

Original

Inmigración y salud: desigualdades entre la población autóctona e inmigrante en el País Vasco



Elena Rodríguez Álvarez^{a,*}, Yolanda González-Rábago^b, Amaia Bacigalupe^b, Unai Martín^b y Nerea Lanborena Elordui^a

^a Departamento de Enfermería I, Universidad del País Vasco UPV/EHU, Leioa (Vizcaya), España

^b Departamento de Sociología 2, Universidad del País Vasco UPV/EHU, Leioa (Vizcaya), España

INFORMACIÓN DEL ARTÍCULO

Historia del artículo:

Recibido el 20 de noviembre de 2013

Aceptado el 24 de enero de 2014

On-line el 7 de marzo de 2014

Palabras clave:

Inmigración

Desigualdades sociales en salud

Discriminación

R E S U M E N

Objetivo: Analizar las desigualdades en el estado de salud percibido de la población autóctona e inmigrante residente en la comunidad autónoma del País Vasco y el papel de diferentes determinantes sociales en la explicación de tales desigualdades.

Métodos: Estudio descriptivo transversal referido a la población de 18 a 64 años de edad residente en el País Vasco. Se utilizaron datos de la Encuesta de Salud de Euskadi 2007 (n = 4734) y de la Encuesta de Salud de la Población Inmigrante del País Vasco 2009 (n = 765). Se analizaron las desigualdades en la mala salud percibida entre personas autóctonas y cuatro grupos de inmigrantes (China, Latinoamérica, Magreb y Senegal). Para medir la asociación entre la mala salud y el lugar de nacimiento, y poder ajustarla por diferentes variables, se calcularon *odds ratio* (OR) mediante modelos de regresión logística.

Resultados: La población inmigrante en el País Vasco mostró un peor estado de salud percibido que la autóctona, con independencia de la edad. El menor nivel de estudios, la peor situación laboral, el menor apoyo social y la discriminación percibida en la población inmigrante explicaron estas diferencias, en hombres y mujeres. En los hombres de China (OR: 0,18; intervalo de confianza del 95% [IC95%]: 0,04-0,91) y Magreb (OR: 0,26; IC95%: 0,08-0,91), y en las mujeres latinoamericanas (OR: 0,36; IC95%: 0,14-0,92), fue mejor que la de la población autóctona tras ajustar por todas las variables.

Conclusiones: Los resultados muestran la necesidad de seguir monitorizando las desigualdades sociales y en salud entre la población autóctona e inmigrante en España, así como de apoyar aquellas políticas sociales que mejoren las condiciones de vida de la población inmigrante.

© 2013 SESPAS. Publicado por Elsevier España, S.L. Todos los derechos reservados.

Immigration and health: Social inequalities between native and immigrant populations in the Basque Country (Spain)

A B S T R A C T

Objective: To analyze health inequalities between native and immigrant populations in the Basque Country (Spain) and the role of several mediating determinants in explaining these differences.

Methods: A cross-sectional study was performed in the population aged 18 to 64 years in the Basque Country. We used data from the Basque Health Survey 2007 (n = 4,270) and the Basque Health Survey for Immigrants 2009 (n = 745). We calculated differences in health inequalities in poor perceived health between the native population and immigrant populations from distinct regions (China, Latin America, the Maghreb and Senegal). To measure the association between poor perceived health and place of origin, and to adjust this association by several mediating variables, odds ratios (OR) were calculated through logistic regression models.

Results: Immigrants had poorer perceived health than natives in the Basque Country, regardless of age. These differences could be explained by the lower educational level, worse employment status, lower social support, and perceived discrimination among immigrants, both in men and women. After adjustment was performed for all the variables, health status was better among men from China (OR: 0.18; 95% confidence interval [CI95%]: 0.04-0.91) and Maghreb (OR: 0.26; 95% CI: 0.08-0.91) and among Latin American women (OR: 0.36; 95% CI: 0.14-0.92) than in the native population.

Conclusions: These results show the need to continue to monitor social and health inequalities between the native and immigrant populations, as well as to support the policies that improve the socioeconomic conditions of immigrants.

© 2013 SESPAS. Published by Elsevier España, S.L. All rights reserved.

Keywords:

Immigration

Social inequalities in health

Discrimination

Introducción

En las últimas décadas España ha vivido un crecimiento relevante de la población extranjera, hasta alcanzar un 12,2% en

* Autora para correspondencia.

Correo electrónico: elena.rodriguez@ehu.es (E. Rodríguez Álvarez).

2010. Aunque la crisis económica está incidiendo en la disminución de su peso, en 2013 aún se situaba en un 11,7%. En la comunidad autónoma del País Vasco, la proporción de población extranjera siempre ha sido marcadamente inferior, con un 6,8% en 2013¹, y fundamentalmente de tipo económico y de reciente llegada².

