Carta al Director

Revisando la paradoja del migrante sano en salud mental: un enfoque bayesiano

Revisiting the healthy immigrant paradox in mental health: a Bayesian approach

Sr. Director:

El estudio de Borrell et al.[1] aporta una radiografía fundamental sobre la salud mental de la población inmigrante en España. Si bien sus datos globales confirman la persistencia de desigualdades, una comparación detallada sugiere una dinámica relevante en el colectivo latinoamericano: la posible reducción de la ventaja de salud inicial respecto a la población nativa, conocida como «paradoja del migrante sano»[2].

Para cuantificar la incertidumbre de este fenómeno y complementar la inferencia original ante tamaños muestrales asimétricos (nativos ≈19.000 vs. latinoamericanos ≈700), se ha realizado un reanálisis bayesiano. Al tratarse de dos cortes transversales independientes, se modelizó la «ventaja de salud mental» (diferencia de prevalencia de depresión: porcentaje en nativos menos porcentaje en latinoamericanos) como una variable aleatoria, calculando los intervalos de credibilidad (ICr) al 95% para evaluar la certidumbre en el tiempo.

El reanálisis ilustra un desplazamiento notable en las densidades de probabilidad posterior (fig. 1). En 2014, mientras la prevalencia de depresión en los nativos era del 9,6%, en los latinoamericanos era apenas del 5,9%, observándose una ventaja epidemiológica clara con una diferencia media estimada del 3,7% a favor del migrante (ICr95%: 1,6 a 5,3). Sin embargo, en 2020 las distribuciones se solapan considerablemente: la prevalencia en los nativos descendió al 7,6%, mientras que en los latinoamericanos aumentó al 6,2%, contrayéndose la brecha a una media del 1,4% (ICr95%: −0,5 a 3,0).

El modelo estima una probabilidad del 96,8% de que la magnitud de la ventaja del migrante se haya reducido en este periodo. No obstante, esta atenuación debe interpretarse con cautela debido al contexto excepcional de 2020. Parte del trabajo de campo coincidió con la pandemia de COVID-19, imponiendo una doble penalización al colectivo migrante. Mientras la población nativa pudo contar con mayores redes de apoyo familiar y protección social *in situ*, los migrantes enfrentaron la exclusión de estos mecanismos y la simultánea interrupción de las dinámicas de cuidado transnacional. La imposibilidad de ejercer el rol de proveedor económico y la inmovilidad involuntaria pudieron generar un cuadro específico de estrés transnacional y aislamiento que no afectó con la misma intensidad a la población nativa[1].

A esto se suma un posible artefacto estadístico: la aparente mejora relativa en la población nativa podría reflejar, en parte, las barreras en el acceso al diagnóstico durante el colapso sanitario[3,4], lo que habría sesgado a la baja las tasas reportadas en este grupo.

Este reanálisis exploratorio, condicionado por las fuentes originales y su diseño transversal, sugiere que la resiliencia inicial asociada a la paradoja del migrante podría ser menos robusta de lo estimado o estar diluyéndose debido a factores como la precariedad

