

Migraciones internas en España durante el siglo xx: un nuevo eje para el estudio de las desigualdades sociales en salud

Unai Martín^{a,b,*}, Davide Malmusi^{c,d}, Amaia Bacigalupe^{a,b,e} y Santiago Esnaola^e

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

^b Programa de Doctorado de Salud Pública e Investigación Biomédica, Universidad Autónoma de Barcelona, Barcelona, España

^c Agencia de Salud Pública de Barcelona, Barcelona, España

^d Unidad Docente de Medicina Preventiva y Salud Pública IMAS-UPF-ASPB, Barcelona, España

^e Servicio de Estudios e Investigación Sanitaria, Departamento de Sanidad y Consumo, Gobierno Vasco, Vitoria-Gasteiz, Álava, España

INFORMACIÓN DEL ARTÍCULO

Historia del artículo:

Recibido el 11 de enero de 2011

Aceptado el 17 de junio de 2011

On-line el 9 de agosto de 2011

Palabras clave:

Desigualdades

Estado de salud

Inmigración

Factores socioeconómicos

España

R E S U M E N

Objetivo: Catalunya y Euskadi recibieron durante el siglo xx importantes contingentes de inmigración del resto de España. El objetivo es analizar las desigualdades en salud según el lugar de nacimiento (población autóctona y nacida en otras comunidades autónomas).

Métodos: Estudio transversal sobre población no institucionalizada de 50 a 79 años de edad, con datos de las encuestas de salud de Catalunya 2006 (n = 5.483) y de Euskadi 2007 (n = 3.424). Se utilizaron modelos log-binomiales para calcular las razones de prevalencia (RP) de mala salud percibida según el lugar de nacimiento, estratificadas por sexo y clase social, y ajustadas sucesivamente por edad, clase social y nivel de estudios.

Resultados: Las personas procedentes de otras comunidades autónomas valoraban peor su salud que las autóctonas, tanto en Euskadi (RP ajustada por edad en hombres de 1,30, intervalo de confianza del 95% [IC95%] 1,11-1,54; y en mujeres RP de 1,42 e IC95% de 1,25-1,62) como en Catalunya (en hombres RP 1,41 e IC95% de 1,26-1,62; en mujeres RP de 1,25 e IC95% de 1,16-1,35). Las RP se redujeron, pero permanecieron significativas tras ajustar por clase social y nivel de estudios, y estratificando por clase social manual y no manual.

Conclusiones: En ambas comunidades existen desigualdades en salud en detrimento de la población procedente del resto de España, que constituye alrededor de la mitad de la población en las cohortes de edad estudiadas. Futuros estudios deberían explorar la persistencia de estas desigualdades en otros indicadores de salud y su reproducción en las segundas generaciones, así como identificar puntos de entrada para políticas preventivas.

© 2011 SESPAS. Publicado por Elsevier España, S.L. Todos los derechos reservados.

Internal migration in Spain in the 20th century: a new focus for the study of social inequalities in health

A B S T R A C T

Objective: Catalonia and the Basque Country received substantial immigration quotas from the rest of Spain during the twentieth century. This study aimed to analyze inequalities in health by birthplace (the population born in the same region or other autonomous regions) in these two geographical areas.

Methods: We conducted a cross-sectional study in the non-institutionalized population aged 50 to 79 years, with data from the health surveys of Catalonia 2006 (n = 5,483) and the Basque Country 2007 (n = 3,424). We used log-binomial models to estimate the prevalence ratios (PR) of poor self-rated health by birthplace, stratified by sex and social class, and successively adjusted for age, social class and educational attainment.

Results: Immigrants from other autonomous regions had poorer self-rated health than the native-born population, both in the Basque Country (age-adjusted PR in men 1.30, 95% CI 1.11-1.54; women 1.42, 95% CI 1.25-1.62,) and in Catalonia (PR in men 1.41, 95% CI 1.26-1.62; PR in women 1.25, 95% CI 1.16-1.35). PRs were reduced but remained significant after adjustment for social class and educational attainment and stratification by manual or non-manual social class.

Conclusions: In both communities there are health inequalities that are detrimental to the immigrant population from the rest of Spain, which constitutes approximately half of the population in the studied age cohorts. Future studies should explore the persistence of these inequalities in other health indicators and their reproduction in second generations, and identify entry points for preventive policies.

© 2011 SESPAS. Published by Elsevier España, S.L. All rights reserved.

Keywords:

Inequality

Health status

Immigration

Socioeconomic factors

Spain

* Autor para correspondencia.

Correo electrónico: unai.martin@ehu.es (U. Martín).

Introducción

La relación entre la posición socioeconómica y la salud ha sido ampliamente documentada en las últimas décadas, con conclusiones coincidentes acerca de la mejor salud entre las personas de clase social más aventajada y mayor nivel de estudios e ingresos^{1,2}. Asimismo, un número creciente de estudios está mostrando que el lugar de nacimiento constituye otro eje de desigualdad que se relaciona con el estado de salud y la utilización de los servicios sanitarios^{3,4}. Son menos numerosos, sin embargo, los trabajos que han analizado de forma simultánea la posición socioeconómica y el estatus migratorio^{5,6}, y aún más excepcionales aquellos que, además, han considerado el género^{7,8} en un intento por desarrollar una visión integrada para el análisis de las desigualdades sociales en salud.