Un número creciente de estudios ha mostrado que el lugar de nacimiento y el proceso migratorio constituyen relevantes determinantes sociales de salud en la población inmigrante^{3–12}. Los factores epidemiológicos y sociales de sus países de origen, el proceso de desplazamiento y, sobre todo, las condiciones de vida en la sociedad de destino, constituyen aspectos con una clara influencia sobre la salud y el uso de los servicios sanitarios^{3,4}. En la mayor parte de los estudios se ha descrito una peor salud en la población inmigrante respecto a la autóctona, que tiende a disminuir una vez considerado el efecto de la desigual distribución de diversos factores socioeconómicos entre ambas⁵. La heterogeneidad de procedencias y de países de destino, así como otros factores como la discriminación, la percepción de racismo o la aculturación, han sido asimismo señalados como elementos relevantes para entender la desigual salud de la población según el lugar de nacimiento^{6–9}. Además, la influencia del «efecto del inmigrante sano» puede hacer aún más compleja esta relación^{10–12}.

En España son menos los estudios que han analizado las desigualdades en salud entre la población autóctona e inmigrante, y los factores que las explican, y sus resultados son poco concordantes. En algunos se han hallado mejores resultados en la salud de la población inmigrante^{10,13} y en ciertos hábitos de vida^{14,15}, mientras que otros han descrito una peor autovaloración de la salud^{4,16} y una peor salud mental^{17,18}, muy relacionadas con sus condiciones de vida más desfavorables. Otros factores importantes para entender las desigualdades entre ambas poblaciones incluyen el apoyo social^{4,19}, el tiempo de residencia^{15,20}, el nivel de riqueza del país de procedencia^{3,21} y las características de los trabajos que realizan¹⁶.

La mayor parte de estos estudios se ha basado en encuestas de salud poblacionales que presentan algunas limitaciones de representatividad para describir el estado de salud de la población inmigrante y las desigualdades respecto a la población autóctona: además del bajo tamaño muestral, la menor cobertura y no respuesta, más frecuentes en la población inmigrante²², constituyen dos de los problemas más relevantes. Estos sesgos podrían ser diferenciales, con una especial influencia sobre el análisis de las desigualdades en salud según el lugar de origen, ya que son las personas inmigrantes en condiciones socioeconómicas más desfavorables y las que no conocen el idioma^{23,24} las que tienen una menor respuesta. Además, las encuestas de salud no suelen recoger variables ligadas específicamente al fenómeno migratorio, como la discriminación, el racismo^{6,7,9} o el conocimiento del idioma²⁵. Algunos estudios en el contexto de los servicios de salud^{20,26} o en poblaciones específicas como la inmigrante trabajadora²⁷ sí los han recogido, pero sin representatividad poblacional.

Una alternativa para superar algunas de estas limitaciones consiste en la realización de encuestas de salud específicas a la población inmigrante, que adapten el diseño muestral y sus contenidos^{8,17}. Así, en 2009 se llevó a cabo en el País Vasco la segunda Encuesta de Salud a Población Inmigrante de la Comunidad Autónoma del País Vasco (ESPICAV'09)²⁸, que adaptó el cuestionario de la Encuesta de Salud de la Comunidad Autónoma del País Vasco y, mediante un muestreo específico, permitió obtener datos para grupos de población inmigrante. En este contexto, el objetivo del estudio es analizar, en el País Vasco, las desigualdades en el estado de salud percibido entre la población autóctona e inmigrante según su lugar de procedencia, y analizar asimismo el papel de diferentes determinantes sociales en la explicación de tales desigualdades a partir de los datos de la ESPICAV'09 y de la Encuesta de Salud de Euskadi 2007 (ESCAV'07).

Métodos

Población a estudio y fuentes de información

Se realizó un estudio descriptivo transversal referido a la población de 18 a 64 años de edad residente en el País Vasco, por ser el intervalo de edad con un volumen de población inmigrante suficiente para poder realizar los análisis. Se utilizaron los datos procedentes de la ESCAV'07 y de la ESPICAV'09.

La ESCAV'07 es una encuesta representativa de la población residente en viviendas familiares en el País Vasco llevada a cabo por el Departamento de Salud, cuya metodología ha sido descrita con anterioridad²⁹. Se seleccionaron las personas de 18 a 64 años de edad nacidas en España (n = 4270).

La ESPICAV'09 es una encuesta de salud realizada a personas inmigrantes nacidas en China, Latinoamérica, Magreb y Senegal, residentes en el País Vasco, que incluyó parte del cuestionario de la ESCAV y otras variables específicas. La producción de datos se realizó mediante un muestreo no aleatorio de conveniencia con cuotas de sexo y lugar de nacimiento establecidas a partir de los datos del padrón (Instituto Nacional de Estadística a 1 de enero de 2007). Se realizaron 765 encuestas, 237 a personas nacidas en Magreb (37% mujeres y 63% hombres), 74 (hombres) en Senegal, 368 en Latinoamérica (61% mujeres y 39% hombres) y 86 en China (50% mujeres y 50% hombres). Las personas encuestadoras de cada lugar de nacimiento fueron formadas sobre los objetivos, los instrumentos utilizados, las definiciones de las variables y el procedimiento de recogida de los datos. El contacto y la administración de las encuestas tuvo lugar en sedes de ONG, asociaciones de apoyo a inmigrantes y lugares de encuentro entre ellos. La encuesta fue administrada en diferentes idiomas (español, chino mandarín, árabe marroquí y wolof). En otro lugar ya se han publicado más detalles sobre la metodología de la ESPICAV'09²⁸. Se construyó una base de datos conjunta a partir de los microdatos de ambas encuestas.

