

## **INMIGRACIÓN LATINOAMERICANA Y GASTO SOCIAL**

**JOSÉ IGNACIO ANTÓN** (janton@usal.es)  
*Universidad de Salamanca*

**RAFAEL MUÑOZ DE BUSTILLO** (bustillo@usal.es)  
*Universidad de Salamanca*

### **I. INTRODUCCIÓN**

En el debate popular sobre los efectos de la inmigración en las sociedades de acogida hay dos reproches que reciben una mención preferente. El primero de ellos tiene que ver con su efecto sobre el mercado de trabajo, o en el lenguaje más mundano, el argumento según el cual los inmigrantes actuarían como "ladrones" de unos empleos que de otra forma se encontrarían disponibles para los trabajadores nacionales. La segunda remite a la cuestión de los inmigrantes como personas que de alguna manera se "aprovechan" o "abusan" de los programas de protección social desarrollados en el marco del Estado de Bienestar (EB). Paradójicamente ambos reproches son en cierta medida incompatibles, ya que muchos de los programas de protección social van precisamente dirigidos a aquellos sin empleo, de forma que los inmigrantes o bien "robarían" puestos de trabajo a los locales o se aprovecharían de las prestaciones sociales, pero, difícilmente, podrían llevar a cabo ambas acciones simultáneamente. Estas páginas tienen

como objetivo analizar el segundo de los “temores” planteado más arriba, esto es, indagar cuál es el uso que los inmigrantes hacen del sistema de protección social español, con especial referencia a la población latinoamericana residente en nuestro país. Con esa finalidad, y a modo introductorio, en la siguiente sección se señalan cuáles son las distintas vías mediante las que la inmigración puede afectar a los programas del Estado de Bienestar y se repasa cuál es la evidencia disponible al respecto mediante la revisión de una selección de estudios realizados sobre inmigración y protección social en distintos países de la OCDE. Con este marco de referencia, en la sección tercera se presentan de forma telegráfica las características principales del sistema de prestaciones sociales español, desde una perspectiva comparada con el existente en el resto de países de la UE. El epígrafe siguiente entra de lleno en el análisis de la utilización de las prestaciones sociales por parte de los inmigrantes en comparación con la realizada por los nacionales, distinguiendo entre el acceso a las prestaciones sociales monetarias y el uso de los servicios sanitarios. Dado que ambos programas absorben la gran mayoría del gasto social, los resultados obtenidos se pueden interpretar en términos de mayor o menor uso de los programas del EB. La quinta y última sección resume las principales conclusiones del capítulo.

Antes de comenzar nuestra exposición, conviene señalar una limitación relevante que debe hacer tomar al lector cierta cautela a la hora de extraer conclusiones. La fuente utilizada para estimar el uso de prestaciones sociales monetarias, la *Encuesta de Condiciones de Vida*, no permite conocer la nacionalidad o procedencia de los inmigrantes más allá de si son extra o intracomunitarios. Es por ello que nuestro estudio, cuando utilizamos esta base de datos, se circunscribe al conjunto de inmigrantes extracomunitarios UE-25, sin analizar qué ocurre, específicamente, con los inmigrantes latinoamericana-

nos. Aunque en algunos países, como en Alemania, se han detectado diferencias en acceso a prestaciones sociales función de los colectivos, no existe en el caso español ningún elemento que pueda hacer pensar que tales diferencias existen (más allá de las explicables por la distinta composición de los diferentes grupos de inmigrantes en términos de edad, sexo, formación, etc.). En todo caso hay que señalar que entra en el campo de lo posible que los resultados obtenidos para una comunidad concreta de inmigrantes difieran de los obtenidos para todo el colectivo. De ser así, las conclusiones globales obtenidas para el colectivo de inmigrantes no serían válidas para todos los grupos específicos que lo conforman. En todo caso, consideramos que la alternativa, no investigar la cuestión planteada, es menos satisfactoria que el error que se pueda cometer al contemplar de forma agregada el conjunto de inmigrantes.

## **II. LA RELACIÓN ENTRE INMIGRACIÓN Y PRESTACIONES SOCIALES: ANÁLISIS TEÓRICO Y REVISIÓN DE LA LITERATURA.**

Los inmigrantes afectan al funcionamiento del sistema de protección social de los países de acogida por una doble vía. En primer lugar, en su calidad de trabajadores, los inmigrantes contribuyen al crecimiento económico, y, por lo tanto, al aumento de los ingresos públicos a través del pago de los impuestos que gravan sus rentas de trabajo (o mixtas) –ingresos que de otra forma no existirían (salvo que se produzca una sustitución completa de trabajadores nacionales por extranjeros<sup>20</sup>)– y los bienes tanto producidos como consumidos por este colectivo (impuestos indirectos), que, en ausencia de inmigración, no lo habrían sido y por lo tanto no podrían haber sido objeto de gravamen. La existencia de inmi-

---

20 Bajo determinadas condiciones también se producirá un aumento del PIB per capita. Sobre esta cuestión véase Muñoz de Bustillo (2008)

gración supone, por lo tanto, un aumento de los ingresos del sector público.

Paralelamente los inmigrantes se benefician de los gastos públicos, algunos, como los correspondientes a bienes públicos de consumo conjunto, infraestructuras o seguridad ciudadana, de difícil estimación, otros, como el acceso a la salud o las prestaciones por desempleo, más fáciles de cuantificar<sup>21</sup>. Sin duda alguna la forma más completa de estudiar el efecto de la inmigración sobre las finanzas públicas es la arriba señalada, que supondría calcular una especie de Balanza Fiscal de la inmigración. Sin embargo, la multitud de supuestos necesarios para poder generar estas estimaciones hace que este tipo de aproximación sea muy débil, ya que al final el resultado va a depender casi tanto de los supuestos realizados a la hora de adjudicar gastos públicos indivisibles a los inmigrantes como de los datos objetivos recabados sobre el acceso a prestaciones de éstos.

Alternativamente se puede plantear una estrategia más humilde, pero también de mayor factibilidad, aunque, como veremos, no por ello exenta de complicaciones, cual es centrarnos en el lado del gasto –y, específicamente, en algunos gastos sociales– y determinar si los inmigrantes usan de estos programas más de lo que les correspondería dadas sus características personales en comparación con los nacionales. Esta es la aproximación que se adopta en estas páginas.

