

VARIABLES SOCIODEMOGRÁFICAS Y ESTILOS DE VIDA COMO PREDICTORES DE LA AUTOVALORACIÓN DE LA SALUD DE LOS INMIGRANTES EN EL PAÍS VASCO

Elena Rodríguez Álvarez^a / Nerea Lanborena Elordui^a / Meftaha Senhajji^b / Celina Pereda Riguera^c

^aDepartamento de Enfermería I, Universidad del País Vasco/Euskal Herriko Unibertsitatea UPV/EHU, Leioa, Bizkaia, España;

^bDépartement de Biologie, Faculté Sciences, Université Abdelmalek Essaadi, Tétouan, Maroc;

^cMédicos del Mundo/Munduko-Medikuak.

(Sociodemographic variables and lifestyle as predictors of self-perceived health in immigrants in the Basque Country [Spain])

Resumen

Objetivo: Investigar la importancia de los factores sociodemográficos y de los estilos de vida en la autovaloración de la salud en los inmigrantes de origen magrebí, subsahariano, latinoamericano y europeo no comunitario del País Vasco.

Métodos: Estudio descriptivo transversal con una muestra formada por 219 magrebíes (31,8%), 152 subsaharianos (22,1%), 167 latinoamericanos (24,2%) y 151 europeos no comunitarios (21,9%). La herramienta para la recopilación de datos fue la Encuesta de Salud de la Comunidad Autónoma del País Vasco (ESCAV'2002). El análisis multivariante se realizó con regresión logística dicotómica (soporte SPSS 13).

Resultados: Para la autovaloración de la salud, el 64,2% de los magrebíes, el 78,7% de los subsaharianos, el 66,1% de los latinoamericanos y el 67,1% de los europeos declararon tener una salud muy buena o buena. Las variables asociadas significativamente ($p < 0,05$ y $p < 0,01$) a la autovaloración de la salud fueron la procedencia, el sexo y la edad. Ser subsahariano mostró mayor ventaja para una mejor valoración de la salud (odds ratio [OR] = 2,08; intervalo de confianza del 95% (IC95%): 1,29-3,36). La ventaja también se observó para los hombres (OR = 2,16; IC95%: 1,54-3,02) y la edad, especialmente en los de 33-38 años (OR = 3,13; IC95%: 1,71-5,73). En el análisis multivariante, dichas variables mantuvieron su significación.

Conclusiones: Los resultados muestran la importancia de considerar el estado de salud percibida en los diferentes colectivos de inmigrantes e identificar las diferencias, así como las variables asociadas, para poder desarrollar actuaciones orientadas a mejorar la salud en estos grupos.

Palabras clave: Colectivos de inmigrantes. País Vasco. Autovaloración de la salud. Variables sociodemográficas. Hábitos de vida. Encuesta de salud.

Abstract

Objective: To explore the importance of socio-demographic factors as well as life-style and their influence in self-rated health of Maghribian, Sub-Saharan, Latin-American and non-Communitarian European immigrant groups living in the Basque Country (Spain).

Methods: Descriptive cross-study with a convenience sample of 689 persons, consisting of 219 Maghribians (31.8%), 152 Sub-Saharians (22.1%), 167 Latino(a)s (24.2%) and 151 non-Communitarian Europeans (21.9%). Data base have been completed with data collected using the 2002 Regional Basque Health Interview Survey (ESCAV 2002). The multivariate analysis was performed by using the dicotomic logistic regression (software SPSS 13).

Results: We found that 64.2% of Maghribian, 78.7% of Sub-Saharan, 66.1% of Latin-American and 67.1% of non-Communitarian European assessed their health as very good or good. The significantly associated variables ($p < 0.05$ and $p < 0.01$) with self-rated health were collective membership, sex and age. Persons belonging to the Sub-Saharan collective showed a stronger advantage of positively self-assessed health (OR = 2.08; 95%CI: 1.29-3.36). This advantage was also found among men of all four collectives (OR = 2.16, 95%CI: 1.54-3.02) and in persons in the age of 33-38 years (OR = 3.13, 95%CI: 1.71-5.73). Those variables remained significant in the multivariate analysis.

Conclusions: Our results demonstrated the importance of considering differences in the health status and in self-rated health among immigrant groups, as well as the variables associated with those differences, when developing community-based health strategies.

Key words: Collective immigrant groups. Basque Country (Spain). Self-rated health. Socio-demographic variables. Life-style. Health interview survey.

Correspondencia: Elena Rodríguez Álvarez.
Departamento de Enfermería I. Universidad del País Vasco.
Sarriena, s/n. 48940 Leioa. Bizkaia. España.
Correo electrónico: elena.rodriguez@ehu.es

Recibido: 6 de junio de 2007.

Aceptado: 21 de abril de 2008.