Variables

Como variable resultado se utilizó el mal estado de salud percibido, construido a partir de la autovaloración de la salud, que refleja la valoración subjetiva que cada persona realiza de su propia salud. Se trata de un indicador muy utilizado para la medida del estado de salud de las poblaciones, y está relacionado con la mortalidad y el uso de los servicios sanitarios³⁰. En ambas encuestas, la pregunta consideraba cinco categorías de respuesta, entre «excelente» y «muy mala». Se consideró «mala salud» la suma de las categorías «mala» y «muy mala».

Como variable independiente se utilizó el lugar de nacimiento, y como variables de ajuste se utilizaron la edad, variables sociodemográficas y de estatus migratorio (tiempo de estancia, situación administrativa, comprensión del español, nivel de estudios y situación laboral), el apoyo social medido con la escala de Duke³¹ considerando «bajo apoyo social» los valores inferiores a 32, y la percepción de discriminación a partir de la pregunta «¿Se ha sentido discriminado por su nacionalidad o condición de inmigrante en alguno de los siguientes ámbitos: laboral, social, sanitario y educativo?», considerando «discriminación» la respuesta afirmativa al menos a uno de los ítems. Para las personas autóctonas fue necesario asumir que ninguna había padecido discriminación por ser inmigrante, todas estaban en situación regular y todas entendían el español, ya que esas preguntas no se recogían en la ESCAV'07.

Análisis de los datos

Se calcularon los porcentajes, según el lugar de nacimiento, de todas las variables y se analizaron las diferencias utilizando la

Tabla 1
Distribución de las características principales de la muestra según sexo y lugar de nacimiento. País Vasco, ESPICAV'07 y ESCAV'09

	Hombres						Mujeres				
	Autóctono	China	Latinoamérica	Magreb	Senegal	p	Autóctona	China	Latinoamérica	Magreb	p
<i>Autovaloración de la salud</i>						<0,001					<0,001
Buena	88,8	88,4	85,9	92,7	71,2		83,7	79,1	84,4	44,2	
Mala	11,2	11,6	14,1	7,3	28,8		16,3	20,9	15,6	55,8	
<i>Edad (años)</i>						<0,001					<0,001
18-24	12,5	16,7	14,0	26,2	8,2		10,7	21,4	4,0	25,3	
25-44	41,1	59,5	75,5	71,1	87,7		38,8	69,1	77,7	62,1	
45-64	42,4	23,8	10,5	2,7	4,1		50,5	9,5	18,3	12,6	
<i>Tiempo de estancia (años)</i>						<0,001					<0,001
<3		16,3	65,2	42,0	52,7			30,2	55,4	24,1	
3-6		25,6	17,4	34,7	24,3			23,3	25,2	28,7	
>6		58,1	17,4	23,3	23,0			46,5	19,4	47,2	
<i>Situación administrativa</i>						<0,001					<0,001
Regular		97,7	51,4	63,3	39,7			100	67,1	86,2	
Irregular		2,3	48,6	36,7	60,3			0,0	32,9	13,8	
<i>Nivel de estudios</i>						<0,001					<0,001
Universitarios	25,0	2,3	33,8	4,0	8,2		27,4	16,3	32,6	6,9	
Primarios/sin estudios	15,1	76,8	32,4	69,3	80,8		22,1	58,1	28,0	48,3	
Secundarios	59,9	20,9	33,8	26,7	11,0		50,5	25,6	39,4	44,8	
<i>Entiende español</i>						<0,001					<0,001
Sin problemas		27,9	95,8	42,7	35,1			23,3	98,6	51,7	
Nada/muy poco/con dificultades		72,1	4,2	57,3	64,9			76,7	1,4	48,3	
<i>Situación laboral</i>						<0,001					<0,001
Trabajando	88,0	92,7	64,4	48,1	59,7		59,3	80,6	80,1	33,3	
No trabajando	12,0	7,3	35,6	51,9	40,3		40,7	19,4	19,9	66,7	
<i>Apoyo social</i>						<0,001					<0,001
Normal	94,9	70,7	74,2	71,8	89,6		93,7	78,0	77,6	82,6	
Bajo	5,1	29,3	26,8	28,2	10,4		6,3	22,0	22,4	17,4	
<i>Discriminación percibida</i>						<0,001					<0,001
No		16,3	47,9	44,0	88,7			14,0	58,4	18,3	
Sí		83,7	52,1	56,0	11,3			86,0	41,6	81,7	
<i>n</i>	2204	43	144	150	74		2530	43	224	87	

prueba de ji al cuadrado. Para medir la asociación entre la mala salud y el lugar de nacimiento se calcularon las *odds ratio* (OR) a partir de modelos de regresión logística que permitieron ajustar esa relación por las variables de ajuste. Las variables de ajuste fueron introducidas por bloques, lo que permitió analizar su influencia en el modelo resultante. Antes de la introducción de las variables se comprobó con el coeficiente de contingencia de Pearson la ausencia de problemas de multicolinealidad (<0,70). No se utilizaron coeficientes de ponderación. La validez de los modelos fue evaluada con la prueba de Hosmer y Lemeshow. Los análisis se llevaron a cabo con el soporte SPSS 19. Todos los análisis fueron realizados de manera separada para hombres y mujeres.

