

Editorial

Inmigración y salud

Immigration and health

Juan Oliva^{a,b,*} y Gloria Pérez^c^a Universidad de Castilla-La Mancha, Facultad de Ciencias Sociales y Jurídicas de Toledo, Toledo, España^b Centro de Investigación Biomédica en Red de Epidemiología y Salud Pública (CIBERESP), España^c Agencia de Salud Pública de Barcelona, Barcelona, España

Las migraciones han sido una actividad consustancial a la humanidad durante nuestra existencia como especie. Aunque el proceso migratorio puede analizarse desde diferentes dimensiones, si nos centramos en los movimientos de población producidos entre grandes territorios, en los dos últimos siglos, el flujo de inmigrantes se producía mayoritariamente desde los países europeos hacia Estados Unidos, Canadá, Brasil, Argentina y Australia. En cambio, en la actualidad el origen de la migración se encuentra en los países de Iberoamérica, Asia y África, y los países receptores son los países norteamericanos y las naciones de Europa occidental. Ello no obsta para reconocer la importancia de la migraciones internas, del campo a la ciudad, unidas a la industrialización primero y después a la terciarización de la actividad económica y de las migraciones intracontinentales.

España, durante buena parte del siglo xx, en gran medida motivado por las condiciones económicas y políticas, fue un país donde las migraciones, tanto internas como a otros países europeos y de Iberoamérica, tuvieron una importancia capital. El fenómeno de la migración no es, pues, desconocido en nuestro país. Sí lo ha sido, en cambio, la evolución y el sentido de los flujos migratorios en los últimos años. A finales de la década de 1990 se produjo un incremento súbito de la inmigración en España como respuesta a la dinámica de la demanda del mercado laboral español. La magnitud de la población recibida, la velocidad de su llegada en muy corto tiempo y la gran diversidad de los países de origen han caracterizado el reciente fenómeno migratorio.

Para darnos cuenta de la magnitud del crecimiento basta señalar que, según el Instituto Nacional de Estadística (INE), en el año 1999 las cifras de población empadronada se situaban en torno a los 40,2 millones de personas, de los cuales 748.953 eran extranjeros, lo que representaba aproximadamente un 2% de la población total. En apenas una década (año 2009), la población empadronada en España supera los 46,6 millones de personas, de los cuales 5.598.691 son extranjeros. Es decir, un 12,0% del total de inscritos.

La Encuesta Nacional de Inmigrantes, realizada por el INE en el año 2007, define «inmigrante» como aquella persona que ha nacido en el extranjero, es mayor de 15 años y vive en España (o tiene intención de hacerlo) desde hace un año o más tiempo (excluyendo el caso de españoles de nacimiento nacidos fuera de España que a su llegada tenían menos de 2 años). De acuerdo con los datos que proporciona esta encuesta, la población inmigrante es mayoritariamente joven (un 72,3% es menor de 45 años, un 20,4% se encuentra entre 45 y 64 años, y un 6,9% tiene 65 o más años), con mayor presencia masculina que femenina (52% y 48%,

