

## Recuperación de la natalidad: inmigración y salud en Cataluña

(Recovering birthdate, immigration and health in Catalonia)

*Sr. Director:*

En 1999 se inicia en España el *boom* de la inmigración. Un lugar de trabajo es su principal objetivo, pero uno de los atractivos más importantes de nuestro país es el disponer de

un sistema sanitario de fácil y libre acceso gracias a la asistencia sanitaria universal<sup>1</sup>. En España a 1 de enero de 2005, los inmigrantes empadronados representan el 8,5% de la población (3.730.610 habitantes)<sup>2</sup>. Su impacto está siendo desigual en las diferentes comunidades autónomas, y Cataluña es una de las más afectadas<sup>2</sup>. Uno de los aspectos en que ha determinado la inmigración ha sido el cambio de tendencia de la natalidad y, por consiguiente, en el sistema sanitario y la salud pública.

En 1999 se produjeron en Cataluña 59.359 nacimientos, pasando a 76.687 en 2004, lo que implica un incremento del 29,2% (fig. 1). La tasa de natalidad ha pasado de 9,1 a 11,3 nacidos vivos por cada 1.000 habitantes en dicho período<sup>3</sup>.

El número de nacimientos de padres inmigrantes pasó de 5.555 a 16.334. Al inicio del período, estos nacimientos representaban el 9,4% del total, pasando al 21,3% al final del período. Entre 2003 y 2004 la natalidad aumentó globalmente un 5,1%; entre los inmigrantes este aumento fue del 24%, mientras que en la población autóctona fue de un discreto 1,1%<sup>3</sup>.

La media de edad de las madres al parir fue de 30,8 años en las autóctonas y de 25 en las inmigrantes. Según la nacionalidad de la madre, los nacimientos se distribuyeron de la siguiente forma: 4.606 (28,2%) marroquíes, 1.872 (11,5%) ecuatorianos, 770 (4,7%) chinos, 691 (4,2%) colombianos, 632 (3,9%) rumanos y 468 (2,9%) argentinos.

El incremento de la natalidad se explicaría esencialmente por el efecto de la inmigración procedente de países más natalistas. Los inmigrantes que más mantienen la fecundidad original de su país son los procedentes de África, especialmente los musulmanes. En países como Marruecos y Malí las mujeres tienen 3,1 y 6,3 hijos durante su vida reproductiva. De hecho, en casi 3 de cada 10 nacimientos de madre inmigrante, ésta es marroquí. El impacto de los autóctonos es débil y probablemente transitorio, dado que está finalizando la actividad reproductiva del último *baby boom*.

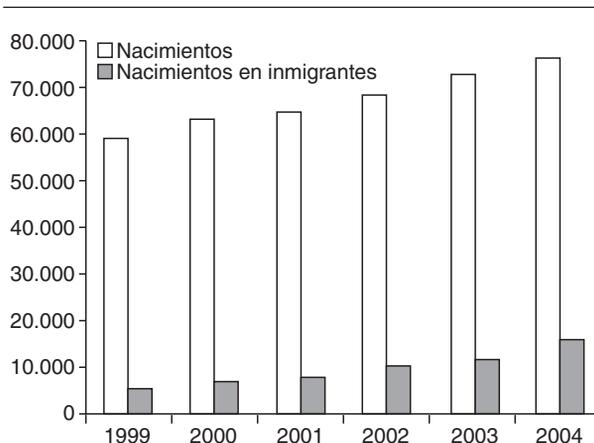
Las mujeres extranjeras tienen derecho a la asistencia sanitaria durante el embarazo, parto y posparto, incluso sin haberse inscrito en el padrón municipal de habitantes, al igual que los extranjeros menores de 18 años. La nueva situación se ha plasmado en una mayor presión asistencial en los servicios de obstetricia y pediatría. Además, las extranjeras tienden a parir en hospitales de tercer nivel<sup>4</sup>.

El nivel de seguimiento de la gestación suele ser adecuado, especialmente en las mujeres procedentes de Centroamérica y Sudamérica, y no presentan un mayor riesgo de complicaciones durante el embarazo y el parto. El promedio de visitas para el control preparto fue de 8 en las madres inmigrantes y de 9 en las autóctonas<sup>4</sup>.

Se han detectado algunos problemas de salud materno-infantil, especialmente en las madres procedentes del África subsahariana, como partos pretérmino, abortos o bajo peso al nacer<sup>1</sup>. A ellos cabe añadir los problemas de salud bucodental, déficit de higiene bucodental, hábitos alimentarios deficientes y deficiencias en las coberturas vacunales o de los documentos justificativos de haber recibido las vacunas pertinentes<sup>1</sup>.

Otro aspecto a tener en cuenta es el importante número de embarazos en adolescentes inmigrantes y la prostitución

Figura 1. Número de nacimientos en Cataluña 1999-2004.



con prácticas de mayor riesgo que practica un sector de la inmigración femenina<sup>4,5</sup>.

La transmisión perinatal del virus de la inmunodeficiencia humana, especialmente por las madres procedentes de países con elevada prevalencia de infección en mujeres, no ha tenido un impacto notable, como tampoco lo ha tenido de manera global la inmigración en la epidemia del sida<sup>5</sup>.

En general, no estamos ante un problema sanitario, simplemente se está produciendo un incremento de la presión asistencial como consecuencia de la recuperación de la natalidad. Este fenómeno no ha venido acompañado de un incremento de riesgos para la salud. En este sentido, la mortalidad infantil continúa bajando en Cataluña hasta niveles extraordinariamente bajos (2,89 fallecidos el primer año de vida por 1.000 nacidos vivos en 2003).

Juan Torres Puig-grós

Escola Universitària d'Infermeria, Universitat de Lleida;  
Serveis Territorials del Departament de Salut a Lleida,  
Generalitat de Catalunya, Lleida, España.

#### Bibliografía

- Jansà JM, García de Olalla P. Salud e inmigración: nuevas realidades y nuevos retos. *Gac Sanit.* 2004;18 Supl:207-13.
- Estadística de variaciones residenciales 2004. Migraciones exteriores [página en internet]. Instituto Nacional de Estadística [consultado 13/11/2005]. Disponible en: <http://www.ine.es/inebase/cgi/um?M=%2Ft20%2Fp307%2Fa2004&O=pcaxis&N=&L=0>
- Anuari Estadístic de Catalunya 2004 [monográfico en internet]. Institut d'Estadística de Catalunya. Generalitat de Catalunya; 2005 [consultado 13/11/2005]. Disponible en: [http://www.idescat.net/cat/idescat/publicacions/anuari/aec\\_pdf/aec-cap2.pdf](http://www.idescat.net/cat/idescat/publicacions/anuari/aec_pdf/aec-cap2.pdf)
- Sánchez-Fernández Y, Muñoz Ávalos N, Pérez-Cuadrado S, Robledo-Sánchez A, Pallás Alonso CR, De la Cruz-Bértolo A, et al. Mujeres inmigrantes: características del control prenatal y del parto. *Prog Obstet Ginecol.* 2003;46:441-7.
- Binefa G. Immigració i infecció pel VIH. *Infosida.* Departament de Salut, Generalitat de Catalunya. 2005;29:3.