En todo el mundo, la gran mayoría de los estudios sobre la relación entre el estatus migratorio y la salud se han centrado en la comparación de la población inmigrante de origen extranjero con la población autóctona, y han mostrado resultados poco consistentes⁹. Ello se debe en parte a la heterogeneidad de las procedencias y las fases migratorias, a lo que se añade el «efecto del inmigrante sano», según el cual las personas recientemente llegadas de otros países muestran mejor estado de salud que las nativas, o al menos mejor de lo que se esperaría por sus condiciones socioeconómicas³. Hay evidencia de que, incluso en su país de origen, la salud de estas personas es mejor que la del resto de la población, lo que parece indicar la existencia de un efecto de selección del «trabajador sano» entre las personas que emigran¹⁰. Sin embargo, la salud de los inmigrantes se deteriora a medida que transcurre el tiempo de asentamiento en el país de acogida y con mayor rapidez que entre las personas nativas^{3,11}, posiblemente como consecuencia de sus condiciones socioeconómicas más adversas. En España, el aumento de la inmigración extranjera en los últimos años ha fomentado la realización de estudios que, en términos generales, han mostrado patrones de salud y de uso de servicios sanitarios desiguales entre la población autóctona y la inmigrante^{12,13}.

Son menos numerosos los trabajos que abordan las desigualdades en salud entre la población autóctona y la migrante interna, es decir, la proveniente de otros lugares dentro del mismo país o región. Sus resultados no son concluyentes, ya que si bien algunos muestran mayores tasas de mortalidad y peor salud entre la población migrante interna¹⁴⁻¹⁶, otros indican mejores indicadores de salud^{17,18} o resultados diferentes por sexo^{7,8}. Esta escasez de análisis es llamativa en España, por la relevancia que a partir de mediados del siglo XX tuvieron los movimientos internos de población. Estos movimientos supusieron el desplazamiento de una gran masa de mano de obra no cualificada desde las regiones menos desarrolladas hacia las más desarrolladas, entre ellas Catalunya y Euskadi^{19,20}. En 2007, más del 40% de la población mayor de 50 años de ambas comunidades provenía de otras comunidades autónomas (fig. 1).

Varios trabajos han evidenciado las condiciones de desigualdad, exclusión y discriminación social y laboral de las personas que protagonizaron estos movimientos migratorios respecto de la población autóctona, su nivel medio de estudios inferior, su menor cualificación profesional, su peor situación laboral dentro de la estructura ocupacional y su asentamiento en viviendas precarias; todo ello junto con complejos procesos de integración sociocultural en las sociedades de acogida²¹⁻²³. Esta desigualdad social, que afecta a una parte sustancial de la población, puede constituir un importante factor de merma de la salud poblacional. Sin embargo, los efectos sobre la salud de este proceso migratorio y las condiciones de vida a él asociadas han sido escasamente analizadas en el caso español, a pesar de la importancia social del fenómeno y de las posibles consecuencias para la salud pública que han generado estas desigualdades.

Un análisis a principios del siglo XXI, décadas después del asentamiento de estas poblaciones, permite estudiar con la suficiente perspectiva histórica el posible efecto sobre la salud de situaciones de desigualdad social y discriminación derivadas de estos movimientos migratorios dentro de la geografía española. La posibilidad de evitar el efecto del «inmigrante sano», sesgo clásico de gran parte de los estudios sobre migración y salud, supone una oportunidad metodológica que puede ofrecer resultados útiles para la planificación de políticas de salud pública ante fenómenos migratorios actuales.

El objetivo del presente artículo es describir las desigualdades en salud según el lugar de nacimiento (población autóctona y nacida en otras comunidades autónomas) de la población de 50 a 79 años de edad en Catalunya y Euskadi en 2006-2007, considerando la posible influencia de la clase social ocupacional y el nivel de estudios, y su diferente impacto en hombres y mujeres.

Métodos

Población a estudio y fuentes de información

Se realizó un estudio descriptivo transversal basado en los datos procedentes de la Encuesta de Salud de Euskadi 2007 (ESCAV'07)²⁴ y la Encuesta de Salud de Catalunya 2006 (ESCA'06)²⁵. Ambas son encuestas realizadas a domicilio, representativas de la población no institucionalizada. Se seleccionó de ambas encuestas a las personas de 50 a 79 años de edad nacidas en España (3424 en la ESCAV'07 y 5483 en la ESCA'06). Se estableció dicha franja de edad porque se trata de las generaciones que fundamentalmente protagonizaron los movimientos migratorios internos del siglo pasado.

Variables

La variable resultado fue el mal estado de salud general. Ésta se construyó 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 extensamente utilizado para la medida del estado de salud de las poblaciones y está relacionado con la mortalidad y el uso de los servicios sanitarios²⁶. En ambas encuestas se proporcionaban cinco categorías de respuesta, entre «excelente» y «mala». Se consideró mala salud como la suma de las categorías «regular» y «mala».

