Gac Sanit. 2026;40(S4):399

Gaceta Sanitaria

https://www.gacetasanitaria.org

567 - CUANDO NI LOS PAPELES NI EL IDIOMA BASTAN: RACISMO ESTRUCTURAL Y DESIGUALDADES EN SALUD ENTRE POBLACIÓN MIGRANTE Y AUTÓCTONA

Y. González-Rábago, N. Lanborena, A. Moreno-Llamas, E. Rodríguez-álvarez

Departamento de Sociología y Trabajo Social (UPV/EHU); Departamento de Enfermería I (UPV/EHU); Grupo de Investigación OPIK; Departamento de Salud Pública, Historia de la Ciencia y Ginecología (UMH); IIS-Biobizkaia.

Resumen

Antecedentes/Objetivos: Las desigualdades en salud entre la población migrante y la autóctona han sido ampliamente documentadas, asociándolas al deterioro de la salud con el tiempo de residencia dadas las posiciones desaventajadas en las condiciones de vida y trabajo de la población migrante. Sin embargo, la evidencia es limitada al examinar el efecto de factores relacionados con el proceso migratorio, así como sus diferencias por sexo y origen. El objetivo fue analizar las desigualdades en salud percibida entre población migrante y autóctona, y examinar el rol del grupo de origen y de factores socioeconómicos y migratorios en el País Vasco, de forma separada para hombres y mujeres.

Métodos: Estudio transversal basado en la Encuesta de Salud del País Vasco y la Encuesta de Población de Origen Extranjero, ambas de 2023. La muestra final fue de 7.331 personas (5.213 autóctonas y 2.118 migrantes). La variable resultado fue la mala salud percibida. Se estimaron prevalencias estandarizadas por edad y razones de prevalencia (RP) mediante modelos de Poisson robustos, ajustando secuencialmente por edad, educación, situación laboral y variables migratorias (situación administrativa, tiempo de residencia, dominio del idioma y discriminación percibida). Los análisis se estratificaron por sexo.

0213-9111 © 2026 SESPAS. Publicado por Elsevier España, S.L.U. Todos los derechos reservados

Resultados: La población migrante presentó peor salud percibida que la autóctona tanto en hombres (26,1 vs. 17,0%) como en mujeres (31,0 vs. 21,1%). Ajustando por edad y nivel socioeconómico, la probabilidad de mala salud fue mayor en hombres migrantes (RP = 1,71; IC95%:1,41-2,08) y mujeres migrantes (RP = 1,50; IC95%:1,27-1,76), diferencias que se redujeron, pero no desaparecieron al incluir variables migratorias. La discriminación percibida mostró la asociación más fuerte con mala salud. Las desigualdades persistieron incluso en personas migrantes con situación administrativa estable y alto dominio del idioma. Se observó heterogeneidad por origen y sexo, con mayores desigualdades en personas procedentes de Europa del Este, Magreb y Latinoamérica.

Conclusiones/Recomendaciones: Las desigualdades en salud entre población migrante y autóctona no se explicaron completamente por factores socioeconómicos ni migratorios. La fuerte asociación de la discriminación percibida con la mala salud y la persistencia de desigualdades incluso en situaciones administrativas favorables sugieren la necesidad de incorporar en las políticas de salud pública el racismo como determinante de la salud, que permita abordar las condiciones estructurales que generan desigualdades sistémicas y persistentes.

0213-9111 © 2026 SESPAS. Publicado por Elsevier España, S.L.U. Todos los derechos reservados