




**ADVERTIMENT.** L'accés als continguts d'aquesta tesi queda condicionat a l'acceptació de les condicions d'ús establertes per la següent llicència Creative Commons:  <https://creativecommons.org/licenses/?lang=ca>

**ADVERTENCIA.** El acceso a los contenidos de esta tesis queda condicionado a la aceptación de las condiciones de uso establecidas por la siguiente licencia Creative Commons:  <https://creativecommons.org/licenses/?lang=es>

**WARNING.** The access to the contents of this doctoral thesis it is limited to the acceptance of the use conditions set by the following Creative Commons license:  <https://creativecommons.org/licenses/?lang=en>



**Universitat Autònoma  
de Barcelona**

PROGRAMA DE DOCTORADO EN  
METODOLOGIA DE LA RECERCA  
BIOMÈDICA I SALUT PÚBLICA

Departament de Pediatria, d'Obstetrícia i  
Ginecologia i de Medicina Preventiva i  
Salut Pública.

TESIS DOCTORAL

**Migraciones internas y desigualdades sociales en salud: el caso de  
las migraciones hacia la Comunidad Autónoma del País Vasco en  
las décadas de 1950 a 1970**

**Doctorando: Unai Martín Roncero**

**Directores: Dr. Josep María Jansà i López del Vallado y Dr. Ignasi Bolibar Ribas**

**Tutora: Dra. María Teresa Puig Reixach**

Barcelona, 2023



## Agradecimientos

Una de las cosas más bonitas al acabar una tesis doctoral es poder parar un momento y mirar hacia atrás para seguir adelante. Esta tesis, aunque atípica, también me ofrece esa oportunidad que quiero aprovechar.

Todo empezó cuando acudí a la UAB buscando formación en Salud Pública, un campo en el que me iniciaba en aquel momento y que se ha convertido, después, en el principal campo desde el que pensar, investigar e intentar aportar para transformar la realidad que me rodea. Estoy muy agradecido a esa etapa, porque esos cursos de la UAB y de la ASPB me permitieron conocer y aprender de profesionales que han sido para mí un referente en mi desarrollo profesional.

Después vino la tesis, no esperada ni planeada, que no surge de la necesidad académica, sino que se va desarrollando y tomando forma por el interés en trabajar con un tema que cada vez ha tenido más de personal. Un tema que me permite pensar en lo que soy y redescubrir partes de mis orígenes y mi identidad, que quizá habían pasado desapercibidas en exceso. Como se menciona en la tesis, este proceso migratorio está demasiado ausente en el imaginario colectivo vasco, incluso para sus protagonistas.

Hacer una tesis así tiene muchas cosas buenas, pero no tantas para el que supervisa y acompaña el largo proceso. Por eso, quiero agradecer, especialmente, a los directores el apoyo y la confianza: a Josep, por haberme apoyado desde el principio, y a Ignasi, por ese apoyo en la última fase que ha servido para que este texto no se quedara en un trabajo personal y pudiera finalmente cerrarse como lo que ahora es.

Aunque no directamente relacionados con el desarrollo de esta tesis, pero sí por su aporte en lo que hoy soy como investigador, quería agradecer a todas las personas que me han acompañado durante estos años. Especialmente a las personas que forman parte del Grupo OPIK de la UPV/EHU. Es una suerte haber podido colaborar en crear un equipo tan bonito, y no solo en lo académico —que también—, sino, sobre todo, en lo humano. Un grupo donde poder crecer, sentirse cuidado y en el que compartir el sentimiento de que nuestro sentido solo pasa por aportar a la construcción de un mundo algo mejor del que tenemos para todas y todos.

Por último, gracias a mis padres, que un día dejaron ese pequeño pueblo de Zamora para iniciar una nueva vida en Laudio, y que han permitido que yo sea hoy todo lo que soy. Bukatzeko, eskerrik asko nire familiari: eskerrik asko Mareni eta Andderi, egunero betetzen duzuelako nire bizitza pozez eta zentzuz, eta bereziki eskerrik asko Amaiari, bidai-laguna, nire bizitzaren argia eta zentzua izateagatik eta egunero zugandik jarraitzen dudalako ikasten pertsona hobeagoa izaten.



# Resumen

## Introducción

En el periodo de 1950 a 1970 llegaron al País Vasco más de medio millón de personas desde otros lugares del Estado español, la mayor parte siguiendo sus aspiraciones laborales. Los estudios que se realizaron durante las primeras décadas tras su llegada mostraron condiciones socioeconómicas adversas y dificultades de integración. Los escasos estudios realizados en épocas más recientes destacaron, sin embargo, un proceso de integración que resultaba exitoso. No obstante, han sido pocos los estudios que han seguido analizando la realidad de esta población hasta la actualidad, si bien su magnitud poblacional e impacto socioeconómico y cultural en la sociedad vasca han sido de gran relevancia.

El marco de los determinantes sociales de la salud ha descrito de forma muy amplia el efecto que las condiciones de vida tienen en la salud las personas, y ha indicado que, a medida que estas empeoran, también lo hacen de forma consistente la salud y el bienestar físico y mental, a la vez que se observa un aumento de la mortalidad de aquellas personas situadas en las posiciones más desfavorecidas, lo que supone evidentes desigualdades sociales en salud. En el ámbito de las migraciones, se ha destacado el estatus migratorio como eje relevante de generación de estas desigualdades en salud, si bien la gran mayoría de estudios se han centrado en los procesos de migraciones internacionales. Partiendo de este marco conceptual, esta tesis tiene como objetivo analizar las desigualdades sociales en salud entre la población de 50 a 79 años migrada desde el resto del Estado y la nacida en el País Vasco. Para ello, se analizan las desigualdades en el estado de salud y la mortalidad, su evolución temporal y comparación con las ocurridas en otros territorios del Estado español de características similares. Asimismo, se analizan las desigualdades en los determinantes sociales de la salud más relevantes por lugar de nacimiento, así como la herencia de estas desigualdades por parte de la siguiente generación —hijos e hijas de la población migrada—.

## Metodología

Se han realizado varios estudios complementarios utilizando diseños observacionales descriptivos en distintas poblaciones y con fuentes de datos diversas.

Para analizar las desigualdades en el estado de salud y los determinantes de la salud entre población autóctona e inmigrada, se llevó a cabo un estudio transversal y de tendencia temporal referido a la población residente en viviendas familiares de 50 a 79 años del País Vasco, con base en el análisis de los microdatos de dos encuestas del País Vasco: la Encuesta de Salud del País Vasco –1986, 1992, 1997, 2002 y 2007– y la Encuesta de Condiciones de Vida de 2009. Se seleccionaron diferentes variables para medir el estado de salud y varios determinantes sociales de la salud según los marcos teóricos utilizados. Para analizar las desigualdades en mortalidad entre ambas poblaciones y las diferencias en los entornos residenciales y los niveles de segregación espacial de la población migrada, se planteó un estudio exploratorio ecológico con los datos del Censo de Población y Viviendas de 2011, así como con los datos de mortalidad por sección censal obtenidos del Atlas de Mortalidad en Áreas Pequeñas del País Vasco (1996-2003). Para comparar la realidad del País Vasco con la ocurrida tras flujos migratorios similares en el Estado español, se llevó a cabo un estudio transversal comparativo entre el País Vasco, Catalunya, la Comunidad Valenciana y la ciudad de Madrid en el periodo de 2006 a 2009. En base a los datos de las encuestas de salud de cada territorio, se estudiaron y compararon las diferencias en el estado de salud entre personas inmigrantes y autóctonas. En el análisis de las desigualdades en la población descendiente se seleccionó el grupo de personas de 25 a 49 años y se compararon las variables de salud y determinantes sociales de la salud a partir de la Encuesta de Salud del País Vasco de 2013.

El análisis de datos general consistió en el cálculo de medias y porcentajes brutos y estandarizados por edad. Para analizar el efecto del lugar de nacimiento, ajustado por diferentes variables y su significación, se calcularon razones de prevalencia (RP) ajustadas mediante modelos de Poisson de varianza robusta. La contribución de la clase social y el nivel educativo a las desigualdades en salud observadas se analizó a través de las RP ajustadas de manera secuencial por edad y por dichas variables. En el análisis ecológico se utilizaron coeficientes de correlación e indicadores de segregación espacial.

## Resultados

Los resultados muestran que las personas nacidas en el resto del Estado que emigraron al País Vasco durante las décadas comprendidas entre 1950 y 1970 presentaron un peor estado de salud que las personas autóctonas. Estas desigualdades se produjeron tanto en hombres como en mujeres y tras ajustar por edad (mala salud percibida:  $RP_{(hombres)} = 1,31$ ; IC95 %: 1,12; 1,53;  $RP_{(mujeres)} = 1,42$ ; IC95 %: 1,26; 1,62).

El efecto del lugar de nacimiento sobre el estado de salud se explicó, en parte, por la peor posición social de las personas nacidas en el resto del Estado. Así, en el caso de la mala salud percibida, al ajustar por la clase social y el nivel de estudios, el efecto del lugar de nacimiento sobre la salud se redujo un 17,1 % en hombres y un 19 % en mujeres. Este efecto, sin embargo, no desapareció, ya que la salud de las personas migradas continuó

siendo peor, si bien en algunos casos tales diferencias no alcanzaron la significación estadística (mala salud percibida:  $RP_{(hombres)} = 1,16$ ; IC95 %: 0,99; 1,35;  $RP_{(mujeres)} = 1,34$ ; IC95 %: 1,19; 1,53). En relación con la evolución de estas desigualdades, en ambos sexos se ha mantenido constante, siendo la mala salud más de un 20 % superior en las personas migradas respecto a las autóctonas a lo largo del periodo analizado. El patrón de desigualdad en salud en el País Vasco coincide con el de otras poblaciones que han recibido flujos de migraciones internas en el mismo periodo, pues se ha encontrado un patrón similar en Madrid, en Catalunya y en la Comunidad Valenciana. En todas estas poblaciones las personas migradas del resto del Estado mostraron una peor salud que las personas autóctonas.

Con relación a las tasas de mortalidad, no se encontraron diferencias entre las secciones censales con mayor o menor porcentaje de personas mayores de 45 años nacidas fuera del País Vasco. La mortalidad de las secciones con mayor porcentaje de personas inmigradas fue, incluso, ligeramente menor al tener en cuenta las características socioeconómicas de las secciones censales, que fueron más desfavorecidas en aquellas con mayor porcentaje de población inmigrada.

Las personas inmigradas presentaron, en términos generales, una peor situación que las personas autóctonas en relación con los determinantes sociales de la salud seleccionados, aunque no todos ellos mostraron un patrón consistente. Las diferencias más claras se mostraron respecto a la clase social y al nivel educativo. De esta forma, mientras que el 62,9 % de los hombres y el 71,7 % de las mujeres inmigrantes tenían estudios primarios o inferiores, ese porcentaje fue en personas autóctonas del 37,7 % en hombres y del 52,4 % en mujeres. La prevalencia de clase social alta (clase I) entre hombres inmigrantes fue del 8,7 % y en las mujeres del 4,4 %, mientras que entre la población autóctona estos porcentajes aumentaron al 17,2 % y 13,2 %, respectivamente. Las condiciones materiales de vida también fueron más adversas en las personas migradas; sin embargo, no se encontraron apenas diferencias en los hábitos de vida y en el acceso al sistema sanitario entre ambas poblaciones.

Por último, las desigualdades en salud no solo se observaron entre la generación que protagonizó el flujo migratorio y su coetánea autóctona, sino que también parecen haberse heredado en la siguiente generación. Aunque de manera menos intensa que para sus padres y madres, los resultados muestran que los hijos e hijas de personas inmigradas presentaron un peor estado de salud (ausencia de muy buena salud:  $RP_{(hombres\ con\ progenitores\ mixtos)} = 1,11$ ; IC95 %: 0,99; 1,26;  $RP_{(hombres\ con\ progenitores\ resto\ del\ estado)} = 1,10$ ; IC95 %: 0,98; 1,22;  $RP_{(mujeres\ con\ progenitores\ mixtos)} = 1,11$ ; IC95 %: 0,99; 1,26;  $RP_{(mujeres\ con\ progenitores\ resto\ del\ Estado)} = 1,06$ ; IC95 %: 0,96; 1,17). También se encontraron desigualdades según el lugar de origen de los progenitores en los determinantes sociales de la salud, aunque, de nuevo, con menor intensidad que entre sus progenitores. Las diferencias más claras se encontraron en la clase social y el nivel educativo de los hijos e hijas (nivel de estudios primarios o



inferiores  $RP(\text{hombres progenitores mixtos}) = 2,31$ ;  $IC95\%: 1,52; 3,50$ ;  $RP(\text{hombres con progenitores resto del Estado}) = 1,81$ ;  $IC95\%: 1,26; 2,61$ ;  $RP(\text{mujeres con progenitores mixtos}) = 1,48$ ;  $IC95\%: 0,92; 2,73$ ;  $RP(\text{mujeres con progenitores resto del Estado}) = 2,34$ ;  $IC95\%: 1,58; 3,48$ ). Como en el caso de sus progenitores, no se encontraron diferencias en los hábitos de vida y en el acceso al sistema sanitario entre los hijos e hijas de las generaciones que migraron y las autóctonas.

### **Discusión y conclusiones**

El lugar de nacimiento de la población de entre 50 y 79 años en el País Vasco constituye un relevante eje de desigualdad en salud, por el cual las personas migradas del resto del Estado a mediados del siglo pasado, y sus descendientes, tienen un peor estado de salud que las personas autóctonas, aunque la mortalidad no ha sido más frecuente entre ellas. La comparación con otros estudios resulta complicada, debido a las características específicas del flujo migratorio analizado y a la escasez de estudios sobre migraciones internas y su impacto sobre la salud. Los resultados coinciden, en términos generales, con lo descrito para procesos migratorios similares, con la excepción de lo hallado en esta tesis para el patrón de la mortalidad.

Este eje de desigualdad es de enorme importancia, además de por su magnitud —cerca de la mitad de las personas adultas en el País Vasco han nacido en otro lugar del Estado español o es descendiente de la población migrada—, también por el hecho de ser un eje de desigualdad escasamente estudiado y considerado en el debate público. Por ello, los resultados tienen una importante implicación para las políticas sociales y de salud. Además, la posibilidad de analizar el impacto en la salud de un flujo migratorio producido hace varias décadas proporciona conocimiento relevante para la comprensión de los efectos prolongados de las experiencias migratorias sobre la salud física y mental de sus protagonistas y descendientes.

**Palabras clave:** desigualdades en salud, migración, País Vasco, determinantes sociales de la salud.

# Abstract

## Introduction

In the period from 1950 to 1970, more than half a million people arrived in the Basque Country from other parts of Spain, most of them in search of job opportunities. The studies carried out during the first decades after their arrival, showed their adverse socioeconomic conditions and integration difficulties. The few studies carried out in more recent times highlighted, however, an integration process that was successful. However, there have been few studies that have continued to analyze the reality of this population up to the present. This is striking given that the magnitude of this migrant population and socioeconomic and cultural impact on the Basque population for the history and present of Basque society.