Introducción

El incremento de la población inmigrante ha sido especialmente importante en España en los últimos 5 años, y en la actualidad se encuentra ligeramente por delante de Francia, Holanda y el Reino Unido. El País Vasco no es ajeno a esta nueva realidad, y aunque la proporción de extranjería todavía es menor que la de otras comunidades de nuestro entorno, en 2006, según datos del Observatorio Vasco de Inmigración (OVI)¹, la cifra de población extranjera empadronada ascendía a 83.547 personas, lo que suponía un 4% del total de la población, con un incremento del 41% desde el año 2004. El colectivo más numeroso es el latinoamericano (50%), seguido del africano (17%), el europeo no comunitario (11%) y el asiático (5%). La distribución por sexos varía según el origen: la inmigración africana presenta un claro predominio masculino, con porcentajes superiores al 70%, que llegan al 90% para los nacidos en Senegal, Ghana y Mali, mientras que la inmigración latinoamericana presenta un patrón femenino, y en el resto de los orígenes la proporción es equilibrada.

Esta nueva situación sociodemográfica está motivando un interés creciente en la literatura social y epidemiológica sobre el estudio de la situación de salud de los inmigrantes, que ha pasado de un enfoque centrado en proyectos específicos para distintos grupos de inmigrantes a uno más general, dirigido a conseguir la equidad y el acceso al conjunto del sistema sanitario. Para ello, es necesario partir del conocimiento de los perfiles de salud que permitan determinar las prioridades preventivas y asistenciales, con el objetivo de mejorar la salud de la población.

En España, los escasos ensayos publicados sobre la salud y la enfermedad de la población inmigrante se centran en el estudio y la descripción de la morbilidad atendida^{2,3}. Los estudios comparativos sobre enfermedades específicas, que apuntan a diferencias epidemiológicas entre los colectivos de inmigrantes y la población autóctona, tienden a resaltar las diferencias, especialmente en los casos en que se subraya el peor estado de salud de las minorías⁴⁻⁶. Sin embargo, el estado de salud de los inmigrantes no puede medirse sólo a partir de la población que acude a las consultas sanitarias, ya que, según los estudios, suelen acudir con menos frecuencia que la población española en similares circunstancias, y además lo hacen cuando los procesos se encuentran más avanzados. Esta utilización de los servicios sanitarios, sin duda determinada por diferentes culturas sanitarias o por dificultades en el acceso a los servicios sanitarios, nos puede llevar a concluir que la población inmigrante padece problemas más graves que la autóctona.

Los estudios de salud realizados mediante encuesta, con una metodología ampliamente difundida y acep-

tada, tienen la ventaja de recoger información relativa al conjunto de la población, utilice o no los servicios de salud. Permiten también conocer el estado de salud percibida, considerado éste un buen indicador del estado de salud, un buen predictor de morbilidad y mortalidad, y uno de los indicadores más utilizados en el análisis de las desigualdades en salud, con suficientes evidencias en la bibliografía sobre su validez en minorías étnicas⁷⁻¹⁰. La autovaloración de la salud, a pesar de su relativa simplicidad, en asociación con las características personales, como el estatus socioeconómico y marital, el dolor, el índice de masa corporal y los estilos de vida, ha sido objeto de diversos trabajos en los últimos años¹¹⁻¹⁶.

A pesar de que una de las mejores medidas de la salud percibida de la población es la recogida en las encuestas de salud, los datos sobre la población inmigrante incluidos en estos instrumentos no han resultado útiles por su escasa representatividad. Para cubrir esta carencia, en el presente estudio se explora la importancia de las variables sociodemográficas y de los estilos de vida como predictores de la autovaloración de la salud en los inmigrantes de origen magrebí, subsahariano, latinoamericano y europeo no comunitario, en la Comunidad Autónoma del País Vasco.

Métodos

La autovaloración de la salud en los colectivos de inmigrantes de origen magrebí, subsahariano, latinoamericano y europeo no comunitario del País Vasco se realizó mediante la Encuesta de Salud de la Comunidad Autónoma del País Vasco (ESCAV'2002), compuesta por dos cuestionarios, uno familiar y otro individual¹⁷. La elección del muestreo de conveniencia vino determinada por la ausencia de listados de población inmigrante en el momento de realización de la encuesta (2004-2005), y por la desconfianza a la hora de proporcionar datos sobre sí mismos, acentuada en muchos casos por una situación administrativa no regularizada, especialmente en el caso de los africanos. El muestreo de conveniencia se complementó con el de «bola de nieve», intentando reflejar en la muestra la distribución según sexo, edad, tiempo de estancia y país de origen en cada uno de los colectivos analizados de acuerdo con los datos disponibles¹.

Se determinó un tamaño muestral mínimo de 150 individuos por colectivo de procedencia, lo que supuso una muestra total de 689 inmigrantes pertenecientes a 30 países, de los cuales 219 eran magrebíes (31,8%), 152 subsaharianos (22,1%), 167 latinoamericanos (24,2%) y 151 de Europa del este (21,9%). No se obtuvo una tasa de respuesta suficiente en el caso de la población de origen asiático. Como criterios de

inclusión se consideraron el ser mayor de 15 años y pertenecer a alguno de los países que tienen mayor representación en la población inmigrante del País Vasco. Debido a la no disponibilidad de un cuestionario adaptado culturalmente y a la dificultad de acceso a la población estudiada, se consideró pertinente la utilización de diferentes encuestadores, dos autóctonos y dos pertenecientes a los colectivos magrebí y subsahariano. El contacto y la administración de las encuestas tuvieron lugar en organizaciones no gubernamentales, asociaciones de apoyo a inmigrantes y lugares de encuentro de los grupos estudiados. El tiempo medio de aplicación de la encuesta fue de 60 min y los idiomas utilizados fueron el español, el francés, el árabe y el wolof. En los grupos estudiados se recogió información relativa a las variables sociodemográficas, los estilos de vida y la autovaloración de la salud.