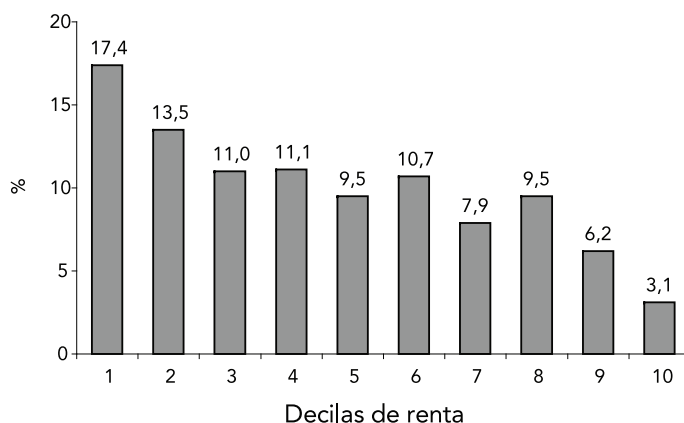
En todo caso, y en relación a la primera aproximación, hay que señalar que en la medida en que el sistema impositivo sea progresivo y los inmigrantes se sitúen, como así ocurre en nues-

---

21 Por bienes públicos nos referimos a aquellos bienes que presentan la propiedad de no exclusión (aquellos bienes que, una vez producidos, pueden ser consumidos por todos sin que exista la posibilidad de privar a alguien del acceso al mismo) y no rivalidad (aquellos en los que el número de consumidores no afecta negativamente a la cantidad del bien disfrutado por cada individuo). Estos bienes no tiene por qué necesariamente estar producidos por el sector público, aunque en ocasiones existan justificaciones que así lo aconsejen.

tro país, en los estratos más bajos de la distribución de la renta (gráfico 1) –y puesto que por lo general las necesidades de protección social o son independientes del nivel de renta de los sujetos (como el riesgo de determinadas enfermedades, como la esclerosis, que no dependen de las pautas de vida), o están relacionadas inversamente con ésta (la probabilidad de desempleo es mayor entre los menos cualificados, la morbilidad es mayor entre aquellos con menores rentas, etc.)– lo esperable sería que, *ceteris paribus*, los inmigrantes generaran una contribución neta negativa a las arcas públicas. Lo cual no sería achacable a los inmigrantes en sí, sino al diseño intencionado del Estado de Bienestar como herramienta aseguradora.

Gráfico 1  
Distribución de los inmigrantes por decilas de renta (2003)



Nota: Las decilas de renta corresponden a decilas de renta anual disponible ajustando por composición del hogar a través de la escala de equivalencia de la OCDE modificada.

Fuente: Elaboración propia a partir de la Encuesta de condiciones de Vida 2004.

En todo caso, hay que señalar que la condición *ceteris paribus*, en la práctica, no se sostiene: los inmigrantes son más jóvenes y, por lo tanto, tienen menor morbilidad y presentan patologías que requieren tratamientos médicos menos costosos; trabajan más, pero al tiempo sufren de mayor desempleo, etc.. Por ello, la realidad puede discurrir por un rumbo distinto al arriba señalado. Por último, es necesario indicar que, del hecho de que la contribución a las arcas del estado de los inmigrantes sea negativa (si lo fuere), no se puede ni debe concluir que su contribución a la economía también lo sea: sin inmigrantes el PIB sería menor, algunas actividades productivas serían insostenibles, se generarían estrangulamientos y cuellos de botella, las familias se enfrentarían a mayores problemas a la hora de atender las necesidades de sus miembros dependientes, etc.

El interés por estas cuestiones, la preocupación por que la inmigración fuera, en algún sentido, una especie de "turismo social", refiriéndose con este término a que fueran las prestaciones sociales existentes en los países de destino de los inmigrantes y no las posibilidades de su mercado laboral las que, al menos parcialmente, estuvieran detrás de los movimientos migratorios, ha llevado a la realización de multitud de investigaciones comparadas sobre la utilización de prestaciones sociales por nacionales y extranjeros en varios países. En el cuadro 1 se presenta, aunque sin pretensión de exhaustividad, una revisión de estos estudios que permite extraer varias conclusiones. La primera de ellas es que los resultados son distintos por países, lo cuál responde tanto a las diferentes características de los inmigrantes, sobre todo dependiendo de si la inmigración es un fenómeno novedoso o con larga tradición, y a las características de los sistemas de protección. En segundo lugar, destaca la importancia del momento del ciclo económico: la inmigración puede ser gra-

vosa para las arcas públicas cuando el desempleo es alto, pero no cuando es bajo (caso de Suecia, por ejemplo). En tercer lugar, las estimaciones de la posición global neta ya sea positiva o negativa, se mantiene en magnitudes poco significativas. Por último, tanto el efecto neto como el uso de prestaciones sociales dependen en gran medida del tipo de inmigración, con una clara contribución positiva en el caso de inmigrantes cualificados. En todo caso, la diversidad de resultados hace poco adecuada la generalización de los resultados obtenidos en un país, cualesquiera que sean éstos, a otros países, de ahí el interés de proceder a la estimación específica de los mismos para el caso español.

Antes de concluir esta sección, y retomando las tesis del "turismo social", es importante recalcar que los trabajos que estudian los determinantes de los flujos de inmigración no señalan la generosidad de las prestaciones sociales como una variable significativa en los mismos<sup>22</sup>. Un resultado este que sería coherente con el hecho de que el conocimiento sobre las prestaciones sociales de los países de destino entre los emigrantes antes de emigrar sea muy escaso (Eurostat, 2001), por lo que difícilmente podría afectar su decisión de emigrar.

---

22 Así, por ejemplo, el análisis de los determinantes de la inmigración en España entre 1991 y 1999 de Moreno (2004) confirma la importancia del diferencial del PIB per capita y el efecto red, junto con la desigualdad en el país de origen y el diferencial de crecimiento. Estos resultados coinciden en grandes líneas con los alcanzados por Casado, Molina y Oyarzun (2002), Márquez, Rochina y Antuñano (2004) y Casado et al. (2005).

Cuadro 1. Resultado sobre el impacto de los inmigrantes en el presupuesto público y uso diferencial de prestaciones sociales en EE.UU. y distintos países europeos.

Autor	País	Resultado
Clark y Passel (1994)	EE.UU.	Los inmigrantes pagan más en impuestos de lo que obtienen vía educación y prestaciones sociales
Borjas (1995)	EE.UU.	El resultado varía de saldo neto positivo a negativo dependiendo de los supuestos
Borjas y Trejo (1991)	EE.UU.	Las diferencias en uso de asistencia social explicadas por características observables
Storesletten (2003)	Suecia	Coste neto de 20.000 \$ con fuertes diferencias por tipo de inmigrante y edad
Österberg y Gufstansson (2001)	Suecia	El coste es mayor cuanto menor es el periodo de residencia en el país
Ekberg (1999)	Suecia	Contribución positiva, alrededor de 1-2% del PIB en las épocas de pleno empleo (1950-70), nula en la década de 1980 y negativa en presencia de desempleo.
Hansen y Lofstrom (2003)	Suecia	Los inmigrantes tienen tasas de utilización de las prestaciones sociales más elevadas que la población nativa (4,7% frente a 10% en el caso de inmigrantes económicos y 32% en el caso de refugiados en 1998),
Roodenburg et al. (2003)	Países Bajos	Coste positivo pero pequeño, varía mucho según tipo de inmigrante
Bengtsson y Scout (2006)	Suecia	Los inmigrantes utilizan más asistencia social, prestaciones de enfermedad
Sinn y Werding (2001)	Alemania	Coste positivo. Los inmigrantes con más de 25 años de residencia tienen un efecto neto fiscal positivo
Ulrich (1994)	Alemania	Efecto neto positivo explicado por la composición demográfica de los inmigrantes (más jóvenes)
Wadensjö y Gerdes (2004)	Alemania	Impacto negativo de la primera generación y positivo en el caso de los polacos y yugoeslavos a partir de la segunda generación.
Bird et al. (1999)	Alemania	Las diferencias en uso de asistencia social explicadas por características observables
Moscarola (2003)	Italia	Efecto neto positivo
Ablett (1999)	Australia	Efecto neto positivo