The social determinants of health framework has largely shown the effect that living conditions have on population health, indicating that, as they worsen, so does the physical and mental health and well-being. Moreover, mortality tend to rise, resulting in social inequalities in health. In the field of migration, migratory status has been highlighted as a relevant axis of social inequalities, although the vast majority of studies have focused on international migration processes. In the context of this conceptual framework, this thesis aims to analyze social inequalities in health among the population aged 50 to 79 who migrated from the rest of Spain or were born in the Basque Country. Inequalities in health status and mortality are analyzed, their evolution observed over time and comparisons made with other migratory experiences of similar characteristics in other territories of Spain. Likewise, inequalities in the most relevant social determinants of health by place of birth are analyzed, as well as the inheritance of these inequalities by the next generation –sons and daughters of the migrated population–.

## Methodology

Complementary studies were carried out, using descriptive observational designs about different populations and with diverse data sources.

In order to analyze the inequalities in the health status and the determinants of health according to place of birth, a cross-sectional and temporal trend study was carried out referring to the Basque population between 50 and 79 years of age living in households. The

microdata of two surveys were used: the Basque Country Health Survey -1986, 1992,1997, 2002 and 2007- and the 2005 Living Conditions Survey. Different variables were selected to measure the health status and the social determinants of health based, all of them based on the theoretical frameworks used. To analyze the inequalities in mortality between both populations, as well as the differences in the residential environments and the levels of spatial segregation of the migrated population, an ecological exploratory study was done, based on data from the 2011 Population and Housing Census, as well as mortality data by census tracts, obtained from the Mortality Atlas in Small Areas of the Basque Country (1996-2003). In order to compare the inequalities in the Basque Country with those occurred after similar migratory flows in other regions of Spain, a comparative cross-sectional study was carried out between the Basque Country, Catalonia, the Valencian Community and the city of Madrid in the period 2006-2009. Based on the data from the health surveys of each territory, the differences in the health status according to place of birth were studied and these differences were compared.

Means and crude and age-standardized percentages were calculated. To analyze the effect of the place of birth, adjusted for different variables and their significance, adjusted prevalence ratios (PR) were calculated using robust variance Poisson models. The contribution of social class and educational level to the observed health inequalities was analyzed through the PR adjusted sequentially by age and by the socioeconomic variables. In the ecological analysis, correlation coefficients and spatial segregation indicators were used.

## Results

The results show that people born in the rest of the state who emigrated to the Basque Country during the decades between 1950 and 1970 presented a worse health status than native people. These inequalities occurred in both men and women and after adjusting for age (perceived poor health:  $PR_{(men)}=1.31$ ; CI95%: 1.12; 1.53;  $PR_{(women)}=1.42$ ; CI95 %: 1.26, 1.62).

The effect of the place of birth on health was explained, in part, by the worse social position of people born in the rest of the State. Thus, when adjusting for social class and educational level, the effect of place of birth on health was reduced by 17.1% in men and 19% in women. This effect, however, did not disappear, since the health of migrants continued to be worse, although in some cases such differences did not reach statistical significance (perceived poor health:  $PR_{(men)}=1.16$ ; 95% CI: 0.99, 1.35,  $PR_{(women)}=PR: 1.34$ , 95% CI: 1.19, 1.53). The inequalities in both sexes have remained constant, with ill health being more than 20% higher in migrants compared to natives throughout the period analyzed. The pattern of inequality in health in the Basque Country is similar to that of other populations that have received internal migration flows in the same period, finding a similar pattern in Madrid, Catalonia and the Valencian Community. In all these populations, people who migrated from the rest of the state showed worse health than native people.

Regarding mortality, no differences were found in the rates between the census trucks with a higher or lower percentage of people over 45 years of age born outside the Basque Country. The mortality of the sections with the highest percentage of immigrants was even slightly lower when considering the socioeconomic characteristics of the census sections, which were more disadvantaged in those with the highest percentage of immigrant population.

Immigrants presented, in general terms, a worse situation than native people in relation to the selected social determinants of health, although not only in a consistent pattern. The clearest differences were shown in relation to social class and educational level. While 62.9% of immigrant men and 71.7% of immigrant women had primary or lower education, this percentage was 37.7% in native men and 52.4% in women. The prevalence of high social class (class I) among immigrant was 8.7% in men and 4.4% in women, while among the natives these percentages increased to 17.2% and 13.2%, respectively. The material living conditions were also more adverse in the people who migrated. However, hardly any differences were found in lifestyles and in the access to the health system between both populations.

Finally, inequalities in health were not only observed between the generation that led the migratory flow and its native peer, but it also seems that their descendants have inherited them. Although less consistently than for their parents, the results show that the sons and daughters of immigrants had a worse health status (not in very good health: PR<sub>(men with mixed parents)</sub>=1.11; 95% CI : 0.99; 1.26; PR<sub>(men with parents from the rest of the state)</sub>=1.10; 95% CI: 0.98; 1.22; PR<sub>(women with mixed parents)</sub>=1.11; 95% CI: 0.99; 1.26; PR<sub>(women with parents from the rest of the state)</sub>=1.06; 95% CI: 0.96; 1.17). Inequalities were also found in their social determinants of health, although, again, with less intensity than among their parents. The clearest differences were found in their social class and educational level (primary education level or lower PR<sub>(male mixed parents)</sub>= 2.31; 95% CI: 1.52; 3.50; PR<sub>(men with parents from the rest of the state)</sub>= 1.81; 95% CI: 1.26; 2.61; PR<sub>(women with mixed parents)</sub>= 1.48; 95% CI: 0.92; 2.73; PR<sub>(women with parents rest of the state)</sub>=2.34; 95% CI: 1.58; 3.48). As in the case of their parents, no differences were found in lifestyles and in access to the health system between the sons and daughters of the generations that migrated and the native ones.

### Discussion and Conclusions

The place of birth of the population between 50 and 79 years of age in the Basque Country is a relevant axis of inequality in health, since people who migrated from the rest of Spain in the middle of the last century, and their descendants, have a worse health than native people. Mortality, however, has not been more frequent among the migrated population. The comparison with other studies is complex, due to the specific characteristics of the Basque migratory flow and the scarcity of studies on internal migration and its impact on

health. The results are in line, in general terms, with other analyzing similar migratory processes, with the exception of what was found in this thesis for the pattern of mortality.

This axis of inequality is of great importance, not only because nearly half of the adults in the Basque Country were born elsewhere in Spain or are descendants of the migrated population, but also because it has been scarcely studied and considered in the public debate. For this reason, the results have an important implication for social and health policies. In addition, the possibility of analyzing the impact on health of a migratory flow produced several decades ago, provides relevant knowledge for understanding the prolonged effects of migratory experiences on the physical and mental health of its protagonists and descendants.

# Índice

Resumen .....	5
Abstract.....	9
Listado de tablas y figuras.....	15
Listado de tablas .....	15
Listado de figuras.....	17
<b>1. Presentación y estructura de la tesis doctoral .....</b>	<b>25</b>
<b>2. Introducción y contextualización del fenómeno .....</b>	<b>29</b>
2.1. Contexto y características principales de los procesos migratorios con destino al País Vasco de las décadas de 1950-1970 .....	29
2.1.1. Introducción .....	29
2.1.2. El flujo migratorio de los años 1950-1970: contexto estatal .....	30
2.1.3. El flujo migratorio de los años 1950-1970 en el País Vasco: características del proceso y sus protagonistas.....	31
2.1.4. Condiciones de vida e integración de las personas migradas durante el periodo de 1950-1970 en el País Vasco .....	39
2.2. Migraciones y salud: ¿por qué nos preguntamos sobre las desigualdades en salud derivadas del proceso migratorio?.....	45
2.2.1. La investigación en torno al binomio migración y salud .....	45
2.2.2. La migración como determinante social de la salud .....	48
2.2.3. Las desigualdades sociales en salud derivadas del lugar de nacimiento.....	53
<b>3. Objetivos e hipótesis .....</b>	<b>59</b>
<b>4. Metodología .....</b>	<b>63</b>
4.1. Diseño y población .....	63
4.2. Fuentes de datos.....	64
4.3. Selección de dimensiones y variables asociadas .....	69

4.4. Gestión y análisis de datos .....	76
4.5. Aspectos éticos y legales de la investigación .....	78
<b>5. Resultados .....</b>	<b>79</b>
5.1. Desigualdades en la salud entre población inmigrante y autóctona .....	79
5.1.1. Desigualdades en el estado de salud según origen.....	80
5.1.2. La contribución de la posición social de origen y destino a las desigualdades sociales en salud según el lugar de nacimiento .....	84
5.1.3. Evolución de las desigualdades en salud según el lugar de nacimiento.....	90
5.1.4. Comparación de las desigualdades sociales en salud según el lugar de nacimiento con otras comunidades o ciudades de similar proceso migratorio: Catalunya, Madrid (ciudad) y Comunidad Valenciana .....	94
5.1.5. Desigualdades en la mortalidad según origen: un análisis exploratorio.....	100
5.2. Desigualdades en los determinantes sociales de la salud entre población inmigrante y autóctona .....	108
5.2.1. Ejes de estratificación social: nivel de estudios y clase social .....	108
5.2.2. Determinantes intermedios de la salud .....	112
5.3. La herencia de las desigualdades: el impacto del proceso migratorio sobre la salud y las desigualdades en salud de los descendientes .....	140
5.3.1. Desigualdades en el estado de salud de la población de 25 a 49 años según el lugar de origen de los progenitores .....	140
5.3.2. Nivel de estudios y clase social en población de 25 a 49 años según el lugar de origen de los progenitores .....	146
5.3.3. Determinantes sociales intermedios de la salud y lugar de origen de los progenitores en población de 25 a 49 años .....	151
<b>6. Discusión .....</b>	<b>173</b>
<b>7. Conclusiones .....</b>	<b>185</b>
<b>Referencias .....</b>	<b>187</b>

# Listado de tablas y figuras

## Listado de tablas

Tabla 1. Población e indicadores demográficos (anuales) por década. País Vasco, 1900-2019 .....	33
Tabla 2. <i>Ranking</i> de provincias de origen de la población llegada al País Vasco según su porcentaje sobre el total de inmigrantes por provincias. País Vasco, 1986 .....	35
Tabla 3. Población por edad y lugar de nacimiento. Totales y porcentajes. País Vasco, 1991.....	36
Tabla 4. Principales provincias de nacimiento de las personas inmigrantes residentes en el País Vasco para la población total y para mayores de 30 años. Número total de habitantes, porcentajes sobre el total de la población y porcentaje sobre el total de nacidos en el resto del Estado. País Vasco, 1991 .....	39
Tabla 5. Población a estudio y fuente de datos asociada a cada objetivo.....	64
Tabla 6. Tamaño de muestra y porcentaje de respuesta de las diferentes ediciones de la ESCAV .....	65
Tabla 7. Tamaño de las submuestras utilizadas en cada objetivo.....	68
Tabla 8. Dimensiones y subdimensiones utilizadas en el análisis .....	70
Tabla 9. Formulación utilizada para preguntar la autovaloración de la salud en las diferentes encuestas utilizadas y categorías incluidas como mala salud (negrita).....	72
Tabla 10. Indicadores asociados a cada subdimensión y dimensión y variable utilizadas en cada subestudio .....	75
Tabla 11. Razones de prevalencia entre personas nacidas en el resto del Estado y personas autóctonas, ajustadas por edad, y sus intervalos de confianza al 95 %, de diferentes variables de salud. Hombres y mujeres. País Vasco, 2007 .....	83
Tabla 12. Coeficientes de correlación entre las razones de mortalidad estandarizada y el porcentaje de personas mayores de 45 años nacidas en el resto del Estado (total y en diferentes comunidades autónomas) en secciones censales del total del País Vasco y diferentes municipios por sexo. País Vasco 2011 .....	100
Tabla 13. Coeficientes de correlación entre las razones de mortalidad estandarizada y el porcentaje de personas mayores de 45 años nacidas en el resto del Estado (total y en	



diferentes comunidades autónomas) en secciones censales de diferentes municipios. Hombres. País Vasco 2011 .....	101
Tabla 14. Coeficientes de correlación entre las razones de mortalidad estandarizada y el porcentaje de personas mayores de 45 años nacidas en el resto del Estado (total y en diferentes comunidades autónomas) en secciones censales de diferentes municipios. Mujeres. País Vasco 2011.....	102
Tabla 15. Coeficientes de correlación (Pearson y Spearman) entre porcentaje de personas mayores de 45 años nacidas en el resto del Estado (total, principales autonomías y diferentes autonomías) y variables socioeconómicas (% viviendas bajo confort, % estudios primarios, % personas en paro). Valor total (arriba) y significación (abajo). Secciones censales del País Vasco, 2011 .....	120
Tabla 16. Municipios del País Vasco con mayor porcentaje de personas nacidas en el resto del Estado (total, en comunidades mayoritarias y en algunas comunidades específicas) en población de 45 y más años. País Vasco, 2011 .....	125
Tabla 17. Municipios del País Vasco con mayor porcentaje de personas nacidas en el resto del Estado según diferentes orígenes en población de 45 y más años. País Vasco, 2011 .....	126
Tabla 18. Estadísticos descriptivos del porcentaje de personas nacidas en el resto del Estado (varias opciones) en las diferentes secciones censales. Mayores de 45 años. País Vasco, 2011 .....	127
Tabla 19. Estadísticos descriptivos del porcentaje de personas nacidas en el resto del Estado (varias opciones) en las diferentes secciones censales de los municipios principales. País Vasco, 2011 .....	129
Tabla 20. Índice de segregación de las personas nacidas en el resto del Estado en diferentes municipios. Total y según comunidades autónomas de origen principales. País Vasco, 2011 .....	130
Tabla 21. Resumen de las diferencias entre nacidos en el resto del Estado y autóctonos en población de 50 a 64 años. País Vasco, 2007 .....	139
Tabla 22. Resumen de las diferencias en dimensiones de salud y determinantes de la salud en población de 25 a 49 años según el lugar de nacimiento de los progenitores (diferencias en progenitores mixtos y ambos del resto del Estado frente a ambos autóctonos). País Vasco, 2013 .....	171

## Listado de figuras

Figura 1. Evolución histórica de la población (en número de personas, eje izquierdo) y de las tasas brutas de natalidad (TBN) y de mortalidad (TBM) en miles (eje derecho). País Vasco, 1861-2021.....	32
Figura 2. Población inmigrante residente en el País Vasco según el año de llegada. País Vasco y territorios históricos, 1986.....	34
Figura 3. Porcentaje de personas nacidas en el resto del Estado respecto al total de la población por sexo. País Vasco, 1991.....	37
Figura 4. Porcentaje de personas nacidas en el resto del Estado respecto al total de la población por edad y provincia. País Vasco, 1991.....	38
Figura 5. Modelo de los determinantes de la salud de Dahlgren y Whitehead.....	52
Figura 6. Modelo de los determinantes sociales de la salud.....	54
Figura 7. Marco conceptual sobre los determinantes de las desigualdades en salud de la Comisión Española para la Reducción de las Desigualdades Sociales en Salud.....	55
Figura 8. Racismo como causa fundamental de las desigualdades en salud: marco conceptual.....	57
Figura 9. Prevalencia de mala salud percibida estandarizada por edad según lugar de origen y sexo. Población de 50 a 79 años. País Vasco, 2007.....	81
Figura 10. Prevalencia de discapacidad estandarizada por edad según lugar de origen y sexo. Población de 50 a 79 años. País Vasco, 2007.....	82
Figura 11. Prevalencia de problemas crónicos estandarizada por edad según lugar de origen y sexo. Población de 50 a 79 años. País Vasco, 2007.....	82
Figura 12. Prevalencia de mala salud mental estandarizada por edad según lugar de origen y sexo. Población de 50 a 79 años. País Vasco, 2007.....	83
Figura 13. Razones de prevalencia de mala salud (referencia autóctono/a) según lugar de origen por sexo ajustadas por edad, por edad y clase social y por edad, clase social y nivel de estudios. Población de 50 a 79 años. País Vasco, 2007.....	85
Figura 14. Razones de prevalencia de mala salud según lugar de origen (referencia autóctono/a) por sexo y clase social ajustadas por edad. Población de 50 a 79 años. País Vasco, 2007.....	86
Figura 15. Razones de prevalencia de discapacidad según lugar de origen (referencia autóctono/a) por sexo ajustadas por edad, por edad y clase social y por edad, clase social y nivel de estudios. Población de 50 a 79 años. País Vasco, 2007.....	87
Figura 16. Razones de prevalencia de padecer algún problema crónico según lugar de origen (referencia autóctono/a) por sexo ajustadas por edad, por edad y clase social y por edad, clase social y nivel de estudios. Población de 50 a 79 años. País Vasco, 2007.....	87