Como variable independiente se utilizó el lugar de nacimiento: en la comunidad autónoma de estudio o en el resto de España. Las variables de ajuste o estratificación fueron la edad, el sexo y la posición socioeconómica a partir de la clase social y el nivel de estudios. La clase social, según la clasificación de la Sociedad Española de Epidemiología²⁷, fue asignada a todas las personas del hogar utilizando la ocupación de la persona cabeza de familia o de su pareja (utilizando la más alta del hogar), y se agrupó en trabajadores/as no manuales (clase I, II y III) y trabajadores/as manuales (clase IV y V). El nivel de estudios se agrupó en primarios o inferiores, secundarios y universitarios.

Análisis de los datos

Se describieron las características sociodemográficas y de salud según el lugar de nacimiento en ambas comunidades autónomas, y se analizaron las diferencias utilizando las pruebas de ji al cuadrado y t de Student. Se calcularon las prevalencias brutas y estandarizadas por edad de la mala salud percibida según el lugar de nacimiento en la población de Euskadi y Catalunya. El método de estandarización fue el directo, utilizando como población estándar la resultante de la suma de las dos encuestas. Se utilizó la razón de prevalencia (RP) como medida de asociación entre el lugar de nacimiento y

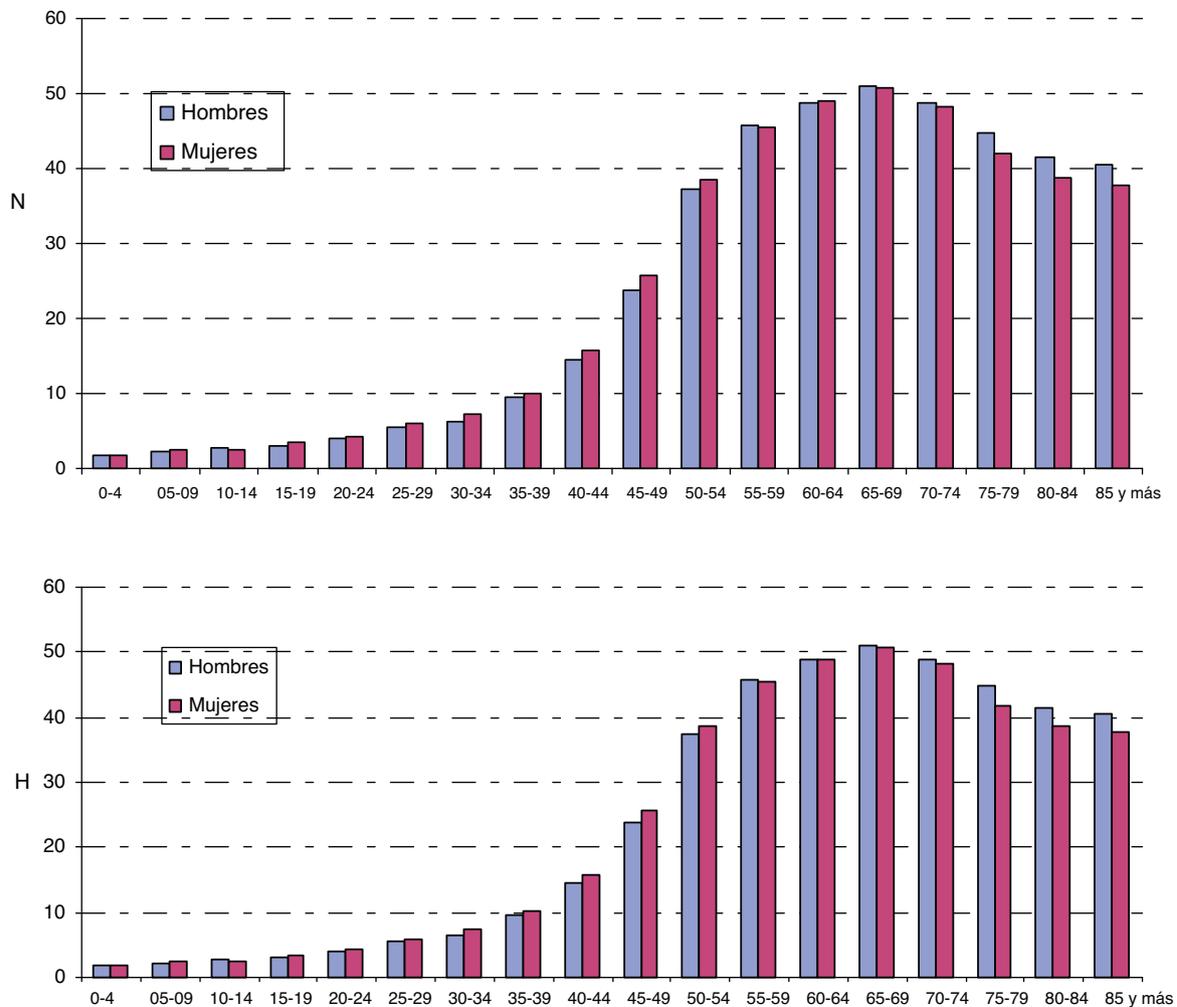


Figura 1. Proporción de población nacida fuera de la comunidad autónoma de estudio en cada grupo de edad y sexo. Euskadi (arriba) y Catalunya (abajo), 2007. (Fuente: Explotación estadística del Padrón Municipal de Habitantes, 2007. INE.)

la mala salud. Mediante modelos de regresión log-binomiales se obtuvieron estimaciones puntuales y de intervalo de la RP bruta y ajustada por edad, clase social y nivel de estudios, y se estimó el porcentaje de cambio de la RP tras estos ajustes utilizando la fórmula $100 \times (RP_{\text{modelo 1}} - RP_{\text{modelo 2}}) / (RP_{\text{modelo 1}} - 1)$.

