

Inmigración y Salud Infantil. Una perspectiva diferente

CR. Pallás Alonso*, J. de la Cruz Bértolo**

*Servicio de Neonatología.

**Unidad de Epidemiología Clínica.

Hospital Doce de Octubre. Madrid.

Rev Pediatr Aten Primaria 2003; 5 : 9-16

Los movimientos de población no son un fenómeno nuevo, se han producido a lo largo de la historia sin que los motivos que los originaron se hayan modificado de forma significativa a pesar del transcurso del tiempo. Hoy como ayer, la población de los países deprimidos económicamente, con situaciones políticas difíciles o con persecuciones de origen religioso tiende a salir del país buscando un futuro mejor. Cuando actualmente se menciona a la población inmigrante, no se está refiriendo a cualquier persona que se desplaza desde un país para vivir en otro diferente. Se está hablando en realidad de inmigrantes económicos, es decir de personas que proceden de países deprimidos económicamente y que se enfrentan a una serie de dificultades comunes y que generan unas necesidades similares en el país receptor. En Espa-

ña se considera inmigrante económica aquel que procede de cualquier país exceptuados los de la Unión Europea, Suiza, los países nórdicos, EEUU, Canadá, Japón, Australia y Nueva Zelanda¹.

Durante años, España ha sido un país de emigrantes. Se calcula que entre 1890 y 1990, alrededor de 6,7 millones de españoles han emigrado a América, un millón y medio a países europeos y otro millón al continente africano². Hoy en día el proceso migratorio se ha invertido, es excepcional que los españoles emigren a otros países por motivos económicos; por el contrario, España se ha convertido en los últimos años en un país receptor de personas que proceden de países de escasos recursos económicos o situaciones sociales y políticas conflictivas. Pese a esto, todavía hay más españoles fuera, 2 millones aproxi-

madamente, que inmigrantes en España, en torno a un millón en el año 2000³. Las razones que justifican la inversión del fenómeno migratorio en España son numerosas pero, además del cambio fundamental en la situación política y económica, se suman otros factores geográficos y lingüísticos. El hecho de que España se encuentre a pocos kilómetros del continente africano y las dificultades en el control del litoral marítimo hace que la población marroquí sienta que España es un objetivo fácilmente alcanzable. Por otro lado, la población hispanoamericana tiende a elegir España entre otros posibles países europeos porque salvan la barrera del idioma que, sin duda, dificulta todos los procesos de adaptación.

La relación entre la salud y la migración es compleja e implica elementos biológicos, sociales, económicos y culturales. El plan de acción que se puso en marcha en la "Reunión Internacional sobre Población" en El Cairo estimó que hay alrededor de 125 millones de inmigrantes en el mundo. En 1980 se estableció el plan "Salud Para Todos" y se definieron seis áreas de intervención específica: comunicación y comprensión, control de enfermedades infecciosas, madre e hijo, salud ocupacional, violencia y el estudio de los indicadores de sa-

lud entre los inmigrantes⁴. En general cuando se piensa en salud e inmigración se suele asumir que la población inmigrante va a tener un estado de salud peor que la población autóctona y que además algunas de las enfermedades van a ser de difícil diagnóstico por desconocidas o erradicadas en el país receptor. Sin embargo, cuando se revisa la información publicada sobre el estado de salud de la población inmigrante de primera generación, los resultados no recogen esta concepción predeterminada de inmigrante-peor-salud. En los aspectos sanitarios se puede aplicar también lo que ha referido el Dr. Rafael Pu-yol⁵ en el discurso pronunciado en el acto de toma de posesión como Académico de Número que versaba sobre la inmigración en España: "La superficialidad, las falsas percepciones y los mitos o prejuicios califican el conocimiento que la mayoría de los españoles tienen sobre la inmigración". Este mismo autor considera que las percepciones están escoradas hacia el lado negativo. Este fenómeno se puede explicar en parte porque en los últimos tiempos, aunque es cierto que la población inmigrante se está incrementando de forma importante, el fenómeno de la inmigración está sobredimensionado como consecuencia del tipo de información que priorizan los

medios de comunicación donde a diario se insiste en los conflictos que se generan en torno a la inmigración, se la relaciona con acontecimientos mal percibidos socialmente y no se suelen ofrecer referencias de lo que sucede en otros países de la Unión Europea.