Figura 17. Razones de prevalencia de mala salud mental según lugar de origen (referencia autóctono/a) por sexo ajustadas por edad y clase social y por edad, clase social y nivel de estudios. Población de 50 a 79 años. País Vasco, 2007 .....	88
Figura 18. Razones de prevalencia de mala salud mental según lugar de origen (referencia autóctono/a) por clase social y sexo. Población de 50 a 79 años. País Vasco, 2007 .....	89
Figura 19. Prevalencia estandarizada por edad de mala salud percibida por sexo y lugar de nacimiento. Personas nacidas entre 1928 y 1957. País Vasco, 1992, 1997 y 2002 .....	91
Figura 20. Razones de prevalencia de mala salud percibida (normal, mala y muy mala) ajustadas por edad según el lugar de origen (referencia autóctono/a) por sexo. Personas nacidas entre 1928 y 1957. País Vasco, 1992, 1997 y 2002 .....	92
Figura 21. Prevalencia de mala salud percibida (regular y mala) por sexo y lugar de nacimiento. Personas nacidas entre 1928 y 1957. País Vasco, 1997, 2002 y 2007 .....	93
Figura 22. Razones de prevalencia de mala salud percibida (regular y mala) ajustadas por edad según el lugar de origen (referencia autóctono/a) por año y sexo. Personas nacidas entre 1928 y 1957. País Vasco, 1997, 2002 y 2007 .....	93
Figura 23. Prevalencia de mala salud estandarizada por edad según lugar de origen y sexo. Población de 50 a 79 años. País Vasco, ciudad de Madrid y Catalunya, 2006-2007.....	95
Figura 24. Razones de prevalencia de mala salud según el lugar de origen (referencia autóctono/a) por sexo y región y ajustadas por edad. Población de 50 a 79 años. País Vasco, ciudad de Madrid y Catalunya, 2006-2007 .....	96
Figura 25. Razones de prevalencia de mala salud según el lugar de origen (referencia autóctono/a) por sexo y región y ajustadas por edad y edad junto a nivel de estudios. Población de 50 a 79 años. País Vasco, ciudad de Madrid y Catalunya, 2006-2007.....	97
Figura 26. Prevalencia de mala salud estandarizada por edad según lugar de origen de los progenitores y sexo. Población de 50 a 79 años. País Vasco y Comunidad Valenciana, 2005-2007 .....	98
Figura 27. Razones de prevalencia de mala salud según el lugar de origen (referencia autóctono/a) por sexo y región ajustadas por edad. Población de 50 a 79 años. País Vasco y C. Valenciana, 2005-2007.....	98
Figura 28. Razones de prevalencia de mala salud según el lugar de origen (referencia autóctono/a) por sexo y región y ajustadas por edad y edad junto a nivel de estudios. Población de 50 a 79 años. País Vasco y Comunidad Valenciana, 2005-2007 .....	99
Figura 29. Razones de mortalidad estandarizada según quintil de porcentaje de personas nacidas en el resto del Estado entre mayores de 45 años. Total y principales comunidades según porcentaje de inmigradas. Secciones censales del País Vasco, 2011 .....	103
Figura 30. Razones de mortalidad estandarizada según quintil de porcentaje de personas nacidas en Castilla y León y Andalucía entre mayores de 45 años. Secciones censales del País Vasco, 2011 .....	103

Figura 31. Razones de mortalidad estandarizada según quintil de porcentaje de personas nacidas en Extremadura y Galicia entre mayores de 45 años. Secciones censales del País Vasco, 2011 .....	104
Figura 32. Gráficos de dispersión entre las razones de mortalidad estandarizada y diferentes variables. Arriba: mortalidad con porcentaje de personas nacidas en el resto del Estado (total migrantes internos, nacidos en principales comunidades receptoras, nacidos en Castilla y León, Andalucía y Extremadura). Abajo: mortalidad con variables socioeconómicas (porcentaje de viviendas de bajo confort, porcentaje de personas de estudios primarios o inferiores y porcentaje de personas en paro). Secciones censales del total del País Vasco, 2011 .....	105
Figura 33. Razones de mortalidad estandarizada según quintil de privación (1 más rico, 5 más pobre) para las secciones con mayor porcentaje de población nacida en el Estado (Estado) y las secciones con mayor población de personas nacidas en el País Vasco (CAPV) .....	107
Figura 34. Prevalencia de nivel de instrucción por lugar de nacimiento y sexo. Población de 50 a 79 años. País Vasco, 2007 .....	109
Figura 35. Prevalencia estandarizada por edad de estudios primarios o inferiores por lugar de nacimiento y sexo. Población de 50 a 79 años. País Vasco, 2007 .....	109
Figura 36. Razones de prevalencia ajustadas por edad según lugar de origen (referencia personas autóctonas) y sexo de tener estudios primarios. Población de 50 a 79 años. País Vasco, 2007 .....	110
Figura 37. Prevalencia de clase social por lugar de nacimiento y sexo. Población de 50 a 79 años. País Vasco, 2007 .....	110
Figura 38. Prevalencia estandarizada por edad de clase social manual por lugar de nacimiento y sexo. Población de 50 a 79 años. País Vasco, 2007 .....	111
Figura 39. Razones de prevalencia ajustadas por edad según lugar de origen (referencia personas autóctonas) y sexo de clase social manual. Población de 50 a 79 años. País Vasco, 2007 .....	111
Figura 40. Prevalencia de desempleo por lugar de nacimiento y sexo. Población de 50 a 64 años. País Vasco, 2007 .....	112
Figura 41. Razones de prevalencia ajustadas por edad según lugar de origen (referencia personas autóctonas) y sexo de estar en desempleo. Población de 50 a 64 años. País Vasco, 2007 .....	113
Figura 42. Prevalencia de personas que no están muy satisfechas en el trabajo por lugar de nacimiento y sexo. Población de 50 a 64 años. País Vasco, 2007 .....	113
Figura 43. Razones de prevalencia ajustadas por edad según lugar de origen (referencia personas autóctonas) y sexo de no estar muy satisfecho/a con el trabajo. Población de 50 a 64 años. País Vasco, 2007 .....	114
Figura 44. Prevalencia estandarizada por edad de ingresos insuficientes por lugar de nacimiento y sexo. Población de 50 a 79 años. País Vasco, 2009 .....	115

Figura 45. Razones de prevalencia ajustadas por edad según lugar de origen (referencia personas autóctonas) y sexo de tener ingresos insuficientes. Población de 50 a 79 años. País Vasco, 2009 .....	115
Figura 46. Prevalencia estandarizada por edad de problemas para llegar a fin de mes por lugar de nacimiento y sexo. Población de 50 a 79 años. País Vasco, 2007 .....	116
Figura 47. Razones de prevalencia ajustadas por edad según lugar de origen (referencia personas autóctonas) y sexo de tener problemas para llegar a fin de mes. Población de 50 a 79 años. País Vasco, 2007 .....	117
Figura 48. Prevalencia estandarizada por edad de déficit en equipamiento de la vivienda por lugar de nacimiento y sexo. Población de 50 a 79 años. País Vasco, 2009 .....	117
Figura 49. Razones de prevalencia ajustadas por edad según lugar de origen (referencia personas autóctonas) y sexo de déficit de equipamiento en la vivienda. Población de 50 a 79 años. País Vasco, 2009 .....	118
Figura 50. Prevalencia estandarizada por edad de varios problemas en el entorno de la vivienda por lugar de nacimiento y sexo. Población de 50 a 79 años. País Vasco, 2009 .....	119
Figura 51. Razones de prevalencia ajustadas por edad según lugar de origen (referencia personas autóctonas) y sexo de varios problemas en el entorno. Población de 50 a 79 años. País Vasco, 2009 .....	119
Figura 52. Gráficos de dispersión entre porcentaje de personas nacidas en el resto del Estado (mayores de 45 años, diferentes categorías) y variables socioeconómicas (% viviendas bajo confort, % estudios primarios, % personas en paro). Secciones censales del País Vasco, 2011 .....	122
Figura 53. Porcentaje de población nacida en el resto del Estado por quintil de privación socioeconómica. Mayores de 45 años. País Vasco, 2011 .....	123
Figura 54. Porcentaje de población nacida en diferentes comunidades autónomas por quintil de privación socioeconómica. Mayores de 45 años. País Vasco, 2011 .....	124
Figura 55. Porcentaje de secciones censales según el porcentaje de personas nacidas en Andalucía, Castilla y León, Extremadura y Galicia. Mayores de 45 años. País Vasco, 2011 .....	127
Figura 56. Prevalencia estandarizada por edad de no participar en asociaciones por lugar de nacimiento y sexo. Población de 50 a 79 años. País Vasco, 2009 .....	131
Figura 57. Razones de prevalencia ajustadas por edad según lugar de origen (referencia personas autóctonas) y sexo de no participar en asociaciones. Población de 50 a 79 años. País Vasco, 2009 .....	132
Figura 58. Prevalencia estandarizada por edad de obesidad por lugar de nacimiento y sexo. Población de 50 a 79 años. País Vasco, 2007 .....	132
Figura 59. Prevalencia estandarizada por edad de sedentarismo por lugar de nacimiento y sexo. Población de 50 a 79 años. País Vasco, 2007 .....	133
Figura 60. Prevalencia estandarizada por edad de fumadores/as por lugar de nacimiento y sexo. Población de 50 a 79 años. País Vasco, 2007 .....	134

Figura 61. Razones de prevalencia ajustadas por edad según lugar de origen (referencia personas autóctonas) y sexo de ser fumador/a. Población de 50 a 79 años. País Vasco, 2007....	134
Figura 62. Prevalencia estandarizada por edad de no haber consultado a un profesional médico de atención primaria en los últimos 12 meses por lugar de nacimiento y sexo. Población de 50 a 79 años. País Vasco, 2007 .....	135
Figura 63. Razones de prevalencia ajustadas por edad por lugar de nacimiento (referencia personas autóctonas) y sexo de no haber consultado a un profesional médico de atención primaria en los últimos 12 meses. Población de 50 a 79 años. País Vasco, 2007 .....	135
Figura 64. Prevalencia estandarizada por edad de no haber consultado a un profesional médico de atención especializada en los últimos 12 meses por lugar de nacimiento y sexo. Población de 50 a 79 años. País Vasco, 2007 .....	136
Figura 65. Razones de prevalencia ajustadas por edad según lugar de origen (referencia personas autóctonas) y sexo de no haber consultado a un personal médico de atención especializada en los últimos 12 meses. Población de 50 a 79 años. País Vasco, 2007.....	136
Figura 66. Prevalencia estandarizada por edad de no haber consultado a un profesional dentista en los últimos 12 meses por lugar de nacimiento y sexo. Población de 50 a 79 años. País Vasco, 2007.....	137
Figura 67. Razones de prevalencia ajustadas por edad según lugar de origen (referencia personas autóctonas) y sexo de no haber consultado a un personal médico dentista en los últimos 12 meses. Población de 50 a 79 años. País Vasco, 2007 .....	137
Figura 68. Prevalencia de ausencia de buena salud estandarizada por edad según lugar de origen de los progenitores y sexo. Población de 25 a 49 años. País Vasco, 2013 .....	141
Figura 69. Razones de prevalencia de ausencia de muy buena salud según lugar de origen de los progenitores (referencia ambos progenitores autóctonos) por sexo y ajustadas por edad. Población de 25 a 49 años. País Vasco, 2013 .....	141
Figura 70. Prevalencia de problemas crónicos estandarizada por edad según lugar de origen de los progenitores y sexo. Población de 25 a 49 años. País Vasco, 2013.....	142
Figura 71. Razones de tenencia de problemas crónicos según lugar de origen de los progenitores (referencia ambos progenitores autóctonos) por sexo ajustadas por edad. Población de 25 a 49 años. País Vasco, 2013 .....	142
Figura 72. Prevalencia de limitación crónica de la actividad estandarizada por edad según lugar de origen de los progenitores y sexo. Población de 25 a 49 años. País Vasco, 2013.....	143
Figura 73. Razones de prevalencia de limitación crónica de la actividad según lugar de origen de los progenitores (referencia ambos progenitores autóctonos) por sexo ajustadas por edad. Población de 25 a 49 años. País Vasco, 2013 .....	144
Figura 74. Prevalencia de síntomas de ansiedad o depresión estandarizada por edad según lugar de origen de los progenitores y sexo. Población de 25 a 49 años. País Vasco, 2013.....	145
Figura 75. Razones de prevalencia de síntomas de ansiedad y depresión según lugar de origen de los progenitores (referencia ambos progenitores autóctonos) por sexo ajustadas por edad. Población de 25 a 49 años. País Vasco, 2013 .....	145

Figura 76. Nivel de estudios según lugar de origen de los progenitores y sexo. Población de 25 a 49 años. País Vasco, 2013.....	147
Figura 77. Razones de prevalencia de tener estudios primarios o inferiores según lugar de origen de los progenitores (referencia ambos progenitores autóctonos) por sexo ajustadas por edad. Población de 25 a 49 años. País Vasco, 2013.....	148
Figura 78. Razones de prevalencia de no tener estudios universitarios según lugar de origen de los progenitores (referencia ambos progenitores autóctonos) por sexo y ajustadas por edad. Población de 25 a 49 años. País Vasco, 2013 .....	148
Figura 79. Clase social basada en la ocupación según lugar de origen de los progenitores y sexo. Población de 25 a 49 años. País Vasco, 2013 .....	149
Figura 80. Porcentaje estandarizado por edad de personas de clase social manual según lugar de origen de los progenitores y sexo. Población de 25 a 49 años. País Vasco, 2013 .....	150
Figura 81. Razones de prevalencia de ser de clase manual según lugar de origen de los progenitores (referencia ambos progenitores autóctonos) por sexo y ajustadas por edad. Población de 25 a 49 años. País Vasco, 2013 .....	150
Figura 82. Porcentaje estandarizado por edad de personas en desempleo según lugar de origen de los progenitores y sexo. Población de 25 a 49 años. País Vasco, 2013 .....	151
Figura 83. Razones de prevalencia de estar en desempleo según lugar de origen de los progenitores (referencia ambos progenitores autóctonos) por sexo y ajustadas por edad. Población de 25 a 49 años. País Vasco, 2013 .....	152
Figura 84. Porcentaje estandarizado por edad de personas con contrato temporal según lugar de origen de los progenitores y sexo. Población de 25 a 49 años. País Vasco, 2013 .....	153
Figura 85. Razones de prevalencia de tener un contrato temporal según lugar de origen de los progenitores (referencia ambos progenitores autóctonos) por sexo y ajustadas por edad. Población de 25 a 49 años. País Vasco, 2013 .....	153
Figura 86. Porcentaje estandarizado por edad de personas no muy satisfechas con su trabajo según lugar de origen de los progenitores y sexo. Población de 25 a 49 años. País Vasco, 2013 .....	154
Figura 87. Razones de prevalencia de no estar muy satisfechos con el trabajo según lugar de origen de los progenitores (referencia ambos progenitores autóctonos) por sexo y ajustadas por edad. Población de 25 a 49 años. País Vasco, 2013.....	154
Figura 88. Porcentaje estandarizado por edad de personas con número elevado de riesgos ergonómicos en el trabajo según lugar de origen de los progenitores y sexo. Población de 25 a 49 años. País Vasco, 2013 .....	155
Figura 89. Razones de prevalencia de tener un número elevado riesgos ergonómicos en el trabajo según lugar de origen de los progenitores (referencia ambos progenitores autóctonos) por sexo y ajustadas por edad. Población de 25 a 49 años. País Vasco, 2013 .....	156
Figura 90. Porcentaje estandarizado por edad de personas con número elevado de riesgos fisicoquímicos en el trabajo según lugar de origen de los progenitores y sexo. Población de 25 a 49 años. País Vasco, 2013.....	156