Resultados

Los datos sociodemográficos, de salud, psicosociales y de discriminación de las personas de la muestra analizada se recogen en la [tabla 1](#). La población autóctona fue de mayor edad. La más larga antigüedad migratoria se halló entre los hombres chinos y las mujeres magrebíes, mientras que la irregularidad administrativa fue mayor en los hombres de Senegal y Latinoamérica. Destacó la prevalencia de hombres senegaleses con estudios primarios o inferiores (80,8%), y el mayor porcentaje de personas con estudios universitarios entre la población latinoamericana. Alrededor del 50% de la población inmigrante no latinoamericana tenía problemas de comprensión del español. En relación a la situación laboral, los hombres chinos estaban ocupados en mayor proporción (92,7%),

seguidos de los hombres autóctonos (88,0%), muy por encima de las mujeres autóctonas (59,3%). Por su parte, el apoyo social fue marcadamente más bajo en la población inmigrante, excepto en los hombres senegaleses (10,4%), que entre la población autóctona (5,1%). La percepción de discriminación es muy alta en la población china y en las mujeres magrebíes, con porcentajes superiores al 80%. Por último, en relación a la mala salud percibida, los hombres magrebíes mostraron los porcentajes más bajos (7,3%) y las mujeres magrebíes los más altos (55,8%). Las diferencias en todas las variables según el origen geográfico fueron significativas en ambos sexos.

Las [tablas 2 y 3](#) muestran los resultados de los modelos de regresión logística para el mal estado de salud percibido en hombres y mujeres. En los hombres, todos los grupos de población inmigrante presentaron un peor estado de salud que las personas autóctonas después de ajustar por la edad (modelo 1). Sin embargo, las diferencias sólo fueron estadísticamente significativas en el caso de los nacidos en Latinoamérica y Senegal. Las diferencias en la mala salud según el lugar de nacimiento se redujeron tras ajustar por las variables sociodemográficas y de estatus migratorio (modelo 2), y las diferencias de los nacidos en Latinoamérica y Senegal respecto a los autóctonos perdieron su significación estadística. Al ajustar por el apoyo social (modelo 3) las OR disminuyeron y se situaron por debajo de 1, salvo para los nacidos en Senegal. Finalmente, en el modelo 4, tras incluir la discriminación percibida, los nacidos en China y Magreb presentaron un estado de salud mejor que los autóctonos, diferencias que fueron estadísticamente significativas

Tabla 2

Factores asociados al mal estado de salud percibido en los hombres. País Vasco, ESPICAV'07 y ESCAV'09

	Modelo 0 OR (IC95%)	Modelo 1 OR (IC95%)	Modelo 2 OR (IC95%)	Modelo 3 OR (IC95%)	Modelo 4 OR (IC95%)
<i>Lugar de nacimiento</i>					
Autóctono	1	1	1	1	1
China	1,04 (0,40-2,66)	1,35 (0,51-3,52)	0,60 (0,17-2,03)	0,33 (0,08-1,32)	0,18 ^a (0,04-0,91)
Latinoamérica	1,29 (0,79-2,12)	1,82 ^a (1,08-3,07)	1,25 (0,54-2,91)	0,95 (0,38-2,35)	0,66 (0,23-1,90)
Magreb	0,62 (0,33-1,17)	1,10 (0,57-2,11)	0,55 (0,20-1,50)	0,41 (0,15-1,19)	0,26 ^a (0,08-0,91)
Senegal	3,19 ^b (1,89-5,39)	5,20 ^b (2,99-9,04)	2,36 (0,93-5,99)	2,42 (0,93-6,29)	2,58 (0,90-6,89)
<i>Edad (años)</i>					
18-24		1	1	1	1
25-44		1,83 ^a (1,06-3,14)	2,27 ^b (1,27-4,06)	2,14 ^a (1,19-3,84)	2,12 ^a (1,18-3,82)
45-64		4,92 ^b (2,87-8,43)	5,31 ^b (2,93-9,60)	4,75 ^b (2,62-8,61)	4,70 ^b (2,59-8,53)
<i>Tiempo de estancia (años)</i>					
<3			1	1	1
3-6			0,65 (0,25-1,71)	0,89 (0,35-2,24)	0,77 (0,30-1,96)
>6 o más			0,79 (0,34-1,82)	0,62 (0,22-1,75)	0,52 (0,18-1,49)
<i>Situación administrativa</i>					
Regular			1	1	1
Irregular			0,78 (0,35-1,82)	0,69 (0,29-1,64)	0,59 (0,25-1,44)
<i>Nivel de estudios</i>					
Universitarios			1	1	1
Primarios/sin estudios			3,34 ^b (2,25-4,97)	3,33 ^b (2,23-4,97)	3,40 ^b (2,27-5,07)
Secundarios			1,57 ^a (1,09-2,27)	1,60 ^a (1,10-2,30)	1,60 ^a (1,11-2,30)
<i>Entiende español</i>					
Sin problemas			1	1	1
Nada/muy poco/con dificultades			0,95 (0,42-2,12)	0,92 (0,40-2,11)	0,93 (0,40-2,21)
<i>Situación laboral</i>					
Trabajando			1	1	1
No trabajando			1,66 ^a (1,12-2,48)	1,57 ^a (1,05-2,36)	1,54 ^a (1,02-2,32)
<i>Apoyo social</i>					
Normal				1	1
Bajo				2,47 ^b (1,67-3,65)	2,46 ^b (1,66-3,64)
<i>Discriminación percibida</i>					
No					1
Sí					1,77 (0,82-3,83)

OR: odds ratio; IC95%: intervalo de confianza del 95%.