Todos los análisis se hicieron por separado para hombres y mujeres, y para Euskadi y Catalunya. Con el fin de estudiar la posible modificación del efecto de la clase social, se realizó el mismo análisis segmentado por clase social. Posteriormente, para analizar las diferencias en la magnitud del efecto del lugar de origen entre Euskadi y Catalunya, y entre las clases sociales, se introdujeron términos de interacción. Se utilizaron los pesos muestrales facilitados por los organismos productores de cada encuesta. El análisis estadístico se realizó con el programa SAS (v9.1).

Resultados

Los datos sociodemográficos y de salud de las personas de la muestra analizada se recogen en la tabla 1. Respecto al nivel socioeconómico, la mayor parte de las personas se situaron en las clases manuales, mayoritariamente en la clase IV. En Euskadi y Catalunya, la proporción de personas en las clases sociales menos aventajadas fue significativamente mayor entre las personas nacidas fuera de la comunidad autónoma de estudio, tanto en

hombres como en mujeres. La población con estudios primarios o inferiores fue también mayor en las personas nacidas en el resto de España que en las autóctonas. La mayor diferencia se produjo en los hombres de Euskadi (38,3% frente a 62,8%) y en las mujeres de Catalunya (53,4% frente a 77,4%). En relación a la autovaloración de la salud, ésta fue significativamente peor entre las personas nacidas fuera de la comunidad autónoma de estudio.

La prevalencia estandarizada de mala salud autovalorada fue más alta entre las personas nacidas fuera de la comunidad autónoma de estudio que en las autóctonas, tanto en Euskadi como en Catalunya, y en ambos sexos (tabla 2). Las diferencias fueron en todos los casos estadísticamente significativas. Tras ajustar por el efecto de la edad, dentro de cada comunidad autónoma, la probabilidad de sufrir mala salud fue entre un 25% y un 42% superior en las personas nacidas en el resto de España que en las autóctonas. Aunque la estimación puntual fue superior en las mujeres en Euskadi y en los hombres en Catalunya, las diferencias en la magnitud del efecto entre Euskadi y Catalunya fueron pequeñas, si bien resulta destacable el menor efecto que tuvo el lugar de origen en el caso de las mujeres catalanas (interacción de lugar de nacimiento y comunidad autónoma de residencia, $p=0,079$).

El análisis estratificado por clase social y sexo mostró que la asociación del lugar de nacimiento y la mala salud fue ligeramente

Tabla 1
Datos sociodemográficos y de salud de la muestra según sexo y lugar de nacimiento (Euskadi 2007, Catalunya 2006)

	Euskadi					
	Hombres			Mujeres		
	Euskadi (N = 929) n (%)	Resto España (N = 667) n (%)	p	Euskadi (N = 1063) n (%)	Resto España (N = 765) n (%)	p
<i>Edad media (DE)</i>	62,2 (8,5)	63,1 (7,9)	0,041	63,1 (8,8)	63,5 (8,1)	0,422
<i>Clase social</i>			<0,001			<0,001
I	112 (12,1)	36 (5,5)		112 (10,6)	33 (4,4)	
II	135 (14,6)	39 (5,9)		136 (12,9)	61 (8,1)	
III	228 (24,7)	127 (19,2)		259 (24,5)	134 (17,7)	
IV	419 (45,4)	400 (60,5)		486 (46,0)	448 (59,1)	
V	29 (3,4)	59 (8,9)		63 (6,0)	82 (10,8)	
<i>Nivel estudios</i>			<0,001			<0,001
Primarios o inferiores	356 (38,3)	419 (62,8)		535 (50,3)	546 (71,4)	
Secundarios	361 (38,9)	188 (28,2)		387 (36,4)	183 (23,9)	
Universitarios	212 (22,8)	60 (9,0)		141 (13,3)	36 (4,7)	
<i>Autovaloración salud</i>			<0,001			<0,001
Excelente	34 (3,7)	11 (1,6)		34 (3,2)	20 (2,6)	
Muy buena	138 (14,8)	67 (10,1)		142 (13,6)	53 (6,9)	
Buena	524 (56,4)	363 (54,6)		546 (52,3)	360 (47,1)	
Regular	195 (21,0)	200 (30,1)		266 (25,5)	277 (36,2)	
Mala	38 (4,1)	24 (3,6)		56 (5,4)	55 (7,2)	
	Catalunya					
	Hombres			Mujeres		
	Catalunya (N = 1590) n (%)	Resto España (N = 1052) n (%)	p	Catalunya (N = 1725) n (%)	Resto España (N = 1116) n (%)	p
<i>Edad media (DE)</i>	62,4 (8,7)	62,2 (8,0)	0,812	63,2 (9,0)	63,4 (8,5)	0,358
<i>Clase social</i>			<0,001			<0,001
I	178 (11,3)	59 (5,7)		133 (8,2)	47 (4,4)	
II	163 (10,4)	70 (6,7)		155 (9,5)	58 (5,5)	
III	566 (36,0)	236 (22,7)		573 (35,2)	201 (19,0)	
IV	594 (37,8)	605 (58,2)		671 (41,2)	609 (57,5)	
V	71 (4,5)	70 (6,7)		95 (5,8)	144 (13,6)	
<i>Nivel estudios</i>			<0,001			<0,001
Primarios o inferiores	685 (43,1)	671 (63,8)		567 (53,4)	864 (77,4)	
Secundarios	628 (39,5)	305 (29,0)		644 (37,3)	205 (18,4)	
Universitarios	277 (17,4)	76 (7,2)		160 (9,3)	47 (4,2)	
<i>Autovaloración salud</i>			<0,001			<0,001
Excelente	72 (4,5)	43 (4,1)		30 (1,7)	24 (2,1)	
Muy buena	221 (13,9)	103 (9,8)		165 (9,6)	100 (9,0)	
Buena	833 (52,4)	475 (45,2)		786 (45,6)	370 (33,2)	
Regular	386 (24,3)	352 (33,4)		557 (32,3)	448 (40,1)	
Mala	78 (4,9)	79 (7,5)		187 (10,8)	174 (15,6)	

