

Original

Salud y determinantes sociales de la salud en hijos e hijas de personas inmigrantes internacionales: ¿desigualdades sociales en salud desde la infancia?



Yolanda González-Rábago* y Unai Martín

Departamento de Sociología 2, Universidad del País Vasco UPV/EHU; Grupo de Investigación en Determinantes Sociales de la Salud y Cambio Demográfico-OPIK, Leioa, Bizkaia, España

INFORMACIÓN DEL ARTÍCULO

Historia del artículo:

Recibido el 20 de julio de 2017

Aceptado el 4 de octubre de 2017

On-line el 11 de diciembre de 2017

Palabras clave:

Salud infantil

Inmigración

Desigualdades sociales en salud

R E S U M E N

Objetivo: Analizar las desigualdades sociales en salud entre la población infanto-juvenil de origen inmigrante de países de renta baja y la población de origen autóctono en el País Vasco.

Método: Estudio descriptivo transversal a partir de los datos de la Encuesta de Salud del País Vasco 2013. Como variables resultado se utilizaron variables de estado de salud, conductas y condiciones de vida. Se calcularon razones de prevalencia calculadas a partir de modelos de Poisson robustos.

Resultados: Los/las hijos/as de progenitores inmigrantes tienen peor estado de salud percibido, mayor prevalencia de obesidad, dedican más horas a actividades sedentarias y viven en hogares con mayores dificultades económicas. Las diferencias persistieron incluso tras ajustar por la clase social y el nivel educativo de los progenitores.

Conclusiones: El estatus migratorio constituye un eje de desigualdad en salud de gran relevancia y ejerce su influencia más allá de su generación. Resulta necesario implementar medidas efectivas y adecuadas a esta realidad, que aseguren una vida en buenas condiciones de salud y una reducción de las desigualdades sociales en salud, no solo en los/las niños/as, sino también a lo largo de todo el ciclo vital.

© 2017 SESPAS. Publicado por Elsevier España, S.L.U. Este es un artículo Open Access bajo la licencia CC BY-NC-ND (<http://creativecommons.org/licenses/by-nc-nd/4.0/>).

Health and determinants of health in second generations of international immigrants: Social inequalities in health since childhood?

A B S T R A C T

Objective: To analyse the social inequalities in health between children and youth population of an immigrant origin from low-income countries and those of native origin in the Basque Country.

Method: Cross-sectional descriptive study using data from the Basque Country Health Survey 2013. Variables of health, behaviours and life conditions were used as the outcome variables. Prevalence ratios were calculated using robust Poisson models.

Results: The children with immigrant parents had poorer self-rated health, a higher prevalence of obesity, spent more hours in sedentary activities and lived in households with greater economic difficulties. The differences persisted even after adjusting for social class and educational level of parents.

Conclusions: A migrant background is a highly relevant axis of health inequalities and has an influence beyond a generation. Given this reality, it is necessary to implement effective and suitable measures to ensure life with good health conditions and to reduce social inequalities in health, not only in childhood but through the entire life cycle.

© 2017 SESPAS. Published by Elsevier España, S.L.U. This is an open access article under the CC BY-NC-ND license (<http://creativecommons.org/licenses/by-nc-nd/4.0/>).

Keywords:

Child health

Immigration

Social inequalities in health

Introducción

La etapa infantil es considerada un periodo crucial para el desarrollo de una vida longeva y saludable¹. Es un periodo de gran vulnerabilidad, en el cual los factores genéticos y familiares interactúan con los factores ambientales y otros determinantes sociales que producen una combinación compleja de efectos y resulta-

dos sobre la salud². Desde el enfoque del ciclo vital, la salud y la enfermedad son el producto de exposiciones continuadas a diferentes factores de riesgo que se suceden a lo largo de la vida de las personas³. Así, existe evidencia sobre la importancia que tiene la vivencia durante la etapa de la niñez en un entorno de estatus socioeconómico bajo sobre el establecimiento de determinadas conductas relacionadas con la salud y en el desarrollo de ciertas enfermedades en la vida adulta⁴. Una temprana privación social y material (económica, educacional, ambiental) predispone a la mala salud en etapas muy tempranas de la vida (como en la malnutrición fetal), a una inadecuada actividad física y a hábitos de vida

* Autora para correspondencia.

Correo electrónico: yolanda.gonzalezr@ehu.eus (Y. González-Rábago).

perjudiciales, lo que predispone a su vez a déficits inmunitarios y psicológicos que dan continuidad a las inadecuadas conductas relacionadas con la salud a lo largo de toda la vida y que, finalmente, predisponen a la mala salud, una mayor morbilidad y una mortalidad prematura⁵. En todo caso, el estudio de la salud y de los determinantes sociales de la salud en la niñez, así como de las desigualdades en salud entre grupos sociales, resulta necesario para la mejora de la salud y las inequidades en el presente, como un periodo de la vida que debe ser estudiado en sí mismo⁶, y no solo por la influencia que ello tiene en futuras etapas vitales.