Figura 91. Razones de prevalencia de tener un número elevado de riesgos físicoquímicos en el trabajo según lugar de origen de los progenitores (referencia ambos progenitores autóctonos) por sexo y ajustadas por edad. Población de 25 a 49 años. País Vasco, 2013 .....	157
Figura 92. Porcentaje estandarizado por edad de personas cuya actividad principal es el trabajo doméstico según lugar de origen de los progenitores y sexo. Población de 25 a 49 años. País Vasco, 2013 .....	158
Figura 93. Razones de prevalencia de tener como actividad principal el trabajo doméstico según lugar de origen de los progenitores (referencia ambos progenitores autóctonos) ajustadas por edad. Mujeres de 25 a 49 años. País Vasco, 2013 .....	158
Figura 94. Porcentaje estandarizado por edad de personas que cuidan a un adulto dependiente según lugar de origen de los progenitores y sexo. Población de 25 a 49 años. País Vasco, 2013.....	159
Figura 95. Porcentaje estandarizado por edad de personas con dificultad de llegar a fin de mes según lugar de origen de los progenitores y sexo. Población de 25 a 49 años. País Vasco, 2013 .....	160
Figura 96. Razones de prevalencia de tener dificultades para llegar a fin de mes según lugar de origen de los progenitores (referencia ambos progenitores autóctonos) por sexo y ajustadas por edad. Población de 25 a 49 años. País Vasco, 2013.....	160
Figura 97. Porcentaje de personas según el número de problemas manifestados en el entorno de la vivienda según lugar de origen de los progenitores y sexo. Población de 25 a 49 años. País Vasco, 2013.....	161
Figura 98. Razones de prevalencia de manifestar problemas en el entorno de la vivienda según lugar de origen de los progenitores (referencia ambos progenitores autóctonos) por sexo y ajustadas por edad. Población de 25 a 49 años. País Vasco, 2013 .....	162
Figura 99. Porcentaje estandarizado por edad de personas con apoyo social bajo según lugar de origen de los progenitores y sexo. Población de 25 a 49 años. País Vasco, 2013 .....	163
Figura 100. Porcentaje estandarizado por edad de personas con apoyo confidencial bajo según lugar de origen de los progenitores y sexo. Población de 25 a 49 años. País Vasco, 2013 .....	163
Figura 101. Porcentaje estandarizado por edad de personas con apoyo afectivo bajo según lugar de origen de los progenitores y sexo. Población de 25 a 49 años. País Vasco, 2013.....	164
Figura 102. Razones de prevalencia de tener apoyo social afectivo y confidencial bajo según lugar de origen de los progenitores (referencia ambos progenitores autóctonos) por sexo y ajustadas por edad. Población de 25 a 49 años. País Vasco, 2013 .....	164
Figura 103. Porcentaje estandarizado por edad de personas fumadoras según lugar de origen de los progenitores y sexo. Población de 25 a 49 años. País Vasco, 2013.....	165
Figura 104. Porcentaje estandarizado por edad de personas consumidoras de alcohol a niveles de riesgo a largo plazo según lugar de origen de los progenitores y sexo. Población de 25 a 49 años. País Vasco, 2013 .....	165



Figura 105. Porcentaje estandarizado por edad de personas sedentarias según lugar de origen de los progenitores y sexo. Población de 25 a 49 años. País Vasco, 2013.....	166
Figura 106. Porcentaje estandarizado por edad de personas con obesidad según lugar de origen de los progenitores y sexo. Población de 25 a 49 años. País Vasco, 2013 .....	166
Figura 107. Razones de prevalencia de padecer ser fumador/a, sedentario/a, y padecer obesidad según lugar de origen de los progenitores (referencia ambos progenitores autóctonos) por sexo y ajustadas por edad. Población de 25 a 49 años. País Vasco, 2013 .....	167
Figura 108. Porcentaje estandarizado por edad de personas que no han consultado a un/a médico/a de atención primaria en el último año según lugar de origen de los progenitores y sexo. Población de 25 a 49 años. País Vasco, 2013 .....	167
Figura 109. Porcentaje estandarizado por edad de personas que no han consultado a un/a médico/a especialista en el último año según lugar de origen de los progenitores y sexo. Población de 25 a 49 años. País Vasco, 2013 .....	168
Figura 110. Porcentaje estandarizado por edad de personas que no han consultado a un/a dentista en el último año según lugar de origen de los progenitores y sexo. Población de 25 a 49 años. País Vasco, 2013 .....	169
Figura 111. Razones de prevalencia de no haber consultado a un profesional médico/a de atención primaria, especializada y dentista según lugar de origen de los progenitores (referencia ambos progenitores autóctonos) por sexo y ajustadas por edad. Población de 25 a 49 años. País Vasco, 2013 .....	169

# 1. Presentación y estructura de la tesis doctoral

Durante las décadas de 1950 a 1970 llegaron al País Vasco más de medio millón de personas provenientes de otros lugares del Estado español, muchas de ellas movidas por las necesidades generadas por un desarrollo económico geográficamente desigual que les hacía buscar en el País Vasco las oportunidades que no podían encontrar en sus poblaciones de origen.

El impacto de este flujo de migración interna sobre la población vasca está fuera de cualquier duda, tanto desde el punto de vista demográfico, como económico, social o político. Gran parte de lo que el País Vasco es en su actualidad está mediatizado por los efectos de ese flujo migratorio, único en la historia vasca.

Sin embargo, no es mucho lo que sabemos del mismo y de las personas que lo protagonizaron. Si bien durante el siglo pasado fueron varios los trabajos que se interesaron por el fenómeno, es también cierto que no se trata de un tema que haya suscitado un interés académico acorde a su relevancia social. Conocemos muy poco acerca de las condiciones de vida presentes de esa población y el impacto que tal proceso migratorio tuvo en su calidad de vida y en su salud.

Existe ya gran cantidad de literatura científica que nos muestra la importancia que los llamados determinantes sociales de la salud, es decir, las condiciones de vida, trabajo y ocio, tienen sobre la salud de las personas. También es sabido que, como tales determinantes sociales de la salud no se distribuyen de manera equitativa entre grupos sociales, existen relevantes desigualdades sociales en salud, es decir, diferencias en el estado de salud entre grupos sociales que son consideradas evitables, innecesarias e injustas (Dahlgren y Whitehead, 2007).

Esta tesis doctoral parte, precisamente, de la hipótesis de que esas personas llegadas al País Vasco a mediados del siglo XX han vivido durante años en peores condiciones de vida que la población autóctona, y que, por tanto, la desigualdad en la exposición a tales determinantes sociales ha generado desigualdades en salud, de forma que la población inmigrada tiene peor salud que la nacida en el País Vasco. Esta desigualdad en salud, además, habría sido heredada también por la siguiente generación, lo que supone que los hijos e hijas de

las personas que protagonizaron el movimiento migratorio hayan partido de una situación de desventaja en salud respecto a los y las descendientes de personas nacidas en el País Vasco.

Los resultados de la tesis doctoral aportan información y claves interesantes desde el punto de vista académico para entender las dinámicas de salud en los procesos migratorios y, de forma más general, para entender el impacto que la estructura social tiene en la salud y su distribución según diferentes ejes de desigualdad social. No obstante, quizás su mayor aportación sea visibilizar una situación de desigualdad que aún en la actualidad no está presente en los debates sociales y mediáticos, y ayudar a poner en valor la enorme, y escasamente reconocida, aportación de estas personas a la población vasca.

El objetivo marcado no es sencillo, y nos ha llevado a recorrer una serie de etapas que se ven reflejadas en la estructura de la tesis. En el segundo capítulo, después de esta presentación, se encuentra la introducción y la contextualización del fenómeno. Un apartado fundamental para fijar la situación de partida y el marco teórico que guiará el conjunto de la tesis. En este capítulo se distinguen dos apartados: uno de ellos destinado a describir el proceso migratorio, su cronología y características, así como las condiciones de llegada y vida de esas poblaciones; el segundo repasa los principales acercamientos al estudio de la relación entre la migración y la salud, centrándose especialmente en el acercamiento teórico que guiará la tesis, es decir, el marco de los determinantes sociales de la salud. Una vez efectuada esta contextualización, y después de formular los objetivos e hipótesis que guiarán la investigación, el cuarto capítulo recoge la metodología llevada a cabo.

El capítulo de los resultados se divide en tres apartados siguiendo los objetivos de la propia tesis. En primer lugar, se realiza un análisis de las desigualdades en salud entre inmigrantes y autóctonos, comparando el estado de salud entre ambos colectivos, para después determinar la contribución que otras variables de posición social tienen en tales diferencias en salud. Este apartado resulta de gran importancia ya que el estatus migratorio interacciona con otros ejes de desigualdad como la clase social, y la relación entre ambos es un aspecto esencial. Después, se analizará la evolución de estas desigualdades a lo largo del tiempo y, posteriormente, se compararán las desigualdades del País Vasco con las ocurridas en otras poblaciones de destino de estos flujos migratorios en el Estado español, concretamente Madrid, Catalunya y la Comunidad Valenciana. Para finalizar este primer apartado del capítulo de resultados, se realizará un acercamiento a las desigualdades en mortalidad entre personas migradas y autóctonas, si bien los datos disponibles solo han permitido un análisis exploratorio, de cara a obtener una visión más comprensiva del fenómeno a estudio.

El segundo apartado de los resultados se ha centrado en el análisis de las desigualdades en los determinantes sociales de la salud, es decir, en las condiciones de vida, trabajo y ocio de

ambas poblaciones. Para ello, se describen las diferencias entre personas inmigradas y autóctonas tanto en los ejes de desigualdad social -clase social y nivel de estudios-, como en los determinantes intermedios de las desigualdades.

El tercer apartado de los resultados se centrará en los descendientes de estas personas inmigradas y analizará las desigualdades en salud y en los determinantes de la salud respecto a las personas descendientes de progenitores autóctonos.

Por último, se recoge el apartado de discusión, así como las conclusiones y las referencias bibliográficas utilizadas para realizar la presente tesis.



## **2. Introducción y contextualización del fenómeno**

Este capítulo constituye la introducción de la tesis y pretende realizar una contextualización del fenómeno a estudiar.

Así, en un primer momento, se realizará una descripción del proceso migratorio objeto de estudio, tratando de recoger las diferentes aportaciones de la literatura científica sobre sus características y las de sus protagonistas. Asimismo, y durante la segunda parte de la introducción, se recogerán las principales contribuciones de la literatura para abordar el estudio de la relación entre el proceso migratorio y la salud, que puedan ser útiles para esta tesis. Ello permitirá contar con un abordaje teórico sólido para poder encarar el análisis empírico del trabajo realizado.

### **2.1. Contexto y características principales de los procesos migratorios con destino al País Vasco de las décadas de 1950-1970**

#### **2.1.1. Introducción**

El País Vasco, como la mayor parte de poblaciones, ha experimentado a lo largo de su historia importantes procesos migratorios. De esta forma, en la historia reciente vasca se pueden encontrar grandes procesos de emigración, tanto a otros continentes -como el caso de la emigración a América en los siglos XIX y XX-, o a lugares más cercanos, como los producidos dentro de la Península. Varias son las razones que pueden atribuirse a esta tendencia a la emigración, pero gran parte tienen que ver con un sistema de familias extensas en un contexto geográfico de gran densidad y de limitados recursos naturales. Estas condiciones han dibujado un sistema histórico de herencias que ha primado el mayorazgo y que ha otorgado, por tanto, al hijo varón mayor la propiedad familiar, obligando al resto de descendientes a desarrollar su vida fuera del ámbito familiar, lo que suponía, en muchas ocasiones, emigrar del País Vasco (Castells, 2018).

La Revolución Industrial supuso un cambio en la tendencia de estos flujos migratorios, cobrando gran protagonismo los flujos con destino al País Vasco. En este contexto, los

flujos de inmigración derivados del proceso de industrialización experimentados durante el siglo pasado constituyen probablemente un proceso único en la historia del País Vasco, tanto por su magnitud como por las características del propio proceso.

A finales del siglo XIX se produce, fundamentalmente en Bizkaia pero también en Gipuzkoa, un gran desarrollo industrial que supuso un crecimiento de la economía y que convierte a zonas como el Gran Bilbao en polos de atracción de personas, primero desde zonas rurales de Bizkaia y otros territorios del País Vasco, así como de zonas limítrofes de Castilla, y luego, también, desde otras provincias españolas. Este proceso migratorio tuvo una mayor importancia en Bizkaia, y especialmente en Bilbao y la margen izquierda del río Nervión. Estas zonas experimentaron un gran crecimiento de población y una importante transformación social. En 1900, el 26,4 % de la población de Bizkaia había nacido fuera de la provincia (Fusi, 1984). En el caso de Gipuzkoa, el proceso de recepción de población migrante fue algo más tardío, menos intenso y más disperso geográficamente. A este flujo migratorio le sigue una segunda ola inmigratoria durante las décadas de 1950 a 1970.

### **2.1.2. El flujo migratorio de los años 1950-1970: contexto estatal**

Estos flujos migratorios se produjeron en un contexto de múltiples movimientos migratorios en el conjunto del Estado español. Estas migraciones internas constituyen uno de los fenómenos demográficos que mayor impacto ha tenido en la población española en la época reciente. Concretamente, este proceso provocó importantes cambios en la distribución geográfica de las poblaciones, y en la estructura y composición de los territorios afectados por estos flujos migratorios (Romero, 2003). Durante ese periodo, se estima que cambiaron de residencia 3,7 millones de personas que se concentraron en unas pocas provincias (Bernabé y Albertos, 1986).