Los trabajos realizados en Estados Unidos sobre el estado de salud de las mujeres mejicanas gestantes y de sus recién nacidos han encontrado, de forma repetida, mejores resultados en las mujeres hispanoamericanas y sus hijos inmigrantes que en las mujeres autóctonas^{6,10}. Los autores del presente trabajo han realizado un estudio similar en mujeres gestantes inmigradas en España. Se ha valorado el control de la gestación, los problemas durante la gestación y el parto y el estado de salud del recién nacido^{11,12}. El control de la gestación es mejor de lo que *a priori* se podía suponer y no hay diferencias relevantes en cuanto a las complicaciones en la gestación, en el parto o en el estado de salud del recién nacido. Quizás este efecto se deba a que el 50% de las mujeres inmigrantes lo constituían mujeres procedentes de Hispanoamérica y parece que, sin que se pueda explicar bien, las mujeres de origen hispano y sus hijos presentan un estado de salud especialmente bueno^{6,10}. La bibliografía esta-

dounidense refiere el fenómeno de "la familia" (en los artículos originales se menciona en castellano) en las mujeres hispanas^{6,8}. El apoyo de los familiares y amigos y los buenos hábitos de salud, dieta saludable, ausencia de tabaco y alcohol, protegerían a estas mujeres y a sus hijos aunque las condiciones socioeconómicas no fueran favorables.

Un fenómeno similar se refiere a ciertos aspectos de la salud de los niños hispanoamericanos inmigrantes de primera generación en Estados Unidos. Autores expertos¹³ comentan que se puede aprender mucho de la cultura latina sobre cómo mejorar la salud de todos los niños de Estados Unidos. Cada vez se hace más evidente que la primera generación de niños latinos tienen en algunos aspectos excelentes resultados e indicadores de salud que se deterioran en las sucesivas generaciones en relación con el grado de pérdida de referencias culturales propias y la adquisición de hábitos de la población autóctona. Estos datos son todavía más llamativos porque en Estados Unidos la primera generación de inmigrantes tienen dificultad para acceder a la atención sanitaria y disfrutan de escasos recursos sanitarios. Por tanto, concluyen estos autores, no se debe percibir a los inmigrantes hispanoamericanos como una cultura desfa-

vorecida en aspectos relacionados con la salud visto que presenta características envidiables, al menos en algunos aspectos. En estudios realizados en Australia¹⁴ se refiere que existe menos consumo de marihuana y alcohol entre vietnamitas y chicos de origen árabe que entre nativos australianos, y por tanto los autores concluyen que habría que estudiar los aspectos educativos de estas comunidades de inmigrantes que logran prevenir el consumo de forma más eficaz.

Desde hace tiempo se refiere el fenómeno del "inmigrante sano"^{15,16}. Se supone que la persona que es capaz de dejar su país y asumir las dificultades que supone la emigración debe estar sana y presentar una capacidad intelectual superior a la media del núcleo desde el que emigra. Sin duda este hecho tenía mucho más sentido hace varias décadas, cuando la emigración suponía gran esfuerzo físico y se requería especial resistencia, largos trayectos a pie y viajes en barco interminables en malas condiciones. Sin embargo, los medios modernos de comunicación y transporte facilitan el viaje y los desplazamientos son posibles incluso con problemas de salud. Este fenómeno debería ser menos relevante pero, como ya se ha comentado, los datos no confirman esta suposi-

ción. En varios trabajos se ha estudiado la mortalidad en la población inmigrante y hay una aparente contradicción entre el supuesto alto grado de morbilidad y la baja mortalidad observada en ciertos grupos de inmigrantes que viven en Europa (73 años de esperanza en varones autóctonos y 79 años en mujeres autóctonas frente a 77 años en varones inmigrantes y 86 en mujeres inmigrantes)¹⁷. Es necesario subrayar, de todas formas, que los resultados en población inmigrante no se deben generalizar ya que los países de origen y las culturas son muy diversas y por lo tanto los resultados muy diferentes. En el trabajo realizado sobre mujeres gestantes en España y sus recién nacidos, los resultados obtenidos por la población subsahariana eran peores que los de las mujeres españolas y las inmigrantes de otras procedencias¹¹.