Aunque aún escasos, ya existen algunos estudios que muestran desigualdades en los/las adolescentes, especialmente en los indicadores de salud relativos al sobrepeso y a la obesidad, según el estatus socioeconómico familiar^{7,8}, así como también en la adquisición de hábitos de vida saludables en relación a la alimentación y el ejercicio físico^{9,10}. Asimismo, es conocida la importancia que durante la infancia tienen las condiciones de vida, tanto en relación con la privación material del área de residencia como con las dificultades económicas experimentadas por el hogar, para entender la salud de los menores y su desarrollo posterior¹.

Las desigualdades sociales en la salud infantil han sido estudiadas habitualmente en relación con el estatus socioeconómico familiar, en especial mediante el análisis de la clase social y del nivel educativo de los progenitores¹¹. Sin embargo, dados los cambios que nuestras sociedades están experimentando debido a la llegada de población inmigrante, el estatus migratorio ha comenzado a convertirse en una característica esencial al analizar las desigualdades en salud. España ha experimentado un intenso proceso de llegada de población inmigrante, sobre todo durante la década de 2000, siendo en la actualidad uno de los países europeos con mayor proporción de población inmigrante, que llega al 12,9% en 2017¹². Así, derivada de los nuevos nacimientos de esta población y tras un intenso proceso de reagrupación familiar, la mal llamada «segunda generación» comienza a ser una población cuantitativamente importante y cualitativamente relevante para analizar las desigualdades en salud. En la actualidad es amplia la evidencia, tanto nacional como internacional, sobre la existencia de desigualdades en salud entre la población inmigrante y la población autóctona en la etapa adulta¹³⁻¹⁵. Sin embargo, los estudios sobre los descendientes de los inmigrantes aún son escasos en España¹⁶. Por tanto, el objetivo es analizar las desigualdades sociales en salud y en los determinantes sociales de la salud entre la población infanto-juvenil de origen inmigrante de países de renta baja y la población de origen autóctono en el País Vasco.

Método

Diseño y fuente de datos

Se realizó un estudio transversal a partir de los datos de una submuestra de la Encuesta de Salud del País Vasco (ESCAV) de 2013 relativa a la población entre 0 y 17 años ($n = 1469$). La ESCAV es una encuesta realizada a una muestra de personas residentes en viviendas familiares, y que en el caso de la población infantil y adolescente recoge tanto variables generales y relativas a las características del hogar y las personas residentes en él, como preguntas específicas adaptadas y de interés para esta población. La metodología de la ESCAV de 2013 se ha descrito de manera detallada con anterioridad¹⁷.

Variables

Como variables resultado se utilizaron diferentes variables tanto de salud como de determinantes sociales de la salud, relacionadas

con las condiciones materiales de vida y con las conductas. En el caso del estado de salud, se utilizaron la salud percibida y el padecimiento de problemas crónicos. La ESCAV recoge la variable de salud percibida a través de la pregunta «¿Cómo diría que es el estado de salud en general del/de la niño/a?», con cinco posibles respuestas: muy bueno, bueno, regular, malo, muy malo. Dicha pregunta se realiza a los progenitores o tutores del/de la menor hasta los 15 años, y a partir de esa edad la pregunta es respondida directamente por el/la menor. Como según la edad la respuesta la proporcionan el/la menor o sus progenitores/tutores, a lo largo del artículo se expresarán los resultados bajo la forma de auto-declaración para ambos casos. En este trabajo, dicha variable se recodificó en dos grupos: quienes tienen «muy buena salud» y el resto (buena, regular, mala y muy mala), dado el bajo porcentaje de menores con regular, mala y muy mala salud, lo que es habitual en esta etapa del ciclo vital. En el caso de los problemas crónicos se construyó una variable a partir de la respuesta a una lista de los problemas crónicos más frecuentes. Como variables de determinantes sociales de la salud se distinguieron dos grupos. En primer lugar, y con el objetivo de recoger las diferencias en la exposición a condiciones de vida adversas, se utilizaron dos variables: por un lado, la dificultad para llegar a fin de mes en el hogar, que fue categorizada en dos grupos, con dificultad (con mucha dificultad, con dificultad y con cierta/alguna dificultad) y sin dificultad (con mucha facilidad, con facilidad y con cierta/alguna facilidad); y por otro lado, la privación socioeconómica del área de residencia, en concreto según el índice MEDEA¹⁸, distinguiendo entre hogares de áreas de mayor privación (4 y 5) y de menor privación (1, 2 y 3). En segundo lugar, se analizaron tres variables relacionadas con conductas: obesidad, realización de actividad física en el tiempo libre y tiempo dedicado a ver la televisión, jugar a videojuegos, utilizar el ordenador o navegar por Internet (denominadas «actividades sedentarias»). Para la definición de la obesidad se siguió el criterio basado en percentiles poblacionales, que fueron tomados de la Fundación Orbegozo¹⁹ para cada año de edad, y se analizó únicamente a partir de la edad de 2 años. La realización de actividad física en el tiempo libre se categorizó en dos grupos según su frecuencia: menos de 2 horas semanales y al menos 2 horas semanales²⁰ (recogida para las personas de entre 7 y 14 años). El tiempo dedicado a actividades sedentarias se categorizó en 2 horas o más diarias y menos de 2 horas diarias²¹ (recogida para la población de entre 2 y 14 años).