Estos flujos migratorios tienen un origen fundamentalmente socioeconómico ya que se explican, en su mayor parte, por el crecimiento acelerado, pero territorialmente desigual, que experimenta la economía española de mediados del siglo XX (Susino, 2011). Este proceso conllevó la necesidad de una gran cantidad de mano de obra que se obtuvo gracias a las transformaciones estructurales del sector agrícola. Así, se produjo un trasvase de población trabajadora a los sectores industriales y de servicios, proceso ligado a una movilidad geográfica (Ródenas y Martí, 2005). Existen en esa época importantes diferencias en el desarrollo industrial de los diferentes territorios españoles que se correlacionaron con la intensidad de los flujos migratorios. Mientras que a mediados de siglo en provincias como Bizkaia, Gipuzkoa, Barcelona o Madrid la producción industrial representaba más del 90 %, en otras como Cuenca, Soria o Badajoz este porcentaje no alcanzaba el 25 % (Capel, 1967). Las cinco provincias de mayor desarrollo industrial acapararon, de hecho, el 95 % de la migración interior de la época. Por el contrario, Andalucía, Castilla-La Mancha, Castilla y

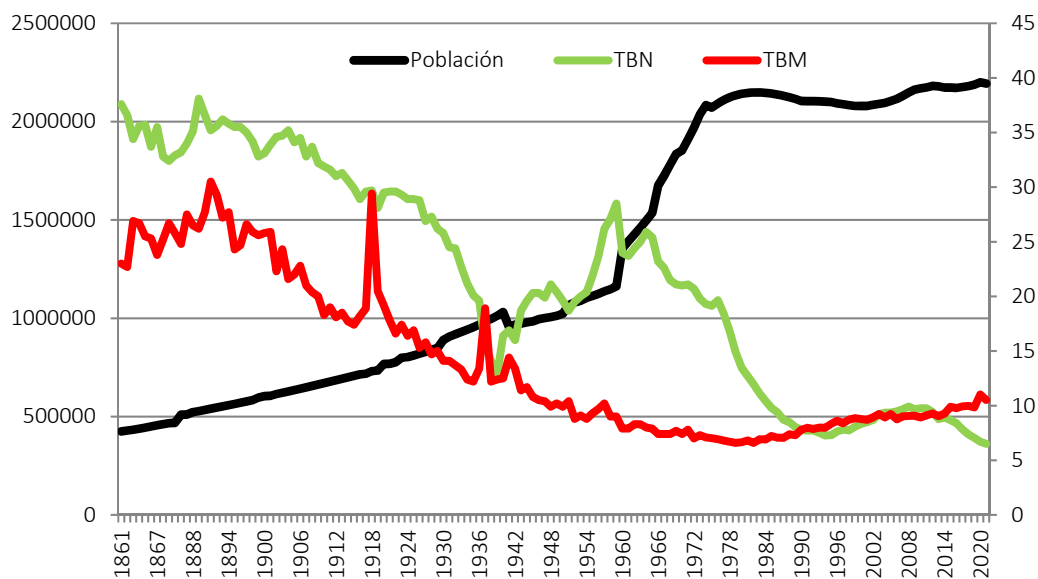
León, Extremadura, Aragón y Galicia aportaron gran parte de las personas que abandonaron su territorio de residencia entre 1950 y 1970 para trasladarse a los polos industriales de la época. El diferente grado de desarrollo regional resultante, en un país en el que gran parte de las zonas rurales presentaban un bajo nivel de vida, constituyó la causa principal del flujo migratorio. Como consecuencia de estas transformaciones desiguales y los flujos migratorios derivados, se produjo una pérdida progresiva del mundo rural y una diferenciación cada vez más clara entre la España rural y la España urbana.

A partir de 1970, las crisis económicas frenaron los procesos migratorios anteriores y la inmigración interna cambió de configuración (Ródenas y Martí, 2005), disminuyendo las salidas hacia Catalunya, Madrid y País Vasco, y apareciendo la migración de retorno hacia zonas anteriormente expulsoras como Andalucía, Castilla-La Mancha, Extremadura y Galicia (Recaño y Cabré, 2003).

### **2.1.3. El flujo migratorio de los años 1950-1970 en el País Vasco: características del proceso y sus protagonistas**

El crecimiento económico, y su relativa mayor industrialización respecto a otros territorios del Estado, convierte al conjunto del País Vasco en las décadas de 1950-1970 —primero a Bizkaia y Gipuzkoa, pero luego también a Araba— en un polo de atracción de poblaciones de diferentes provincias españolas. La magnitud de esta llegada, casi 600 000 personas en el periodo de 1950 a 1975, no tiene precedentes en la historia del País Vasco y tuvo importantes repercusiones sociales, políticas y económicas (Blanco, 1990; Izaola y Zubero, 2018). La población aumentó de una forma inaudita en la historia reciente, produciendo, además, importantes cambios en la estructura social (Blanco, 1990): se pasó de una población caracterizada por una minoría burguesa ligada a la tierra, a una estructura social en la que el campesinado se proletariza, emerge la clase obrera, así como una élite burguesa ligada a la industria y los servicios. Si bien durante el siglo XIX y principios del siglo XX la población vasca necesitaba de 70 a 100 años para duplicar su tamaño, durante las décadas de 1950 a 1970 la población vasca dobló su tamaño en apenas 25 años. La tasa de crecimiento durante la década de 1950 se situó en un 1,3 % anual, el doble que la anterior década, y en la de 1960 llegó a superar el 3,0 % anual, lo que supuso que, durante esos diez años, la población vasca aumentara en algo más de medio millón de personas.





**Figura 1. Evolución histórica de la población (en número de personas, eje izquierdo) y de las tasas brutas de natalidad (TBN) y de mortalidad (TBM) en miles (eje derecho). País Vasco, 1861-2021**

Nota: Elaboración propia a partir de Luxan y Martín 2012 y Eustat (2011)

Este crecimiento demográfico de la población vasca se produjo, fundamentalmente, por dos fenómenos. El primero, como ya se ha descrito, por el flujo de migraciones internas, casi 600 000 personas, que aportaron durante el periodo de 1950 a 1975. En segundo lugar, por el aumento de la natalidad que, con valores por encima de los 20 nacimientos por cada mil mujeres, y en un contexto de descenso secular de la mortalidad, aportó al crecimiento poblacional en torno a otras 600 000 personas.

Por tanto, los flujos migratorios del resto del Estado fueron los protagonistas de este aumento de la población. Por una parte, por su acción directa sobre el tamaño poblacional y, por otra, por ser uno de los factores que propició el aumento de la natalidad en el periodo. Este flujo migratorio supuso un aumento considerable de las generaciones en edad fértil que, en algunos casos, doblaron su tamaño. Además, estas personas provenientes de otras zonas del Estado presentaron unos patrones más altos de fecundidad que, en algunos casos, se han cuantificado en 2,1 hijos/as por mujer, frente a los 1,2 hijos/as por mujer de la población autóctona (Aranda, 1998).

A partir de 1975, y durante las décadas de 1980 y 1990, la población vasca experimentó un descenso en su población, en parte motivado por la acción de estas migraciones internas, que cambiaron de sentido para comenzar un retorno de parte de esas personas que habían llegado al País Vasco durante las décadas anteriores. Se estima que durante el periodo de 1980 a 2000 alrededor de 150 000 personas emigraron desde el País Vasco a otras comunidades autónomas españolas (Izaola y Zubero, 2018). Aunque no existen muchos estudios

al respecto, parece que gran parte de las personas que retornaron lo hicieron por el importante impacto de la crisis industrial o tras la edad de jubilación. Este retorno parece que tuvo más impacto en la población originaria de Andalucía y Galicia (Recaño, 2004).

**Tabla 1. Población e indicadores demográficos (anuales) por década. País Vasco, 1900-2019**

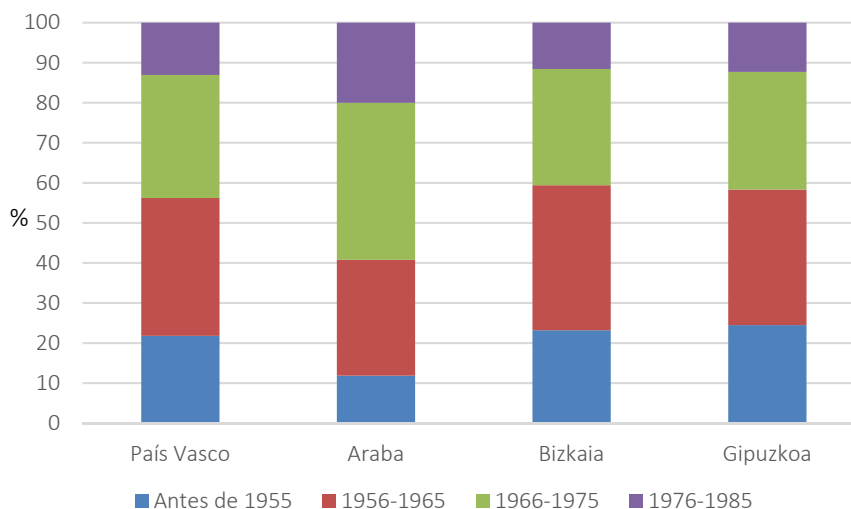
Periodo	Población media	TBN (‰)	TBM (‰)	TSM (‰)	Nacimientos	Defunciones	Saldo migratorio	Tasa r (%) crecimiento
1900-09	638 692	33,50	22,30	-0,21	213 966	142 430	-1344	1,12
1910-19	720 282	29,68	19,52	2,76	213 764	140 630	19 853	1,02
1920-29	829 243	27,71	15,77	3,12	229 790	130 753	25 898	1,19
1930-39	923 737	19,81	14,10	1,22	183 027	130 243	11 270	0,57
1940-49	1 008 502	18,95	11,04	2,55	191 088	111 370	25 758	0,79
1950-59	1 216 447	21,60	8,60	12,51	262 783	104 595	152 226	1,30
1960-69	1 625 145	23,13	7,69	15,76	375 819	124 935	256 098	3,12
1970-80	2 010 223	20,43	7,89	0,55	410 700	158 642	11 115	1,31
1981-90	2 122 925	9,91	7,14	-4,55	210 319	151 530	-96 557	-0,18
1991-01	2 093 314	7,71	8,35	-0,39	161 407	174 738	-8123	-0,10
2001-09	2 125 813	9,26	8,04	4,19	177 238	170 940	80 153	0,45
2010-19	2 184 375	9,51	9,48	2,57	187 043	206 988	50 618	0,16

Nota: TBN: tasa bruta de natalidad; TBM: tasa bruta de mortalidad; TSM: tasa de salud migratoria. Elaboración propia a partir de Luxan y Martín 2012 y Eustat.

Este proceso migratorio ocurrido en todo el País Vasco presentó, sin embargo, diferencias reseñables entre los tres territorios históricos, tanto en su magnitud como en el impacto que el mismo tuvo en la estructura y dinámica demográfica de cada territorio histórico. Así, mientras que, al igual que ocurrió con las migraciones de principios de siglo, en las primeras fases del proceso migratorio analizado también fue Bizkaia, seguida de Gipuzkoa, el territorio histórico donde la llegada de población fue más intensa, a partir de la década de 1960 el impacto fue mayor en Araba. El mayor retraso del fenómeno en esta última es evidente al analizar la población residente en el País Vasco en 1986, tal y como se recoge en la siguiente figura. Mientras que en Bizkaia y Gipuzkoa el 23 y el 24 % de las personas inmigradas había llegado antes de 1955, ese porcentaje era de tan solo el 11 % en Araba en la misma fecha. Por el contrario, en Araba el 59 % de las personas inmigrantes había llegado entre 1966 y 1985, porcentaje que en Bizkaia y Gipuzkoa se situaba en el 40-41 % en el mismo periodo (Aierdi, 1993). En cuanto al asentamiento del proceso, también existen diferencias. Mientras que en Bizkaia y Araba el asentamiento tuvo una mayor centralidad en las capitales y grandes municipios, en Gipuzkoa el asentamiento estuvo más diseminado territorialmente (Blanco, 1990).

Como resultado del proceso, aunque el aumento poblacional debido directamente a la inmigración en términos absolutos durante el periodo de 1950 a 1975 fue mayor en Bizkaia (371 073) y Gipuzkoa (160 027) que en Araba (77 257) (Picavea, 1983), en términos relativos es Araba la que experimentó un mayor crecimiento. Asimismo, es en Araba donde el

aporte directo de la migración sobre el crecimiento total de la población es mayor en términos relativos.



**Figura 2. Población inmigrante residente en el País Vasco según el año de llegada. País Vasco y territorios históricos, 1986**

Nota: Elaboración propia a partir de Aierdi, 1993

Atendiendo al origen de los flujos migratorios, la principal provincia emisora fue Burgos, de donde procedieron el 12,7 % de las personas inmigradas, seguida de Cáceres, Salamanca, Navarra, Palencia y Cantabria (Aierdi, 1993). La provincia de origen difería según el territorio histórico, en gran parte debido a la importancia de las migraciones de las provincias limítrofes, pero también debido a las propias características de los flujos migratorios que mostraron diferencias entre los territorios históricos. Burgos era la principal provincia emisora de población a Bizkaia y Araba, pero no a Gipuzkoa, donde fue Navarra. En Bizkaia fue reseñable también la inmigración desde Cantabria, segunda en importancia, y en Araba la proveniente de La Rioja, tercera en el *ranking*. Además de las diferencias debido a la importancia de las provincias limítrofes, también se dieron otras diferencias. Así, mientras que en Araba y Gipuzkoa destacó Cáceres como la segunda provincia en origen, en Bizkaia es mayor la importancia que tuvieron Palencia o Zamora.

**Tabla 2. *Ranking* de provincias de origen de la población llegada al País Vasco según su porcentaje sobre el total de inmigrantes por provincias. País Vasco, 1986**

	País Vasco	Araba	Bizkaia	Gipuzkoa
Burgos	1	1	1	5
Cáceres	2	2	8	2
Salamanca	3	8	6	3
Navarra	4	4	14	1
Palencia	5	5	3	6
Cantabria	6	10	2	15
Badajoz	7	12	7	4
Zamora	8	6	4	7
León	9	7	5	12
La Rioja	10	3	12	9

Nota: Extraída de Aierdi, 1993

Una de las características más reseñables de este proceso de migración es que se trató de una migración que tuvo un asentamiento fundamentalmente urbano (Izaola y Zubero, 2018), en el que las personas que migraron lo hicieron, en gran parte, a los municipios vascos de mayor tamaño (Aierdi y Fernández, 1993).

De esta forma, y en base a los datos del Censo de Población y Viviendas de 1991, la concentración de las personas nacidas en el resto del Estado residentes en el País Vasco fue mayor en los municipios de mayor tamaño. Así, centrándonos en los 5 municipios mayores, estos acogieron al 44,3 % de la población autóctona del País Vasco, pero en ellos vivía el 49,2 % de las personas nacidas en el resto del Estado. Asimismo, en el conjunto de los municipios de más de 10 000 habitantes vivía el 78,9 % de la población nacida en el País Vasco, mientras que, en el caso de la población inmigrante, vivía el 87,0 % del total.

Este asentamiento, fundamentalmente urbano, tuvo como consecuencia la aparición de barriadas en las que se asentó esta población, situadas generalmente en la periferia de las grandes zonas urbanas (Izaola y Zubero, 2018). Esto provocó situaciones de vulnerabilidad residencial de las que se hablará más adelante.