La variable dependiente fue el estado de salud medido por autopercepción con la pregunta «¿Cómo calificaría usted su salud?: muy buena, buena, normal, mala o muy mala». Se optó por esta categorización para facilitar la comparabilidad de los resultados con los publicados por el Departamento de Sanidad de la Comunidad Autónoma del País Vasco¹⁸. Las cinco categorías originales se agruparon en dos: «muy buena o buena», que define la variable resultado, frente a «normal, mala o muy mala». La categorización para el resto de las variables se presenta en la tabla 1.

En el primer análisis se plantearon las diferencias significativas entre cada una de las variables analizadas y el colectivo de pertenencia, utilizando un análisis de tablas de contingencia bidireccional (tabla 1). A continuación se realizó un análisis bivalente con la totalidad de estas variables, planteando la asociación con la autovaloración de la salud mediante una regresión logística dicotómica bivalente (tabla 2) y un análisis de segmentación AnswerTree método Chaid (fig. 1).

Manteniendo la autovaloración de la salud como variable dependiente, se realizaron dos modelos de regresión logística multivalente (tabla 2). En el modelo 1 se incluyeron sólo las variables sociodemográficas y, partiendo de éstas, en el modelo 2 se fueron añadiendo las variables de hábitos de vida (tabla 2).

Posteriormente se repitió el análisis multivalente segmentando la muestra en función del colectivo de pertenencia (tabla 3). Esta segmentación por colectivos redujo el tamaño de la muestra, lo que obligó a limitar el número de variables independientes para no sobreparametrizar el modelo, quedando fuera del análisis las variables de hábitos de vida.

Las categorías de referencia utilizadas fueron las mismas en todos los análisis de regresión logística de la tabla 2. Las variables sociodemográficas fueron el colectivo inmigrante (magrebí = 1), el sexo (mujer = 1), la edad (> 38 = 1), el nivel de estudios (diplomaturas/licenciaturas = 1) y el tiempo de estancia en

meses (> 60 meses = 1). Las variables de los estilos de vida fueron el índice de masa corporal (obeso = 1), las horas de sueño (> 8 h = 1), el consumo de tabaco (no fuma = 1), el consumo de alcohol (no bebe = 1) y el ejercicio físico en el lugar de trabajo (cargas pesadas = 1). Los análisis se realizaron con el soporte SPSS 13.

Resultados

En la tabla 1 se presenta, según su origen, la distribución de las características generales de los 689 inmigrantes adultos estudiados en 3 grupos: autovaloración de la salud, aspectos sociodemográficos y estilos de vida. Para la autovaloración de la salud, el 64,2% de los magrebíes, el 78,7% de los subsaharianos, el 66,1% de los latinoamericanos y el 67,1% de los europeos extracomunitarios asentados en el País Vasco declararon tener una salud muy buena o buena. Entre las variables demográficas destaca el predominio de los hombres en el caso de los inmigrantes originarios de África (90%), y de las mujeres entre los procedentes de Latinoamérica y Europa no comunitaria (un 67 y un 60%, respectivamente). La media de edad fue de 25,67 años (intervalo de confianza del 95% [IC95%]: 24,71-26,63) en los magrebíes, de 31,39 años (IC95%: 30,13-31,39) en los subsaharianos, de 31,48 años (IC95%: 30,08-32,88) en los latinoamericanos y de 32,79 años (IC95%: 31,18-32-76) en los europeos no comunitarios. El nivel de estudios de los inmigrantes varía según la procedencia, y los colectivos de origen latinoamericano y europeo no comunitario son los que presentan mayor proporción de estudios universitarios. En cuanto al tiempo de estancia en el momento de aplicación de la encuesta, se observa en todos los colectivos un alto porcentaje de personas que lleva menos de 5 años residiendo en el País Vasco. Entre las variables de los estilos de vida destaca el mayor porcentaje de consumo de tabaco en las personas de origen magrebí (60,3%) y el menor consumo de alcohol entre los colectivos originarios de África (Magreb y África subsahariana). Para todas las variables analizadas se encontraron diferencias según el origen ($p < 0,05$ y $p < 0,01$).