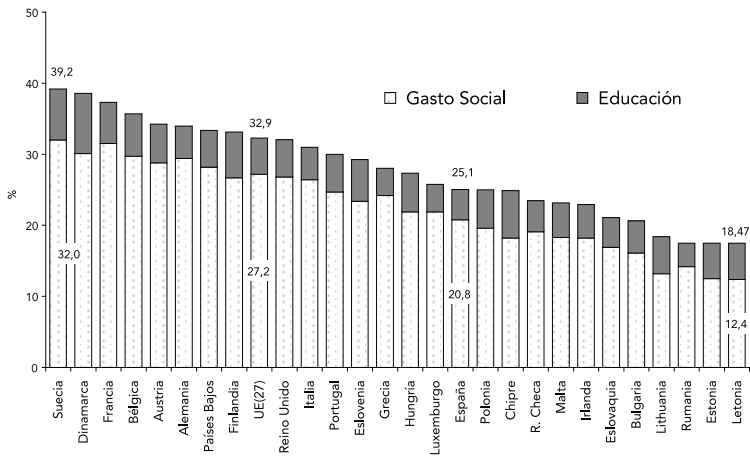
Straubhaar and Weber (1994)	Suiza	Efecto neto positivo
Baker y Benjamín (1995)	Canadá	Los inmigrantes tienen una tasa de utilización en programas de asistencia social del 7,4% menor que la de los hogares nativos (el 9,4%).
Winkelmann (2002)	Suiza	Las diferencias en utilización de servicios de salud se explican por características observables
Brücker et al. (2002)	Países de la UE	Las diferencias en usos de prestaciones de desempleo y pensiones de inmigrantes y nacionales dependen del país y la prestación

Fuente: Elaboración propia.

### III. CARACTERÍSTICAS DEL SISTEMA DE BIENESTAR ESPAÑOL.

Tal y como se puede observar en el gráfico 2, dentro del contexto europeo, especialmente en el contexto de la UE anterior a la ampliación hacia los países del Este, UE-15, el Estado de Bienestar español se puede definir como relativamente débil. En efecto, España es, después de Irlanda, el segundo país de la UE-15 con menor gasto social como porcentaje del PIB, una variable que, *grosso modo*, recoge el esfuerzo que un país hace en la cobertura de las políticas sociales que definen el Estado de Bienestar: protección ante la enfermedad, la vejez el desempleo y la falta o insuficiencia de rentas. Es más, las diferencias entre el gasto social medio de la UE y de España, han aumentado en la última década, no pareciendo, por lo tanto que se pueda hablar de convergencia en esfuerzo social.

Gráfico 2. Gasto social y en educación como % del PIB en la Unión Europea (2005)



Fuente: Elaboración propia a partir de datos de Eurostat (<http://epp.eurostat.cec.eu.int>).

Se puede argumentar que, al existir una relación estadísticamente probada entre nivel de renta y el esfuerzo en protección social, el menor desarrollo en España del Estado de Bienestar podría obedecer a su, también, inferior PIB per capita. Sin embargo, incluso teniendo en cuenta ese menor nivel de renta per capita de España, el esfuerzo en protección social es menor al que "le correspondería" dado su nivel de renta si España siguiera una pauta parecida a la europea en lo que se refiere a la relación PIB-protección social (Muñoz de Bustillo, 2006).

En todo caso, gracias a la existencia de una saludable tasa de crecimiento económico, esta reducción del esfuerzo relativo en protección social no ha repercutido en una caída del gasto social por

habitante, aunque éste habría crecido en el período 1990-2004 sólo un 4% en términos reales, magnitud que probablemente no haya sido suficiente para cubrir el aumento de la demanda de algunos servicios sociales, como, por ejemplo, la sanidad<sup>23</sup>.

En el cuadro 2 se puede ver cómo ese menor esfuerzo en protección social se manifiesta en todos los tipos de gasto, si bien las mayores diferencias se dan en los programas de prestaciones familiares, vivienda y asistencia social. Esta circunstancia es importante, en la medida en que, dado el perfil de la población inmigrante, este tipo de prestaciones pueden ser de mayor importancia para este colectivo que otras como las pensiones. La brecha relativa nos indica, precisamente, que es en estas partidas donde la diferencia con respecto al gasto relativo comunitario es más amplia.

Cuadro 2. Composición del gasto social público como % del PIB en la UE (15) (2005).

	Enfermedad y discapacidad	Pensiones	Vivienda y exclusión social	Desempleo	Familia e infancia	Costes adm. y otros
UE (15)	9,8	12,2	0,9	1,7	2,2	1,0
Bélgica	9,6	12,7	0,5	3,5	2,0	1,4
Dinamarca	10,3	11,0	1,7	2,5	3,8	0,8
Alemania	10	12,4	0,8	2,1	3,2	0,9
Irlanda	7,8	4,5	0,9	1,3	2,5	1,2
Grecia	7,7	12,0	1,1	1,2	1,5	0,7
España	7,9	8,4	0,4	2,5	1,1	0,5
Francia	10,6	13,0	1,3	2,2	2,5	1,9
Italia	8,3	15,5	0,1	0,5	1,1	0,9
Luxemburgo	8,3	7,9	0,6	1,1	3,6	0,4
Países Bajos	10,7	11,1	1,6	1,5	1,3	2,0
Austria	9,3	13,5	0,4	1,6	3,0	1,0
Portugal	9,4	10,9	0,2	1,3	1,2	1,7
Finlandia	10,0	9,6	0,8	2,4	3,0	0,9
Suecia	12,3	12,5	1,2	1,9	3,0	1,1
Reino Unido	10,5	11,8	1,7	0,7	1,7	0,4
Diferencia % (a)	-19,4	-31,1	-55,6	47,1	-50,0	50,0

23 Es importante señalar que, en todo caso, la reducción del paro habría permitido liberar recursos de algunas partidas, como protección por desempleo, que en 1993 suponía el 3,5% del PIB llegando dos años más tarde hasta el 5,1%, para caer en 2003 al 2,6% y dedicarlo a otros rubros sin que aumente el gasto público total.

Nota: (a) Diferencia porcentual entre el gasto en términos de PIB de la función en España y el gasto medio en la UE-15.

Fuente: *Elaboración propia a partir de datos de Eurostat*  
(<http://epp.eurostat.cec.eu.int>).

Si interpretamos estos indicadores en términos de diferencias del Estado de Bienestar español con respecto a esa entelequia que es el "modelo social europeo" (Muñoz de Bustillo y Bonete, 2008), que se reflejaría en los valores medios de la UE para cada una de las partidas, podemos ver que las mayores diferencias en protección social se refieren, primeramente, a la menor cobertura de las prestaciones en términos generales y, en segundo término, a la marginalidad de algunas prestaciones como las familiares, vivienda o asistencia social. No es así de extrañar que cuando se hace referencia al "modelo Mediterráneo" de Estado de Bienestar, una de las cuestiones que se utilicen en su definición sea el escaso peso de este tipo de prestaciones y la importancia que todavía tiene la familia en la cobertura del tipo de necesidades a las que estas prestaciones se encuentran asociadas<sup>24</sup>. Estos elementos tendrán que ser tenidos en cuenta cuando se evalúe el impacto de la inmigración sobre el Estado de Bienestar, en cuanto que también habrá que considerar su efecto sobre aquellas actividades de bienestar que se desarrollan de forma sustitutiva por parte de las unidades familiares.