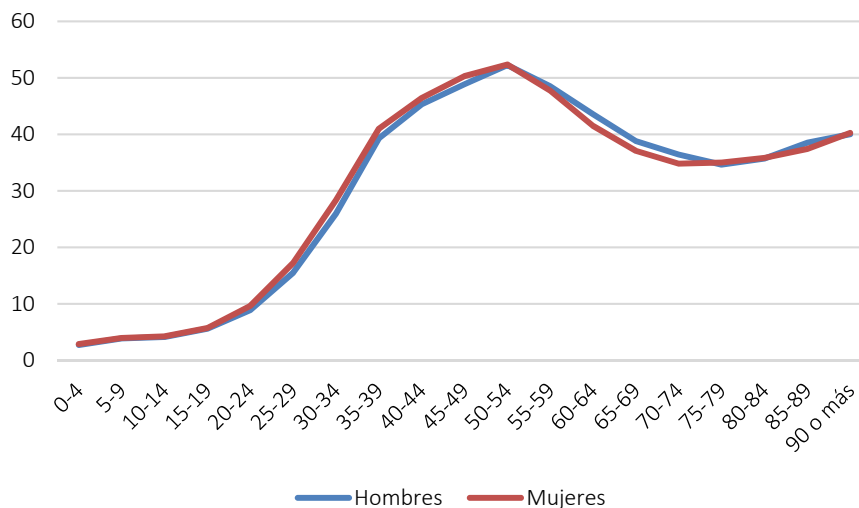
El Censo de Población y Viviendas de 1991 sirve de base para un análisis más en detalle de estas poblaciones. Podemos comprobar que en ese año residían en el País Vasco un total de 2 104 041 personas, de las cuales 573 269 habían nacido en otra comunidad autónoma, es decir, un 27,2 %. Entre los mayores de 30 años, generaciones protagonistas del flujo migratorio, el número de habitantes era de 1 216 037, de los cuales el 41,5 %, es decir, 504 603 personas, habían nacido en el resto del Estado.

**Tabla 3. Población por edad y lugar de nacimiento. Totales y porcentajes. País Vasco, 1991**

	Totales				Porcentajes			
	Total	País Vasco	Resto Estado	Extranjero	Total	País Vasco	Resto Estado	Extranjero
TOTAL	2 104 041	1 504 990	573 269	25 782	100	100	100	100
Mayores de 30 años	1 216 037	696 829	504 603	14 605	57,80	46,30	88,02	56,65
0-4	85 231	82 319	2381	531	4,05	5,47	0,42	2,06
05-09	112 425	107 093	4400	932	5,34	7,12	0,77	3,61
10-14	156 809	149 069	6559	1181	7,45	9,90	1,14	4,58
15-19	180 745	168 327	10 226	2192	8,59	11,18	1,78	8,50
20-24	177 161	157 746	16 391	3024	8,42	10,48	2,86	11,73
25-29	175 633	143 607	28 709	3317	8,35	9,54	5,01	12,87
30-34	165 280	117 602	44 864	2814	7,86	7,81	7,83	10,91
35-39	147 234	85 677	59 085	2472	7,00	5,69	10,31	9,59
40-44	145 172	76 781	66 577	1814	6,90	5,10	11,61	7,04
45-49	131 038	64 787	64 998	1253	6,23	4,30	11,34	4,86
50-54	113 157	52 628	59 193	1336	5,38	3,50	10,33	5,18
55-59	130 452	66 687	62 797	968	6,20	4,43	10,95	3,75
60-64	117 112	66 204	49 789	1119	5,57	4,40	8,69	4,34
65-69	93 917	57 445	35 573	899	4,46	3,82	6,21	3,49
70-74	65 296	41 438	23 165	693	3,10	2,75	4,04	2,69
75-79	50 817	32 406	17 724	687	2,42	2,15	3,09	2,66
80-84	33 905	21 409	12 139	357	1,61	1,42	2,12	1,38
85-89	16 723	10 267	6313	143	0,79	0,68	1,10	0,55
90 o más	5934	3498	2386	50	0,28	0,23	0,42	0,19

Nota: Elaboración propia a partir del Censo de Población y Viviendas de 1991

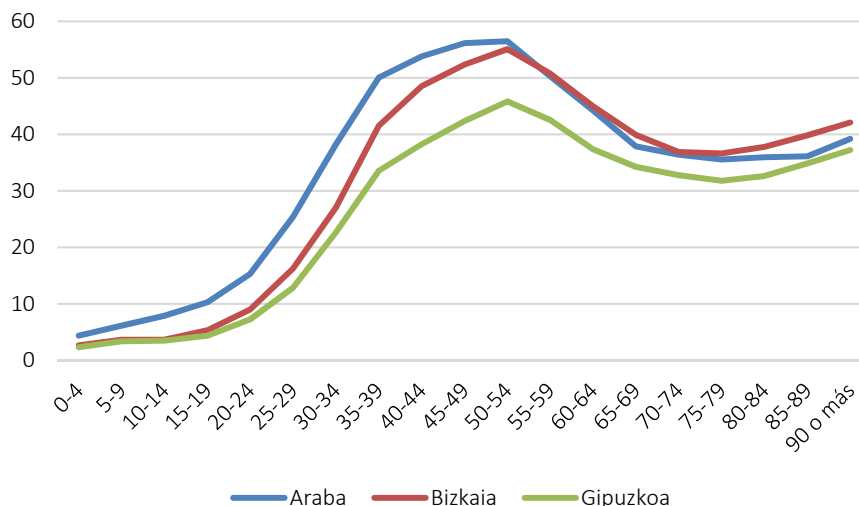
Tal y como muestra la siguiente figura, el peso que las personas nacidas en el resto del Estado tiene en el conjunto de la población no varió según el sexo, aunque sí según la edad, ya que las diferencias entre los grupos son notables. Entre las generaciones que protagonizaron el flujo migratorio, las que en 1991 tenían entre 30 y 60 años, el porcentaje de personas nacidas fuera del País Vasco estaba por encima del 45 % en la mayor parte de grupos de edad, e incluso superaba el 50 % en alguno de ellos. De esta forma, entre las personas de 45 a 54 años, el número de personas nacidas en el resto del Estado superaba a las personas nacidas en el País Vasco. A partir de los 54 años, el porcentaje descendía levemente hasta que, en el grupo de más de 75 años, volvía a aumentar levemente, probablemente debido a la población migrada en flujos migratorios anteriores. No existen diferencias reseñables según sexo.



**Figura 3. Porcentaje de personas nacidas en el resto del Estado respecto al total de la población por sexo. País Vasco, 1991**

Nota: Elaboración propia a partir del Censo de Población y Viviendas de 1991

Las diferencias en el tamaño y la estructura de edades de la población migrante mostraron variaciones entre territorios históricos, coherentes con las variaciones en el proceso migratorio descritas anteriormente. Así, el porcentaje de personas nacidas en el resto del Estado fue mayor en Araba (31,9 % de la población total y 47,0 % de la mayor de 30 años) que en Bizkaia (28,4 % y 43,4 %, respectivamente) y Gipuzkoa (23,4 % y 36,0 %, respectivamente). Además, las mayores diferencias entre Araba y el resto de los territorios históricos se dieron en los grupos de edad más jóvenes, lo que puede estar relacionado con las etapas migratorias mencionadas anteriormente. Asimismo, está ligado con el hecho de que Araba fuera durante más tiempo, incluso después del flujo migratorio de las décadas de 1950-1970, un territorio histórico con mayor capacidad de atracción de población del resto del Estado, lo que supone que el peso de la población no nacida en el País Vasco fuera mayor en las edades jóvenes respecto a Bizkaia y Gipuzkoa.



**Figura 4. Porcentaje de personas nacidas en el resto del Estado respecto al total de la población por edad y provincia. País Vasco, 1991**

Nota: Elaboración propia a partir del Censo de Población y Viviendas de 1991

Tal y como se ha comentado al describir las primeras etapas del flujo migratorio, Burgos es la principal provincia de origen de las personas migradas también en 1991. Concretamente, en ese año residían en el País Vasco 573 267 personas nacidas en el resto del Estado, de las cuales 72 853 personas habían nacido en Burgos, es decir, el 12,7 % del total de personas inmigrantes y el 3,5 % del total de la población. La segunda provincia en importancia fue Cáceres –7,7 % del total de inmigrantes–, seguida de Salamanca –6,4 %– y Navarra –5,9 %–. Tan solo ocho provincias de origen englobaban la mitad del total de personas inmigrantes.

**Tabla 4. Principales provincias de nacimiento de las personas inmigrantes residentes en el País Vasco para la población total y para mayores de 30 años. Número total de habitantes, porcentajes sobre el total de la población y porcentaje sobre el total de nacidos en el resto del Estado. País Vasco, 1991**

	Total			Mayores de 30 años		
Población total	2 104 041			1 216 037		
Población total nacida resto del Estado	573 267	% total	% nacidos resto Estado	504 603	% total	% nacidos resto Estado
Burgos	72 853	3,5	12,7	67 072	5,5	13,3
Cáceres	44 019	2,1	7,7	38 623	3,2	7,7
Salamanca	36 751	1,7	6,4	32 608	2,7	6,5
Navarra	34 079	1,6	5,9	30 333	2,5	6,0
Palencia	32 755	1,6	5,7	30 145	2,5	6,0
Badajoz	31 915	1,5	5,6	28 199	2,3	5,6
Cantabria	31 173	1,5	5,4	27 549	2,3	5,5
Zamora	28 955	1,4	5,1	26 323	2,2	5,2
La Rioja	25 731	1,2	4,5	22 052	1,8	4,4
León	25 564	1,2	4,5	21 891	1,8	4,3
Valladolid	24 244	1,2	4,2	22 246	1,8	4,4
A Coruña	20 546	1,0	3,6	18 132	1,5	3,6
Ourense	15 933	0,8	2,8	13 845	1,1	2,7
Lugo	13 599	0,6	2,4	12 235	1,0	2,4
Comunidad de Madrid	12 623	0,6	2,2	8386	0,7	1,7
Jaén	9651	0,5	1,7	8583	0,7	1,7
Málaga	9423	0,4	1,6	8372	0,7	1,7
Pontevedra	9285	0,4	1,6	7891	0,6	1,6
Principado de Asturias	8170	0,4	1,4	6487	0,5	1,3
Ávila	8106	0,4	1,4	7470	0,6	1,5

Nota: Elaboración propia a partir del Censo de Población y Viviendas de 1991

#### 2.1.4. Condiciones de vida e integración de las personas migradas durante el periodo de 1950-1970 en el País Vasco

Varias son las razones por las que resulta complejo describir las condiciones de vida e integración de la población inmigrante protagonista del flujo migratorio en el periodo comprendido entre 1950 y 1970. En primer lugar, porque la mayor parte de los estudios que han analizado las condiciones de vida de esta población lo han hecho en décadas anteriores a 2000 (Aierdi, 1993; Aierdi y Fernández, 1993; Aranda, 1998; Blanco, 1995; Cañamero, 1994; Galdós, 1985; Miguel, 1974; Ruiz y Blanco, 1994) o prestando atención a las fases primeras del flujo migratorio, lo que supone que contamos con poca información del conjunto del proceso. Existen, no obstante, algunos pocos estudios que han analizado esta población en épocas más recientes (Iraola *et al.*, 2011; López, 2021) y, muy recientemente,



se han publicado dos estudios de gran interés (Castells *et al.*, 2018, 2020) que han analizado la aportación de este flujo migratorio a la construcción moderna de la sociedad vasca, centrándose la atención en Bizkaia (Castells *et al.*, 2020) y Gipuzkoa (Castells *et al.*, 2018). Aunque su objetivo no ha sido describir las condiciones de vida e integración de la población migrante, sí abordan esta cuestión y, en este sentido, resultan de gran interés dos capítulos en dichos trabajos que han analizado el discurso de las personas protagonistas sobre su visión del conjunto del proceso hasta la actualidad (Izaola y Zubero, 2018, 2022).

Otra de las cuestiones que dificulta un análisis de las características y condiciones de esta población es la enorme heterogeneidad de las personas que protagonizaron el propio proceso. En el caso de los inmigrantes internos en el País Vasco, este hecho es especialmente importante, tal y como han apuntado varios estudios (Blanco, 1990; Ruiz y Blanco, 1994). En primer lugar, porque existió una gran variedad en la motivación de la emigración, ya que, aunque el factor económico constituyera la razón principal, coexistieron otros como la ambición de progreso, el traslado laboral de personal funcionario o empresarial, el acompañamiento familiar o el deseo de ampliar fronteras personales o profesionales. Asimismo, los procesos migratorios y las expectativas ante los mismos difirieron notablemente, así como las condiciones de llegada e integración. Por ello, es especialmente importante entender que las personas migradas no fueron un grupo homogéneo, sino que hubo diferentes tipos de inmigrantes tanto por su situación social como por sus procesos subjetivos de adaptación e integración (Blanco, 1990). Esta situación heterogénea debe ser el punto de partida del análisis de estas poblaciones.

Teniendo en cuenta estas cuestiones y a modo de síntesis, varias son las cuestiones en las que existe un relativo acuerdo en torno a las condiciones de vida e integración de estas poblaciones:

En primer lugar, los diferentes estudios han mostrado las condiciones de vulnerabilidad residencial a las que se vieron expuestas (González de Langarica, 2007; Izaola y Zubero, 2018, 2020; López, 2021), tanto en lo relativo a las condiciones de vivienda como del entorno de las mismas. La mayor parte de estas poblaciones se asentaron en barriadas creadas, a menudo, al margen de la planificación urbana, surgidas en barrios degradados, contaminados, superpoblados, carentes de servicios e infraestructuras sociales y aisladas del conjunto de la ciudad (González de Langarica, 2007; Urrutia, 1994). Además, a menudo lo hacían en chabolas autoconstruidas por las propias personas inmigrantes, de muy baja calidad y con problemas de accesibilidad (López, 2021). Las condiciones medioambientales también eran especialmente duras, tal y como recoge Pérez (2020), en un testimonio de uno de los protagonistas, que describe las condiciones ambientales a las que tuvo que hacer frente gran parte de esta población durante esos años:

Nosotros tendíamos la ropa por la mañana antes de que empezase a soltar la Ferromanganesa, o la Sefanitro, o cualquiera de las docenas que había por la zona. Cuando llovía

las sábanas se nos llenaban de gotas como de purpurina y así sabíamos qué fábrica había soltado, o hacia dónde soplaban el viento. Altos Hornos no era la peor, quizás las químicas. Había chimeneas que salían a dos metros de nuestra ventana. En verano, teníamos que dormir con las ventanas cerradas porque echaban por la noche y nos entraba a chorros en el cuarto de las crías. (Pérez, 2020, p. 43)

Diversos estudios han descrito también las duras condiciones de trabajo de esta población durante los años de llegada. Así se manifiesta en el discurso de uno de los grupos de discusión recogido en el trabajo de Izaola y Zubero (2020):

Eliecer: Pero los trabajos eran muy duros, muy duros. Como en todos los sitios, como en general. Andoni: Muy mal pagados. Y silicosis. Por ejemplo, los que trabajaban en las baterías y todo esto. Estaban allí respirando carbón todo el día. Ni protección ni nada. Moría la gente muy joven. Eliecer: Era una explotación. Te pagaban... no te pagaban nada y había que trabajar doce horas. No había seguridad de ningún tipo. (p. 221)

Estas duras condiciones de trabajo tenían su exponente más visible en la alta siniestralidad laboral, sobre todo en la siderurgia o la construcción, o incluso en la mortalidad en el trabajo, realidad habitual en las empresas de la época (Pérez, 2020). Empresas en las que, a tenor de lo recogido en el trabajo de Izaola y Zubero (2020), la mayor parte de los trabajadores eran inmigrantes:

El defensor era el dueño, era el que les cuidaba. Si, el dueño de la empresa. Y eso produjo una generación de todos estos inmigrantes. Porque en todas estas empresas que te he dicho, en sus plantillas... por ejemplo, en las 2500 que había en Basauri no sé si hay un par de paisanos de aquí. Ya son segunda o tercera generación, sus abuelos eran inmigrantes. (p. 217)

Otro de los aspectos más habitualmente recogidos en los estudios es que, durante los momentos iniciales de llegada, se produjeron situaciones de menosprecio por parte de la población autóctona, así como una escasa interacción con ella. La existencia de denominaciones despectivas muy extendidas puede dar cuenta de esta depreciación inicial; existieron diferentes términos dirigidos a la población inmigrante como *maketos*, *coreanos*, *belarrimotzak*, *manchurianos*, que estuvieron bastante extendidos, al menos en las primeras fases del asentamiento de esta población. Precisamente, un artículo redactado por Koldo Unceta, profesor de economía de la UPV/EHU, titulado «Coreanos», puede dar cuenta del clima de esos primeros años:

Aquellos inmigrantes apenas tenían oportunidad de mezclarse con nosotros —los vascos «de toda la vida»— más allá de las relaciones establecidas en el trabajo, o con la casera encargada de cobrarles la renta. No tenían ocio, pues tenían que emplear todo su tiempo en trabajar y, además, no podían gastar lo poco que ahorraban en ir al cine o a tomar unos potes. Vivían en el extrarradio de nuestros pueblos y ciudades, a veces en auténticos guetos, en casas velozmente construidas para darles acomodo y que dieron lugar a operaciones urbanísticas en las que se hicieron grandes fortunas. Eran los «coreanos» o «maketos», apodos con los que se denominaba a estas personas. Nunca he

sabido muy bien por qué lo de «coreanos» y no cualquier otro gentilicio como polacos, egipcios o afganos. Tal vez Corea representaba en nuestro imaginario popular un lugar despreciable, aquel en el que nunca habríamos querido nacer. (Unceta, 1999, citado en Izaola y Zubero, 2018)

Estas actitudes discriminatorias también fueron recogidas en un estudio sobre personas migradas en Bilbao, donde se obtuvieron discursos como estos:

Usted habrá oído que en un principio los emigrantes... había unas reacciones un poco... hacia los que nos llamaban maketos, pardillos...