respectivamente) y con elevado nivel educativo (una de cada dos personas había completado los estudios de educación secundaria y el 20,5% de los inmigrantes era titulado superior), si bien las tasas de masculinidad y el nivel de estudios es muy heterogéneo en función de la nacionalidad estudiada. Por otro lado, la conformación de esta inmigración muestra una amplia diversidad cultural, social, religiosa y económica, lo cual representa un reto a la integración de los extranjeros como ciudadanos de pleno derecho en una sociedad democráticamente joven. Entre las zonas de procedencia y nacionalidades de las personas llegadas a España, se estima que, en el año 2007, aproximadamente 1,8 millones procedían de Iberoamérica, con Ecuador, Colombia y Argentina como los países de procedencia de un mayor número de ellos (371.743, 299.479 y 231.630, respectivamente); y 1,7 millones procedían de países europeos (de los cuales 1,5 millones procedían de los 27 países de la Unión Europea), destacando el número de personas de nacionalidad rumana o búlgara (estimado en 530.786), pero también la suma de ciudadanos alemanes y del Reino Unido (429.392). Se estima en 767.588 las personas procedentes del continente africano, de las cuales 539.773 son de nacionalidad marroquí (Marruecos es el país con mayor aportación de población). A distancia se encontrarían los inmigrantes procedentes de los países asiáticos y Oceanía (216.244), y los de Norteamérica (33.523). El medio de transporte utilizado para la llegada fue el avión (más del 60%), seguido a distancia por medios de transporte terrestre. Aunque la mayoría ya tenía un empleo en su país de origen (el 56%), el 83,9% llegó sin contrato previo. La mejor calidad de vida que ofrece España (40%) y la búsqueda de un empleo mejor (39%) fueron las causas más aducidas para venir a España, pero también la reagrupación familiar (32%), la falta de empleo en el propio país (23%), el coste de la vida (14%), el clima (11%) y razones formativas o educativas (8%) son también señaladas (respuestas no excluyentes).

Sin duda, la llegada de tal cantidad de población en tan escaso tiempo y su desigual distribución geográfica en el territorio, además de la diversidad cultural y social, han supuesto un importante desafío de adaptación social y convivencia tanto para los recién llegados como para la población autóctona, no escapando a ello las cuestiones relacionadas con la salud pública y con la organización del sistema sanitario.

Pese a ser población joven y siendo lo esperable que mayoritariamente gocen de buena salud («efecto del inmigrante sano»), la heterogeneidad del colectivo y su elevado número requiere análisis específicos que estudien su estado de salud, la utilización de los recursos sanitarios y los determinantes sociales que se encuentran relacionados con ambos.

Partiendo de una literatura prácticamente inexistente, en los últimos años el número de trabajos que han abordado el

* Autor para correspondencia.

Correo electrónico: juan.olivamoren@uclm.es (J. Oliva).

estudio de la salud de los inmigrantes en España ha sido creciente. No obstante, en GACETA SANITARIA hemos percibido, por una parte, el notable interés de los investigadores por profundizar en el tema, y por otra la necesidad de reunir en un cuerpo común de trabajo diferentes visiones y dimensiones sobre los determinantes de la salud de la población inmigrante, las diferencias respecto a los autóctonos y las consecuencias de su llegada para el sistema sanitario. Por ello se edita este número monográfico, que espera ser una referencia y motivo de consulta tanto para investigadores como para profesionales y responsables sanitarios.

Varios trabajos incluidos en el monográfico han centrado su interés en los patrones de utilización de recursos sanitarios por inmigrantes y autóctonos. La principal conclusión de los autores es que las tasas de utilización de los servicios sanitarios son menores en la población inmigrante (tras controlar por edad y sexo), si bien se deben introducir matices en los resultados en función del tipo de servicio estudiado (atención primaria, especializada, hospitalizaciones y urgencias), del colectivo de inmigrantes analizado y del ámbito geográfico considerado^{1,2}. Asimismo, tanto el porcentaje de inmigrantes como el incremento de la población se han traducido en una mayor demanda de seguros médicos privados (muestra de doble cobertura), principalmente en grupos de renta media-alta y con hijos, y en una mayor preferencia por un suministrador privado de atención sanitaria en el caso de los funcionarios públicos³. Finalmente, aunque el gasto sanitario imputable a los inmigrantes es menos que proporcional a su peso en la población, es importante señalar que su distribución geográfica no es homogénea y se concentra en cuatro comunidades autónomas⁴.