La visión comparativa que proporciona el cuadro 2, aunque muy básica, permite deducir que entre las ventajas que puedan ver los inmigrantes al elegir España como país de acogida no parece que esté el acceso a unos niveles de protección social elevados, como podría ocurrir en otros países como Suecia, Dinamarca, Francia o los Países Bajos. Dentro de la literatura dedicada a la relación entre Estado de Bienestar

---

<sup>24</sup> Véase, por ejemplo, Moreno (2001).

e inmigración no es infrecuente el debate de hasta qué punto las prestaciones sociales no pueden actuar de imanes de inmigrantes, que verían en ellas una razón complementaria importante para la inmigración. Los estudios empíricos, no obstante, no arrojan una evidencia firme en relación a la hipótesis del Estado de Bienestar como un imán para los individuos de otros países<sup>25</sup>. En todo caso, los datos anteriores sugieren que cualesquiera que sean las causas de la inmigración a nuestro país, en virtud de la baja intensidad protectora global de su Estado de Bienestar, no parece los niveles de protección social constituyan una causa importante<sup>26</sup>.

#### **IV. UTILIZACIÓN DE LAS PRESTACIONES Y SERVICIOS SOCIALES POR PARTE DE LOS INMIGRANTES.**

Tal y como señalamos anteriormente, el estudio del uso de prestaciones sociales por parte de los inmigrantes latinoamericanos en España está sujeto a dos restricciones importantes. La primera de ellas es que sólo se dispone de información de acceso a prestaciones monetarias (mediante la explotación de la *Encuesta de Condiciones de Vida*, ECV) y acceso a servicios de Salud (a través de la *Encuesta Nacional de Salud*, fundamentalmente). Se deja por lo tanto fuera del análisis otras posibles prestaciones de entidades locales en especie, dirigidas a colectivos vulnerables como puedan ser los inmigrantes, y la educación, que, de acuerdo a la clasifi-

---

25 Véanse Levine y Zimmerman (1999), López i Casanovas y García (2006) y Barrett y McCarthy (2008).

26 Obviamente, una razón importante es la diferencia de rentas entre el España y los países de origen de los inmigrantes: la renta per capita de Marruecos, país que en 2006 contaba con un mayor número de inmigrantes en nuestro país (medio millón) no alcanzaba en 2002 el 18% de la renta per capita española, en el caso de Ecuador, que le sigue a la zaga, la magnitud era del 16%. En el caso de Rumania y Colombia, que ocupan el tercer y cuarto lugar este porcentaje se sitúa en el 30% (World Bank, 2008). Aunque las diferencias salariales son menores, de acuerdo con Pérez Alcalá (2005), en 2003 el salario medio agrícola en Andalucía era 3,5 veces superior al de Marruecos y 4,1 veces superior al de Ecuador.

cación Sistema Europeo de Estadística de Protección Social, no se considera gasto social. La segunda consideración es que la ECV no permite conocer el origen de los inmigrantes, más allá de su pertenencia o no a la UE-25. Ello obligará a que el análisis del acceso a prestaciones sociales se limite a una perspectiva agregada.

*a). Acceso a prestaciones sociales monetarias por parte de los inmigrantes extracomunitarios.*

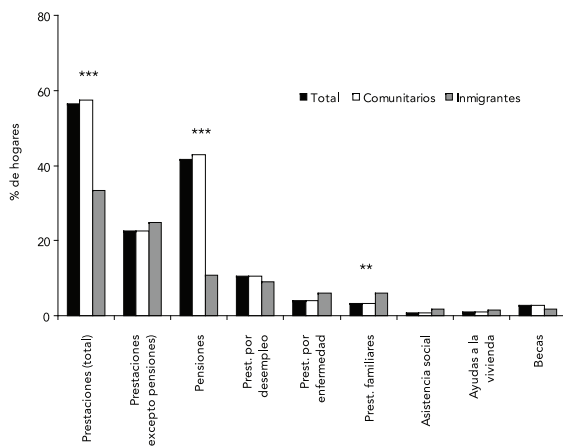
Como se ha comentado anteriormente, el Estado de Bienestar español es de naturaleza eminentemente contributiva, en la medida que las prestaciones por desempleo y pensiones representan conjuntamente más de la mitad del gasto social (cuadro 2), dedicando pocos recursos (al margen del sistema sanitario, que se trata en el epígrafe 4.2) para prestaciones de carácter no contributivo o asistencial, de las que los inmigrantes podrían ser beneficiarios en mayor medida que en el caso de otro tipo de prestaciones sociales. A esto debe unirse la existencia de cierta precariedad en lo que se refiere a las bases de datos con las que cuentan los investigadores de España, dado que la única encuesta que permite realizar un análisis de incidencia del gasto social, la *Encuesta de Condiciones de Vida*, carece del tamaño muestral necesario para llevar a cabo análisis detallado de otras prestaciones que no sean –e incluso con ciertas limitaciones– pensiones y subsidio de desempleo. Por ello, con las excepciones mencionadas (prestaciones de vejez, invalidez, etc. y prestaciones por desempleo), el análisis que puede acometerse es fundamentalmente, descriptivo. De acuerdo con este planteamiento, el gráfico 3 recoge el porcentaje de hogares que reciben prestaciones y la cuantía media per capita de los beneficios distinguiendo entre aquéllas unidades de convivencia cuyo cabeza de familia nació en España o en la Comunidad Euro-

pea y aquéllos con otro país de procedencia<sup>27</sup>. Esta figura pone de manifiesto, en primer lugar, la mencionada preeminencia del sistema de pensiones dentro del Estado de Bienestar español. Así, los inmigrantes, más jóvenes y cuya experiencia laboral previa se desarrolló, posiblemente, en otro país, reciben este tipo de prestaciones en menor proporción y cuantía que los hogares nacionales, lo que explica las diferencias en los beneficios sociales recibidos por ambos colectivos. En el resto de los casos, no existen en su mayoría diferencias significativas en percepción o cuantía de los beneficios si exceptuamos la recepción de prestaciones familiares (mayor entre los hogares inmigrantes) y la cuantía promedio de todas las transferencias excluyendo pensiones y de las prestaciones por enfermedad, en las que las unidades familiares encabezadas por inmigrantes perciben, en promedio, menores beneficios. Por último, debe enfatizarse la escasa entidad de la asistencia social, las prestaciones familiares, las ayudas a la vivienda y las becas. Como ya se adelantó anteriormente, se tratan éstas de las transferencias destinadas prioritariamente a las funciones de redistribución –en comparación con el seguro de desempleo y las pensiones, cuyos fundamentos se encuentran ligados a problemas de información y riesgo–, de forma que su limitada relevancia en el contexto español puede ayudar a comprender la menor percepción de prestaciones por parte de los inmigrantes, ubicados en su mayor parte en la los estratos de ingreso más bajos.