A mí eso me lo han llamado muchas veces. Y con alguno, depende de quién me lo diera, he tenido alguna pelea. (Blanco, 1990, p. 218)

Esta experiencia de menosprecio ha sido descrita en el trabajo de Izaola y Zubero (2018) a partir de los relatos actuales de personas que migraron durante aquellos años, donde se rememoran vivamente por parte de las personas entrevistadas situaciones de discriminación durante los primeros años, que no parecieron alargarse con posterioridad:

Hay mucha gente, la que vino de fuera, que vivió cierto complejo, como consecuencia de que no eran vascos [...] Y, entonces, hombre siempre había gente..., porque siempre había y la habrá, gente idiota, ¿no? No tiene otro calificativo, que a lo mejor presumía de unas virtudes que no tenía y era la de tener apellidos vascos, que yo creo, pues, que no tiene mucho mérito. [...] ¿cuál fue el problema? Que el que vino a Euskadi, se quedó en Euskadi, y formó parte del colectivo. Hoy creo que nadie que se apellide Pérez se sienta menos vasco que uno que sea, pues qué te digo yo, Arriotua, Bergara, Uresandi o lo que sea. Sobre todo ¿por qué? Porque se quedaron y los descendientes, vamos, son tan del Athletic como cualquier otro, ¿no? Digo por poner un ejemplo. Y, probablemente, hasta se casen en Begoña. Pero bueno, fue gente que se integró y, a partir de la segunda generación, yo pienso que ya las diferencias prácticamente no existen. (p. 196)

Además, parece que, como es característico en los procesos migratorios, esta discriminación según origen no era ajena a la de clase, tal y como se recoge en dos testimonios de personas de alta calificación y estatus profesional citados por Izaola y Zubero (2020):

Yo tuve una visión en lo que concierne a las personas que vinimos, porque en mi caso yo vine de fuera, de Orense, y nunca encontré una barrera, ni mucho muchísimo menos. Es decir, la integración, en mi caso, fue sin ningún problema. Probablemente también depende del ambiente en el que te mueves. No es lo mismo ser universitario que no serlo. En fin. Y en particular, en aquel entonces, la Escuela de Ingenieros de Bilbao era un polo de atracción para todos los que teníamos vocación técnica, porque había tres solamente en España: había la de Barcelona, la de Madrid y la de Bilbao. Entonces la gente del norte que quería llevar este camino, pues Bilbao era el lugar más propicio, ¿no? Llegabas sin problemas de ningún tipo. ¿En la empresa trabajando? Nunca, ni para conmigo hubo diferencias de ser o no autóctono. (p. 196)

Pero vamos, discriminación, digamos en el trabajo, por ser de otra región de España, yo, sinceramente, no la he percibido. Y tengo una dilatada experiencia, ¿eh? No la he percibido. Nunca he visto al vasco como una persona que discriminaba a quien no lo era. (p. 196)

Uno de los estudios que más información y análisis han aportado sobre las condiciones de integración de esta población es el llevado a cabo por Cristina Blanco durante la década de 1980. En el análisis de las personas inmigradas en Bilbao (Blanco, 1990), la autora analizó la situación de integración objetiva y subjetiva de esta población. Las conclusiones apuntan a que, a pesar de haber pasado de 10 a 30 años desde la llegada de esta población en el momento en el que se realizó el estudio (finales de la década de 1980), se podía concluir que la mayoría de los inmigrantes no se encontraban integrados o no disponían de las condiciones objetivas para ello.

En este sentido, la autora diferencia entre varios perfiles de inmigrantes tanto en función de sus condiciones objetivas como subjetivas. Desde el análisis de las condiciones de vida objetivas, la autora identifica tres tipos o perfiles de inmigrantes, dos de los cuales presentan unas condiciones similares o incluso superiores al conjunto de la población autóctona. Se trata de lo que denomina como «inmigración de élite» que englobaba al 10 % de los inmigrantes, y que haría referencia a una migración no motivada por una mejora económica, llegada de lugares como Madrid, Cataluña o Valencia, con estudios superiores. Un segundo grupo, procedente de zonas limítrofes y llegado en épocas anteriores, englobaría al 30 % de las personas inmigradas, y compartiría condiciones objetivas con la población autóctona. Por último, un tercer grupo, más numeroso, ya que englobaba al 60 % de las personas inmigrantes, tenía unas condiciones objetivas que tomaban la forma de marginalidad, encontrándose en unas condiciones de vida muy inferiores a la población autóctona. Se trata de la migración llegada en las décadas de 1950-1970 por motivos económicos y procedente de zonas como Andalucía, Extremadura, Galicia, Castilla-La Mancha o zonas de menor desarrollo de Castilla y León.

Además, desde el análisis de los discursos de la población inmigrada de Bilbao, el trabajo de Blanco describe la experiencia de la mayor parte de inmigrantes en relación con su desintegración estructural (residencia, trabajo, educación, relaciones sociales, etc.), cultural e identitaria. Así, estas personas migradas constituyeron en las primeras fases del proceso migratorio, comunidades aisladas, sin mucho contacto con personas autóctonas, que vivían, trabajaban, se educaban y se divertían con otras personas inmigrantes. Es reseñable, además, que, junto con las condiciones objetivas y subjetivas de desintegración que presentaban estas personas, convivía una clara disociación al describir y percibir su situación de integración. Siguiendo a la autora:

Estas personas se sienten integradas, cuando en realidad se encuentran integradas entre sí y disociadas de la comunidad de adopción. El arropamiento de su propio grupo les

produce sensación de integración. La concreción de su discurso les impide trascender el círculo cerrado en que se encuentran. (Blanco, 1990, p. 228)

En este sentido, resulta destacable que no manifestaban haber vivido situaciones de rechazo o discriminación como sí se recogía en los grupos de personas inmigradas con mayor nivel de integración. Por último, en el discurso de estas personas se constataba una marcada presencia del «nosotros» y el «ellos», siendo además el «nosotros» no algo que se es, como ser andaluz o extremeño, sino más bien una categoría que se construye frente a lo que no se es, como lo residual frente a lo autóctono (Blanco, 1990).

Sin embargo, a pesar de estas condiciones adversas de vida e integración descritas en épocas anteriores, el análisis de los discursos de estas personas migrantes en el presente parece mostrar una enorme relativización de estos aspectos negativos con el paso del tiempo, y lo más característico en el presente parece ser un balance positivo del proceso (Izaola y Zubero, 2020). Un ejemplo de este balance lo constituye este testimonio recogido por Izaola y Zubero (2020) en una entrevista a una persona de un centro regional de Barakaldo:

Fueron unos primeros años tremendos de pasar... no calamidades porque gracias a Dios teníamos para comer, porque trabajábamos. Pero no teníamos una cama digna ni una habitación digna. Era una habitación pequeña y estábamos ahí de mala manera. Con el transcurso del tiempo, fuimos creando nuestro pequeño porvenir, por decirlo de alguna forma. Ya arrendamos una casa nosotros y fuimos amueblándola a nuestra manera. Y luego ya con el tiempo nos compramos una casita, que es donde actualmente vivimos. Y la verdad es que muy bien. Pero hay que decir la verdad, antes lo comentabais, los primeros años fueron tremendos en el trabajo. Porque unos te miraban muy bien, pero otros te miraban muy mal. ¡Ya están aquí los andaluces a quitarnos los puestos de trabajo, porque son unos vagos! Algunos nos llamaban incluso «coreanos». En fin, que los primeros años fueron bastante duros. Pero bueno, ya nos fuimos adaptando a lo que es Euskadi. Cada uno al sitio donde vivíamos: Portugalete, Barakaldo, Sestao o donde fuera. Nos fuimos adaptando. Y a día de hoy, gracias a Dios y tengo que decirlo, estamos orgullosos de vivir aquí después de más de cuarenta años que estamos en Euskadi. Últimamente ya no hay esos recelos y esas cosas tan dramáticas que vivimos al principio. Hoy somos respetados y nosotros respetamos a Euskadi. (p. 213)

Un aspecto importante que favorece esa relativización es la importancia que la experiencia laboral tiene en la valoración retrospectiva del proceso. Los estudios que han analizado el proceso migratorio desde la perspectiva de los inmigrantes en el presente destacan la percepción del proceso como exitoso, sobre todo en lo referente al impacto sobre su movilidad social y económica, así como la de sus familias (Iraola *et al.*, 2011; Izaola y Zubero, 2018). En uno de estos estudios se destaca el éxito de la trayectoria migratoria y se califica el nivel de integración de estas personas como alto (Iraola *et al.*, 2011). Este trabajo concluye, a partir de un estudio cualitativo, que no existió un choque cultural derivado del idioma,

destaca la importancia para estas personas de varios mecanismos de integración relacionados con la vida cotidiana, así como la percepción de las personas migradas de haber logrado el objetivo del proceso migratorio: un trabajo y un ascenso social para ellas y sus familias.

Empero, no se han encontrado estudios cuantitativos que analicen la intensidad del proceso de integración de estas personas, así como de sus condiciones de vida comparadas con la población autóctona y, menos aún, con perspectiva temporal suficiente que permita un análisis de las repercusiones de tal fenómeno en la actualidad.

Es por ello que esta tesis se plantea hacer un análisis de las condiciones de vida actuales de esta población en comparación con la población autóctona. La investigación parte de la hipótesis de que existen diferencias en estas condiciones de vida y que, dado que estas constituyen uno de los principales determinantes sociales de la salud, han generado desigualdades sociales en salud, es decir, diferencias en el estado de salud entre las poblaciones autóctona e inmigrada, residentes en el País Vasco desde los años setenta. Esta relación entre migración, condiciones de vida y salud será abordada a nivel teórico en el siguiente apartado.

## **2.2. Migraciones y salud: ¿por qué nos preguntamos sobre las desigualdades en salud derivadas del proceso migratorio?**

### **2.2.1. La investigación en torno al binomio migración y salud**

La investigación en torno al impacto de los procesos migratorios sobre la salud de las personas migradas tiene una tradición especialmente importante en países como Estados Unidos, Canadá o Reino Unido y la evidencia en torno a la temática es abundante tanto en el ámbito internacional como en nuestro contexto. Si bien en este último caso especialmente se trata de una evidencia reciente y muy centrada en los procesos de migración internacional.

Durante gran parte del siglo XX, la investigación sobre migraciones y salud fue escasa ya que, mientras que los y las investigadores del ámbito de las migraciones tradicionalmente han centrado su interés en las características sociodemográficas de la población inmigrante, dando poca importancia a la dimensión de la salud, las investigaciones en el ámbito de la salud han tenido una perspectiva fundamentalmente biomédica, hasta que los determinantes sociales de la salud han adquirido una centralidad académica e investigadora en el ámbito de la salud pública (Bernadette y Díaz, 2019a). Según estos autores, el área de investigación de las migraciones y la salud ha transcurrido, al menos, por cuatro grandes fases, que se pueden resumir de la siguiente manera:

1. Fase del *estudio de las enfermedades específicas* de las poblaciones migradas, centrada en el análisis de las enfermedades poco habituales o raras de minorías étnicas, como ciertas enfermedades infecciosas, especialmente ITS, o lepra.
2. Fase del *estudio de las diferencias biológicas* de las minorías respecto a las poblaciones de acogida, con un especial foco en enfermedades hereditarias, como las hemoglobinopatías, o de carácter epigenético (diabetes, cáncer, etc.) tras un proceso de migración. Durante esta fase existe un interés especial en los patrones de retorno a los países de origen y la exposición a diversos factores de riesgo de patologías no existentes en los países de acogida.
3. Fase del *estudio de las desigualdades en salud* según lugar de origen, en la que, con un enfoque poblacional, se analizan los patrones de salud (física y mental) y sus determinantes entre las diversas poblaciones autóctonas y migradas. El propio factor migratorio pasa a ser entendido como un determinante social de la salud, reconociendo que, muy a menudo, las poblaciones migradas han sido excluidas de los estudios en el ámbito de la salud y de sus fuentes de datos rutinarias, como las encuestas poblacionales, o al menos infrarrepresentadas y, por tanto, infraanalizadas.
4. Fase del *estudio de las características de los servicios sanitarios* y su uso por parte de las poblaciones inmigradas. Se pone el foco en las dinámicas de discriminación que sufren por parte de las estructuras sanitarias y sus profesionales, con el objetivo de aumentar la equidad en la provisión de los servicios.

El estudio del estado de salud en las poblaciones migrantes, de origen extranjero o interno, ha englobado tres aproximaciones diferentes que se relacionan con las diferentes fases del proceso migratorio (Jansà y García de Olalla, 2004), y a las que puede añadirse un cuarta, relacionada con el retorno (Bernadette y Díaz, 2019b).

La primera de estas aproximaciones se ha centrado en las condiciones de las sociedades de origen y presta atención a las condiciones derivadas de las diferencias de las poblaciones de origen en relación con el patrón epidemiológico, las características del sistema sanitario, así como a los eventos premigración que han podido tener influencia en la salud de las personas migrantes antes de iniciar el proceso de migración. También se han considerado relevantes las sociedades de origen respecto a su mayor o menor diferencia lingüística, cultural, política o geográfica respecto a las sociedades de llegada. Dentro de esta aproximación han sido frecuentes, sobre todo durante los primeros años, los estudios que han analizado las denominadas enfermedades importadas (Sanjuán, 2015).

