

VII Jornadas de Sociología. Facultad de Ciencias Sociales, Universidad de Buenos Aires, Buenos Aires, 2007.

Inmigración y salud: un nuevo reto para las políticas de salud pública.

José Manuel Peixoto Caldas PhD.

Cita:

José Manuel Peixoto Caldas PhD. (2007). *Inmigración y salud: un nuevo reto para las políticas de salud pública. VII Jornadas de Sociología. Facultad de Ciencias Sociales, Universidad de Buenos Aires, Buenos Aires.*

Dirección estable: <https://www.aacademica.org/000-106/521>

Acta Académica es un proyecto académico sin fines de lucro enmarcado en la iniciativa de acceso abierto. Acta Académica fue creado para facilitar a investigadores de todo el mundo el compartir su producción académica. Para crear un perfil gratuitamente o acceder a otros trabajos visite: <https://www.aacademica.org>.

Inmigración y salud: un nuevo reto para las políticas de salud pública

José Manuel Peixoto Caldas PhD¹.

Investigador de la Agencia Española de Cooperación Internacional AECI/MAE
Ministerio de Asuntos Exteriores.

Email: jpeixoto@uoc.edu.

Introducción

Se estima que actualmente hay en el mundo más de 150 millones de inmigrantes, 30 millones de desplazados y 15 millones de refugiados. La causa básica de esta inmigración por motivos económicos es la pobreza unida a la falta de perspectivas de mejora, hasta el extremo de que muchas de estas personas ponen en peligro su integridad física y su propia vida por llegar a países que no siempre son de acogida. Para ellos resulta preferible la precariedad social y laboral que encuentran en sus destinos (aunque a veces ignoran hasta qué punto esto es así). Desde este punto de vista, sin duda, el principal factor de riesgo para la salud de los inmigrantes son las propias condiciones de la inmigración y en menor grado las enfermedades frecuentes de su país de origen. Según las estadísticas oficiales, actualmente residen en los países de la Unión Europea más de 15 millones de inmigrantes de países no comunitarios. Se calcula que otros 4 o 5 millones han entrado clandestinamente o se hallan en situación ilegal. La mayoría provienen del norte de África, Oriente Próximo, Europa del Este (sobre todo a partir de la caída del comunismo y de la guerra de los Balcanes), América Latina e India.

Consideraciones sobre la inmigración en España

El fenómeno de la inmigración es relativamente reciente en España, y se intensificó durante la década de 1990. A lo largo de la Historia, España ha sido país de emigrantes. Sólo desde mitad de los años 80, ha pasado a ser país de inmigración y a acercarse, aunque tardíamente, a las tendencias ya experimentadas por los países comunitarios con mayor nivel desarrollo económico. El cambio de dirección de flujos migratorios y su intensidad en España es comparativamente mayor que los que afectaron a los países de nuestro entorno, donde los movimientos se han ido escalonando más suavemente en el tiempo.

Actualmente viven en nuestro país más de un millón de inmigrantes que tienen su situación regularizada y se estima que puede haber otro medio millón viviendo en una situación administrativa irregular. El ritmo de crecimiento de la población inmigrante se calcula en más de un 15% anual, aunque alcanza cifras de aproximadamente el 25% en Cataluña y superiores al 20% en la Comunidad de Madrid, en relación especialmente con las mayores posibilidades de trabajo poco cualificado. A pesar de ello, el flujo migratorio es

mucho más intenso en otros países de la Unión Europea con mayor tradición de acogida de inmigrantes y mejores condiciones socioeconómicas desde hace muchos años. En Europa viven unos 20 millones de inmigrantes, aunque en el año 2050, según datos de Naciones Unidas, se necesitarán más de 50 millones de ellos para mantener el actual estado de bienestar y el sistema de pensiones. Nuestro país debería recibir cada año unos 250.000 inmigrantes para mantener el crecimiento económico. No obstante, en algunos ámbitos políticos se sigue considerando que los inmigrantes suponen una amenaza para la salud, la seguridad, la estabilidad o los derechos de los autóctonos, lo cual los convierte muchas veces en víctimas injustas del rechazo social, político, económico y xenófobo.

España se ha convertido, sin embargo, en uno de los principales destinos de los movimientos migratorios, ya que a las razones económicas y demográficas se une la atracción cultural para América Latina y la vecindad con África, el continente con crecimiento poblacional más intenso.

En Barcelona, sólo el barrio de Ciutat Vella acoge a una población de inmigrantes de casi el 40 % del total del distrito. Barcelona es, desde 1998, nudo de migraciones procedentes de los cuatro puntos cardinales. Del norte llegan familias rusas y de países del antiguo Pacto de Varsovia; del este son principalmente grupos de India, Pakistán, China y Filipinas; del oeste se registran personas procedentes de casi todos los países latinoamericanos; y del sur llegan preferentemente del Magreb y del África subsahariana.