El análisis de la salud autorreferida y las diferencias entre la calidad de vida relacionada con la salud ocupa otro lugar destacado, con cuatro trabajos dedicados al tema. Los resultados son diversos. Por una parte, los autores señalan que los inmigrantes residentes en España (marroquíes en el País Vasco) tienen mejores indicadores de salud que la población general de su país, pero en cambio soportan una mayor frecuencia de síntomas de ansiedad/depresión que los nativos, identificándose el apoyo social como un factor clave en la comprensión de las desigualdades sociales en salud entre los inmigrantes⁵. Por otra parte, otro de los trabajos matiza los resultados de la literatura existente sobre el «efecto del inmigrante sano» al identificar peores resultados en la salud percibida en las dimensiones relacionadas con el dolor/malestar y la ansiedad/depresión⁶. En otro trabajo se identifican desigualdades socioeconómicas en las variables de salud consideradas, las cuales favorecen a los individuos con mayor nivel de renta. Dichas desigualdades son, en principio, inferiores para la muestra de inmigrantes frente a los autóctonos, aunque hay un incremento considerable de las desigualdades entre 2003 y 2006 para el colectivo de inmigrantes⁷. Por último, los hijos de padre y madre inmigrante presentan, significativamente, un número más bajo de trastornos crónicos, pero su estado de salud percibido es peor que el de los hijos de los autóctonos⁸.

En diversos estudios de este monográfico se analizan la fecundidad y la falta de planificación de los embarazos⁹⁻¹², y se observa que en España, país de bajas tasas de fecundidad en relación a otros países de nuestro entorno, recientemente se ha producido un incremento de la fecundidad debido al aumento de los embarazos en edades avanzadas y a la contribución a la fecundidad de las mujeres extranjeras. Estas últimas, tal y como muestran los diversos estudios publicados, tienen un patrón de fecundidad diferente del de las mujeres autóctonas, con una mayor fecundidad en las mujeres más jóvenes. Del mismo modo, las mujeres inmigrantes contribuyen

también al incremento de las interrupciones voluntarias del embarazo.

En relación a las enfermedades transmisibles, la población inmigrante presenta mayores dificultades para realizar estudios de contactos en caso de tuberculosis, así como para seguir el tratamiento indicado^{13,14}. Asimismo, en otro trabajo se identifica la importación de enfermedades transmisibles cuando las personas inmigrantes regresan de pasar las vacaciones en sus países de origen¹⁵. Conectando los conceptos de conocimientos y barreras de los inmigrantes, también se presenta un estudio sobre estrategias para mejorar la colaboración de las mujeres inmigrantes en estudios cualitativos, en el cual se identifican como principales barreras el desconocimiento del idioma, las distancias culturales y la falta de tiempo; resultados que pueden abrir el camino a otros muchos tipos de estudios¹⁶.

Por otra parte, el monográfico recoge un estudio que puede considerarse como pionero en nuestro país, sobre la importancia del capital social, tanto comunitario como colectivo, sobre la salud mental de la población inmigrante y autóctona en Cataluña¹⁷.

Otro aspecto tratado en este suplemento es el de la violencia de género. En el trabajo que aborda esta cuestión se muestra cómo las mujeres inmigrantes denuncian con más frecuencia que las españolas los malos tratos. Ello, sin embargo, no les asegura que vayan a obtener un mejor resultado¹⁸.

Finalmente, el monográfico se cierra con otros dos estudios que tratan de cubrir la falta de información sobre las condiciones de trabajo de los inmigrantes en España^{19,20}. En ambos trabajos se pone de manifiesto que los trabajadores inmigrantes se enfrentan a una demanda laboral limitada y precaria. Asimismo, los trabajadores inmigrantes irregulares son los que muestran una precariedad laboral más extrema, lo cual afecta tanto a su vida laboral como social.

Tras considerar en su conjunto los resultados y las conclusiones de los trabajos que conforman este número monográfico, emergen aspectos fundamentales que deben ser subrayados. En primer lugar, la llegada masiva de nueva población ha supuesto un importante reto social, no sólo por su elevado número sino por su heterogeneidad, tanto en cuanto a nacionalidad, patrones socio-demográficos y culturales, como por el momento de su entrada en España, su situación legal y el motivo principal de llegada. Así pues, las políticas de salud no deben considerar a los inmigrantes como un colectivo homogéneo, sino que se debe estudiar qué tipo de intervenciones son más adecuadas en función de las características de los ciudadanos a quienes van dirigidas. Establecer e identificar la relación entre la salud de las personas y sus determinantes, como los estilos de vida, las influencias sociales y comunitarias, las condiciones laborales y el uso de servicios sanitarios, es lo que nos permitirá orientar aquellas políticas destinadas a proteger la salud de la población. Aunque la adecuación de las intervenciones a las características de la población es un principio general para cualquier política de salud, los resultados expuestos en los trabajos confirman la importancia de tenerlo presente en el caso de los inmigrantes.