Como variable independiente se utilizó el país de nacimiento de los progenitores, diferenciando entre los descendientes de ambos padres nacidos en España y los de al menos uno de los progenitores nacido en un país extranjero de renta baja. Se consideraron como renta baja los países con un índice de desarrollo humano (IDH) en 2011 inferior al obtenido por el país de la Unión Europea de los 15 con menor IDH (Portugal: 0,809). Se seleccionaron únicamente los descendientes de progenitores de países de renta baja de acuerdo con el objetivo de mostrar la relevancia de la desigual distribución de los determinantes sociales de la salud en comparación con la población autóctona, lo cual podría resultar neutralizado si se hubiera incluido en la muestra a los hijos y las hijas de progenitores procedentes de países de rentas altas²².

Con el fin de ajustar el efecto derivado de otros ejes de desigualdad se ajustó por dos variables: la primera, el nivel de estudios de los progenitores, considerada una variable relacionada con la posición socioeconómica traída desde el lugar de origen; y la segunda, la clase social familiar, más relacionada con la posición socioeconómica en la sociedad de destino. En el caso del nivel de estudios se utilizó el máximo alcanzado por alguno de los progenitores, y como medida de clase social se consideró la clase social basada en la ocupación²³.

Análisis de los datos

Se calcularon prevalencias brutas para las variables de salud y de determinantes sociales de la salud según el lugar de nacimiento de los progenitores, así como su significación mediante la prueba de ji cuadrado para variables cualitativas. Con el objetivo de medir la asociación entre las variables resultado y el lugar de origen de los progenitores ajustado por las variables, se calcularon razones de prevalencia (RP) mediante modelos de Poisson de varianza robusta.

Todos los análisis se realizaron separados para hombres y mujeres.

Resultados

La **tabla 1** muestra las características principales de la muestra. La edad media de los menores es de 8,5 años en los descendientes de autóctonos y un año menos en los de origen inmigrante. El 60% de los descendientes de autóctonos y el 45% de los de inmigrantes manifiestan tener un estado de salud muy bueno. Alrededor del 15% en el caso de los/las autóctonos/as y entre el 11% y el 14% de los/las inmigrantes padece algún problema crónico, algo más del 5% y del 14% de los/las menores autóctonos e inmigrantes respectivamente tienen obesidad, la gran mayoría realizan actividad física frecuente y pasan menos de 2 horas diarias viendo la televisión, jugando a videojuegos o navegando en Internet. Una mayor proporción de menores de origen inmigrante residen en hogares con dificultades para llegar a fin de mes y en áreas con mayor privación. Un nivel de estudios bajo de los progenitores y la clase social familiar manual son más frecuentes entre los/las descendientes de progenitores inmigrantes.

Los/las descendientes de población inmigrante manifestaron tener una peor salud que los/las hijos/as de personas autóctonas (RP niños: 1,56, intervalo de confianza del 95% [IC95%]: 1,27-1,91; RP niñas: 1,52, IC95%: 1,19-1,94). De hecho, tras tener en cuenta el nivel de estudios de los progenitores y la clase social de la familia, la probabilidad de no tener muy buena salud percibida, aunque se reduce ligeramente, sigue siendo alrededor de un 40% mayor entre los/las menores de origen inmigrante que en los/las de origen autóctono (RP niños: 1,40, IC95%: 1,12-1,79; RP niñas: 1,42, IC95%: 1,09-1,85). En el caso del padecimiento de problemas crónicos, los dos grupos tienen prevalencias similares, no siendo significativas las diferencias.

Respecto a las condiciones de vida, un mayor porcentaje de los hogares donde viven menores de origen inmigrante tienen dificultades económicas para llegar a fin de mes respecto a los de origen autóctono. Esta situación sigue produciéndose cuando se ajusta el resultado por el nivel de estudios (RP niños: 1,77, IC95%: 1,51-2,08; RP niñas: 1,90, IC95%: 1,61-2,11) y también al añadir en el ajuste la clase social familiar (RP niños: 1,67, IC95%: 1,43-1,97; RP niñas: 1,72, IC95%: 1,46-2,01). Además, los/las menores de origen inmigrante residen con más frecuencia en áreas de mayor privación socioeconómica que los/las descendientes de autóctonos, aunque las diferencias dejan de ser significativas al considerar el nivel de estudios y la clase social de la familia.