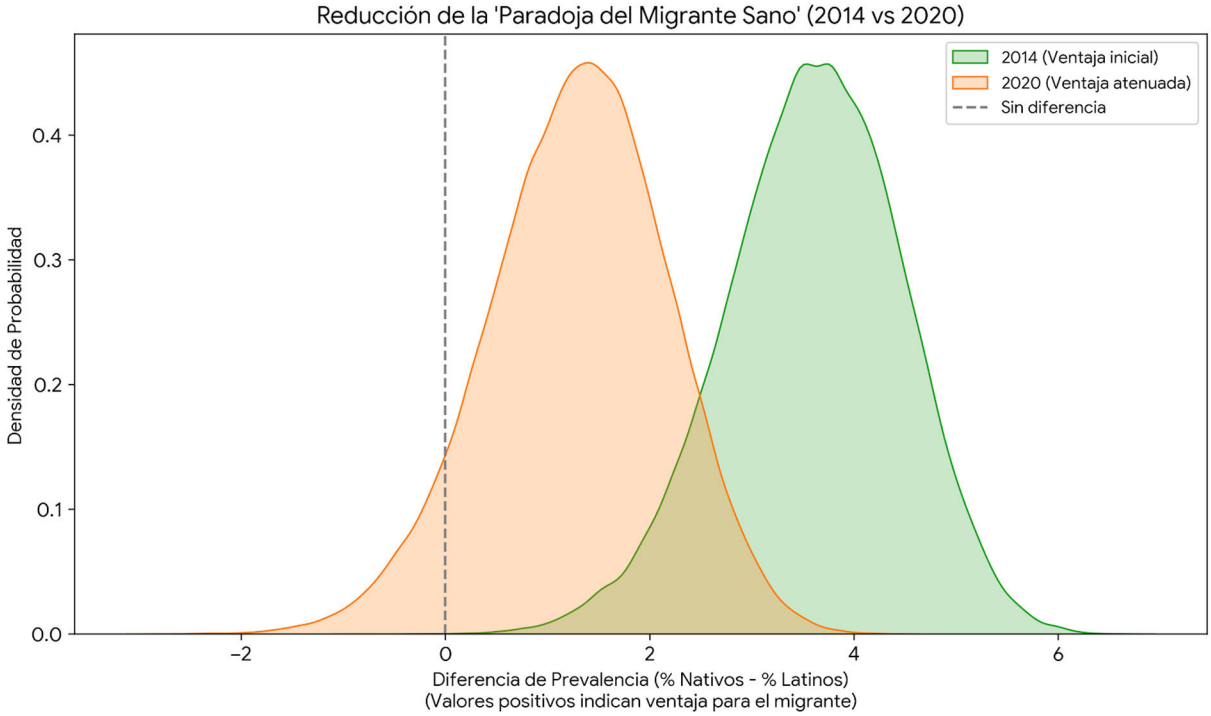

Figura 1. Distribuciones posteriores de la ventaja de salud mental. La figura representa la diferencia en la prevalencia de depresión entre nativos y latinoamericanos en 2014 y 2020. La distribución verde (2014) muestra una ventaja clara y robusta (alejada del 0), mientras que la distribución naranja (2020) se ha desplazado significativamente hacia la izquierda, cruzando la línea discontinua de no efecto (0), lo que sugiere una reducción de la paradoja del migrante sano. El área de solapamiento visualiza la incertidumbre añadida en el último periodo.

https://doi.org/10.1016/j.gaceta.2026.102576
0213-9111/© 2026 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/).

laboral crónica y la exposición a trabajos esenciales[1]. De confirmarse esta tendencia en estudios longitudinales, sería prudente revisar si las estrategias actuales de salud pública son suficientes para proteger a una población cuya reserva de salud parece, según estos modelos, más frágil de lo previsto. El sistema sanitario no puede permitirse transformar un activo epidemiológico en una población con carga de enfermedad crónica por falta de protección oportuna.

Contribuciones de autoría

C. Acosta-Batista es el único autor de la carta.

Financiación

Ninguna.

Conflictos de intereses

Ninguno.

Bibliografía

1. Borrell LN, Díez J, Yago-González S, et al. Immigration status and depression in Spain: analysis of the European Health Interview Surveys of 2014 and 2020. Gac Sanit. 2025;39:102445, http://dx.doi.org/10.1016/j.gaceta.2024.102445.
2. Gotsens M, Malmusi D, Villarroel N, et al. Health inequality between immigrants and natives in Spain: the loss of the healthy immigrant effect in times of economic crisis. Eur J Public Health. 2015;25:923–9.
3. Moreno C, Wykes T, Galderisi S, et al. How mental health care should change as a consequence of the COVID-19 pandemic. Lancet Psychiatr. 2020;7:813–24.
4. Zamorano S, Ausín B, González-Sanguino C, et al. Impacto del Covid-19 en la salud mental, uso y barreras en atención psicológica en España. Rev Clin Contemp. 2022;13:e11.

Carlos Acosta-Batista

Primary Care - Research Initiative (PCRI), Florida, United States of America
Correo electrónico: carlos.acosta@pcri-research.org