En segundo lugar, los trabajos han puesto de manifiesto las dificultades existentes a la hora de disponer de información de calidad que permita conocer el estado de salud y el uso de los servicios sanitarios de la población inmigrante. Las encuestas más empleadas han sido la Encuesta Nacional de Salud (ENS) y la Encuesta de Salud de Cataluña (ESCA). Por el contrario, la Encuesta Nacional de Inmigrantes no se ha utilizado en los análisis al carecer de información relativa a la salud y a la asistencia sanitaria. Tanto en la ENS como en la ESCA, los datos manejados son de corte transversal. En cambio, no disponemos de información procedente de encuestas longitudinales que sigan durante un determinado número de períodos a los entrevistados, lo cual sin duda enriquecería enormemente el conocimiento del estado de

salud de la población. En segundo lugar, destaca la utilización en varios trabajos de bases de datos administrativas. Aunque tales bases no fueron diseñadas con el propósito de utilizarlas en investigación en salud pública, y por tanto no son tan ricas en la inclusión de variables explicativas como lo pueden ser las encuestas de salud, presentan la indudable ventaja de recoger información sobre el estado de salud y el uso de servicios sanitarios de la población. El reto futuro será tratar de unir la información procedente de ambas fuentes, administrativas y encuestas, para disponer de un conjunto de datos lo suficientemente rico como para confirmar algunos de los resultados presentados en este monográfico y avanzar en algunas de las preguntas pendientes de ulterior investigación que el lector encontrará a continuación.

Este suplemento consta de 20 artículos que han sido cuidadosamente seleccionados de un total de 57 recibidos. Durante el proceso editorial se rechazaron 29, y los 8 artículos restantes se encuentran aún en proceso de evaluación en el momento de escribir estas líneas o han sido aceptados y formarán parte de otros números de *GACETA SANITARIA*.

El elevado número de trabajos refleja el interés que suscita el estudio del estado de salud de la población inmigrante, el análisis de sus determinantes y la atención sanitaria recibida. Asimismo, la calidad de los trabajos es señal inequívoca de la relevancia del tema para los investigadores de nuestro país. Por ello, queremos agradecer a todos los autores el interés demostrado al enviar sus manuscritos a *GACETA SANITARIA*, y también queremos reconocer el esfuerzo y conocimiento prestado desinteresadamente por los revisores de los manuscritos, sin cuya labor sería imposible el desempeño de la tarea editorial. Asimismo, no podemos olvidar la ayuda del director de la revista, Esteve Fernández, y del resto del comité editorial, que siempre han tenido una palabra de aliento y ánimo para estos editores ante la avalancha de trabajos recibidos. No podemos olvidar la iniciativa de la Asociación de Economía de la Salud al plantear la oportunidad del tema sobre el cual versa el monográfico. Finalmente, queremos agradecer el apoyo concedido por el Ministerio de Sanidad y Política Social y por el Ministerio de Economía y Hacienda, por hacer financieramente sostenible la edición del monográfico, y la del resto del equipo de *GACETA SANITARIA* por hacerlo materialmente posible.