Por último, respecto a las conductas relacionadas con la salud, la población infanto-juvenil de origen inmigrante tiene el doble de prevalencia de obesidad que la de origen autóctono. Las diferencias son significativas entre los niños (RP: 1,94, IC95%: 1,03-3,67), pero dejan de ser significativas al tener en cuenta el nivel de estudios y la clase social de la familia. En las niñas, las diferencias entre ambos orígenes no son significativas en ningún caso. En cuanto a la

Tabla 1
Distribución de las características principales de la muestra según sexo y origen de los progenitores. País Vasco, ESCAV 2013

Origen progenitores	Niños			Niñas		
	Autóctono 46,0 (676)	Inmigrante 6,7 (98)	p	Autóctono 42,4 (623)	Inmigrante 4,9 (72)	p
<i>Edad media (DE)</i>	8,6 (4,7)	7,6 (5,2)	0,066	8,5 (4,6)	7,5 (4,8)	0,070
<i>Salud percibida</i>						
Buena, regular, mala, muy mala	40,4 (273)	55,1 (54)	0,006	39,3 (245)	55,6 (40)	0,008
Muy buena salud	59,6 (403)	44,9 (44)		60,7 (378)	44,4 (32)	
<i>Problemas crónicos</i>						
Sí	15,8 (107)	14,3 (14)	0,694	10,9 (68)	13,9 (10)	0,449
No	84,2 (569)	85,7 (84)		89,1 (555)	86,1 (62)	
<i>Obesidad</i>						
Sí	5,9 (37)	14,1 (12)	<0,01	5,3 (31)	14,1 (9)	<0,01
No	94,1 (591)	85,9 (73)		94,7 (549)	85,9 (55)	
<i>Actividad física</i>						
Menos de 2 h/sem	15,6 (59)	30,6 (11)	0,209	20,5 (67)	32,3 (10)	0,428
Al menos 2 h/sem	84,4 (318)	69,4 (25)		79,5 (260)	67,7 (21)	
<i>Uso de pantallas</i>						
Al menos 2 h/día	25,9 (143)	33,3 (24)	0,184	20,8 (106)	32,1 (18)	0,052
Menos de 2 h/día	74,1 (408)	66,7 (48)		79,2 (403)	67,9 (38)	
<i>Dificultad llegar a fin de mes</i>						
Con dificultad	37,6 (244)	84,7 (83)	<0,01	36,1 (212)	86,1 (56)	<0,01
Sin dificultad	62,4 (404)	15,3 (15)		63,9 (375)	13,9 (9)	
<i>Privación área residencia</i>						
Con privación	37,3 (252)	55,1 (54)	<0,01	38,7 (241)	48,6 (35)	0,103
Sin privación	62,7 (424)	44,9 (44)		61,3 (382)	51,4 (37)	
<i>Clase social familiar</i>						
Manual	39,8 (269)	72,2 (70)	<0,01	35,7 (222)	72,2 (52)	<0,01
No manual	60,2 (406)	27,8 (27)		64,2 (399)	27,8 (20)	
<i>Nivel de estudios máximo progenitores</i>						
Sin estudios/primarios	4,6 (31)	18,4 (18)	<0,01	4,8 (30)	15,3 (11)	<0,01
Secundarios	49,4 (334)	62,2 (61)		51,7 (322)	61,1 (44)	
Universitarios	46,0 (311)	19,4 (311)		43,5 (271)	23,6 (17)	

realización de actividad física en el tiempo libre, la prevalencia de ejercicio al menos 2 horas semanales es moderadamente menor entre los/las menores de origen inmigrante que entre los/las de origen autóctono, aunque las diferencias no son significativas. Sin embargo, el tiempo dedicado a actividades sedentarias sí muestra importantes diferencias a favor de los/las hijos/as de personas autóctonas. Así, es más frecuente que los/las niños/as de origen inmigrante pasen 2 horas o más al día viendo la televisión, jugando a videojuegos o navegando en internet que los/las de origen autóctono, y en el caso de las niñas las diferencias se mantienen incluso al considerar tanto el nivel de estudios de los progenitores como la clase social familiar (RP: 1,68, IC95%: 1,07-2,62) (tablas 2-4a).