DE: desviación estándar.

mayor, salvo en las mujeres de Catalunya, en la clase no manual (tabla 2). La diferencia en el tamaño del efecto sólo fue estadísticamente significativa en los hombres de Euskadi (interacción de clase social y lugar de nacimiento, $p = 0,039$).

La magnitud de la asociación entre el lugar de nacimiento y la mala salud se redujo al tener en cuenta el efecto de la clase social y el nivel de estudios (fig. 2). Sin embargo, esa asociación siguió siendo estadísticamente significativa, a excepción de los

Tabla 2
Prevalencia de mala salud percibida estandarizada por edad y razones de prevalencia ajustadas por edad según lugar de nacimiento en hombres y mujeres por clase social (Euskadi 2007, Catalunya 2006)

	Euskadi			Catalunya		
	Euskadi	Resto España	RP (IC95%)	Catalunya	Resto España	RP (IC95%)
<i>Hombres</i>						
Total	25,3	33,8	1,30 (1,11-1,54)	28,8	41,7	1,41 (1,26-1,57)
No manual	19,0	35,8	1,60 (1,17-2,18)	25,5	39,8	1,37 (1,13-1,66)
Manual	30,9	34,3	1,08 (0,89-1,31)	33,0	45,0	1,22 (1,06-1,40)
<i>Mujeres</i>						
Total	28,4	41,5	1,42 (1,25-1,62)	39,7	50,0	1,25 (1,16-1,35)
No manual	26,6	41,2	1,44 (1,14-1,83)	31,3	41,3	1,15 (1,00-1,32)
Manual	30,9	41,5	1,33 (1,13-1,57)	43,6	53,1	1,18 (1,07-1,29)

RP: razón de prevalencia; IC95%: intervalo de confianza del 95%.

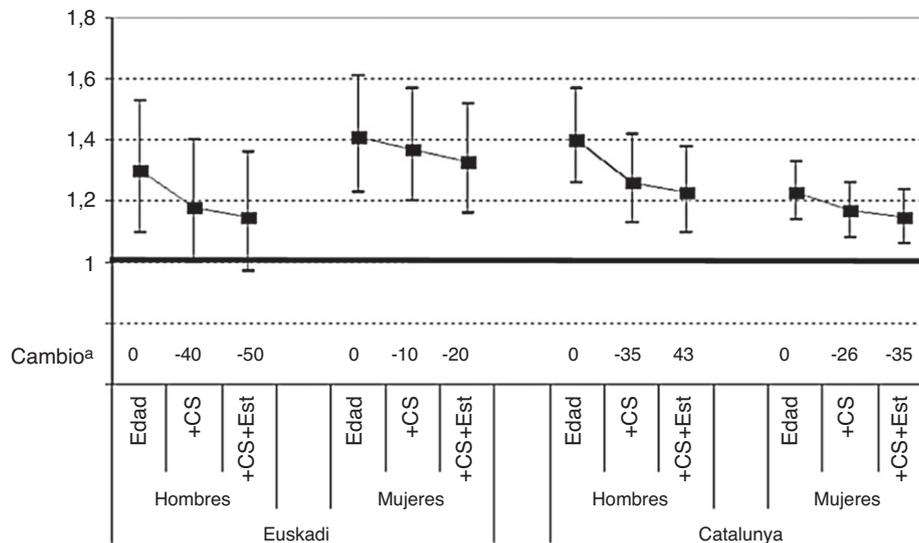


Figura 2. Razones de prevalencia de mala salud percibida, según diferentes ajustes (edad, clase social [CS] y nivel de estudios [Est]), en hombres y mujeres (Euskadi 2007, Catalunya 2006). Referencia: nacer en la comunidad autónoma en estudio. ^aCambio porcentual en la prevalencia relativa en exceso al añadir las variables de ajuste.

hombres de Euskadi, en quienes la reducción del efecto en la RP tras introducir las dos variables fue del 50% (RP=1,15; intervalo de confianza del 95%: 0,97-1,36). Por el contrario, el menor efecto sobre la reducción de la RP tras incluir las dos variables de ajuste se observó en las mujeres de Euskadi, con un descenso del 20%.