En la figura 1 se presenta el árbol de segmentación con el colectivo de procedencia como variable predictora de la autovaloración de la salud, según el cual un 78,81% de las personas de origen subsahariano mostraron una valoración muy buena/buena frente al 65,84% de las personas del resto de los colectivos. La variable sexo es la que diferencia a estos últimos grupos, y los hombres son los que mejor valoraron su salud (71,66%). La variable que más discriminó la valoración de la salud en el caso de los inmigrantes subsaharia-

Tabla 1. Distribución (%) de la autovaloración de la salud, características sociodemográficas y hábitos de vida, segmentado por colectivo inmigrante (año 2005). Análisis de tablas de contingencia bidireccional

	Magrebí n = 219	Subsahariano n = 152	Latinoamericano n = 167	Europeo no comunitario n = 151
Autovaloración de la salud^a				
Muy buena	7,1	44,4	18,8	26
Buena	57,1	34,4	47,3	42
Normal	31,1	16,6	26,1	23,3
Mala	4,2	4	7,9	8,7
Muy mala	0,5	0,7		
Sexo^b				
Hombre	90	90,7	33,5	39,3
Mujer	10	9,3	66,5	60,7
Edad, años^b				
16-22	33,5	8,7	16,3	11,9
23-25	21,9	12,8	18,1	11,9
26-29	17,7	20,1	15,1	18,5
30-32	13	19,5	8,4	15,9
33-38	7,4	24,2	20,5	17,9
> 38	6,5	14,8	21,7	23,8
Estudios^b				
No sabe leer ni escribir/sin estudios	4,9	13,5	4,4	
Estudios primarios	48,8	24,3	10,8	7,5
ESO, FP, bachiller	41	55,4	66,5	70,5
Diplomaturas/licenciaturas	5,4	6,8	18,4	22
Tiempo de estancia en meses^b				
1-12	21,7	25,2	38	34
13-24	26,1	17,2	23,9	30
25-36	23,6	13,9	21,5	14
37-48	13,3	17,9	5,5	10
49-60	5,4	7,9	5,5	8
> 60	9,9	17,9	5,5	4
Índice de masa corporal^b				
Insuficiente	10,2	5,7	14,2	16,6
Normal	61,9	65	56,8	57,9
Sobrepeso	27	27,1	22,2	16,6
Obeso/a	0,9	2,1	6,8	9
Horas de sueño^b				
< 7	6,1	40,6	37,6	36,4
7-8	19,8	35,7	56,1	46,3
> 8	74,1	23,8	6,4	17,4
Consumo de tabaco^b				
Sí fuma	60,3	24,3	15	40,4
No fuma	39,7	75,7	85	59,6
Consumo de alcohol^b				
Bebedor habitual	9,1	13,2	22,3	32,4
Bebedor ocasional	7,8	15,9	51	31,8
No ha bebido en el último año	83,1	70,9	26,8	35,8
Ejercicio físico en el trabajo^b				
Sentado	74,4	44,7	20,4	32,7
De pie	25	36	68,2	52,7
Desplazamientos/cargas ligeras	0,6	5,3	4,5	8,7
Cargas pesadas		14	7	6

^ap < 0,05.

^bp < 0,01.

Tabla 2. Análisis de regresión logística para los factores predictores de la autovaloración de la salud como «muy buena/buena»

	Análisis bivalente OR (IC95%)	p	Modelo 1 OR (IC95%)	p	Modelo 2 OR (IC95%)	p
Colectivo						
Magrebí	1		1		1	
Subsahariano	2,08 ^b (1,29-3,36)	0,003	2,1 ^b (1,21-3,63)	0,008	2,42 (1,24-4,75)	0,010
Latinoamericano	1,09 (0,71-1,67)	0,700	1,96 ^a (1,05-3,65)	0,034	1,42 (0,67-2,10)	0,361
Europeo no comunitario	1,19 (0,76-1,85)	0,447	2,03 ^a (1,08-3,82)	0,028	1,55 (0,73-3,27)	0,256
Sexo, años						
Hombre	2,16 ^b (1,54-3,02)	0	2,85 ^b (1,76-4,6)	0	2,61 ^a (1,55- 4,39)	0
Mujer	1		1		1	
Edad, años						
≤ 22	2,01 ^a (1,17-3,48)	0,012	2,46 ^a (1,28-4,74)	0,007	2,03 (0,96-4,28)	0,063
23-25	1,61 (0,93-2,79)	0,089	1,83 (0,98-3,43)	0,060	1,75 (0,88-3,49)	0,111
26-29	1,53 (0,89-2,61)	0,121	1,71 (0,93-3,13)	0,084	1,72 (0,89-3,33)	0,106
30-32	1,85 ^a (1,03-3,31)	0,040	1,85 (0,97-3,54)	0,062	1,88 (0,91-3,88)	0,090
33-38	3,13 ^b (1,71-5,73)	0	3,15 ^a (1,63-6,08)	0,001	3,10 ^b (1,89-8,34)	0
> 38	1		1		1	
Estudios						
No sabe leer ni escribir/sin estudios	1,05 (0,44-2,52)	0,908	0,88 (0,33-2,34)	0,800	0,89 (0,31-2,52)	0,825
Estudios primarios	0,77 (0,43-1,37)	0,368	0,67 (0,34-1,31)	0,240	0,59 (0,28-1,23)	0,158
ESO, FP, bachiller	0,88 (0,52-1,49)	0,633	0,76 (0,43-1,35)	0,350	0,92 (0,50-1,69)	0,795
Diplomaturas/licenciaturas	1		1		1	
Tiempo de estancia en meses						
1-12	1,22 (0,66-2,27)	0,522	0,97 (0,47-1,10)	0,930	0,96 (0,43-2,16)	0,920
13-24	0,97 (0,52-1,81)	0,915	0,94 (0,46-1,92)	0,865	0,84 (0,37-1,87)	0,661
25-36	1,39 (0,71-2,71)	0,338	1,27 (0,61-2,66)	0,529	1,71 (0,74-3,97)	0,214
37-48	0,67 (0,33-1,35)	0,265	0,59 (0,27-1,27)	1,177	0,63 (0,26-1,51)	0,302
49-60	1,01 (0,44-2,32)	0,980	0,88 (0,35-2,19)	0,776	0,87 (0,31-2,50)	0,798
> 60	1		1		1	
Consumo de alcohol						
Bebedor habitual	1,31 (0,80-2,13)	0,288			1,25 (0,71-2,22)	0,440
Bebedor ocasional	0,95 (0,62-1,45)	0,808			1,21 (0,73-2,00)	0,465
No bebe	1				1	
Prueba de bondad de ajuste de Hosmer y Lemeshow			Significativa: 0,865		Significativa: 0,172	