Discusión

Los resultados indican que el estatus migratorio de los progenitores es un eje de desigualdad en salud de gran relevancia que ejerce su influencia más allá de una generación. Los/las descendientes de familias de origen inmigrante muestran mayor prevalencia de no tener muy buena salud percibida, presentar obesidad, dedicar más de 2 horas diarias a actividades sedentarias y vivir en hogares con dificultades económicas y en zonas de mayor privación, en comparación con los/las de familias autóctonas. De hecho, los peores resultados de salud percibida y dificultades económicas persisten incluso cuando se tiene en cuenta el nivel de estudios de los progenitores y la clase social familiar.

Estos resultados son coincidentes con los de otros estudios internacionales que muestran un peor estado de salud

Tabla 2

Razones de prevalencias (RPa) de variables de salud ajustadas por edad, nivel estudios máximo de los progenitores y clase social familiar. (Referencia autóctonos/as). Población de 0 a 17 años residente en el País Vasco 2013

		RPa edad IC 95%	RPa edad y estudios IC 95%	RPa edad, estudios y clase social IC 95%
Niños	Ausencia de muy buena salud percibida	1,56 (1,27-1,91)	1,47 (1,18-1,83)	1,40 (1,12-1,79)
	Padecimiento de problemas crónicos	0,97 (0,84-1,09)	0,97 (0,87-1,09)	0,98 (0,87-1,10)
Niñas	Ausencia de muy buena salud percibida	1,52 (1,19-1,94)	1,40 (1,08-1,81)	1,42 (1,09-1,85)
	Padecimiento de problemas crónicos	0,96 (0,86-1,06)	0,95 (0,85-1,06)	0,93 (0,84-1,04)

Tabla 3

Razones de prevalencias (RPa) de las condiciones de vida ajustadas por edad, nivel estudios máximo de los progenitores y clase social familiar. (Referencia autóctonos/as). Población de 0 a 17 años residente en el País Vasco 2013

		RPa edad IC 95%	RPa edad y estudios IC 95%	RPa edad, estudios y clase social IC 95%
Niños	Con dificultad para llegar a fin de mes	2,19 (1,88-2,52)	1,77 (1,51-2,08)	1,67 (1,43-1,97)
	Vivir en áreas de mayor privación socioeconómica	1,35 (1,06-1,72)	1,13 (0,88-1,47)	1,10 (0,85-1,43)
Niñas	Con dificultad para llegar a fin de mes	2,30 (1,98-2,66)	1,90 (1,61-2,11)	1,72 (1,46-2,01)
	Vivir en áreas de mayor privación socioeconómica	1,31 (1,01-1,70)	1,09 (0,84-1,41)	1,03 (0,79-1,34)

Tabla 4

Razones de prevalencias (RPa) de las conductas relacionadas con la salud ajustadas por edad, nivel estudios máximo de los progenitores y clase social familiar. (Referencia autóctonos/as). Población de 2 a 17 años residente en el País Vasco 2013

		RPa edad IC 95%	RPa edad y estudios IC 95%	RPa edad, estudios y clase social IC 95%
Niños	Obesidad (2 a 17 años)	1,94 (1,03-3,67)	1,71 (0,89-3,27)	1,62 (0,86-3,06)
	Menos de 2h/semana de actividad física (7 a 14 años)	1,23 (0,83-1,84)	1,14 (0,78-1,67)	1,09 (0,75-1,61)
	Al menos 2h/día de actividades sedentarias (2 a 14 años)	1,45 (1,01-2,07)	1,31 (0,91-1,91)	1,27 (0,88-1,85)
Niñas	Obesidad (2 a 17 años)	1,72 (0,80-3,68)	1,64 (0,80-3,51)	1,53 (0,67-3,50)
	Menos de 2h/semana de actividad física (7 a 14 años)	1,12 (0,79-1,61)	1,03 (0,71-1,49)	0,99 (0,68-1,43)
	Al menos 2h/día de actividades sedentarias (2 a 14 años)	1,71 (1,10-2,65)	1,79 (1,15-2,79)	1,68 (1,07-2,62)

percibido, así como una mayor probabilidad de padecer obesidad entre los/las niños/as y jóvenes de origen inmigrante^{24,25}. La peor salud percibida en nuestro estudio coincide con los datos que Rivera et al.¹⁶ ofrecen sobre Cataluña, aunque la menor prevalencia de problemas crónicos que encuentran entre los/las descendientes de inmigrantes no se ha encontrado en nuestro caso. Por otro lado, los resultados son coincidentes en cuanto a la menor actividad física de los/las hijos/as de progenitores inmigrantes^{25,26}, aunque en nuestro estudio las diferencias no son estadísticamente significativas. En relación con las actividades sedentarias, los estudios, principalmente desarrollados en los Estados Unidos, muestran resultados poco coincidentes según las edades y el tipo de actividad analizada, encontrando algunos de ellos desigualdades en los hábitos sedentarios entre menores de diferentes orígenes^{27,28} y otros igualdad respecto a los menores de origen autóctono^{29,30}. En Europa, los estudios de las desigualdades según el lugar de origen de los progenitores respecto a estas actividades son aún escasos, pero los resultados resultan coincidentes con los nuestros²⁶. En todo caso, la diversidad de resultados en diferentes contextos nos invita a pensar en la necesidad de examinar en qué medida tanto el país de origen concreto de los progenitores como el país de destino pueden explicar las diferencias.

