

EDITORIAL**LA SALUD DE LOS INMIGRANTES EN ESPAÑA****Miguel Delgado-Rodríguez (1,2).**

(1) Cátedra de Medicina Preventiva y Salud Pública. Universidad de Jaén.

(2) Consorcio de Investigación Biomédica en Red, Epidemiología y Salud Pública (CIBERESP).

España, el país de Europa Occidental con más emigrantes en la década de 1960, ha sido el país de acogida de más de 6 millones de personas desde finales del pasado milenio¹. Sin lugar a dudas, no puede ignorarse el hecho que los inmigrantes contribuyeron al florecimiento económico de la nación. Por lo tanto, la salud de este grupo de población que inmigró en busca de trabajo y de un futuro mejor para ellos y sus familias, debe ser una prioridad incluso en tiempos de crisis económica. Muchos hechos pueden contribuir a su peor estado de salud: la pobreza (el primero), el trabajo sin medidas de seguridad apropiadas, las malas condiciones de vivienda, la falta de accesibilidad a los servicios sanitarios, la aculturación, etcétera.

En este número de la Revista Española de Salud Pública, el Subprograma Inmigración y Salud del CIBERESP (Consorcio de Investigación Biomédica en Red de Epidemiología y Salud Pública) realiza una contribución sustancial con la revisión bibliográfica de los estudios realizados en España entre 1998 y 2012.

Correspondencia
Miguel Delgado-Rodríguez
Universidad de Jaén
mdelgado@ujaen.es

El primer artículo de esta serie es un resumen de la revisión de la literatura que incluyó 442 artículos². Las principales conclusiones son que la mayoría de los estudios incluidos en la revisión muestran ciertas flaquezas metodológicas, ya que utilizaron principalmente un enfoque transversal para comparar el nivel de salud de los inmigrantes con la población nativa. En segundo lugar, la mayor parte de los estudios revisados se centran en las enfermedades infecciosas, en correspondencia con el hecho de que la mayoría de los inmigrantes en España provienen de zonas con mayores prevalencias de estas enfermedades. El siguiente tema en importancia, según el número de estudios publicados, son las desigualdades en salud, aunque a una gran distancia (334 en las enfermedades infecciosas frente a 27 en las desigualdades en salud).

El segundo artículo se centra en las desigualdades en salud y revisa 27 artículos³. Los indicadores de salud estudiados con mayor frecuencia fueron la salud percibida y la salud mental, con una gran disparidad de resultados, sobre todo en las mujeres. En general, los inmigrantes presentan peor salud, también cuando se valora la calidad de vida relacionada con la ella. La violencia de género es más frecuente en comparación

con la de la población española. Sin embargo, la prevalencia de la mayoría de las enfermedades crónicas es menor, así como el uso de drogas y la mortalidad global. La asistencia a los servicios de emergencias es similar a la de la población nativa, aunque, como era de esperar, cuando se requiere el pago para tener acceso a otros servicios de salud, la accesibilidad es peor. Lo mismo ocurre con la vacunación contra la gripe y el uso de los programas de cribado. Por lo que respecta a la salud reproductiva, las mujeres inmigrantes de América Latina muestran mayores tasas de partos prematuros y recién nacidos de bajo peso, mientras que las procedentes de África del Norte muestran resultados opuestos.

El tercer artículo está dedicado a la salud laboral⁴. En él se analizaron 20 estudios, 7 con metodología cualitativa y 13 cuantitativos. Los resultados de esas investigaciones muestran una mayor incidencia de accidentes laborales, menores tasas de discapacidad, mayor prevalencia de presentismo laboral, exposición a factores psicosociales y precariedad en el empleo. Estos resultados no son diferentes de los hallados en otros países.

El cuarto estudia la accesibilidad a los servicios de salud⁵. En él se resumen los resultados de 20 estudios publicados de los que 13 analizaron las diferencias en el uso de los servicios de salud entre inmigrantes y autóctonos y 7 se centraron en los determinantes del acceso a los servicios. Los resultados muestran menor utilización de la atención especializada y mayor de la atención urgente por parte de los inmigrantes, mientras que no hay diferencias en el uso de los servicios de atención primaria respecto a la población española. Algunos estudios muestran diferencias según el lugar de origen. Cinco artículos cuantitativos estudian los determinantes de acceso, focalizándose en los factores de la población inmigrante, principalmente socio-demográficos (las variables más importantes fueron el sexo -

femenino- y ser estudiante). Sólo dos estudios cualitativos describen factores adicionales relacionados con los servicios de salud, como los requisitos de acceso, el suministro limitado de conocimientos sobre el sistema de atención a la salud o la calidad percibida.