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

^ap < 0,05

^bp < 0,01

Análisis bivalente sin ajustar.

Modelo 1: Ajuste por variables sociodemográficas. Regresión logística multivariante.

Modelo 2: Ajuste por variables sociodemográficas y hábitos de vida. Regresión logística multivariante.

nos fue el sueño. Entre las personas que presentaban un patrón de sueño igual o menor que el recomendado, los que realizaban actividad física presentaron una mejor valoración de la salud.

El análisis bivalente de la tabla 2 recoge como factores asociados con la autovaloración de la salud el origen, el sexo y la edad. La pertenencia al colectivo subsahariano, respecto al magrebí, muestra una mayor ventaja para una mejor valoración de la salud (odds ratio [OR] = 2,08; IC95%: 1,29-3,36). La ventaja también se observó para los hombres (OR = 2,16; IC95%: 1,54-

3,02) y en la variable edad, especialmente en el intervalo de 33-38 años (OR = 3,13; IC95%: 1,71-5,73) respecto a los mayores de 38 años.

En el análisis multivariante del modelo 1, incluidas sólo las variables sociodemográficas, siguieron mostrándose significativas para una mejor valoración de la salud (muy buena/buena) las variables colectivo (para los tres orígenes), sexo y edad (grupos de ≤ 22 años y de 33-38 años). Las variables tiempo de estancia y nivel de estudios no modificaron de modo sustancial las OR de las variables significativas. En el segundo mo-

Figura 1. Árbol de segmentación para los factores predictores de la autovaloración de la salud.

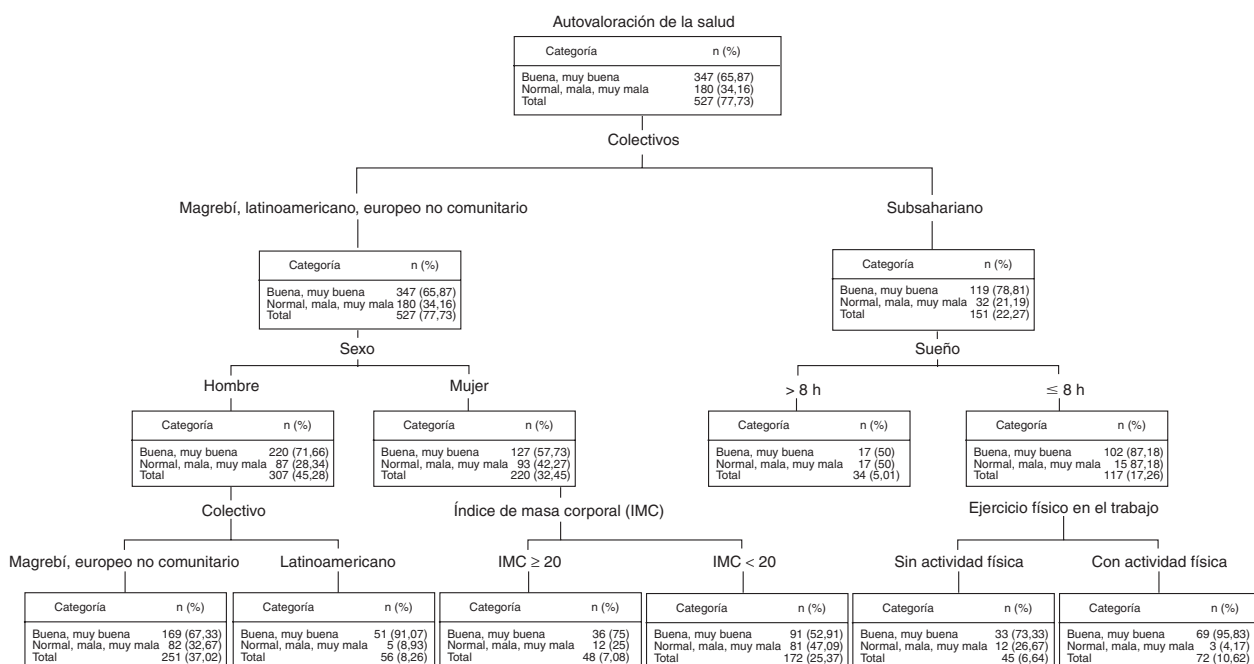


Tabla 3. Modelos de regresión logística dicotómica multivariante para los factores predictores de la autovaloración de la salud como «muy buena/buena», segmentado por colectivo inmigrante