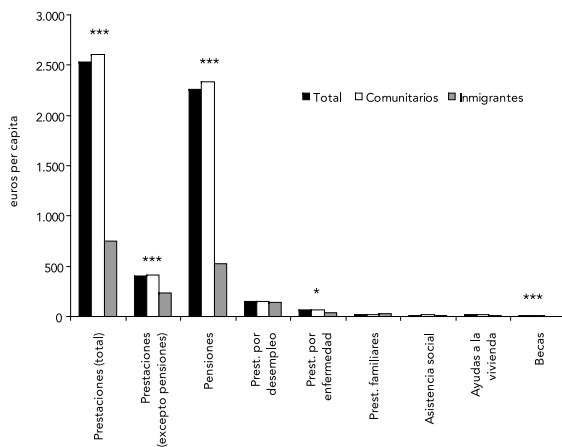
---

27 Como ya se señaló en la introducción, ante imposibilidad de determinar si los inmigrantes son de países de la UE-15 (mayor desarrollo económico y social) o son países de nuevo ingreso en la Comunidad Europea, hemos optado por analizar conjuntamente hogares comunitarios o españoles, que presentan características, en general, bastante similares. Esta es la estrategia adoptada, por ejemplo, por Brücker et al. (2002).

Gráfico 3. Recepción de prestaciones sociales por hogares comunitarios e inmigrantes (2005)  
 Porcentaje de hogares que reciben prestaciones sociales según prestación y lugar de nacimiento del cabeza de familia



Prestaciones sociales per capita promedio según prestación y lugar de nacimiento del cabeza de familia



Nota: \*\*\* diferencia significativa al 1%; \*\* significativa al 5%; \* significativa al 10%.

Fuente: Elaboración propia a partir de la Encuesta de Condiciones de Vida 2006.



Asimismo, se ha llevado a cabo un análisis multivariante para determinar si, cuando se tienen en cuenta una serie de características observables que influyen en el acceso a determinadas prestaciones sociales, los hogares inmigrantes reciben más o menos prestaciones que los españoles. Para efectuar este análisis, debido a la naturaleza censurada de la variable dependiente (un porcentaje significativo de hogares no recibe prestaciones) se utiliza un modelo *tobit*. Consideramos varias características observables de los hogares tales como el tamaño del hogar, su composición por edades y el número de personas por ingresos y distintas variables relacionadas con el cabeza de familia (sexo, edad, nivel educativo, estado civil y situación de actividad más frecuente). Nuestro análisis (cuyos detalles se encuentran disponibles bajo petición a los autores), revela que, teniendo en cuenta dichas características observables, los hogares en los que el cabeza de familia es inmigrante reciben, en promedio y *ceteris paribus*, alrededor de 472 euros menos al año. Si excluimos de este cálculo las pensiones, que distorsionan considerablemente el agregado, esta "penalización" se reduce a poco más de 115 euros anuales. La interpretación más plausible de estos resultados remitiría a la interacción entre el carácter eminentemente contributivo del Estado de Bienestar español, dominado principalmente por las pensiones y las prestaciones de desempleo, y el escaso tiempo transcurrido desde el boom inmigratorio –unido, también debe señalarse, a una coyuntura de excepcional en materia de creación de puestos de trabajo, que limitaba el uso de las prestaciones de desempleo–, que habría impedido a las personas nacidas fuera del territorio nacional acumular los derechos necesarios para percibir este tipo de prestaciones, aunque sus características sociodemográficas no fuesen distintas de las de los españoles y comunitarios. Asimismo, debe apuntarse que, aunque los inmigrantes hubiesen realizado aportaciones a sistemas de seguro social en otros países, el proceso de reconocimiento y la portabilidad de

los mismos se enfrenta a restricciones, pues los inmigrantes sólo pueden beneficiarse de sus contribuciones a la Seguridad Social u otros entes similares en el caso de que el gobierno español haya firmado con el país de origen un convenio destinado al reconocimiento mutuo de cotizaciones y pensiones.

*b) Utilización del Servicio Nacional de Salud por parte de los inmigrantes latinoamericanos*

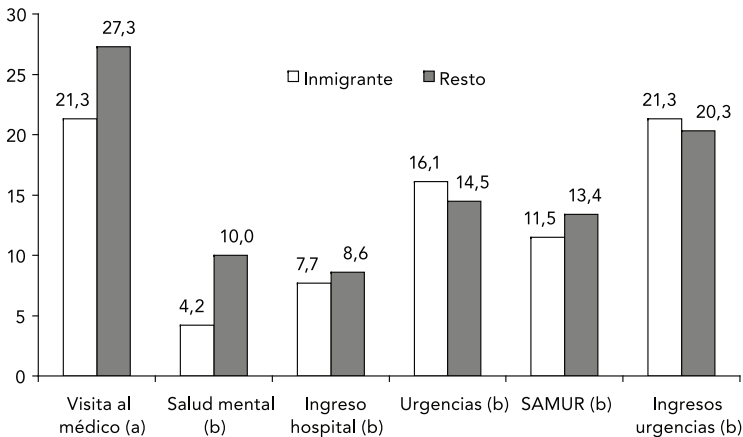
La salud no sólo es el segundo ítem en importancia de gasto social, con el 6,4% del PIB, sólo por detrás de pensiones de jubilación con el 7,9%, y muy por delante del siguiente concepto (desempleo, con el 2,5%), sino que es un gasto que, a diferencia del resto, afecta al conjunto de los ciudadanos, con mayor o menor importancia, a lo largo de todo su ciclo vital. Además, puesto que el estado de salud suele estar directamente relacionado con el nivel de renta, esto es, las poblaciones económicamente más desahogadas suelen tener mejor salud, el gasto en este rubro muestra un claro perfil redistributivo (Gimeno, 2000). Todo ello hace que la salud sea uno de los programas del Estado de Bienestar que cuenta con mayor respaldo de la población: un 80,9% de la población española considera sin lugar a dudas que la asistencia sanitaria debe ser una responsabilidad del gobierno, y otro 18,3% considera que probablemente debería serlo, dejando en menos del 1% el porcentaje de población que cree que no debería ser su responsabilidad (Calzada, 2008). En este contexto de apoyo a las prestaciones sanitarias públicas universales, a menudo la inmigración se ve como una fuente de competencia con respecto a unos recursos sanitarios que nunca parecen ser tan abundantes como se desea. Un ejemplo de ello lo ofrece las declaraciones del ex ministro de agricultura del Partido Popular, Arias Cañete, que, recientemente, señalaba que "las urgencias están colapsadas por los inmigrantes" (*El País*, 08/02/2008).

El objetivo de estas páginas es contrastar hasta que punto esa percepción popular, que comparte el también “popular” ex-ministro (la mayor intensidad en el uso de los servicios sanitarios por parte de los inmigrantes), responde a la realidad. Para ello, a modo introductorio, en una primera parte, analizaremos algunos estudios que tratan esta cuestión, fundamentalmente desde la perspectiva de salud pública. Posteriormente presentaremos las conclusiones obtenidas de la explotación de los microdatos de la *Encuesta Nacional de Salud 2006*. Antes de empezar conviene señalar que, dadas las características de los inmigrantes (véase capítulo 1 de este volumen), especialmente su composición etaria, parece razonable esperar que éstos tengan un uso de las prestaciones sanitarias menor que la población, de ahí que, *ex-ante*, sea paradójico esa percepción, ciertamente extendida, de la “saturación” de los servicios de salud por parte de los inmigrantes. Este efecto se vería ampliado por lo que en la literatura se conoce como el “efecto de inmigrante sano”, que hace referencia a que, puesto que el proceso de emigración es un proceso costoso y a veces arduo, es razonable pensar que habrá un proceso de selección y autoselección de forma que los que emigren con éxito tengan buena salud. Merece la pena mencionar que esta base de datos, a diferencia de la anterior, permite distinguir el país de nacimiento de los inmigrantes mayores de 18 años, lo que posibilita la obtención de resultados para el colectivo latinoamericano residente en España.

