de la España latinoamericana y andina. *Migraciones*, (36), 369-401. <https://doi.org/10.14422/mig.i36.y2014.005>
- Llorca Castro, F. (2008). Regularización masiva en Costa Rica: Efecto reciente de la inmigración sobre la seguridad social. *Migraciones*, (23), 277-304. <https://revistas.comillas.edu/index.php/revistamigraciones/article/view/1456>
- Lu, Y. y Qin, L. (2014). Healthy migrant and salmon bias hypotheses: A study of health and internal migration in China. *Social Science & Medicine*, 102, 41-48. <https://doi.org/10.1016/j.socscimed.2013.11.040>
- Martínez de Lizarrondo Artola, A. (2016). Naturalizaciones en España: Indicador de integración y estrategia frente a la crisis. *Migraciones*, (39), 3-37. <https://doi.org/10.14422/mig.i39y2016.001>
- Martínez, J. N., Aguayo-Téllez, E. y Rangel-González, E. (2015). Explaining the Mexican-American health paradox using selectivity effect. *International Migration Review*, 49(4), 878-906. <https://doi.org/10.1111/imre.12112>
- Maskileyson, D., Semyonov, M. y Davidov, E. (2019). In Search of the Healthy Immigrant Effect in Four West European Countries. *Social Inclusion*, 7(4), 304-319. <https://doi.org/10.17645/si.v7i4.2330>

- Miklavcic, A. (2011). Canada's Non-status Immigrants: Negotiating Access to Health Care and Citizenship. *Medical Anthropology*, 30(5), 496-517. <https://doi.org/10.1080/01459740.2011.579586>
- Miyar, M. (2020). Consolidación y rotación de la inmigración en España. En J. J. González Rodríguez (dir.), *Cambio social en la España del siglo XXI* (pp. 119-148). Alianza.
- Muñoz de Bustillo, R. y Grande, R. (2017). Inmigración y estado del bienestar en España. En *Anuario CIDOB de la inmigración 2017* (pp. 207-229). CIDOB. <https://doi.org/10.24241/AnuarioCIDOBInmi.2017.206>
- Muñoz-Comet, J. (2014). *La inserción de los inmigrantes en el mercado de trabajo español. Efectos del cambio del ciclo económico* (Tesis Doctoral). Universidad Complutense de Madrid.
- Pinyol-Jiménez, G. y Sánchez-Montijano, E. (2014). La naturalización en España: Una política de claroscuros. En J. Arango, D. Moya Malapeira y J. Oliver Alonso (dirs.), *Anuario de la Inmigración en España 2013*. CIDOB.
- Piore, M. (1983). Los trabajadores extranjeros. En M. J. Piore (ed.), *Paro e inflación: perspectivas institucionales y estructurales* (pp. 273-289). Alianza.
- Regidor, E., Sanz, B., Pascual, C., Lostao, L., Sánchez, E. y Díaz Olalla, J. M. (2009). La utilización de los servicios sanitarios por la población inmigrante en España. *Gaceta Sanitaria*, 23(Supl. 1), 4-11. <https://doi.org/10.1016/j.gaceta.2009.01.010>
- Reid, L. W. y Rubin, B. A. (2003). Integrating Economic Dualism and Labor Market Segmentation: The Effects of Race, Gender, and Structural Location on Earnings, 1974-2000. *The Sociological Quarterly*, 44(3), 405-432. <https://doi.org/10.1111/j.1533-8525.2003.tb00539.x>
- Rivera, B., Casal, B. y Currais, L. (2013). Healthy Immigrant Effect: Trayectoria de salud de la población inmigrante a partir de la ENSE 2011-2012. *Estudios de Economía Aplicada*, 31(2), 339-358. <https://doi.org/10.25115/eea.v31i2.3330>
- Román-López, P., Palanca-Cruz, M. M., García-Vergara, A., Román-López, F. J., Rubio-Carrillo, S. y Algarte-López, A. (2015). Barreras comunicativas en la atención sanitaria a la población inmigrante. *Revista Española de Comunicación en Salud*, 6(2), 204-212.
- Ronda, E., Zhao, G., Lostao, L. y Regidor, E. (2020). Frecuencia de consultas al médico en población adulta en España, antes y después de la restricción de acceso a los inmigrantes indocumentados. *Semergen*, 46(5), 306-312. <https://doi.org/10.1016/j.semerg.2019.12.010>
- Rosen, S. (1972). Learning and experience in the labor market. *Journal of Human Resources*, 7, 326-342.
- Rousseau, C., ter Kuile, S., Muñoz, M., Nadeau, L., Ouimet, M. J., Kirmayer, L. y Crépeau, F. (2008). Health care access for refugees and immigrants with precarious status: public health and human right challenges. *Canadian journal of public health*, 99(4), 290-292. <https://doi.org/10.1007/BF03403757>

- Rumbaut, R. (1997). Assimilation and its Discontents: Between Rhetoric and Reality. *International Migration Review*, 31(4), 923-960. <https://doi.org/10.1177/019791839703100406>
- Sánchez-Recio, R., Alonso, J. P. y Aguilar-Palacio, I. (2020). The use of health care services in the Great Recession: evaluating inequalities in the Spanish context. *Gaceta Sanitaria*, 34(3), 245-252. <https://doi.org/10.1016/j.gaceta.2019.10.009>
- Schultz, T. W. (1971). *Investment in human capital: the role of education and of research*. The Free Press.
- Sicherman, N. y Galor, O. (1990). A theory of career mobility. *Journal of Political Economy*, 98(1), 169-192.
- Soto-Gordoa, M., Arrospide, A., Millán, E., Calvo, M., Igartua, J. I., Esnaola, S., Ganzarain, J. y Mar, J. (2019). Gender and socioeconomic inequalities in the implementation of the Basque programme for multimorbid patients. *The European Journal of Public Health*, 29(4), 681-686. <https://doi.org/10.1093/eurpub/ckz071>
- Viruell-Fuentes, E. A., Miranda, P. Y. y Abdulrahim, S. (2012). More than culture: Structural racism, intersectionality theory, and immigrant health. *Social Science & Medicine*, 75, 2099-2106. <https://doi.org/10.1016/j.socscimed.2011.12.037>
- Voorend, K. y Sura-Fonseca, R. (2019). De derechos a hechos. El acceso diferenciado entre nacionales y migrantes nicaragüenses a los servicios de salud en Costa Rica. *Migraciones*, (46), 121-150. <https://doi.org/10.14422/mig.i46.y2019.005>