Discusión

Durante la segunda mitad del siglo xx, Catalunya y Euskadi recibieron importantes contingentes de inmigración del resto de España. El presente estudio analiza en las dos comunidades autónomas las desigualdades en salud según el lugar de nacimiento en las generaciones protagonistas de esta inmigración, que en 2006-2007 tenían, en su mayor parte, entre 50 y 79 años de edad. En ambas comunidades, las personas llegadas de otras comunidades autónomas mostraron una peor salud que las autóctonas. Los resultados se repitieron en mujeres y en hombres, y en las personas de clases sociales manuales y no manuales. Sólo una parte del exceso de riesgo de mala salud de las personas inmigradas parece explicarse por su peor posición socioeconómica (clase social y nivel de estudios).

A pesar de la importancia del fenómeno desde el punto de vista de la salud poblacional, éste ha sido poco estudiado en el caso español. En dos estudios con datos de Catalunya y Barcelona que incluían personas venidas del resto de España, el exceso de mala salud fue evidente sólo⁷ o en mayor medida⁸ entre las mujeres, y se limitaba a las personas procedentes de comunidades autónomas con una renta per cápita inferior a la de Catalunya⁸. En el ámbito internacional, aunque en contextos diferentes, hay estudios que también han mostrado peores indicadores de salud en poblaciones inmigrantes de otras regiones de un país¹⁴⁻¹⁶ o de países colindantes, culturalmente similares²⁸. Por el contrario, otros estudios han mostrado mejores indicadores de salud gestacional¹⁷, y menor prevalencia de hipertensión y sobrepeso¹⁸, en poblaciones inmigradas dentro del mismo país, atribuyéndolo al efecto del «inmigrante sano».

Respecto a las posibles limitaciones relacionadas con el diseño transversal, aunque éste no permite inferir la direccionalidad del efecto, sí es válido para describir la magnitud de las desigualdades entre grupos de una población. En este caso, además, la «exposición»

(el lugar de nacimiento) precede sin duda a la «respuesta» (el nivel de salud). Se trata de una población que realizó el proceso migratorio hace más de tres décadas, por lo que el tiempo de exposición a los fenómenos derivados de la migración (desigualdad social, discriminación, etc.) ha sido prolongado. En la ESCAV, el 94,8% de la población inmigrante incluida en nuestro estudio llevaba más de 30 años en Euskadi. En el caso de Catalunya, aunque la ESCA no recogía esa información, se realizó un análisis a partir de los datos de la Encuesta de Condiciones de Vida y Hábitos de la Población²⁹, que mostró que en 2006 dicha proporción ascendía al 91,5%. Por otro lado, es importante tener presente que dentro de la población nacida en la misma comunidad de residencia puede haber personas que han vivido un proceso migratorio, por ejemplo de áreas rurales a urbanas, lo que podría llevar a una infraestimación de las desigualdades; en la ESCA, sin embargo, no había diferencias en salud entre las personas nacidas en el mismo municipio de residencia o en otro municipio de la comunidad (datos no mostrados). La emigración al extranjero puede introducir otro sesgo, pero en las cohortes estudiadas la emigración al extranjero no fue un aspecto reseñable³⁰, y no es esperable que este factor pueda haber influido en la composición de la población autóctona.

La ausencia de más variables comparables en ambas encuestas limitó el análisis, tanto en la exploración del papel de los determinantes intermedios de desigualdad³¹, la utilización de otros indicadores de salud y las diferencias entre comunidades autónomas de origen de los inmigrantes⁸. En la ESCAV no hay información sobre la comunidad de origen, mientras que en la muestra de Catalunya se repite el hallazgo del citado estudio⁸, con un peor resultado de salud limitado a las personas nacidas en las comunidades autónomas menos desarrolladas (datos no mostrados). Respecto a la posición social, se utilizaron dos variables distintas, que permitieron tener en cuenta dos fenómenos relevantes en este sentido: la clase social, valorada por la última o actual ocupación de la persona cabeza de familia, podría reflejar en mayor medida el nivel socioeconómico logrado al final de la vida laboral, mientras que el nivel de estudios suele estar determinado por las condiciones sociales en las etapas más tempranas de la vida³². Respecto a la variable resultado en salud, la autovaloración del estado de salud se caracteriza por ser una variable sintética, válida y ampliamente utilizada en estudios

transversales de las desigualdades de salud. Más allá de su poder predictivo sobre la mortalidad, la morbilidad y la utilización de los servicios de salud, la autovaloración de la salud refleja una evaluación global por parte de la persona de sus enfermedades, síntomas, capacidad funcional y bienestar general, y ha demostrado una validez razonable en la comparación entre distintos niveles socioeconómicos^{33,34}.

Como fortalezas, hay que destacar la posibilidad de comparar un mismo fenómeno en dos comunidades autónomas diferentes; la estratificación por sexo y clase social también permite buscar patrones específicos y comprobar la consistencia de los hallazgos. Además, los estudios de inmigración y salud realizados en España, centrados mayoritariamente en población de origen extranjero, cuentan a menudo con muestras insuficientes, mientras que en este caso la población inmigrante representa alrededor del 40% del total. Todos estos factores aportan robustez a los resultados obtenidos. También, en los estudios sobre la realidad aún reciente de la inmigración extranjera en España, el efecto del «inmigrante sano» puede influir en la capacidad de observar algunas desigualdades en salud esperables por la desventaja socioeconómica. Los datos del presente estudio, sobre una población inmigrante de larga duración, pueden considerarse un ejemplo paradigmático de cómo, aun en el caso de menores o inexistentes barreras legales, culturales y geográficas²³, la migración en condiciones de desventaja socioeconómica acaba generando desigualdades en salud al cabo de décadas.