A pesar de la actualidad de la cuestión tratada, no son muchos los estudios disponibles que abordan el tema desde una perspectiva científica. El primero de los estudios que vamos a comentar, y el más ambicioso por su extensión, es el realizado por el Instituto de Salud Pública de Madrid (2005) a partir de los datos de la *Encuesta de Salud de la Ciudad de Madrid 2004-2005*. Entre las conclusiones alcanzadas destaca el menor

consumo de medicamentos por parte de los inmigrantes económicos (el 42% de éstos ha utilizado medicamentos en las últimas dos semanas frente al 57% del resto de la población). En lo que se refiere a los servicios sanitarios, el resultado es similar ya que, como se puede apreciar en el gráfico 4, sólo las diferencias en el número de visitas promedio al médico de familia y al especialista salud mental son significativas y, en ambos casos, en favor de los inmigrantes, que recurrirían en menor medida a estos servicios. Este patrón se mantiene cuando se tienen en cuenta las diferencias de sexo, edad y nivel de estudios de los inmigrantes. Más aún, estos resultados son coherentes con la mejor salud subjetiva percibida por los inmigrantes, de los que sólo un 15% consideran tener una salud mala o regular (frente al 24,7% de los no inmigrantes).

Gráfico 4. Uso de servicios sanitarios por inmigrantes y resto de la población en la ciudad de Madrid (2004-2005)



Notas: (a) en las últimas dos semanas. (b) en los últimos dos meses.

Fuente: *Elaboración propia a partir de Instituto de Salud Pública de Madrid (2005).*

Los resultados de encuesta se ve confirmados, por un estudios hospitalario realizado por Burón *et al.* (2008) en el Hospital del Mar de Barcelona, una ciudad, como en el caso anterior, con una fuerte presencia de población inmigrante. De acuerdo con este trabajo el índice relativo de utilización agregada de los servicios de emergencia por parte de los inmigrantes, 0,62, era inferior al de los nacidos en España. Lo mismo ocurría en el caso de cirugía, 0,51, traumatología, 0,47, medicina, 0,48, y psiquiatría, 0,42. No encontrándose diferencias en ginecología y urgencias menores. Esta menor utilización se explicaría según los autores por el "efecto inmigrante sano", al que se ha hecho referencia más arriba. La ausencia de diferencias en urgencias menores se explicaría, probablemente, por la utilización de este canal por parte de los inmigrantes para superar barreras al cuidado sanitario, dado que, habitualmente y dada la ausencia de copagos en todo el sistema con la excepción de los fármacos, los profesionales de los servicios de salud atienden a todos los individuos.

De forma complementaria, en otro trabajo (Cots *et al.*, 2007), realizado previamente en el mismo hospital, se concluye que el tipo de patologías tratadas en urgencias a inmigrantes (con la excepción de las ginecológicas) tiene un coste de tratamiento menor que en el caso del resto de la población.

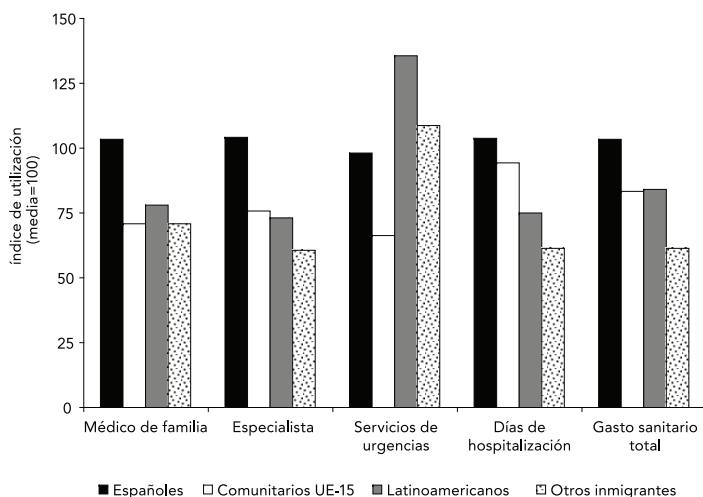
A continuación se presenta una estimación propia, realizada a partir de la Encuesta Nacional de Salud 2006, de la utilización de servicios sanitarios por parte de inmigrantes y nacionales entre finales de 2005 y 2006. Esta base de datos posibilita conocer el país de origen de los inmigrantes, aunque esta información sólo se encuentra disponible para los mayores de 12 años. Por ello, podemos computar la utilización de servicios sanitarios específicamente para los inmigrantes de Latinoamérica y el Caribe. Otro de las limitaciones de nuestra

base de datos se refiere a que no podemos conocer el tipo de financiación (pública o privada) de los servicios sanitarios por los que optaron los usuarios en alrededor de una cuarta parte de los contactos con el sistema de salud. Por ello, la explotación de esta base de datos requiere la realización de diversos supuestos e imputaciones<sup>28</sup>. En primer lugar, se han estimado las tasas de utilización de los servicios sanitarios públicos correspondientes a distintas modalidades. El gráfico 5 recoge las distintas frecuencias con las que los inmigrantes y los españoles acuden a los servicios sanitarios públicos. Con el fin de facilitar la comparación, los resultados han sido normalizados, es decir, hemos creado un índice de utilización que toma el valor de 100 para la media de la población. De esta forma, puede constatarse que las personas nacidas fuera de España utilizan en menor medida que la población nacional los servicios sanitarios, con la excepción de la atención urgente, donde el colectivo latinoamericano y los nacidos fuera de la UE-15 presentan tasas de utilización superiores a la población local. En el conjunto del gasto sanitario (obtenido a través de la suma del número de contactos sanitarios ponderada por su coste medio), la mayor intensidad en el uso de los servicios sanitarios se observa entre los españoles, seguidos de los latinoamericanos y los comunitarios de la UE-15, siendo el resto del colectivo foráneo el que parece recurrir menos al sistema sanitario público.

---

28 Los detalles de estos procedimientos se encuentran disponibles bajo petición a los autores.

Gráfico 5. Uso de servicios sanitarios por inmigrantes y resto de la población en España (2006)



Fuente: Elaboración propia a partir de la Encuesta Nacional de Salud 2006.