	Magrebí OR (IC95%)	p	Subsahariano OR (IC95%)	p	Latinoamericano OR (IC95%)	p	Europeo no comunitario OR (IC95%)	p
Sexo								
Hombre	2,97 ^a (1,04-8,41)	0,041	2,94 (0,75-11-59)	0,123	10,99 ^b (3,56-33,87)	0	1,03 (0,47-2,28)	0,937
Mujer	1		1		1		1	
Edad, años								
16-24	1,51 (0,51-4,45)	0,457	0,32 (0,83-1,27)	0,105	1,73 (0,64-4,70)	0,280	1,70 (0,60-4,81)	0,319
25-34	1,58 (0,56-4,47)	0,385	0,57 (0,18-1,81)	0,338	0,92 (0,38-2,25)	0,858	3,1 ^a (1,3-7,27)	0,011
35-55	1		1		1		1	
Estudios								
No sabe leer ni escribir/ sin estudios/ estudios primarios	1,04 (0,35-3,10)	0,948	0,86 (0,22-3,29)	0,820	0,48 (0,14-1,67)	0,248	0,33 (0,07-1,52)	0,155
ESO, FP, bachiller	0,96 (0,32-2,90)	0,940	1,72 (0,46-6,45)	0,423	0,59 (0,24-1,42)	0,238	0,51 (0,23-1,14)	0,102
Diplomaturas/licenciaturas	1		1		1		1	
Tiempo de estancia en meses								
≤ 24	1,52 (0,76-3,02)	0,235	0,84 (0,34-2,06)	0,699	0,73 (0,33-1,61)	0,430	0,93 (0,42-2,06)	0,866
> 24	1		1		1		1	
Prueba de bondad de ajuste de Hosmer y Lemeshow	Significativa: 0,34 4		Significativa: 0,63		Significativa: 0,90		Significativa: 0,1	

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

^ap < 0,05.

^bp < 0,01.

delo se introdujeron las variables de hábitos de vida junto con las variables sociodemográficas. Ninguna de las variables de hábitos de vida resultó significativa, pero la introducción de la variable consumo de alcohol hizo perder la significación a la variable colectivo. Se planteó la interacción (datos no presentados) de consumo de alcohol y nivel de estudios, y se halló una relación significativa con la autovaloración de la salud, que se cuantificó con una OR de 0,054 para las categorías bebedor habitual y sin estudios. Las variables que resultaron significativas en el segundo modelo fueron, por tanto, el sexo, la edad y la interacción de consumo de alcohol con estudios.

El modelo de regresión logística multivariante mostrado en la tabla 3 presenta los factores asociados con una mejor percepción de la salud en función del colectivo inmigrante. Se encontró una mejor salud en los hombres latinoamericanos (OR = 10,99; IC95%: 3,56-33,87) y magrebíes (OR = 2,97; IC95%: 1,04-8,41).

Discusión

A partir de los datos obtenidos de la aplicación de los cuestionarios individual y familiar de la ESCAV²⁰⁰² a los diferentes colectivos de inmigrantes del País Vasco¹⁷, se analizó la autovaloración de la salud y se identificaron los factores asociados. El estudio reflejó una buena valoración de la salud en los diferentes grupos analizados. Al comparar los resultados con los publicados referentes a la población autóctona, según sexo y edad, se observa una mejor valoración de la salud en los hombres inmigrantes en el grupo de edad de 25-44 años (el 78 frente al 75%) y algo menor en las mujeres inmigrantes (el 70 frente al 82%). Estos resultados permiten apoyar la teoría del «inmigrante sano», la cual señala el buen estado de salud de estos grupos a su llegada al país de acogida, que empeora a partir de los 10 años de estancia^{12,19,20}. En nuestro caso, la juventud y el corto tiempo de estancia, ya que la mayoría de los inmigrantes llevan en nuestra comunidad menos de 5 años, explican los buenos resultados encontrados. Otros estudios han hallado peores niveles de salud al comparar la población autóctona y las minorías étnicas, aunque sin determinar el impacto del tiempo de estancia en el país de acogida ni su pertenencia a primera, segunda o tercera generación de inmigrantes²¹⁻²³.