Considerando todo lo referido anteriormente y teniendo como centro de atención la salud infantil, el pediatra, probablemente, en ocasiones se encuentre frente a enfermedades casi desconocidas o ya erradicadas y por ello deberá buscar información sobre las patologías infecciosas frecuentes en las áreas de procedencia. Pero sin duda deberá realizar una labor importante en la prevención de hábitos no saludables como

pueden ser ciertos hábitos dietéticos extendidos entre los adolescentes, el tabaco, alcohol y otras drogas. La salud del niño y el adolescente inmigrante empeora cuando se suman a su situación inicial, hábitos desfavorables y factores socioeconómicos de difícil abordaje¹³.

Por otro lado, si se revisa la bibliografía procedente de Estados Unidos sobre infancia, inmigración y estado de salud se encuentran numerosas referencias sobre la población infantil inmigrante y la exposición a pesticidas^{18,19}. Parece ser que es muy frecuente que las familias inmigrantes trabajen en granjas en las que se utilizan múltiples pesticidas sin las adecuadas garantías sanitarias, algunos de ellos con efectos cancerígenos. Cuando se compara el nivel de pesticida en el ambiente de granjas en las que hay niños autóctonos frente a las granjas en las que hay niños inmigrantes, se concluye que estos niños están expuestos a dosis mucho mayores. De hecho, se ha puesto en marcha un plan específico ("Cultivando buenos hábitos")²⁰ para resolver esta situación que se percibe como muy peligrosa desde el ámbito sanitario. Sirva este ejemplo, se compruebe o no su verosimilitud en nuestro ámbito, para identificar que muy frecuentemente no es la inmigración en sí el problema sino el papel que asumen

los inmigrantes cuando llegan al país receptor. En este aspecto, también el pediatra puede tener un papel de prevención/vigilancia que repercutirá positivamente en la salud del niño inmigrante.

Otro aspecto a considerar es el impacto de los hábitos violentos en la salud del niño inmigrante¹³. En Estados Unidos el homicidio es una de las causas fundamentales de muerte en los niños de 10 a 16 años y el riesgo de muerte por homicidio es de 4 a 8 veces mayor, dependiendo de la edad, cuando se compara la población inmigrante con la que lleva más tiempo establecida en el país²¹. De nuevo, los aspectos educativos y preventivos pueden ayudar a paliar estas situaciones de violencia familiar y de "bandas" que han ido apareciendo en países que llevan recibiendo inmigrantes desde hace varias generaciones.

A pesar de todo, en los estudios donde se valora el estado de salud de los niños que no emigran y de los que han emigrado²², parece ser que los niños inmigrantes viven en condiciones de menos pobreza que en su país de origen y si vuelven a su país de nacimiento encuentran una situación de pobreza mayor.

A la vista de todo lo comentado se puede pensar que la población de niños inmigrantes en España, globalmente, no debe ser una población con un estado de salud

peor que los niños españoles sobre todo si consideramos que la mayoría de ellos van a ser de origen hispano. Obviamente, respecto a la cobertura vacunal y a la frecuencia de ciertas enfermedades infecciosas, como puede ser la tuberculosis, se deberán programar actividades específicas. Sin embargo, conocida la experiencia

en otros países con inmigración desde hace varias generaciones, se deberá prestar especial atención a la prevención de hábitos desfavorables ya que sumados a la situación de inmigrante y sus condiciones socioeconómicas, tienen efectos devastadores en la salud de los adolescentes y los niños.

Bibliografía

1. Ramos M, García R, Prieto MA, March JC. Problemas y propuestas de mejora en la atención sanitaria de los inmigrantes económicos. *Gac Sanit* 2001; 15: 320-326.

2. García J, Jansá JM, García de Olalla P, Barnés I, Caylá JA. Enfermedades infecciosas y características sociodemográficas de los inmigrantes extranjeros del centro penitenciario de hombres de Barcelona. *Rev Esp Salud Pública* 1998; 72: 197-208.