Debe señalarse que, en virtud de las características sociodemográficas (fundamentalmente las relacionadas con la estructura por edades) de los inmigrantes estos resultados no deben ser en ningún caso sorprendentes. Es por ello que este análisis debe complementarse con un análisis multivariante, donde la comparación se establezca entre individuos con características socio-demográficas similares. Este enfoque permitirá comprobar si los diferenciales en materia de utilización de servicios sanitarios públicos están relacionados con la condición de inmigrante de las personas. Para ello, se lleva a cabo un ejercicio econométrico que, concretamente, se basa en estimar cuáles son los principales determinantes del gasto sanitario público que recibió cada individuo en el año 2006, incluyendo entre

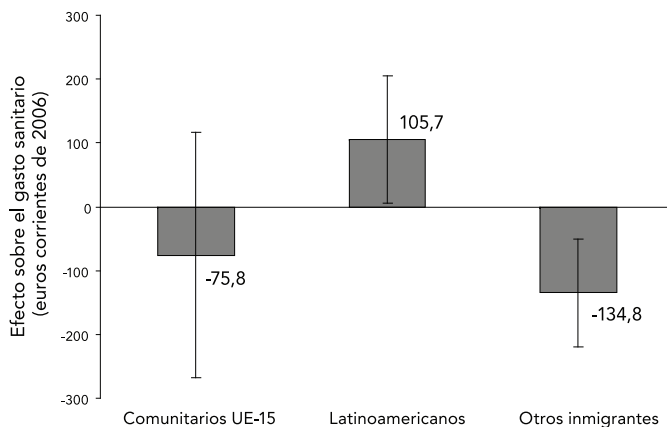
los mismos su país de procedencia. Dado que nuestra variable de interés (el gasto sanitario por persona) se trata de una magnitud que presenta valores nulos para un porcentaje importante de individuos (aquéllos que no recurrieron a los servicios sanitarios públicos durante todo el periodo de observación), se utiliza nuevamente un modelo *tobit*, que permite tener en cuenta la naturaleza censurada de la variable dependiente. Entre las variables explicativas del gasto sanitario se incluyen aquéllas relacionadas con las necesidades de atención (sexo, edad, preexistencia de enfermedades crónicas, haber sufrido un accidente durante el año, la condición de fumador y la realización de actividad física de forma habitual, el nivel educativo) y variables relativas a la actividad y a las características del hogar (estado civil, educación, aseguramiento privado, renta familiar, tamaño del hogar, número de niños menores de 5 años y salubridad del hogar y el entorno). Asimismo, se han incluido variables ficticias regionales y referidas al tamaño de la localidad de residencia y una variable de oferta (el número de médicos por cada 1.000 habitantes por provincia).

Los resultados completos y detallados de la estimación no se presentan en estas páginas (aunque pueden obtenerse bajo petición a los autores), en las que nos limitamos a presentar cuál es el efecto que la condición y región de origen concreta de los inmigrantes tiene sobre el gasto sanitario que reciben. De este modo, el gráfico 6 toma como categoría de referencia las personas mayores de 12 años nacidas en España y recoge cuál es el efecto de la condición de inmigrante –distinguiendo entre aquéllos de la UE-15, latinoamericanos y el resto– sobre el gasto público sanitario. Los resultados obtenidos muestran que, *ceteris paribus*, no existen diferencias estadísticamente significativas entre la intensidad de uso de servicios de salud de españoles y comunitarios de países de la UE-15. Sin embargo, se observa que, a un nivel del 5% de significativi-



dad, los inmigrantes latinoamericanos reciben alrededor 100 euros más en concepto de gasto sanitario que los españoles y que los inmigrantes de otros países utilizan en menor medida los servicios sanitarios que la población local (consumen servicios de salud por un valor, en promedio, inferior al observado para los nacionales de casi 135 euros al año). Este mayor coste de la atención a los inmigrantes latinoamericanos representa el 11% del gasto promedio observado en la población mayor de 12 años en España, aunque, por la elevada dispersión del gasto en salud, únicamente 0,040 desviaciones típicas. Una de las razones que podrían contribuir a explicar la mayor utilización del sistema sanitario por parte de los inmigrantes latinoamericanos respecto a los extranjeros de otras nacionalidades es, fundamentalmente, la ausencia de barreras de acceso vinculadas al idioma, que podrían dificultar el acceso de los europeos o asiáticos que no dominasen el castellano.

Gráfico 6. Efecto de la condición de inmigrante



Nota: En el gráfico se representan los intervalos de confianza, a un nivel del 95%, de los efectos marginales estimados.

Fuente: *Elaboración propia a partir de la Encuesta Nacional de Salud 2006.*

## V. CONCLUSIONES

El objetivo de este capítulo ha sido presentar una aproximación a la utilización de los servicios sociales del Estado de Bienestar español por parte del colectivo de inmigrantes latinoamericanos. Para ello, y poniendo de manifiesto la naturaleza fundamentalmente contributiva del sistema de beneficios sociales de España, se ha estudiado tanto la percepción de prestaciones en metálico como la intensidad de uso de los servicios públicos de salud por parte de españoles (o comunitarios, en el caso del sistema sanitario) e inmigrantes. Del análisis realizado pueden extraerse tres conclusiones fundamentales:

1. Los hogares inmigrantes reciben, en promedio, una menor cantidad de prestaciones sociales que los comunitarios, lo que se explica sólo parcialmente por las características sociodemográficas de los hogares. Ello posiblemente evidencia el poco tiempo transcurrido desde la intensa llegada de inmigrantes a finales de los años 90 junto a la existencia de problemas de portabilidad de derechos sociales.
2. En cuanto al sistema de salud, pese a que en el análisis agregado no es posible distinguir un patrón de utilización de servicios de salud sesgado hacia inmigrantes o locales, cuando controlamos por una serie de variables observables que afectan a la demanda de servicios médicos, observamos que, en promedio, el colectivo latinoamericano realiza una utilización de los servicios médicos más intensa que los españoles. Esto puede responder, aparte de cuestiones relacionadas con las propias preferencias, a la ausencia de barreras de idioma para acceder a los cuidados proporcionados por el sistema (que sí enfrentarían, en cambio,

otros colectivos de extranjeros, al menos en mayor medida) y a la existencia de variables no observables que afectan al stock de salud de este colectivo.

3. Estos resultados deben ponderarse con precaución, dado que las encuestas en las que nos hemos apoyado no han sido diseñadas para estudiar el fenómeno migratorio; el análisis del gasto en salud requiere de numerosos supuestos e imputaciones y, lo que es más importante, ha transcurrido muy poco tiempo desde que los flujos migratorios hacia España han adquirido una entidad importante.

En conjunto, por lo tanto, hasta el momento no se puede decir que la inmigración haya supuesto un peso diferencial importante sobre el Estadio de Bienestar español. Los inmigrantes, en conjunto tienen unas pautas de accesos a prestaciones y servicios sociales similares (de hecho muestran un menor acceso) a los españoles, aunque para el colectivo concreto de inmigrantes latinoamericanos se haya detectado un mayor consumo de servicios de salud. Otra cosa distinta es que el fuerte aumento de la población residente, como consecuencia de la inmigración, en un momento de estancamiento del esfuerzo relativo en protección social, no haya generado un aumento de la presión en determinados servicios, algo que obedecería al aumento de la población protegida y no a un uso anormal o "abusivo" de tales servicios por los inmigrantes.

## **VI. BIBLIOGRAFÍA**

**Ablett, John** (1999): "Generational accounting in Australia", en Auerbach, Alan J. y Kotlikoff Laurence J. y Leibfritz, Willi

(eds.) *Generational Accounting Around the World*, Chicago: University of Chicago Press, pp. 141-160.

**Baker, Michael y Benjamin, Dwayne** (1995): "The Receipt of Transfer Payments by Immigrants to Canada", *Journal of Human Resources*, vol. 30, núm. 4, pp. 650-676.

**Barreto, Alan y McCarthy, Yvonne** (2008): "Immigrants and Welfare Programmes: Exploring the Interactions between Immigrant Characteristics, Immigrant Welfare Dependence and Welfare Policy", IZA Discussion Paper No. 3494.