^a p <0,05.^b p <0,01.

(OR: 0,26; intervalo de confianza del 95% [IC95%]: 0,79-0,91; y OR: 0,32; IC95%: 0,79-0,91, respectivamente). El nivel de estudios, la situación laboral y el apoyo social mostraron una relación significativa con el estado de salud, mientras que el tiempo de residencia, la comprensión del español y la discriminación percibida no tuvieron efecto.

En las mujeres, la población inmigrante presentó un peor estado de salud que la autóctona, diferencias que fueron estadísticamente significativas en el caso de las nacidas en China y en Magreb. Tras ajustar por las variables sociodemográficas y de estatus migratorio, y por el apoyo social (modelos 2 y 3), la peor salud percibida de las nacidas en el extranjero se redujo respecto a las autóctonas y la significación desapareció en las nacidas en China. Tras ajustar por todas las variables (modelo 4), las nacidas en Latinoamérica presentaron un estado de salud significativamente mejor que las autóctonas. En el resto de las mujeres las diferencias no fueron significativas y sólo en las nacidas en Magreb la OR fue >1. El nivel de estudios, la situación laboral, el apoyo social y la discriminación percibida se asociaron con un peor estado de salud, mientras que el tiempo de estancia, la situación administrativa y la comprensión del español no mostraron una relación estadísticamente significativa.

Discusión

Todos los grupos de población inmigrante en el País Vasco considerados en este estudio mostraron un peor estado de salud

percibido que la población autóctona, una vez eliminado el efecto de la edad. El menor nivel de estudios, la peor situación laboral, el bajo apoyo social y la discriminación percibida de las personas inmigrantes explicaron estas diferencias, tanto en hombres como en mujeres.

Ajustando por estas variables, la salud percibida de los hombres chinos y magrebíes, y la de las mujeres latinoamericanas, fue mejor que en la población autóctona. Aunque no se han encontrado estudios que analicen las desigualdades en salud de algunos de los colectivos considerados en nuestro estudio, sí se aprecia una concordancia con parte de la literatura que evidencia la peor salud de la población inmigrante, que tiende a desaparecer al considerar sus peores condiciones socioeconómicas^{3,5}, aunque no en todos los casos^{16,17}.

El hecho de que, en este estudio, el apoyo social y la discriminación disminuyan las desigualdades en el mal estado de salud percibido entre las poblaciones autóctona e inmigrante, e incluso que en algunos grupos de inmigrantes (para los hombres nacidos en China y en Magreb, y para las mujeres de Latinoamérica) su salud sea mejor, coincide con lo recogido en la literatura sobre la relevancia de la red social^{4,20,32}, así como de la percepción de discriminación y racismo para explicar el estado de salud de las poblaciones inmigrantes en sus diferentes dimensiones, tanto física como mental y de calidad de vida relacionada con la salud^{6,7,9,33}. Por otro lado, el mayor efecto de la discriminación sobre la salud encontrado en las mujeres podría relacionarse con un efecto con-

Tabla 3
Factores asociados al mal estado de salud percibido en las mujeres. País Vasco, ESPICAV'07 y ESCAV'09

	Modelo 0 OR (IC95%)	Modelo 1 OR (IC95%)	Modelo 2 OR (IC95%)	Modelo 3 OR (IC95%)	Modelo 4 OR (IC95%)
<i>Lugar de nacimiento</i>					
Autóctono	1	1	1	1	1
China	1,36 (0,65-2,86)	2,29 ^a (1,02-5,12)	1,09 (0,34-3,53)	1,20 (0,42-3,34)	0,28 (0,07-1,20)
Latinoamérica	0,95 (0,65-1,39)	1,46 (0,98-2,17)	1,05 (0,52-2,14)	0,78 (0,37-1,66)	0,36 ^a (0,14-0,92)
Magreb	6,49 ^b (4,19-10,07)	12,97 ^b (8,07-20,84)	6,18 ^b (3,10-12,29)	5,76 ^b (2,86-11,61)	2,17 (0,85-5,52)
<i>Edad (años)</i>					
18-24		1	1	1	1
25-44		1,48 (0,94-2,35)	1,63 ^a (1,02-2,61)	1,53 (0,95-2,46)	1,40 (0,87-2,25)
45-64		5,07 ^b (3,24-7,95)	4,26 ^b (2,68-6,75)	3,78 ^b (2,38-6,01)	3,54 ^b (2,23-5,62)
<i>Tiempo de estancia (años)</i>					
<3			1	1	1
3-6			0,92 (0,45-1,89)	0,75 (0,35-1,59)	0,58 (0,26-1,27)
>6 o más			0,83 (0,38-1,78)	0,76 (0,34-1,70)	0,62 (0,27-1,44)
<i>Situación administrativa</i>					
Regular			1	1	1
Irregular			1,64 (0,78-3,42)	1,52 (0,78-3,26)	1,25 (0,56-2,77)
<i>Nivel de estudios</i>					
Universitarios			1	1	1
Primarios/sin estudios			2,14 ^b (1,53-2,98)	2,11 ^b (1,51-2,96)	2,20 ^b (1,56-3,09)
Secundarios			1,50 ^b (1,11-2,02)	1,49 ^a (1,10-2,02)	1,49 ^a (1,10-2,03)
<i>Entiende español</i>					
Sin problemas			1	1	1
Nada/muy poco/con dificultades			1,81 (0,79-4,08)	1,69 (0,73-3,89)	1,13 (0,47-2,69)
<i>Situación laboral</i>					
Trabajando			1	1	1
No trabajando			1,52 ^b (1,22-1,90)	1,55 ^b (1,24-1,94)	1,50 ^b (1,20-1,88)
<i>Apoyo social</i>					
Normal				1	1
Bajo				3,87 ^b (2,83-5,30)	3,86 ^b (2,82-5,29)
<i>Discriminación percibida</i>					
No					1
Sí					3,77 ^b (1,78-7,95)