Las dimensiones asociadas con la mejor valoración de la salud incluyeron el ser subsahariano, hombre y tener menos de 23 años o entre 33 y 38 años. Tras ajustar por las variables sociodemográficas, las variables explicativas se mantienen y se añaden las categorías de latinoamericano y europeo no comunitario comparado con la magrebí. La constatación de las diferencias en salud en

función del sexo y la edad como determinantes de la autovaloración de la salud está suficientemente documentada en otros estudios²⁴⁻²⁸. Por otro lado, diferentes trabajos han intentado aportar una explicación a las desigualdades en salud entre y dentro de las diferentes minorías étnicas. En estudios realizados en los Países Bajos, con una gran presencia de inmigrantes turcos y magrebíes, las peores valoraciones de salud en estos grupos, en relación con los autóctonos y otras minorías étnicas, sustentan la hipótesis de que son las diferencias socioeconómicas y culturales las que determinan la salud percibida²⁹. En numerosos estudios se ha observado que si bien el nivel socioeconómico es una de las variables que ejerce mayor impacto sobre la salud percibida, éste no es homogéneo en todos los grupos étnicos, y por ello se establece la necesidad de contemplar la participación de otros factores, como las experiencias ligadas a la inmigración, el grado de aculturación, las situaciones de discriminación o las diferencias culturales entre la sociedad de origen y la receptora^{11,15,29-32}. En este sentido, el estudio del OVI sobre percepciones y actitudes de la población vasca frente a la inmigración detectó la posición más perjudicada de los magrebíes, con un escaso nivel de aceptación, frente a los latinoamericanos³³, lo cual puede estar incidiendo en los resultados encontrados para la autovaloración de la salud.

En nuestro estudio, la única variable de hábitos de vida que ha ejercido alguna influencia sobre la valoración de la salud es el consumo de alcohol, dado que anuló la asociación entre colectivo de pertenencia y valoración de la salud. Teniendo en cuenta que el consumo de alcohol es objeto de prohibición religiosa en la comunidad musulmana, integrada mayoritariamente por magrebíes y subsaharianos, se puede deducir que es una variable con un peso importante en la expresión del componente cultural que subyace a la variable colectivo. En futuros estudios sería necesario profundizar en el impacto del consumo de alcohol en la valoración de la salud en cada grupo étnico, así como en la medición de nuevas dimensiones culturales de la pertenencia a los diferentes grupos.

Los perfiles migratorios y los roles de sexo, determinados por las culturas de origen, permitirían explicar las diferentes ventajas encontradas para una mejor salud en los hombres latinoamericanos y magrebíes (10 y 3 veces mayor, respectivamente). Por una parte, la feminización de la inmigración latinoamericana, con un proyecto migratorio en solitario en el cual se prioriza sobre las necesidades el proyecto familiar, y por otra las mujeres magrebíes, con un proyecto migratorio no personal sino determinado por reagrupaciones familiares. En ambas situaciones se perpetúa la tradicional distribución de roles, basada en concepciones culturales patriarcales, y se añade el desarraigo en los países de acogida, que dificulta a estas mujeres contar con redes de apoyo familiar o social.

Este estudio tiene una serie de limitaciones que obligan a interpretar los resultados con precaución. El tipo de muestreo utilizado no garantiza la representatividad de las cuatro muestras de colectivos inmigrantes, en especial en lo que se refiere al análisis descriptivo. Resulta difícil contrastar la posibilidad de inclusión de este sesgo en los resultados, dado que la información disponible sobre la población es escasa. La no disponibilidad de un cuestionario adaptado culturalmente, así como la utilización de diferentes encuestadores, puede haber introducido un sesgo de información, que trató de minimizarse mediante el entrenamiento de los entrevistadores de acuerdo con criterios homogéneos. La naturaleza retrospectiva de la información requerida en la encuesta plantea la posibilidad de un sesgo de memoria, como ocurre por definición en todas las encuestas basadas en información referida por el encuestado. El limitado tamaño muestral resultante al segmentar por colectivo y la baja tasa de respuesta en algunas de las variables, como las referentes al nivel socioeconómico (ingresos, situación laboral y categoría ocupacional), dificultaron el ajuste de los resultados.

En conclusión, los resultados de este estudio han permitido ampliar el conocimiento sobre el estado de salud percibida en los diferentes colectivos de inmigrantes estudiados. Además, se han podido identificar las diferencias en la salud percibida en función del origen y algunos de los factores asociados, los cuales deberían considerarse en el diseño de nuevos estudios y en el desarrollo de actuaciones diferenciales orientadas a mejorar el nivel de salud en los inmigrantes.

Agradecimientos

Los autores agradecen a los profesores José Blanco y José Oleaga la colaboración prestada durante el desarrollo del presente trabajo, que forma parte del proyecto financiado por la Oficina de Transferencia de Resultados de Investigación, Universidad-Empresa UE03/B05.