No sólo ha aumentado rápidamente la población extranjera residente en España, sino que su composición según país de procedencia también ha variado considerablemente. Mientras que a comienzos de los años noventa algo más del 50% del colectivo de inmigrantes procedía de países desarrollados, básicamente de la Comunidad Europea y de América del Norte, en 2001, aunque la población extranjera procedente de estos países continúa teniendo una importancia aún considerable (24%), otros colectivos de países correspondientes al denominado Tercer Mundo o países del Sur han pasado a ocupar las primeras posiciones del ranking por importancia numérica (cuadro 1). En conjunto, 385.979 extranjeros procedían de la Unión Europea y de América del Norte, mientras que 1.186.038 lo eran del Tercer Mundo o de los Países del Este europeo. Los procedentes de América Central y del Sur significan hoy algo más del 38% y en 1992 sólo constituían el 18%, los africanos superan hoy el 21% y en 1992 no llegaban al 18%, los de europeos no procedentes de la Unión han pasado del 3,5% al 11% y los asiáticos, aunque en número han aumentado, sin embargo su porcentaje se ha visto reducido del 8% al 4%.

El gráfico siguiente muestra bien el cambio producido. En él se han recogido los primeros 14 países por volumen de población inmigrante en España y su peso relativo respecto del total tanto en el año 2001 como en 1992 (figura 1). Podemos distinguir 3 patrones de comportamiento. En primer lugar están los países de la Europa Comunitaria, concretamente Reino Unido, Alemania, Francia e Italia, cuyos efectivos poblacionales pierden importancia en términos relativos, a pesar de que en valores absolutos han seguido creciendo. En

segundo lugar, colectivos que contaban con una escasa presencia en España a comienzos de los noventa y que han crecido bastante, tanto en términos absolutos como relativos, a veces incluso de modo vertiginoso. Este sería el caso de los latinoamericanos en general, y en especial de colectivos como el ecuatoriano o el colombiano, así como de los procedentes de Europa del Este (Rumania o Bulgaria, por ejemplo). Y por último, el colectivo marroquí que, a diferencia de los anteriores, ya contaba con un elevado número de residentes en España en 1992 y que ha seguido creciendo a un ritmo menor que algunos grupos de latinoamericanos pero de modo constante y ya prolongado en el tiempo.

El impacto de los flujos inmigratorios en las políticas de salud pública

Diseñar una política integral en el marco de la Unión Europea pasa por evitar la peor de las situaciones, que empieza ya a producirse, es decir, tener una inmigración irregular, marginada y que no contribuya con impuestos ni cotizaciones. Los inmigrantes no vienen a poblar únicamente, sino a vivir dignamente. Más aún, un porcentaje importante de inmigrantes tiene un nivel educativo suficiente, factor decisivo que influye sobre la natalidad y su control.

El inmigrante tipo que llega a nuestro país es una persona joven y sana que busca trabajar y que ha conseguido revertir la tendencia al envejecimiento de la población con un crecimiento positivo: la natalidad ha aumentado, principalmente, gracias a la población inmigrante. Sin embargo, además de las diferencias étnicas, de idioma, de cultura o de religión, los inmigrantes comparten en general (y a su vez con muchas de las personas autóctonas con las que viven) una situación social, laboral y económica precaria. Esto los convierte en una población vulnerable a los problemas de salud derivados de las desigualdades en las condiciones de vida.

En general, y también desde el punto de vista de la atención sanitaria, el colectivo de los inmigrantes no es en absoluto homogéneo. Las realidades de las diversas poblaciones de procedencia son bien distintas y sólo coinciden en el hecho de ser extranjeros. Por ejemplo, el idioma –que no las dificultades culturales y de comprensión–, no resulta un problema para las personas procedentes de América Latina, mientras que es una barrera muy grave para las personas de otros orígenes. También es cierto que la propia población autóctona es heterogénea debido a la diversidad de los factores socioculturales.

Antes de hablar de la salud de los inmigrantes hay que tener muy claros tres conceptos:

1. La inmigración no supone ningún riesgo grave para la salud pública del país de acogida.
2. Los problemas de salud de las poblaciones inmigradas son muy parecidos a los de la población autóctona.
3. La situación irregular de estancia en el país y las condiciones higienicosanitarias de vida suponen el verdadero riesgo para la salud de los inmigrantes. De hecho, en los barrios con peores condiciones sociosanitarias los inmigrantes presentan exactamente los mismos problemas de salud que el

resto de la población. En cambio, las patologías “tropicales” no tienen una prevalencia significativa.

Estudio de caso practico:

Esta ponencia es el resultado de un trabajo de campo titulado “Estudio de salud de la Comunidad de Madrid relativo a la población inmigrante”.