OR: odds ratio; IC95%: intervalo de confianza del 95%.

^a p <0,05.

^b p <0,01.

junto entre varios ejes de desigualdad (género e inmigración), que ha sido señalado como una de las razones más importantes para explicar la peor salud de las mujeres inmigrantes⁷. La importancia de la diferente concepción de la salud en hombres y mujeres, con un mayor peso del componente mental en ellas, podría contribuir a explicar también este mayor efecto, coincidente con los estudios que encuentran una clara relación entre discriminación y salud mental en las mujeres^{7,34}.

Una de las razones aportadas para explicar el mejor estado de salud percibido en las poblaciones inmigrantes durante los primeros años en el país de destino es la diferente evaluación de la salud que se realiza en el contexto de salida y el de llegada⁵. El deterioro real de la salud a medida que aumenta el tiempo de residencia, así como los procesos de aculturación y de adaptación al estilo de vida del país de destino, pueden contribuir al cambio en la salud percibida al realizar una reevaluación de ésta bajo los patrones aprendidos en la sociedad de destino¹¹. Si bien nuestro estudio no muestra que haya relación entre el tiempo de estancia en España y el estado de salud, existe un volumen importante de investigaciones que indican el «efecto del inmigrante sano», tanto internacionales como nacionales^{8,10,20,25,35}.

Son diversas las limitaciones metodológicas del estudio de la salud en poblaciones inmigrantes, entre las cuales hay que destacar el hecho de que normalmente se realiza a través de encuestas de salud nacionales que tienden a infrarrepresentar a las personas inmigrantes, en especial a aquellas en situaciones de mayor

exclusión social o con más obstáculos, como el conocimiento del idioma³⁶. En nuestro estudio, el tipo de muestreo realizado para la obtención de datos de la ESPICAV'09 ha podido reducir en cierta medida estas dificultades metodológicas, lo que permitiría matizar el efecto del inmigrante sano, al igual que sucede en otros estudios con similar metodología¹⁷.

Este estudio presenta las limitaciones características de un estudio transversal y a partir de una encuesta. Por un lado, es importante destacar los condicionamientos culturales de cada colectivo inmigrante a la hora de entender la salud. Las diferentes ideas sobre la salud pueden estar desempeñando un papel relevante en la autovaloración de la salud, y por tanto también sobre la comparabilidad de los resultados entre autóctonos e inmigrantes^{5,11,26}. Otra de las limitaciones puede provenir de la diferente fecha de realización de la ESCAV'07 y la ESPICAV'09. Este hecho, sin embargo, no debería conllevar un sesgo importante, ya que a pesar de que el inicio de la crisis se sitúe en 2008, en el año 2009 el efecto de ésta era muy limitado tanto sobre las condiciones de vida de la población vasca como sobre las prestaciones públicas y sobre el gasto público en sanidad, que durante 2009 fue superior al de 2008³⁷. Además, los resultados de la ESCAV'13³⁸ muestran que durante los años 2007 a 2013 la autovaloración de la salud apenas varió en la población vasca. Estudios nacionales también muestran que la autovaloración de la salud no ha empeorado en los últimos años³⁹.

Por otro lado, la estrategia de muestreo llevada a cabo limita el alcance de las conclusiones. En primer lugar, porque se trata de un

muestreo no aleatorio, ya que la no existencia de un marco muestral accesible relativo a la población objeto de estudio no lo permitió. En segundo lugar, porque el tamaño de la muestra fue limitado, sobre todo en algunas desagregaciones por sexo y lugar de nacimiento. En el caso de la población china, el reducido tamaño de la muestra limitó el alcance de las conclusiones, aunque la falta de estudios sobre el estado de salud de este colectivo justificó su consideración. La estrategia muestral adaptada a las características de la población, la colaboración de personas de las diferentes comunidades y la posibilidad de realizar las entrevistas en los idiomas propios de las poblaciones presentaron un potencial respecto a otros estudios con similares objetivos. Además, la reproducción parcial del cuestionario de la ESCAV permitió la comparación con población autóctona teniendo en cuenta variables relacionadas con el proceso migratorio que no suelen tenerse en cuenta en otros estudios que comparan población inmigrante y autóctona. Todo ello ha permitido analizar no sólo las diferencias de salud entre ambos colectivos sino también los factores que median en esa relación.