La prevención del cáncer en los inmigrantes es el objetivo del quinto artículo, en el que se revisan 5 trabajos, cuatro de ellos transversales⁶. Las mujeres inmigrantes participan menos en los programas de detección precoz de cáncer de cérvix uterino y de mama, aunque hay diferencias por edad (mujeres de 35 años o menos asisten más) y el país de origen (las mujeres de los países con rentas bajas asisten menos). Las mujeres trabajadoras del sexo son más propensas a presentar serología positiva a los tipos de alto riesgo del virus del papiloma humano.

La nutrición es el objetivo del sexto artículo⁷. Se sintetizan 16 estudios publicados: 15 transversales y un ensayo no aleatorio, por lo general con un tamaño muestral pequeño (en 9 menor de 500). Trece artículos se centran en los hábitos alimentarios y el estado nutricional, pero muestran una heterogeneidad significativa en los objetivos y resultados. Algunos estudios muestran mayor frecuencia de obesidad en los inmigrantes que en la población autóctona española, independientemente del tiempo de residencia, y menor consumo de tabaco y alcohol, aunque también menor actividad física que la población autóctona. La información actual disponible es insuficiente para extraer conclusiones significativas sobre el estado nutricional de los inmigrantes.

La salud mental con la revisión de 19 estudios⁸ es el octavo trabajo. El perfil habitual de riesgo es ser mujer, joven e inmigrante, a causa de la escasez de recursos económicos, el consumo de tabaco y alcohol, y sufrir una enfermedad crónica. Otros estudios reportan que el malestar psicológi-

co se asocia a la inmigración, al sexo femenino, al origen rural y a la situación irregular. Uno de los estudios sugiere que las personas procedentes de Marruecos muestran un mayor nivel de desconfianza y mayores dificultades idiomáticas y culturales, haciéndolas más vulnerables.

Los siguientes artículos tratan de las enfermedades infecciosas. Hace veinte años España era el país europeo con mayor tasa de VIH/Sida, debido principalmente al uso de drogas intravenosas. Sin embargo, la fuerte inmigración de África subsahariana y otras zonas merece una atención especial y el noveno artículo se centra en esta área⁹. La proporción de inmigrantes en los nuevos diagnósticos de VIH es de aproximadamente el 40%. Los inmigrantes mantienen las conductas de riesgo propias de sus países de origen. Los hombres latinos transexuales presentan una alta prevalencia de VIH y sífilis. En comparación con los autóctonos se observa un menor conocimiento sobre la infección así como un menor uso del condón. El principal mecanismo de transmisión son las relaciones heterosexuales en África subsahariana y homosexuales en América Latina. También hay una mayor proporción de mujeres jóvenes VIH+. El riesgo de coinfección con el virus de la hepatitis C es menor que en la población española. Como era de esperar, el diagnóstico de VIH llega tarde en más de la mitad de los casos y más de una cuarta parte de los pacientes fueron pérdidas de seguimiento, lo que merece atención. Los recientes cambios legislativos pueden actuar como una barrera para el acceso y uso del sistema de atención de salud para ciertos grupos vulnerables, como los inmigrantes, especialmente los indocumentados. Es importante evitar el establecimiento de tales barreras para mejorar el control de la infección por el VIH en esta población.

Las enfermedades parasitarias y las micosis importadas son el objetivo del décimo artículo¹⁰ en el que se analizan 48 estudios.

Los diagnósticos más frecuentes son las enfermedades parasitarias intestinales, la malaria, la enfermedad de Chagas y la filariasis. El riesgo es elevado durante el año siguiente a la llegada de los inmigrantes a nuestro país, disminuyendo a partir de entonces (obviamente, las enfermedades adquiridas en el país de origen se diagnostican aquí y su transmisión disminuye). Los inmigrantes que viajan a su lugar de origen presentan un mayor riesgo de enfermedades parasitarias importadas en comparación con los recién llegados o los viajeros no inmigrantes. Los inmigrantes de África subsahariana son el grupo con el riesgo más alto.

El undécimo se centra en la tuberculosis y la inmigración¹¹, con una cantidad considerable de artículos incluidos: 219 estudios, que permiten dibujar una imagen clara de la situación actual. La incidencia de tuberculosis en los inmigrantes es mayor en adultos jóvenes, mientras en los españoles aumenta por encima de los 65 años. La enfermedad pulmonar es menos frecuente, así como el tabaquismo y el consumo de alcohol. Se recomienda facilitar la tarjeta sanitaria a los inmigrantes para mejorar el tratamiento, el control y la prevención de la transmisión de esta enfermedad. La multi-resistencia es también más frecuente en inmigrantes. Este hecho, en general, también se aborda en otro artículo de la serie¹², junto con la resistencia a los medicamentos de otros microorganismos¹³ así como la epidemiología molecular de *Micobacterium tuberculosis* y otros agentes importados¹².