El estudio, pretende servir de base para desarrollar un Plan de Salud con el objetivo de "corregir y mejorar las deficiencias" observadas en materia de salud de los inmigrantes, que incluya la implantación de medidas que mejoren el acceso de este colectivo a los servicios de salud, especialmente a los preventivos. El proyecto también contemplará la mejora del acceso a la planificación familiar de las mujeres inmigrantes, el fomento de hábitos de ocio saludables no sedentarios entre niños y adolescentes inmigrantes, y la promoción de colaboraciones interinstitucionales para disminuir el fracaso escolar en estos niños y habilitar medidas tendentes a reducir el tiempo que están solos.

Metodología

En este estudio utilizamos un doble abordaje metodológico: cualitativa y cuantitativa. La encuesta se realizó durante el primer semestre de 2007, mediante entrevistas a 8.500 personas en sus domicilios, lo que garantiza más fiabilidad que las entrevistas telefónicas. El muestreo fue aleatorio y estratificado por edad, sexo y distrito.

Perfil del inmigrante

De la encuesta realizada fue posible concluir que la salud de los inmigrantes residentes en Madrid es buena y padecen menos enfermedades crónicas que el resto de los ciudadanos, aunque un total del 10 por ciento de ellos se sienten discriminados en el servicio público sanitario, mientras que en el resto de la población esa percepción no alcanza el tres por ciento, según una encuesta realizada por el Ayuntamiento para conocer el estado de salud, hábitos, problemas a los que habitualmente se enfrentan y la imagen que esta parte de la población tiene del sistema sanitario.

Este sondeo también ha permitido conocer que entre los inmigrantes hay una mayor paridad entre hombres (prácticamente el 50 por ciento) y mujeres que entre el resto de los madrileños, entre los que hay un mayor número de mujeres. La mayoría de los ciudadanos de otros países que llegan a la capital son jóvenes y en edad de trabajar. El 65 por ciento tiene entre 25 y 44 años.

Asimismo, el 77 por ciento de los extranjeros afincados en la ciudad pertenecen a clases sociales de trabajadores manuales cualificados y no cualificados frente al 46% de los nacidos en España. Disponen de menos espacio de vivienda que los madrileños (22 metros cuadrados de superficie por persona frente a los 33 metros cuadrados del resto de la población).

Salud

Los adultos procedentes de fuera de España tienen mejor percepción de su salud que los madrileños. Esto no ocurre entre los jóvenes de entre 16 y 24 años de los que tan sólo el 37 por ciento perciben su salud como excelente y muy buena frente al 56 por ciento del resto de la población. Los inmigrantes padecen menos enfermedades crónicas que los demás madrileños, sólo a un tercio de ellos se le ha diagnosticado una dolencia de este tipo. Además, se ha detectado que no presentan mayor riesgo de padecer trastornos de salud mental, como depresión o ansiedad, que el resto de los madrileños. Por su parte, la tasa de fecundidad (número de nacidos por cada 1.000 mujeres) es seis veces mayor entre las adolescentes extranjeras que entre las españolas. Esta diferencia se asocia a aspectos culturales y sociales propios de los países de origen de los inmigrantes.

Del mismo modo, el número de interrupciones voluntarias del embarazo es también seis veces mayor entre las adolescentes de otras nacionalidades. Sin embargo, la probabilidad de que un embarazo termine en una interrupción es aproximadamente la misma en españolas y extranjeras (54 y 53 por ciento, respectivamente), lo que implica que, si las inmigrantes tienen más abortos, es porque también tienen más embarazos.

Situación de la infancia

Los niños inmigrantes menores de 16 años pasan más tiempo solos y ven más la televisión que los otros niños madrileños. El 43 por ciento de los que tienen entre 8 y 15 años ven la televisión más de dos hora al día, lo que supone más del doble de lo que lo hacen los niños no inmigrantes de la misma edad.

Según los resultados del cuestionario Kidscreen sobre calidad de vida realizado a los niños inmigrantes, éstos tienen una peor percepción de su estado de salud y calidad de vida que los otros chicos de su edad. El 8 por ciento de ellos perciben su salud como mala o regular, el doble que los demás chicos de la Ciudad de Madrid.

Los niños inmigrantes se sienten menos felices y tienen peor rendimiento escolar, especialmente los varones. Tan sólo un 54 por ciento de los niños extranjeros se sienten muy felices, frente al 66,2 por ciento de los niños no inmigrantes. El rendimiento escolar regular alcanza a uno de cada tres niños inmigrantes.

Conclusiones

La salud de las comunidades migrantes, y de mujeres y niños en particular, tiene que ser abordada por políticas multidimensionales que aumenten la protección, la integración económica y la participación en la vida social.