Bibliografía

- López Nicolás A, Ramos Parreño JM. Utilización de servicios sanitarios por parte de las poblaciones inmigrante y nativa en la Comunidad Autónoma de la Región de Murcia. *Gac Sanit.* 2009;23 (Supl 1):4-11.
- Regidor E, Sanz B, Pascual C. La utilización de los servicios sanitarios por la población inmigrante en España. *Gac Sanit.* 2009;23 (Supl 1):12-18.
- Jiménez-Martín S, Jorgensen N. Inmigración y demanda de seguros sanitarios. *Gac Sanit.* 2009;23 (Supl 1):19-24.
- Hernández J, Blanco A. El sistema sanitario y la inmigración en España desde la perspectiva de la política fiscal. *Gac Sanit.* 2009;23 (Supl 1):25-28.
- Rodríguez E, Lamborena N, Errami M, et al. Relación del estatus migratorio y del apoyo social con la calidad de vida de los marroquíes del País Vasco. *Gac Sanit.* 2009;23 (Supl 1):29-37.
- García-Gómez P, Oliva J. Calidad de vida relacionada con la salud en población inmigrante en edad productiva. *Gac Sanit.* 2009;23 (Supl 1):38-46.
- Hernández Quevedo C, Jiménez-Rubio D. Las diferencias socioeconómicas en salud entre la población española y extranjera en España: evidencia de la Encuesta Nacional de Salud. *Gac Sanit.* 2009;23 (Supl 1):47-52.
- Rivera B, Casal B, Currais L. Estado de salud y frecuentación de servicios sanitarios de los menores hijos de inmigrantes. *Gac Sanit.* 2009;23 (Supl 1):53-56.
- Zurriaga O, Martínez-Beneito M, Galmés Truyols A, et al. Recourse to induced abortion in Spain: profiling of users and the influence of migrant populations. *Gac Sanit.* 2009;23 (Supl 1):57-63.
- Malmusi D, Pérez G. Aborto legal en mujeres inmigrantes en un entorno urbano. *Gac Sanit.* 2009;23 (Supl 1):64-66.
- Luque Fernández MA, Bueno Cavanillas A. La fecundidad en España, 1996-2006: mujeres de nacionalidad extranjera frente a españolas. *Gac Sanit.* 2009;23 (Supl 1):67-71.
- Márquez-Calderón S. Influencia de la población inmigrante en la variabilidad de la tasa de abortos entre comunidades autónomas. *Gac Sanit.* 2009;23 (Supl 1):72-73.
- Basterrechea M, Sancho R, Idigoras P, et al. Caracterización de los casos de tuberculosis en población autóctona y extranjera de Guipúzcoa en el periodo 2003-2007. *Gac Sanit.* 2009;23 (Supl 1):74-79.
- Sanz B, Blasco T, Galindo S. Abandono del tratamiento antituberculoso en la población inmigrante: la movilidad y la falta de apoyo familiar. *Gac Sanit.* 2009;23 (Supl 1):80-85.
- Valerio LI, Roure S, Rubiales A, et al. Enfermedades infecciosas importadas por inmigrantes adultos en visita a familiares y amigos. *Gac Sanit.* 2009;23 (Supl 1):86-89.
- Pons-Vigués M, Puigpinós R, Rodríguez D, et al. Estrategias para reclutar mujeres inmigrantes para participar en una investigación cualitativa. *Gac Sanit.* 2009;23 (Supl 1):90-92.
- Stoyanova A, Díaz-Serrano L. El impacto diferencial del capital social sobre la salud mental de la población autóctona y los inmigrantes residentes en Cataluña. *Gac Sanit.* 2009;23 (Supl 1):93-99.
- Vives-Cases C, Gil-González D, Plazaola-Castaño J. Violencia de género en mujeres inmigrantes y españolas: magnitud, respuestas ante el problema y políticas existentes. *Gac Sanit.* 2009;23 (Supl 1):100-106.
- Agudelo Suárez AA, Ronda-Pérez E, Gil-González D. Proceso migratorio, condiciones laborales y salud en trabajadores inmigrantes en España (Proyecto ITSAL). *Gac Sanit.* 2009;23 (Supl 1):107-114.
- Porthé V, García-Benavides F, Vázquez ML. La precariedad laboral en inmigrantes en situación irregular en España y su relación con la salud. *Gac Sanit.* 2009;23 (Supl 1):115-122.