3. Llácer A, del Amo J, Castillo S, Melza MJ. Salud e inmigración; a propósito del sida. *Gac Sanit* 2001; 15: 197-199.

4. Siem H. International Centre for Migration and Health, Geneva. Migration and health-the international perspective. *Schweiz Rundsch Med Prax* 1997; 86: 788-793.

5. Puyol R. La inmigración en España. ¿Un problema o una necesidad? Discurso pronunciado en el acto de toma de posesión como Académico de Número, Real Academia de Doctores, 13 de junio de 2001.

6. Jones ME, Bond ML. Predictors of birth out-

come among Hispanic immigrant women. *J Nurs Care Qual* 1999;14:56-62.

7. Cervantes A, Keith L, Wyshak G. Adverse birth outcomes among native-born and immigrant women: replicating national evidence regarding Mexicans at the local level. *Matern Child Health* 1999; 3: 99-109.

8. Singh GK, Yu SM. Adverse Pregnancy Outcomes: Differences between US-and Foreign-Born Women in Major US Racial and Ethnic Groups. *Am J Public Health* 1996; 86: 837-843.

9. Fuentes-Afflick E, Hessol NA, Perez-Stable EJ. Maternal birthplace, ethnicity, and low birth weight in California. *Arch Pediatr Adolesc Med* 1998;152:1105-12.

10. Guendelman S, Buekens P, Blondel B, Kaminski M, Notzon FC, Masuy-Stroobant G. Birth outcomes of immigrant women in the United States, France, and Belgium. *Matern Child Health J* 1999; 3:177-87.

11. Pérez S, Muñoz N, Robledo A, Sánchez Y, Pallás CR, de la Cruz J. Características de las mu-

Ver en este número

– Atención al niño de origen extranjero (G. Orejón de Luna y cols.) en pág 115

jeros inmigrantes y de sus hijos recién nacidos. Enviado para publicación *Anales de Pediatría*.

12. Sánchez Y, Muñoz N, Pérez S, Robledo A, Pallás CR, de la Cruz J, García AM. Mujeres inmigrantes: Características del control prenatal y del parto. Enviado para publicación a *Progresos en Obstetricia y Ginecología*.

13. Flores G, Fuentes-Afflicj E, Barbor O, Carter-Pokras O, Lara M, McLaurin JA y cols. The Health of Latino Children. Urgent priorities, unanswered questions, and a research agenda. *JAMA* 2002; 288: 82-90.

14. Rissel C, Mclellan L, Bauman A. Social factors associated with ethnic differences in alcohol and marijuana use by Vietnamese, Arabic-and English-speaking youths in Sydney, Australia. *J Paediatr Child Health* 2000; 36: 145-152.

15. Doucet H, Baumgarten M, Infante-Rivard C. Risk of Low Birthweight and Prematurity Among Foreign-born Mothers. *Can J Public Health* 1992; 83: 192-195.

16. Alexander GR, Mor JM, Kogan MD, Lelend NL, Kieffer E. Pregnancy outcome of US-Born and Foreign-Born Japanese Americans. *Am J Public Health* 1996; 86: 820-824.

17. Municipal Health Service, Amsterdam. Life expectancy and mortality differences between migrant groups living in Amsterdam. *Soc Sci Med* 2002; 54: 1379-1388.

18. McCauley LA, Lasarev MR, Higgins G, Rothlein J, Muniz J, Ebbert C, Phillips J. Work characteristics and pesticide exposures among migrant agricultural families: a community-based research approach. *Environ Health Perspect* 2001; 109: 533-538.

19. Wilson AH, Wold JL, Spencer L, Pittman K. Primary health care for Hispanic children of migrant farm workers. *J Pediatr Health Care*; 14: 209-215.

20. Parrott R, Wilson K, Buttram C, Jones K, Steiner C. Migrant farm workers' access to pesticide protection and information: Cultivando Buenos Hábitos campaign development. *J Health Commun* 1999; 4: 49-64.

21. Rodríguez MA, Solorio R, Hayes-Bautista DE. Health Risk of Latino Children. *JAMA* 2002; 288: 1981.

22. Oropesa RS, Landale NS. From austerity to prosperity? Migration and child poverty among mainland and island Puerto Ricans. *Demography* 2000; 37: 323-38.