Existe un vínculo bien establecido entre la pobreza y la mala salud, tanto para las comunidades nativas, como para las comunidades migrantes. Un conjunto cada vez mayor de evidencia muestra que el perjuicio para la salud proviene no

sólo de la privación de efectos materiales sino también de problemas sociales y psicológicos resultantes de vivir en la pobreza relativa y ser excluidos de la participación social. Aquellos que están socialmente marginados, como los desempleados, la gente sin hogar, inmigrantes y refugiados pobres, a menudo experimentan los peores resultados de salud que la población en general.

Es probable que las políticas sociales combinadas con las políticas enfocadas a aumentar el acceso a la asistencia médica tengan un efecto positivo en la salud reproductiva de las comunidades migrantes. Pueden aprenderse lecciones importantes de países donde las políticas y prácticas multidimensionales se aplican ampliamente, como Canadá, Australia y Suecia. En estos países, los estudios han demostrado resultados de embarazos iguales o mejores para las mujeres migrantes en comparación con los resultados de otras mujeres. Las políticas públicas en estos países son de interés ya que implican el desarrollo con el tiempo de políticas más amplias enfocadas a la integración social y política de los inmigrantes y refugiados que respetan las identidades culturales. Dentro de este contexto, se han desarrollado políticas específicas para promover oportunidades de capacitación y empleo, así como para identificar y reducir de manera sistemática las barreras lingüísticas y culturales con el fin de facilitar el acceso a los servicios de salud y los servicios sociales.

Sugerencias de intervención

Medidas para mejorar la situación de la salud de los inmigrantes en nuestra ciudad:

- Implantar medidas que mejoren el acceso de los inmigrantes a los servicios de salud especialmente a los preventivos.
- Mejorar el acceso a la planificación familiar en las mujeres inmigrantes (mayoría de mujeres en edad fértil).
- Fomentar hábitos de ocio saludables no sedentarios entre los niños y adolescentes inmigrantes.
- Promover colaboraciones interinstitucionales para disminuir el fracaso escolar en estos niños y habilitar medidas tendentes a reducir el tiempo que están solos.

Bibliografía

Achotegui, J. "Los aspectos psicológicos y psicosociales en la migración: características de los duelos migratorios", en VVAA, La inmigración, Una realidad en España, Centro Pignatelli, Seminario de investigación para la Paz, Zaragoza, 2002.

Achotegui J. La depresión de los inmigrantes: una perspectiva transcultural. Barcelona: Ediciones Mayo, 2002.

Aguilar, M; Laparra, M.; y Pérez, B. (Coordinadores), Investigaciones de base para la elaboración del Plan de Lucha contra la Exclusión Social en la Comunidad de Madrid, Universidad de Navarra, Consejería de Servicios Sociales de la Comunidad de Madrid, Septiembre de 2001.

Aja, E. y Díez, L. (coords.), La regulación de la inmigración a Europa, Obra Social Fundació "la Caixa", Barcelona, 2005, pgs. 10 y 11.

Bada Aínsa JL, Bada Jaime RM. Repercusiones sociosanitarias de la inmigración en el Estado español. FMC 1996; 3:277-8.

Cots F, Castells X, Olle C. Perfil de la casuística hospitalaria de la población inmigrante en Barcelona. Gaceta Sanitaria 2002;16: 3376-84.

García Campayo J, Sanz-Carrillo C. Salud mental en inmigrantes: el nuevo desafío. Med Clin (Barc) 2002;118:187-91.

Jansà JM. Inmigración extranjera en el Estado español. Consideraciones desde la salud pública. Rev Esp Salud Pública 1998;72:165-8.

Jansà JM, Borrell C. Inmigración, desigualdades y atención primaria: situación actual y prioridades [editorial]. Aten Primaria 2002;29:466-8.

Martín MA. El paciente inmigrante en atención primaria. ¿Estamos preparados? Aten Primaria 2001;7:100-5.

Oliván G. Evaluación del estado de salud y nutrición de los adolescentes inmigrantes ilegales de origen magrebí. An Esp. Pediatr 2000;53:17-20.

Oliván G. Adopción internacional: guía de informaciones y evaluaciones médicas. An Esp Pediatr 2001;55:135-40.

Vall O, García O. The situation of children in developing countries. En: Lindström B, Spencer N, editors. Social paediatrics. Oxford: Oxford University Press, 1995; p. 45-67.

Sundquist J. Migration, equality and access to health care services. J Epidemiol Community Health 2001;55:691-2.

Vall O, García-Algar O. Atención al niño inmigrante. Bol Pediatr 2001;41:325-31.

Vall Combelles O, García Pérez J, Puig C. La inmigración y su repercusión sanitaria. Aspectos culturales y nuevas patologías emergentes. Pediatr Integral 2001;6:42-50.

¹ Sociólogo y Médico. Docente de la Universidad Europea de Madrid y Universidad de Barcelona.
Contacto telefónico: 00 34 93 219 31 00