La crisis que comenzó en 2008 tendrá muy probablemente consecuencias negativas sobre la salud de la población, que serán especialmente perjudiciales en la población inmigrante debido al empeoramiento de sus condiciones de vida y a la exclusión del Sistema Nacional de Salud que sufren de manera añadida aquellos/as no regularizados/as desde la entrada en vigor del Real Decreto Ley 16/2012. Ello plantea, si cabe, la necesidad aún mayor de monitorizar las desigualdades sociales y en salud entre la población autóctona e inmigrante en España en los próximos años, así como de apoyar aquellas políticas sociales que permitan la mejora de las condiciones de vida de la población.

¿Qué se sabe sobre el tema?

El lugar de nacimiento es un relevante determinante social de la salud, que genera desigualdades entre la población autóctona e inmigrante. En España no existe evidencia concluyente sobre estas desigualdades y sus factores explicativos. La mayor parte de los estudios se han basado en diseños poco adaptados a las características de la población inmigrante.

¿Qué añade el estudio realizado a la literatura?

Las peores condiciones socioeconómicas, el menor apoyo social y la mayor discriminación de los inmigrantes explican las desigualdades en salud respecto a la población autóctona. Los efectos especialmente perjudiciales que la actual crisis puede estar teniendo en las condiciones de vida de la población inmigrante impactarán previsiblemente en su salud, lo que requiere seguir monitorizando las desigualdades.

Editora responsable del artículo

M.^a Felicitas Domínguez-Berjón.

Contribuciones de autoría

E. Rodríguez Álvarez y N. Lanborena diseñaron e implementaron la encuesta. Todos/as los/as autores/as participaron en el diseño del estudio. N. Lanborena realizó los análisis estadísticos. E. Rodríguez Álvarez, Y. González-Rábago, A. Bacigalupe y U. Martín interpretaron los resultados, redactaron el artículo y revisaron las versiones consecutivas. Todos/as los/as autores/as aprobaron la versión final.

Financiación

Estudio financiado con el proyecto GIU08/28 de la Universidad del País Vasco (UPV/EHU).

Conflicto de intereses

Ninguno.

Bibliografía

1. Estadística del Padrón Continuo. Varios años [Internet]. Instituto Nacional de Estadística. (Consultado el 11/12/2013.) Disponible en: <http://www.ine.es/jaxi/menu.do?type=pcaxis&path=%2Ft20%2Fe245&file=inebase&L=0>
2. Aierdi X. Población extranjera. En: Informe Socioeconómico de la C.A. de Euskadi 2012. Vitoria-Gasteiz: Eustat. Instituto Vasco de Estadística; 2012. p. 47-86.
3. 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.
4. Rodríguez Álvarez E, Lanborena Elordui N, Errami M, et al. Relación del estatus migratorio y del apoyo social con la calidad de vida de los marroquíes en el País Vasco. *Gac Sanit.* 2009;23 (Supl 1):29-37.
5. Nielsen SS, Krasnik A. Poorer self-perceived health among migrants and ethnic minorities versus the majority population in Europe: a systematic review. *Int J Public Health.* 2010;55:357-71.
6. Paradies Y. A systematic review of empirical research on self-reported racism and health. *Int J Epidemiol.* 2006;35:888-901.
7. Borrell LN, Kiefe CI, Williams D, et al. Self-reported health, perceived racial discrimination, and skin color in African Americans in the CARDIA study. *Soc Sci Med.* 2006;63:1415-27.
8. 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.
9. Harris R, Cormack D, Tobias M, et al. The pervasive effects of racism: experiences of racial discrimination in New Zealand over time and associations with multiple health domains. *Soc Sci Med.* 2012;74:408-15.
10. Rivera B, Casal B, Currais L. Healthy immigrant effect: trayectoria de salud de la población inmigrante a partir de la ENSE 2011-2012. *Estudios de Economía Aplicada.* 2013;31:339-58.
11. Newbold KB. Self-rated health within the Canadian immigrant population: risk and healthy immigrant effect. *Soc Sci Med.* 2005;60:1359-70.
12. Domnich A, Panatto D, Gasparini R, et al. The healthy immigrant effect: does it exist in Europe today? *Ital J Public Health.* 2012;9.
13. Rivera B, Casal B, Cantarero D, et al. Adaptación de los servicios de salud a las características específicas y de utilización de los nuevos españoles. Informe SESPAS 2008. *Gac Sanit.* 2008;22 (Supl 1):86-95.
14. Carrasco-Garrido P, De Miguel Gil A, Hernández-Barrera V, et al. Health profiles, lifestyles and use of health resources by the immigrant population resident in Spain. *Eur J Public Health [Internet].* 2007;17:503-7.
15. Aery Perreten N, Ramasco Gutiérrez M, Cruz Macejón JL, et al. La salud y sus determinantes en la población inmigrante en la Comunidad de Madrid. *Gac Sanit.* 2010;24:136-44.
16. Borrell C, Muntaner C, Solá J, et al. Immigration and self-reported health status by social class and gender: the importance of material deprivation, work organization and household labour. *J Epidemiol Community Health.* 2008;62:e7.
17. Sevillano V, Basabe N, Bobowik M, et al. Health-related quality of life, ethnicity and perceived discrimination among immigrants and natives in Spain. *Ethn Health [Internet].* 2013 05/16; 2013/11:1-20. Disponible en: <http://dx.doi.org/10.1080/13557858.2013.797569>
18. García-Gómez P. Salud y utilización de los recursos sanitarios: un análisis de las diferencias y similitudes entre población inmigrante y autóctona. *Presupuesto y Gasto Público.* 2007;49:67-85.
19. Lindström M, Sundquist J, Östergren PO. Ethnic differences in self reported health in Malmö in southern Sweden. *J Epidemiol Community Health.* 2001;55:97-110.
20. Salinero-Fort MA, Jiménez-García R, del Otero-Sanz L, et al. Self-reported health status in primary health care: the influence of immigration and other associated factors. *PLoS ONE.* 2012;7:e38462.
21. Hernández-Quevedo C, Jiménez- Rubio D. A comparison of the health status and health care utilization patterns between foreigners and the national population in Spain: new evidence from the Spanish National Health Survey. *Soc Sci Med.* 2009;69:370-8.
22. Feskens R, Hox J, Lensvelt-Muders G, et al. Nonresponse among ethnic minorities: a multivariate analysis. *J Off Stat.* 2007;23:387-408.
23. Lipps O, Laganà F, Polien A, et al. National minorities and their representation in Swiss surveys (I): providing evidence and analysing causes for their underrepresentation. FORS, Working Papers Series. 2011; paper 2011 (2).
24. Laganà F, Echeroth G, Penic S, et al. National minorities and their representation in social surveys: which practices make a difference. *Qual Quant.* 2013;47:1287-314.
25. Newbold KB, Danforth J. Health status and Canada's immigrant population. *Soc Sci Med.* 2003;57:1981-95.