Los resultados de este estudio ponen de manifiesto una realidad en términos de salud y de determinantes sociales de la salud de la población infantil que tiene importantes implicaciones en la salud a medio y largo plazo. Es ampliamente conocida la asociación existente entre el exceso de tiempo dedicado a hábitos como ver la televisión, jugar a videojuegos o utilizar el ordenador o Internet, y una mayor obesidad en la infancia³¹, a la vez que están relacionados con un menor tiempo de actividad física y el consumo de refrescos y comida de gran aporte calórico^{32,33}, lo que desempeña un importante papel en el desarrollo de determinadas afecciones, como es el caso de la enfermedad cardiovascular³⁴. Por otro lado, diversos estudios han señalado la estrecha relación que existe entre la salud y las condiciones de vida de la población infantil y adolescente. Una revisión de más de 200 estudios en 32 países europeos constató que factores sociales como residir en barrios con mayor privación material y tener dificultades económicas en el hogar, entre otros, estaban

asociados con una gran variedad de problemas de salud y peor nivel de desarrollo de los/las menores¹. Además, el entorno residencial está relacionado con la realización de conductas saludables, como la práctica de deporte o de actividad física³⁵. De ahí la importancia de analizar estos factores como determinantes de la salud de los/las niños/as.

Un elemento de gran interés que pone de manifiesto nuestro estudio es la influencia del estatus migratorio más allá de los factores socioeconómicos tradicionales, como la clase social y el nivel educativo. Así, es destacable que los peores resultados en salud y en los determinantes sociales de la salud en la población infanto-juvenil de origen inmigrante permanecen en algunos casos incluso cuando se neutraliza el efecto de la posición socioeconómica de los progenitores. En este sentido, se han tenido en cuenta dos indicadores que hicieran referencia, por un lado, a la posición adquirida y traída consigo desde el país de origen, como es el caso del nivel de estudios, y por otro lado, a la situación actual en la sociedad de destino según la clase social basada en la ocupación. La peor salud percibida de los/las menores de origen inmigrante, las mayores dificultades para llegar a fin de mes del hogar y el mayor tiempo dedicado a ver la televisión, jugar a videojuegos o navegar en Internet de las hijas de personas inmigrantes se mantienen al eliminar el efecto del más bajo nivel de estudios y la menor clase social de los progenitores inmigrantes en comparación con los progenitores autóctonos. Ello parece indicar la existencia de factores que van más allá de un menor estatus socioeconómico de las familias inmigrantes, tal como sucede también entre la población adulta¹⁵, y que precisa ser analizado con especial interés.

Este estudio tiene algunas limitaciones relacionadas fundamentalmente con el tamaño muestral, que no ha permitido realizar los análisis teniendo en cuenta diferentes grupos de edad, así como tampoco diferentes grupos de origen inmigrante, y que es probable que haya afectado a la hora de encontrar diferencias significativas entre los/las menores de origen inmigrante y autóctono. Además, no se pudo tener en cuenta si los/las descendientes habían nacido en el país de origen y habían emigrado con sus progenitores o habían nacido ya en el país de destino, lo cual podría suponer algún tipo de efecto derivado de las condiciones de vida previas en el país de origen, ni tampoco el tiempo de residencia en el lugar de destino de los/las propios menores ni de sus progenitores. Por otro lado, la ESCAV'13 no incorpora medidas de autorreporte para los niños y las niñas menores de 15 años, aunque el *proxy* reportado por una persona adulta es ampliamente aceptado en las encuestas de salud. Finalmente, la autopercepción de la salud podría ser diferente en los progenitores autóctonos e inmigrantes, y que ello supusiera una diferente respuesta ante un igual estado de salud. Sin embargo, es también cierto que la salud percibida es un indicador de salud ampliamente utilizado en el análisis del estado de salud de la población inmigrante y sus desigualdades respecto a la población autóctona.

La existencia de desigualdades en salud entre la población infanto-juvenil asociadas al lugar de nacimiento de los progenitores nos muestra que las desigualdades y sus efectos sobre la salud se reproducen entre generaciones y van más allá de la posición socioeconómica, obligándonos a pensar en la necesidad de combatirlas mediante la mejora de los determinantes sociales de la salud, también durante los primeros años de la vida. En este sentido, las políticas dirigidas a la infancia deberían contar con un enfoque de «salud en todas las políticas» que abordase el trabajo en diferentes sectores y administraciones. La mejora de los determinantes sociales de la salud en la infancia constituye, además, una oportunidad inigualable para mejorar la salud de la población en un corto espacio de tiempo y con muchos menos recursos que en otras etapas de la vida¹. Un conocimiento preciso sobre los factores sociales que tienen mayor influencia en el desarrollo de los menores es, por

tanto, un primer paso fundamental para diseñar intervenciones que reduzcan las desigualdades en salud.