Bibliografía

1. Boletín Ikuspegi. Observatorio Vasco de la Inmigración. Panorámica de la Inmigración n.º 12, 2006. Disponible en: <http://www.ikuspegi.org>
2. Cots F, Castells X, Ollé C, Manzanera R, Varela J, Vall O. Perfil de la casuística hospitalaria de la población inmigrante en Barcelona. *Gac Sanit*. 2002;16:376-84.
3. Junyent M, Núñez S, Miró O. Urgencias médicas del inmigrante adulto. *An Sist Sanit Navarra*. 2006;29 Suppl 1:27-34.
4. Jansà JM, García de Olalla P. Salud e inmigración: nuevas realidades y nuevos retos. *Gac Sanit*. 2004;18 Suppl 1:207-13.
5. Arnáez A, Martínez JI, Burgoa Arenales M, Cabello Ballesteros L. Tuberculosis e inmigración en un área sanitaria de Madrid. Situación epidemiológica y evolución en la década 1994-2003. *Med Clin (Barc)*. 2005;125:210-2.
6. Díaz Olalla JM. ¿Podrá la población inmigrante superar el impacto de nuestro nivel de salud? *Aten Primaria*. 2005;36 Suppl 1:38-9.
7. McGee DL, Liao Y, Cao G, Cooper RS. Self-reported health status and mortality in a multiethnic US cohort. *Am J Public Health*. 1999;149:41-6.
8. Chandola T, Jenkinson C. Validating self-rated health in different ethnic groups. *Ethn Health*. 2000;5:51-9.
9. Finch BK, Hummer RA, Reindl M, Vega WA. Validity of self-rated among Latino(a)s. *Am J Epidemiol*. 2002;155:755-9.
10. Agyemang C, Denktafel S, Bruijnzeels M, et al. Validity of the single-item question on self-rated health status in first generation Turkish and Moroccans versus native Dutch in the Netherlands. *Public Health*. 2006;120:543-50.
11. Elliott SJ, Gillie J. Moving experiences: a qualitative analysis of health and migration. *Health Place*. 1998;4:327-39.
12. Dunn J, Dyck I. Social determinants of health in Canada's immigrant population: results from the National Population Health Survey. *Soc Sci Med*. 2000;51:1573-93.
13. Lindström M, Sundquist J, Östergren PO. Ethnic differences in self reported health in Malmö in southern Sweden. *J Epidemiol Commun Health*. 2001;55:97-103.
14. Nazroo JY. The structuring of ethnic inequalities in health: economic position, racial discrimination, and racism. *Am J Public Health*. 2003;93:277-84.
15. Farmer MM, Ferraro KF. Are racial disparities in health conditional on socioeconomic status? *Soc Sci Med*. 2005;60:191-204.
16. Svedberg P, Bardage C, Sandin S, Pedersen NL. A prospective study of health, life style and psychosocial predictors of self-rated health. *Eur J Epidemiol*. 2006;21:767-76.
17. Rodríguez E, Lanborena N, editores. Encuesta de salud de los diferentes colectivos de inmigrantes asentados en la Comunidad Autónoma del País Vasco, 2006. Vitoria-Gasteiz: Servicio Central de Publicaciones del Gobierno Vasco; 2007.
18. Gobierno Vasco. Encuesta de salud de la CA del País Vasco 2002. Vitoria-Gasteiz: Servicio Central de Publicaciones del Gobierno Vasco; 2004.
19. Newbold KB, Danforth J. Health status and Canada's immigrant population. *Soc Sci Med*. 2003;57:1981-95.
20. Newbold KB. Self-rated within the Canadian immigrant population: risk and healthy immigrant effect. *Soc Sci Med*. 2005;60:1359-70.
21. Sundquist J. Ethnicity, social class and health. A population based study on the influence of social factors on self-reported illness in 223 Latin American refugees, 333 Finnish and 126 South European labour migrants and 841 Swedish controls. *Soc Sci Med*. 1995;40:777-87.
22. Shetterly S, Baxter J, Mason LD, Hamman RF. Self-rated health among Hispanic vs non-hispanic white adults: the San Luis Valley health and aging. *Am J Public Health*. 1996;86:1798-801.
23. Syed HR, Dalgard OS, Hussain A, Dalen I, Claussen B, Ahlberg NL. Inequalities in health: a comparative study between ethnic Norwegians and Pakistanis in Oslo, Norway. *Int J Equity Health*. 2006;5:7.
24. Jylha M, Guralnik JM, Ferrucci L, Jokela J, Heikkinen E. Is self-rated health comparable across cultures and genders? *J Gerontol*. 1998;53:144-52.
25. Han B, Small BJ, Haley WE. The effects of race, gender, and education on the structure of self-rated health among community-dwelling older adults. *Ann NY Acad Sci*. 1999;896:442-7.
26. Cooper H. Investigating socio-economic explanations for gender and ethnic inequalities in health. *Soc Sci Med*. 2002;54:693-706.

27. Williams DR. Racial/ethnic variations in women's health: the social embeddedness of health. *Am J Public Health*. 2002;92:588-97.
28. Vissandjee B, Desmeules M, Cao Z, Abdool S, Kazanjian A. Integrating ethnicity and migration as determinants of Canadian women's health. *BMC Womens Health*. 2004;4:1-11.
29. 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 Commun Health*. 1998;52:298-304.
30. Hayward MD, Crimmins EM, Miles T, Yang Y. The significance of socioeconomic status in explaining the racial gap in chronic health conditions. *Am Sociol Rev*. 2000;65:910-30.
31. Chandola T. Ethnic and class differences in health in relation to British South Asians: using the new National Statistics Socio-Economic Classification. *Soc Sci Med*. 2001;52:1285-96.
32. Read JG, Gorman BK. Gender inequalities in US adult health: the interplay of race and ethnicity. *Soc Sci Med*. 2006;62:1045-65.
33. Ikuspegi. Observatorio Vasco de la Inmigración. Percepciones, valores y actitudes de la sociedad vasca hacia la inmigración extranjera 2004. Disponible en: <http://www.ikuspegi.org>