El lugar de nacimiento (misma comunidad autónoma o resto de España) constituye un eje de desigualdad de la misma relevancia en Catalunya y Euskadi, que afecta además a un grupo muy numeroso (la mitad en algunos tramos de edad) de sus poblaciones. Las personas inmigrantes del resto de España siguen padeciendo una clara segregación socioeconómica y gozan de una peor salud, a pesar de que probablemente la buena salud fue un factor de «selección positiva» a la hora de emigrar¹⁰.

Por lo tanto, es necesario que las políticas de reducción de las desigualdades consideren también esta población, que sigue manteniendo una evidente situación de desventaja social. Además, los resultados del estudio deberían suscitar la reflexión acerca de la posibilidad de que esta realidad se reproduzca en el futuro en los procesos actuales de recepción de población inmigrante de origen extranjero. La desventaja socioeconómica de este colectivo podría acabar teniendo un efecto en su salud, y por ello se plantea la necesidad de impulsar la vigilancia y la acción preventiva sobre los determinantes de la salud en estas nuevas poblaciones de llegada.

Este estudio destapa una realidad poco reconocida en la literatura sobre las desigualdades en salud en España, y como todo estudio epidemiológico³⁵ abre paso a futuras líneas de investigación: el análisis del papel de otros determinantes intermedios, como la privación material, la discriminación y otros factores psicosociales, la ampliación del estudio a otros indicadores de salud, como la mortalidad; la repetición del análisis en otras comunidades autónomas receptoras de migración interna, como Madrid o la Comunitat Valenciana¹⁹; la comparación de la salud de las personas que han emigrado con la población en sus comunidades autónomas de origen; y el análisis de la situación de las segundas generaciones, hijos/as de inmigrantes del resto de España. En este sentido, los datos sobre el nivel de estudios finalizados en las personas jóvenes adultas muestran que la segregación socioeconómica persiste en esta segunda generación³⁶. Un estudio realizado en Euskadi mostró, además, la herencia de las desigualdades en salud en esta segunda generación³⁷. Se trata, pues, de una línea de investigación que sin duda podrá contribuir al debate social y político aún por realizar sobre las desigualdades sociales y económicas relacionadas con las migraciones internas en el Estado español.

¿Qué se sabe sobre el tema?

La mayoría de los estudios sobre la relación entre el estatus migratorio y la salud se han centrado en la población inmigrante de origen extranjero, y han mostrado resultados poco consistentes debido a la heterogeneidad de las procedencias y las fases migratorias, y al efecto del inmigrante sano.

Sin embargo, las implicaciones para la salud de la desigualdad social relacionada con los flujos de migraciones internas apenas se han analizado, y en el Estado español no existen estudios específicos.

¿Qué añade el estudio realizado a la literatura?

En Catalunya y Euskadi, las personas nacidas en otras comunidades autónomas valoraban peor su salud que las autóctonas, incluso dentro de la misma clase social.

Las políticas dirigidas a la reducción de las desigualdades sociales en salud, deberían considerar este eje de desigualdad por su impacto en la salud y la magnitud de la población afectada.

Contribuciones de autoría

U. Martín, D. Malmusi y A. Bacigalupe han contribuido en igualdad de condiciones en la concepción y el diseño del estudio, la realización de los análisis, la interpretación de los resultados y la redacción del artículo. El orden de autoría se decidió por sorteo y, por tanto, comparten la responsabilidad del artículo. S. Snaola participó en el análisis, revisó el manuscrito e hizo aportaciones a éste. Todos los autores aprobaron la versión final del manuscrito.

Financiación

Ninguna.

Conflicto de intereses

Ninguno.

Bibliografía

1. CSDH. Closing the gap in a generation: health equity through action on the social determinants of health. Geneva: World Health Organization; 2008.
2. Navarro V, Benach J, y Comisión Científica de Estudios de las Desigualdades Sociales en Salud en España. Desigualdades sociales en salud en España. Madrid: Ministerio de Sanidad y Consumo, y The School of Hygiene and Public Health, The Johns Hopkins University; 1996.
3. De Maio FG. Immigration as pathogenic: a systematic review of the health of immigrants in Canada. *Int J Equity Health*. 2010;9:27.
4. Sundquist J. Migration, equality and access to health care services. *J Epidemiol Community Health*. 2001;55:691-2.
5. Reijneveld SA. Reported health, lifestyles, and use of health care of first generation immigrants in The Netherlands: do socioeconomic factors explain their adverse position? *J Epidemiol Community Health*. 1998;52:298-304.
6. Levecque K, Lodewyckx I, Vranken J. Depression and generalised anxiety in the general population in Belgium: a comparison between native and immigrant groups. *Journal of Affective Disorders*. 2007;97:229-39.
7. Borrell C, Muntaner C, Solà 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, doi:10.1136/jech.2006.055269.
8. 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.
9. Kandula NR, Kersey M, Lurie N. Assuring the health of immigrants: what the leading health indicators tell us. *Annu Rev Public Health*. 2004;25:357-76.
10. Lu Y. Test of the 'healthy migrant hypothesis': a longitudinal analysis of health selectivity of internal migration in Indonesia. *Soc Sci Med*. 2008;67:1331-9.
11. Ronellenfitch U, Razum O. Deteriorating health satisfaction among immigrants from Eastern Europe to Germany. *Int J Equity Health*. 2004;3:4.