Editor responsable del artículo

Carlos Álvarez-Dardet.

Declaración de transparencia

La autora principal (garante responsable del manuscrito) afirma que este manuscrito es un reporte honesto, preciso y transparente del estudio que se remite a GACETA SANITARIA, que no se han omitido aspectos importantes del estudio, y que las discrepancias del estudio según lo previsto (y, si son relevantes, registradas) se han explicado.

¿Qué se sabe sobre el tema?

La etapa infantil y juvenil es clave para el desarrollo de una vida saludable, y es conocida la existencia de desigualdades sociales en salud desde etapas muy tempranas de la vida. El estatus migratorio es un eje de desigualdad muy importante a la hora de analizar la salud y los determinantes de la salud de la población adulta.

¿Qué añade el estudio realizado a la literatura?

Las desigualdades en salud y en los determinantes de la salud entre la población autóctona y la inmigrante se heredan entre generaciones. El estatus migratorio de los progenitores supone una desventaja en salud en sus descendientes que va más allá del estatus socioeconómico de la familia. Las intervenciones que pretendan disminuir las desigualdades en salud de la población infanto-juvenil deben tener en cuenta el origen inmigrante como eje de desigualdad.

Contribuciones de autoría

Las dos personas firmantes han contribuido en la concepción y el diseño del trabajo. U. Martín ha realizado todos los análisis de datos y ha redactado la metodología. Y. González-Rábago ha redactado la introducción y la interpretación de los resultados. Ambos han redactado la discusión y han revisado y aprobado la versión final del manuscrito.

Financiación

Este trabajo ha sido financiado por el Departamento de Salud del Gobierno Vasco dentro del proyecto «Desigualdades sociales en la salud de la población infantil y análisis del cuidado informal: estudio a través de los datos de la Encuesta de Salud de la CAE».

Conflictos de intereses

Ninguno.

Bibliografía

1. Pillas D, Marmot M, Naicker K, et al. Social inequalities in early childhood health and development: a european-wide systematic review. *Pediatr Res.* 2014;76:418-24.
2. Rajmil L, Díez E, Peiró R. Desigualdades sociales en la salud infantil. Informe SESPAS 2010. *Gac Sanit.* 2010;24(Supl 1):42-8.