**Bengtsson, Tommy y Scott, Kirk** (2006): "Immigrant consumption of sickness benefits in Sweden, 1982-1991", *Journal of Socio Economics*, vol. 35, núm. 3, pp. 440-457.

**Bird, Edward J.; Kayser, Hilke; Frick, Joachim R. y Wagner, Gert G.** (1999): "The Immigrant Welfare Effect: Take-Up or Eligibility?", IZA Discussion Paper No. 66.

**Borjas George J.** (1995) "The Economic Benefits from Migration", *Journal of Economic perspectives*, vol. 9, núm. 2, pp. 3-22.

**Borjas, George J. y Trejo, Stephen J.** (1991): "Immigrant participation in the Welfare system", *Industrial and Labor Relations Review*, vol. 44, núm. 2, 195-211.

**Brücker, Herbert; Epstein, Gil S.; McCormick, Barry; Saint-Paul Gilles; Venturini, Alessandra y Zimmermann, Klaus F.** (2002): "Welfare State Provision", en Boeri, Tito; Hanson, Gordon H. y McCormick, Barry (eds) *Immigration Policy and the Welfare System: a report for the Fondazione Rodolfo Debenedetti a report for the Fondazione Rodolfo Debenedetti*, Oxford: Oxford University Press, pp. 66-90.

**Burón, Andrea; Cots, Francesc; García, Óscar; Vall, Oriol y Castells, Xavier** (2008): "Hospital emergency department utilization rates among the immigrant population in Barcelona, Spain", *BMC Health Services Research*, vol 8, núm. 51.

**Calzada, Inés** (2008): *La tela que nos teje. Un estudio comparado de las bases que sustentan la legitimidad de las políticas de bienestar*, Tesis Doctoral, Departamento de Sociología, Universidad de Salamanca

**Casado, Montserrat; González, María Concepción; Molina, Luis y Oyarzun, Javier** (2005): *Análisis económico de la inmigración en España. Una propuesta de regulación*, Madrid: UNED Ediciones.

**Casado, Montserrat; Molina, Luis y Oyarzun, Javier** (2002): "La población extranjera en España: un análisis económico", mimeo.

**Clark, Rebecca L. y Passel, Jeffrey S.** (1994) *How Much Do Immigrants Really Cost? A Reappraisal of Huddle's 'The Cost of Immigrants'*, Washington, D.C.: Urban Institute.

**Cots, Francesc; Castells, Xavier; García, Óscar; Riu, Marta; Aida, Felipe y Vall, Oriol** (2007): "Impact of immigration on the cost of emergency visits in Barcelona (Spain)", *BMC Health Services Research*, vol. 7, núm. 9.

**Ekberg, Jan** (1999): "Immigration and the Public sector: Income effects for the native population in Sweden", *Journal of Population Economics*, vol. 12, núm. 2, pp. 411-430.

**Eurostat** (2001): "Why do people migrate", *Statistics in focus*, Population and social conditions, 1/2001.

**Hansen, J. y Lofstrom, M.** (2003): "Immigrant Assimilation and Welfare Participation: Do Immigrants Assimilate Into or Out-of Welfare?", *Journal of Human Resources*, 38-1, pp. 74-98.

**Instituto de Salud Pública de Madrid** (2005): *Encuesta de Salud de la Ciudad de Madrid 2004-2005*, Madrid: Instituto de Salud Pública de Madrid.

**López i Casanovas, Guillem y García, Pilar** (2006): "Hipótesis sobre inmigración y bienestar", *Moneda y Crédito*, núm. 222, pp. 79-132.

**Márquez, Liliana; Rochina, María Engracia y Antuñano, Isidro** (2004): "Un modelo de gravedad ampliado para la inmigración internacional en España", *Revista Valenciana de Economía y Hacienda*, núm. 12, pp. 149-170.

**Moreno, Iván** (2004): "Los determinantes de la inmigración internacional en España: evidencia empírica 1991-1999", Documento de Trabajo del Instituto de Estudios Fiscales 9/04.

**Moreno, Luis** (2001): "La vía media española del modelo de bienestar mediterráneo", *Papers*, vol. 63/64, pp. 67-82.

**Moscarola, Flavia Coda** (2003): "Immigration flows and the sustainability of the Italian welfare state", *Politica economica. Rivista di studi e ricerche per la politica economica*, núm. 1, pp. 63-90.

**Muñoz de Bustillo, Rafael** (2006): "Balance del Estado de Bienestar en la Unión Europea: los 15 y la Europa de la ampliación", trabajo presentado en las *Jornadas El Futuro del Estado de Bienestar*, Instituto Andaluz de Administraciones Públicas, Sevilla, 4-7 de abril.

**Muñoz de Bustillo, Rafael y Bonete, Rafael** (2008): *Introducción a la Unión Europea: un análisis desde la Economía*, 4ª edición, Madrid: Alianza Editorial.

**Österberg, Törun y Gustafsson, Björn** (2001): "Immigrants and the Public Sector Budget – Accounting Exercises for Sweden", *Journal of Population Economics*, vol. 14, núm. 4, pp 689-708.

**Pérez Alcalá, Gabriel María** (2005): "Paro e inmigración en el mercado de trabajo andaluz", en Delgado, Manuel; López, María del Carmen y Romero, Juan José (Coords.) *Economía y territorio: la Comunidad Autónoma Andaluza*, Bilbao: Desclee de Brouwer, pp. 149-164.

**Roodenburg, Hans; Euwals, Rob y Ter Rele, Harry** (2003): *Immigration and the Dutch economy*, La Haya: Netherlands Bureau for Economic Policy Analysis.

**Sinn, Hans-Werner y Werding, Martin** (2001): "Immigration Following EU Eastern Enlargement", *CESifo Forum*, vol. 2, núm. 2, pp. 40 - 47

**Storesletten, Kjetil** (2003): "Fiscal Implications of Immigration – a Net Present Value Calculation", *Scandinavian Journal of Economics*, vol. 105, núm. 3, , pp.487-506.

**Straubhaar, Thomas y Weber, Rene** (1994): "On the Economics of Immigration: Some Empirical Evidence for Switzerland", *International Review of Applied Economics*, vol. 8, núm. 2, pp. 107-129.

**Ulrich, Ralf** (1994): "The Impact of Foreigners on the Public Purse", en Spencer, Sarah (ed.) *Immigration as an Econo-*

*mic Asset: The German Experience*, Staffordshire: Trentham Books, pp. 65-91.

**Wadensjö; Eskil y Gerdes, Christer** (2004): "Immigrants and the public sector in Denmark and Germany", en Trances, Torben y Zimmermann, Klaus F. (eds.) *Migrants, Work and the welfare State*, Odense: University Press of Southern Denmark, pp. 319-357.

**Winkelmann, Rainer** (2002): "Work and health in Switzerland: Immigrants and Natives", Working Paper núm. 203, University of Zurich.

**World Bank** (2008): *World Development Indicators*, Washington, D.C.: The World Bank.

**Zimmerman, David J. y Levine, Phillip B.** (1999): "An empirical analysis of the welfare magnet debate using the NLSY", *Journal of Population Economics*, vol. 12, núm. 3, pp. 1432-1475.