12. García-Gómez P, Oliva J. Calidad de vida relacionada con la salud en población inmigrante en edad productiva. *Gac Sanit.* 2009;23 Suppl 1:38–46.
13. Regidor E, Sanz B, Pascual C, et al. La utilización de los servicios sanitarios por la población inmigrante en España. *Gac Sanit.* 2009;23 Suppl 1:4–11.
14. Nagi SZ, Haavio-Mannila E. Migration, health status and utilization of health services. *Sociol Health Illn.* 1980;2:174–93.
15. Connolly S, O'Reilly D. The contribution of migration to changes in the distribution of health over time: five-year follow-up study in Northern Ireland. *Soc Sci Med.* 2007;65:1004–11.
16. Marmot MG, Adelstein MA, Bulusu L. Lessons from the study of immigrant mortality. *Lancet.* 1984;323:1455–7.
17. Wingate MS, Alexander GR. The healthy migrant theory: variations in pregnancy outcomes among US-born migrants. *Soci Sci Med.* 2006;62:491–8.
18. Kolcic I, Polasek O. Healthy migrant effect withing Croatia. *Coll Antropol.* 2009;33:141–5.
19. Silvestre J. Las emigraciones interiores en España durante los siglos XIX y XX: una revisión bibliográfica. *Revista de Estudios sobre Despoblación y Desarrollo Rural.* 2002;2:227–48.
20. Cabré A, Moreno J, Pujadas I. Cambio migratorio y "reconversión territorial" en España. *Revista Española de Investigaciones Sociológicas.* 1985;32:43–65.
21. Nord M. Poor people on the move: county-to-county migration and the spatial concentration of poverty. *J Regional Science.* 1998;38:329–51.
22. Blanco C. La integración de los inmigrantes en las sociedades receptoras: método de análisis y aplicación al País Vasco. [Tesis doctoral.] Bilbao: Universidad de Deusto; 1995.
23. Solé C. Inmigración interior e inmigración exterior. *Papers.* 2000;60:211–24.
24. Departamento de Sanidad y Consumo. Encuesta de Salud de la CAPV 2007. Vitoria-Gasteiz: Servicio de Publicaciones del Gobierno Vasco; 2011.
25. Direcció General de Planificació i Avaluació. Enquesta de salut de Catalunya 2006. Els catalans parlen de la seva salut i dels serveis sanitaris. Barcelona: Departament de Salut, Generalitat de Catalunya; 2009.
26. Idler E, Benyamini Y. Self-rated health and mortality: a review of twenty-seven community studies. *J Health Soc Behav.* 1997;38:21–37.
27. Álvarez-Dardet C, Alonso J, Domingo A, et al. Grupo de Trabajo de la SEE. La medición de la clase social en ciencias de la salud. Barcelona: SG Editores; 1995.
28. Pudarc S, Sundquist J, Johansson SE. Country of birth, instrumental activities of daily living, self-rated health and mortality: a Swedish population-based survey of people aged 55–74. *Soc Sci Med.* 2003;56:2493–503.
29. Institut d'Estadística de Catalunya. Enquesta de condicions de vida i hàbits de la població 2006. Barcelona: Institut d'Estadística de Catalunya; 2007.
30. Alcaide J, director. Evolución de la población española en el siglo XX por provincias y comunidades autónomas. Bilbao: Fundación BBVA (2007).
31. Solar O, Irwin A. *A conceptual framework for action on the social determinants of health. Discussion paper for the Commission on Social Determinants of Health.* Geneva: World Health Organization; 2007.
32. Galobardes B, Shaw M, Lawlor DA, et al. Indicators of socioeconomic position (part 1). *J Epidemiol Community Health.* 2006;60:7–12.
33. Quesnel-Vallée A. Self-rated health: caught in the crossfire of the quest for 'true' health? *Int J Epidemiol.* 2007;36:1161–4.
34. Bago-d'Uva T, O'Donnell O, van Doorslaer E. Differential health reporting by education level and its impact on the measurement of health inequalities among older Europeans. *Int J Epidemiol.* 2008;37:1375–83.
35. Lunet N. Epidemiological studies are like cherries, one draws another. *Gac Sanit.* 2009;23:479–82.
36. Martín U, Bacigalupe A, Vergara I, et al. La promoción de la salud en la población joven de Gipuzkoa. Ampliando la visión a los determinantes sociales de la salud. Donostia-San Sebastián: Diputación Foral de Gipuzkoa; 2010. [Consultado el 26/12/2010.] Disponible en: <http://www.opikertu.org/salud3.pdf>.
37. Bacigalupe A, Martín U. Desigualdades sociales en la población de la Comunidad Autónoma del País Vasco. La clase social y el género como determinantes de la salud. Vitoria-Gasteiz: Ararteko; 2007.