3. Ben-Shlomo Y, Kuh D. A life course approach to chronic disease epidemiology: Conceptual models, empirical challenges and interdisciplinary perspectives. *Int J Epidemiol.* 2002;31:285–93.
4. van de Mheen H, Stronks K, Looman C, et al. Role of childhood health in the explanation of socioeconomic inequalities in early adult health. *J Epidemiol Community Health.* 1997;52:15–9.
5. Starfield B. Social gradients and child health. En: Heggenhuogen H, Quah S, editors. *International encyclopedia of public health*, 6. San Diego: Academic Press; 2008. p. 87–101.
6. Bustelo E. El recreo de la infancia. Argumentos para otro comienzo. Buenos Aires: Siglo XXI; 2007. p. 197.
7. Rajmil L, López-Aguilá S, Mompert-Penina A. Calidad de vida relacionada con la salud y factores asociados al sobrepeso y la obesidad en la población infantil de cataluña. *Med Clin (Barc).* 2011;137(Supl 2):37–41.
8. Miqueleiz E, Lostao L, Ortega P, et al. Trends in the prevalence of childhood overweight and obesity according to socioeconomic status: Spain, 1987–2007. *Eur J Clin Nutr.* 2014;68:209–14.
9. Casado Pérez C, Alonso Fernández N, Hernández Barrera V, et al. Actividad física en niños españoles: factores asociados y evolución 2003–2006. *Rev Pediatr Aten Primaria.* 2009;11:219–32.
10. Rey-López JP, Tomas C, Vicente-Rodríguez G, et al. Sedentary behaviours and socio-economic status in spanish adolescents: the AVENA study. *Eur J Public Health.* 2011;21:151–7.
11. Font-Ribera L, García-Continente X, Davó-Blanes M, et al. El estudio de las desigualdades sociales en la salud infantil y adolescente en España. *Gac Sanit.* 2014;28:316–25.
12. INE. Cifras de población enero 2017. (Consultado el 23/5/2017.) Disponible en: <http://ine.es/dynt3/inebase/es/index.htm?padre=1894&capsel=1895>
13. Malmusi D, Ortiz-Barreda G. Desigualdades sociales en salud en poblaciones inmigradas en España: Revisión de la literatura. *Rev Esp Salud Publica.* 2014;88:687–701.
14. Fuller-Thomson E, Noack AM, George U. Health decline among recent immigrants to Canada: Findings from a nationally-representative longitudinal survey. *Can J Public Health.* 2011;102:273.
15. Rodríguez Álvarez E, González-Rábago Y, Bacigalupe A, et al. Inmigración y salud: desigualdades entre la población autóctona e inmigrante en el País Vasco. *Gac Sanit.* 2014;28:274–80.
16. Rivera B, Casal B, Currais L. Estado de salud y frecuentación de los servicios sanitarios de los menores hijos de inmigrantes. *Gac Sanit.* 2009;23:53–6.
17. Departamento de Salud. Gobierno Vasco. Metodología. Encuesta de salud del País Vasco 2013. Servicio de Publicaciones del Gobierno Vasco; 2015.
18. Domínguez-Berjón MF, Borrell C, Cano-Serral G, et al. Construcción de un índice de privación a partir de datos censales en grandes ciudades españolas (proyecto MEDEA). *Gac Sanit.* 2008;22:179–87.
19. Sobradillo B, Aguirre A, Urresti U, et al. Curvas y tablas de crecimiento. Bilbao: Fundación Orbeago; 2004. p. 36.
20. Centers for Disease Control and Prevention. Physical activity guidelines for Americans: fact sheet for health professionals on physical activity guidelines for children and adolescents. Atlanta: CDC; 2008.
21. American Academy of Pediatrics. Media use in school-aged children and adolescents. *Pediatrics.* 2016;(136).
22. Malmusi D, Borrell C, Benach J. Migration-related health inequalities: showing the complex interactions between gender, social class and place of origin. *Soc Sci Med.* 2010;71:1610–9.
23. Domingo-Salvany A, Bacigalupe A, Carrasco JM, et al. Propuestas de clase social neoweberiana y neomarxista a partir de la clasificación nacional de ocupaciones 2011. *Gac Sanit.* 2013;27:263–72.
24. Gualdi-Russo E, Toselli S, Masotti S, et al. Health, growth and psychosocial adaptation of immigrant children. *Eur J Public Health.* 2014;24:16–25.
25. Besharat Pour M, Bergstrom A, Bottai M, et al. Effect of parental migration background on childhood nutrition, physical activity, and body mass index. *J Obes.* 2014;2014, 406529.
26. Brodersen NH, Steptoe A, Boniface DR, et al. Trends in physical activity and sedentary behaviour in adolescence: ethnic and socioeconomic differences. *Br J Sports Med.* 2006;41:140–4.
27. Singh GK, Yu SM, Kogan MD. Health, chronic conditions, and behavioral risk disparities among U.S. immigrant children and adolescents. *Public Health Rep.* 2013;128:463–79.
28. Sisson SB, Church TS, Martin CK, et al. Profiles of sedentary behavior in children and adolescents: the U.S. National Health and Nutrition Examination Survey, 2001–2006. *Int J Pediatr Obes.* 2009;4:353–9.
29. Williams W, Li K, Haynie D, et al. Physical activity and sedentary behavior of US immigrant versus non-immigrant adolescents: findings from the NEXT generation health study data. *Ethn Health.* 2016:1–10.
30. Taverno Ross S, Larson N, Graham DJ, et al. Longitudinal changes in physical activity and sedentary behavior from adolescence to adulthood: comparing U.S.-born and foreign-born populations. *J Phys Act Health.* 2013;11:519–27.
31. Pina Díaz ML, Guillén Pérez F, Bernal Barquero M, et al. Asociación del sedentarismo con la obesidad infantil: una revisión bibliográfica. *Enfermería Docente.* 2013;99:26–33.
32. Santaliestra-Pasías AM, Mouratidou T, Verbestel V, et al. Food consumption and screen-based sedentary behaviors in European adolescents. *Arch Pediatr Adolesc Med.* 2012;166:1010–20.
33. Devís-Devís J, Peiró-Velert C, Beltrán-Carrillo VJ, et al. Brief report: Association between socio-demographic factors, screen media usage and physical activity by type of day in Spanish adolescents. *J Adolesc.* 2012;35:213–8.
34. Martínez-Gómez D, Rey-López JP, Chillón P, et al. Excessive TV viewing and cardiovascular disease risk factors in adolescents. The AVENA cross-sectional study. *BMC Public Health.* 2010;10:274.
35. Noonan RJ, Boddy LM, Knowles ZR, et al. Cross-sectional associations between high-deprivation home and neighbourhood environments, and health-related variables among liverpool children. *BMJ Open.* 2016;6, e008693.