Otra revisión bibliográfica estudia la epidemiología de los virus de la hepatitis¹⁴, con el análisis de 19 artículos originales. La prevalencia de hepatitis B y C es mayor en la población inmigrante que en la población española. Los inmigrantes de África y los países del Este de Europa presentan las mayores prevalencias, mientras que las prevalencias más bajas se observan en la población de América Latina.

Muchos otros temas podrían abordarse en relación con la salud de la población inmigrante en comparación con la nativa, incluidos los aspectos sociales y culturales claramente relacionados con la salud, como ya se ha sugerido¹⁵. Otro punto a destacar es la necesidad de realizar estudios con diseños analíticos (cohorte, de casos y controles, etcétera), ya que la mayoría de la información disponible proviene de estudios descriptivos (encuestas, estudios transversales, series de casos, etc.) para una mejor comprensión de las relaciones entre la inmigración y la salud. La diferencia entre España y otros países es la inmigración masiva, relacionada con la mano de obra, en un breve periodo de tiempo, casi un 25% en un periodo de 10 a 12 años. Esto ofrece una oportunidad única para la investigación.

BIBLIOGRAFÍA

1. Instituto Municipal de Estadística. Padrón Municipal de Habitantes. [Citado 10-1-2014]. Disponible en: <http://www.ine.es>
2. Ronda E, Ortiz-Barreda G, Hernando C, Vives-Cases C, Gil-González D, Casabona J. Características generales de los artículos originales incluidos en las revisiones bibliográficas sobre salud e inmigración en España. *Rev Esp Salud Pública*. 2014;88:675-685.
3. Malmusi D, Ortiz-Barreda G. Desigualdades sociales en salud en poblaciones inmigradas en España. Revisión de la literatura. *Rev Esp Salud Pública*. 2014;88: 687-701.
4. Ronda-Pérez E, Agudelo-Suarez AA, López-Jacob MJ, García AM, G Benavides F. Condiciones de trabajo y salud de los trabajadores inmigrantes en España: revisión bibliográfica. *Rev Esp Salud Pública*. 2014;88: 703-714.
5. Llop-Gironés A, Vargas I, Garcia-Subirats I, Aller MB, Vázquez-Navarrete ML. Acceso a los servicios de salud por la población inmigrante en España. *Rev Esp Salud Pública*. 2014;88:715-734.
6. Rodríguez-Salés V, Ortiz-Barreda G, Sanjosé S. Revisión bibliográfica sobre la prevención del cáncer en personas inmigrantes residentes en España. *Rev Esp Salud Pública*. 2014;88:735-743.
7. Fernandes Custodio D, Ortiz-Barreda G, Rodríguez-Artalejo F. Alimentación, actividad física y otros factores de riesgo cardiometabólico en la población inmigrante en España. Revisión bibliográfica. *Rev Esp Salud Pública*. 2014;88 :745-754.
8. Collazos Sánchez F, Ghali Bada K, Ramos Gascón M, Qureshi Burckhardt A. Salud mental de la población inmigrante en España. *Rev Esp Salud Pública*. 2014;88:755-761.
9. Hernando-Rovirola C, Ortiz-Barreda G, Galán Montemayor JC, Sabido Espin M, Casabona B. Infección VIH/sida y otras infecciones de transmisión sexual en la población inmigrante en España. Revisión bibliográfica. *Rev Esp Salud Pública*. 2014;88:763-781.
10. Vilajeliu Balagué A, de las Heras Prat P, Ortiz-Barreda G, Pinazo Delgado MJ, Gascón Brustenga J, Bardají Alonso A. Parasitosis importadas en la población inmigrante en España. *Rev Esp Salud Pública*. 2014;88:783-802.
11. Casals M, Orcau A, Camprubí E, Rodrigo T, Caylà JA. Tuberculosis e inmigración en España. Revisión bibliográfica. *Rev Esp Salud Pública*. 2014;88:803-809.
12. González-Candelas F, Bracho MA, Comas I, d'Auria G, Mária Džunková M, García R *et al.* Estudios de epidemiología molecular en población inmigrante en España. España. *Rev Esp Salud Pública*. 2014;88:819-828.
13. Galán Montemayor JC, Moreno Bofarull A, Baquero Mochales F. Impacto de los movimientos migratorios en la resistencia bacteriana a los antibióticos. *Rev Esp Salud Pública*. 2014;88:829-837.
14. Calderón Sandubete E, Yang Lai R, Calero Bernal ML, Martínez Rísquez MT, Calderón Baturone M, Horra Padilla C. Hepatitis crónicas virales B y C en población inmigrante en España. *Rev Esp Salud Pública*. 2014;88:811-818.
15. 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.