26. Juárez S. Migration and health. The relationship between self-assessment of health and diagnosed morbidity in young adults. *Anales de Psicología*. 2012;28:350–7.
27. Agudelo-Suárez A, Ronda-Pérez E, Gil-González D, et al. The effect of perceived discrimination on the health of immigrant workers in Spain. *BMC Public Health*. 2011;11:652–9.
28. Rodríguez E, Lanborena N, Martín U, et al. Encuesta de salud a la población inmigrante en el País Vasco. IMISATE; 2011.
29. Pérez Y, Esnaola S, Ruiz R, et al. Encuesta de salud de la C.A. del País Vasco 2007. Bilbao: Departamento de Sanidad y Consumo. Servicio Central de Publicaciones del Gobierno Vasco; 2010.
30. Idler EL, Benyamini Y. Self-rated health and mortality: a review of twenty-seven community studies. *J Health Soc Behav*. 1997;38:21–37.
31. Parkerson JGR, Gehlbach SH, Wagner EH, et al. The Duke-UNC Health Profile: an adult health status instrument for primary care. *Med Care*. 1981;19:806–28.
32. Lorant V, Van OH, Thomas I. Contextual factors and immigrants' health status: double jeopardy. *Health Place*. 2008;14:678–92.
33. Williams D, Mohammed S. Discrimination and racial disparities in health: evidence and needed research. *J Behav Med* [Internet]. 2009 02/01;32:20–47. Disponible en: <http://dx.doi.org/10.1007/s10865-008-9185-0>
34. Karlsen S, Nazroo J. Relation between racial discrimination, social class, and health among ethnic minority groups. *Am J Public Health*. 2002;92:624–31.
35. De Maio FG. Immigration as pathogenic: a systematic review of the health in immigrants in Canada. *Int J Equity Health*. 2010;9:1–20.
36. DesMeules M, Gold J, Kazanjian A, et al. New approaches to immigrant health assessment. *Can J Public Health*. 2004;95:1–22–6.
37. Gasto en salud de la C.A. de Euskadi e indicadores. 2000–2012 [Internet]. Eustat. Instituto Vasco de Estadística. (Consultado el 15/01/2014.) Disponible en: <http://www.eustat.es/elementos/ele0004400/ti.Gasto.en.salud.de.Ja.CA.de.Euskadi.e.indicadores.2000-2012a/tbl0004404.c.html#axzz2qTOTzV3H>
38. Departamento de Sanidad. Gobierno Vasco. Tablas de resultados: estado de salud. Encuesta de Salud del País Vasco 2013 [Internet]. Departamento de Sanidad. Gobierno Vasco. (Consultado el 15/01/2014.) Disponible en: https://www.euskadi.net/contenidos/informacion/encuesta.salud.resultados/es_escav13/adjuntos/Estado%20de%20salud%20.pdf
39. Regidor E, Barrio G, Bravo MJ, et al. Has health in Spain been declining since the economic crisis? *J Epidemiol Community Health*. 2013; Oct 23. doi: 10.1136/jech-2013-202944. [Epub ahead of print].