La segunda aproximación centra su atención en los desplazamientos y en los riesgos derivados de estos, cuyas consecuencias para la salud dependerán en gran medida de las circunstancias de partida y de la legalidad de la emigración (Leyva-Flores *et al.*, 2019; Sanjuán, 2015). Incluye aspectos como los modos de desplazamientos utilizados, los peligros del viaje

y los eventos traumáticos sufridos durante el mismo. Cuando los trayectos son más largos y se realizan en condiciones difíciles, no es raro que se produzcan riesgos para la salud como la inseguridad alimentaria (Aragón *et al.*, 2020; Deschak *et al.*, 2022) o situaciones de violencia y abuso (Médicos sin Fronteras, 2013). Esta situación es especialmente prevalente en el caso de las mujeres, ya que además de a las situaciones de violencia policial, la delincuencia común o las redes de tráfico de personas, las mujeres se ven expuestas también a la violencia sexual y a la ejercida por las redes de trata (Infante *et al.*, 2020; Leyva-Flores *et al.*, 2019; Médicos sin Fronteras, 2010). Todas estas situaciones suponen un importante impacto para la salud física y mental de las personas migrantes (Altman *et al.*, 2018), e incluso la muerte en ese tránsito migratorio.

La tercera de las aproximaciones ha prestado atención a las características de las sociedades de llegada. Dentro de esta fase se diferencian varias etapas, ya que las condiciones de vida que determinan la salud pueden variar sustancialmente con el tiempo de residencia. La primera de las etapas haría referencia a la llegada a las fronteras de la población de destino. Esta fase puede implicar, en ocasiones, la estancia temporal en centros de internamiento, que en diferentes contextos han mostrado tener consecuencias negativas para la salud (Dudley *et al.*, 2012; Green *et al.*, 2015; WHO, 2003). Posteriormente, se diferencia entre los primeros momentos en esa población de destino y una etapa posterior en la que la estancia se estabiliza. Esta aproximación destaca la influencia que sobre la salud de las personas migradas tienen las condiciones de vida en las sociedades de llegada. Aquí se incluye también el impacto que tienen las políticas relacionadas con las migraciones, el estatus legal y el acceso de los migrantes a los recursos y servicios, las características culturales de esas poblaciones de llegada, la duración de la estancia o aspectos relacionados con el racismo, violencia, abuso o condiciones de explotación soportadas.

Este último acercamiento al estudio de la relación entre migración y salud destaca la importancia de considerar el tiempo de residencia a la hora de analizar la salud de las personas migrantes. En este sentido, abundante literatura ha mostrado lo que se ha denominado como «sesgo del inmigrante sano». Este sesgo hace referencia a que, en la mayor parte de las ocasiones son las personas jóvenes y en mejor salud las que deciden y tienen más fácil iniciar el proceso migratorio, lo que conlleva que el estado de salud de las personas inmigrantes suele ser, en las primeras épocas del flujo migratorio, mejor que el de la población autóctona. Sin embargo, este estado de salud se va deteriorando con el paso del tiempo (Domnich *et al.*, 2012; Gotsens *et al.*, 2015; Leao *et al.*, 2009; Rivera *et al.*, 2013) ya que las condiciones de vida van impactando progresivamente en la misma.

Una cuarta perspectiva, por último, incluiría la importancia del retorno a las sociedades de origen y abarca, entre los aspectos importantes para el análisis, factores como la duración de la ausencia, los comportamientos y prácticas adquiridas en las sociedades de destino o las redes de relación que las personas migrantes han conservado.



La migración y su relación con la salud es un aspecto dinámico y complejo. Las características heterogéneas de los flujos migratorios, bien sea por las diferentes características de cada grupo migrante o por las diferencias en cualquiera de las cuatro fases mencionadas anteriormente, determinan en gran medida el impacto que el estatus migratorio tiene en la salud, tanto en su magnitud como incluso en su sentido. Asimismo, esta heterogeneidad conlleva que los determinantes de esta relación entre el proceso migratorio y la salud puedan ser diferentes según el proceso migratorio.

### **2.2.2. La migración como determinante social de la salud**

A la hora de analizar el estado de salud de las personas migradas y su comparación con el de la población autóctona, se pueden distinguir diferentes aproximaciones que parten de modelos conceptuales y supuestos diversos y que prestan su atención a aspectos también diferentes. Podemos distinguir, al menos, cinco aproximaciones diferenciadas en base a lo expuesto en otros trabajos (Castañeda *et al.*, 2015; Piñones *et al.*, 2021).

La primera de ellas se basa en la importancia de las conductas relacionadas con la salud. Al igual que en el estudio de las desigualdades en salud, donde también es la aproximación más habitual (Martín, 2012), los aspectos basados en conductas y prácticas suelen ser particularmente prevalentes en la literatura internacional sobre migración y salud. Se basa en una idea individual del comportamiento humano y la capacidad de elección del individuo. Su foco de atención está en el análisis de los comportamientos relacionados con la salud de las personas migrantes y su comparación con la población autóctona (Castañeda *et al.*, 2015). En esta perspectiva el individuo es generalmente la unidad de análisis e intervención. Los temas más recurrentes dentro de esta aproximación son el uso de servicios sanitarios, los factores de riesgo del cáncer, incluidos los cribados, las enfermedades crónicas y la salud mental. La mayor limitación de esta perspectiva se deriva de su escasa capacidad explicativa y de intervención efectiva al obviar el contexto en el que se producen esos comportamientos y centrarse exclusivamente en el análisis de las prácticas de salud, que son, en gran parte de las ocasiones, entendidas como elecciones individuales y libres.

La segunda de las perspectivas es la cultural o de aculturación (Bernadette y Díaz, 2019b), que enfatiza el rol que los rasgos grupales, las creencias compartidas, los valores, las prácticas y las tradiciones atribuidas a un grupo étnico, raza u origen tienen en los comportamientos relacionados con la salud, así como en las percepciones del riesgo. Esta perspectiva, aunque en cierta manera va un poco más allá del abordaje individual, sigue sin tomar en consideración la importancia que los factores estructurales tienen en las personas inmigrantes. Los aspectos más trabajados desde este enfoque son la aculturación, la salud mental, los trastornos y enfermedades crónicas, el acceso a la asistencia sanitaria, la salud materno-infantil, el abuso de sustancias, la actividad física y el capital social (Castañeda *et al.*, 2015). La lógica

respecto a la primera aproximación es similar: si las creencias y actitudes explican las diferencias en los comportamientos, entonces las intervenciones basadas en el comportamiento pueden ser más efectivas si se tienen en cuenta esos aspectos culturales. Nuevamente, los estudios llevados a cabo desde esta aproximación colocan la responsabilidad en los individuos (Castañeda *et al.*, 2015).

La tercera aproximación con especial protagonismo en el estudio de la relación entre migración y salud se podría denominar “enfoque transnacional” (Piñones *et al.*, 2021). La principal aportación de esta aproximación es tratar de ir más allá del nacionalismo metodológico y superar los conceptos de asimilación y aculturación, destacando las interconexiones que se dan entre las poblaciones de origen y destino, creando espacios sociales transnacionales. En el campo de la salud varias son las aportaciones de esta perspectiva (Horton, 2013; Villa *et al.*, 2017), que ha propuesto este espacio transnacional como aspecto esencial para el análisis de las conductas y prácticas de salud, así como para los procesos de curación. Asimismo, se ha destacado la importancia del capital cultural transnacional para el acceso a los servicios de salud tanto en las poblaciones de origen como de destino (Grineski, 2011).

Por último, la perspectiva que se propone utilizar en esta tesis es la de los determinantes sociales de la salud, siendo en la actualidad el paradigma más utilizado a la hora de abordar el estudio de la salud poblacional, y concretamente la relación entre la migración y la salud. Se trata de la perspectiva que quizás cuenta con un mayor consenso (Piñones *et al.*, 2021), aunque su potencial para el estudio de la relación entre migración y salud ha sido escasamente utilizado (Castañeda *et al.*, 2015).

A pesar de que el marco de los determinantes sociales de la salud ha cobrado especial protagonismo en las últimas décadas, principalmente desde el impulso dado por la OMS, su historia se remonta décadas atrás y su surgimiento y desarrollo hay que entenderlos dentro de las aportaciones de la medicina social. Esta perspectiva se engloba dentro de lo que se han denominado modelos sociales de la salud (Martín, 2012), que aglutinan diferentes perspectivas y matices que tienen en común la oposición a las visiones biologicistas y reduccionistas de la salud que se han englobado dentro del denominado paradigma biomédico de la salud. Resulta, pues, necesario entender las raíces y fundamentos de este modelo para comprender los postulados y aportaciones del modelo de determinantes sociales de la salud.

Con el concepto de modelo biomédico se alude a una forma de concebir la salud y la enfermedad dominante en la ciencia médica moderna, pero también en el imaginario colectivo. Todo ello le confiere una enorme capacidad para determinar tanto las creencias sobre la salud y sus determinantes como las formas de tratarla. Este modelo no ha sido siempre el dominante dentro de la medicina, sino que se trata de un modelo histórico (Taylor, 2007) que surge a partir del siglo XIX y que transforma sustancialmente la práctica médica (Blaxter, 2010; Bury, 2005). Supuso el avance hacia un modelo médico más individualista

que prestaría menos atención al contexto social y al ambiente del individuo y más al funcionamiento interno del cuerpo (Martín, 2012).

A partir del trabajo de varios autores (Barry y Tuil, 2008; Blaxter, 2010; Hyde *et al.*, 2004; Weiss y Lonquist, 2009), se puede sintetizar el paradigma biomédico clásico en base a las siguientes características:

En primer lugar, la concepción de la enfermedad como una desviación de la normalidad, en términos estrictamente biológicos y con una etiología específica. Además, la enfermedad tiene unos factores distintivos que son universales, sin distinciones culturales ni históricas. En segundo lugar, se basa en un dualismo entre cuerpo y mente, que son tratados a la hora de hacer frente a la enfermedad como dos entes independientes. En tercer lugar, se concibe el conocimiento médico occidental como el principal determinante de la salud además de la biología y, por tanto, los avances en este conocimiento serían las principales causas de la mejora de la salud de la población durante los últimos siglos. Bajo esta aproximación el conocimiento médico es objetivo, neutral y ahistórico por estar basado en principios científicos. Estas características le otorgarían, además, una superioridad respecto a otros conocimientos no médicos. Esta supremacía del conocimiento médico, su responsabilidad en la mejora de la salud y su carácter científico, neutro y objetivo confieren a sus responsables, el personal médico, la capacidad de definir qué es la salud, determinar cuándo una condición o estado específico es o no una enfermedad y, por tanto, una enorme capacidad de regular y controlar los cuerpos y por extensión las poblaciones.

Esta concepción del modelo biomédico ha sido ampliamente criticada desde multitud de disciplinas, incluida la propia medicina. Además de las críticas a la idea de enfermedad, así como a la consideración del conocimiento médico como algo neutro y libre de valores (Martín, 2012), una de las grandes críticas se refiere al grado de influencia que el modelo biomédico ha tenido en el incremento de la salud poblacional (Hyde *et al.*, 2004), destacando lo limitado de su papel en la mejora de la salud de la población en la historia reciente (Mckeown, 1976) e incluso los efectos nocivos de la misma (Illich, 1976; Zola, 1972, 1984).

En base a estas críticas y desarrollos, durante las últimas décadas se han propuesto una serie de modelos de conceptualizar la salud y sus determinantes. Estos modelos, denominados modelos sociales de la salud, han conllevado la visibilidad de la importancia de los determinantes sociales de la salud.

Una de las propuestas en torno a los determinantes sociales de la salud que más relevancia ha tenido en la literatura internacional es el modelo de los determinantes de la salud propuesto por Dahlgren y Whitehead (1993). Este modelo representa los diferentes determinantes de la salud como capas de influencia (figura 5). En la parte central del modelo se encuentran factores inherentes al individuo, esencialmente la edad, el sexo y los factores

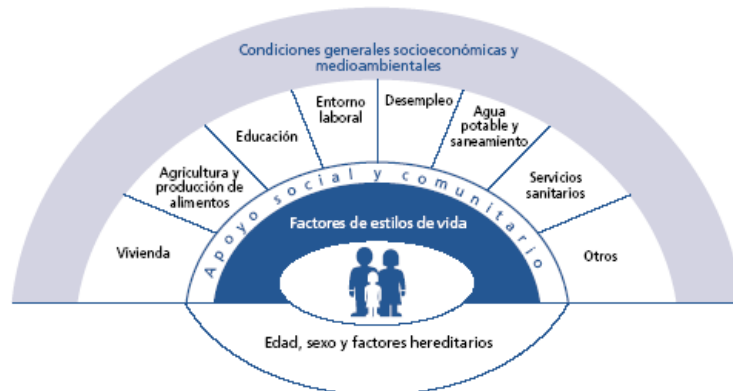
genéticos y hereditarios. A un segundo nivel, se hallan un conjunto de factores teóricamente modificables por la intervención de políticas diversas, relacionados con estilos de vida, como la dieta, fumar, beber o realizar ejercicio físico. El impacto que los denominados estilos de vida tienen en la salud es claro y existe una abundante literatura científica, además de amplio contexto al respecto. Esta evidencia es de tal magnitud que la medicina moderna no pone en cuestión la importancia de los mismos como determinantes de la salud. Los modelos sociales de la salud no solo destacan la importancia de estos hábitos, sino que ponen el acento en que estas conductas deben ser entendidas dentro del contexto social en el que se producen y no como meras decisiones individuales.

En un tercer nivel, aparecen las influencias sociales y comunitarias, es decir, las relaciones interpersonales de los individuos en forma de apoyo social y comunitario. Existe una amplia línea de estudio que arranca en el autor clásico Emile Durkheim y que analiza la importancia del capital social en el área de estudio de los determinantes sociales de la salud (Hyde *et al.*, 2004). El estudio pionero de Putnam (1995) ya mostraba que aspectos como la participación en organizaciones sociales crean una cohesión social a nivel local que beneficiaba la salud. También con datos de Estados Unidos, otros estudios han puesto en evidencia la relación existente entre las tasas de mortalidad total y específicas y cuatro indicadores de capital social (Kawachi *et al.*, 1997). También se ha relacionado el capital social con otros resultados en salud como el menor uso de fármacos o la salud percibida (de Maio, 2010; Macinko y Starfield, 2001).

En un cuarto nivel, se incluyen elementos relacionados con las condiciones en las que las personas viven y trabajan: aspectos relacionados con la educación, factores ambientales o la vivienda, que han mostrado ser importantes determinantes de la salud (Bonney, 2007; WHO, 2018). La evidencia en torno al impacto en la salud de estos factores es abundante. Diversos estudios han mostrado la relación con la salud de las condiciones de empleo y trabajo (Benach *et al.*, 2014; Dooley *et al.*, 1996; Janlert *et al.*, 2015; Utzet *et al.*, 2020; Valero *et al.*, 2021) o con diferentes características del entorno urbano (Borrell *et al.*, 2013; Lee y Maheswaran, 2011). En este nivel se sitúan también los sistemas sanitarios, muy importantes para tratar la enfermedad y rescatar a las personas cuando están enfermas, pero cuya capacidad para crear salud es compartida con el resto de factores. En este sentido, En este sentido, hay que tener en cuenta que las peores condiciones de vida de la población inmigrante, junto con otros factores como la lengua, cultura, religión o el menos conocimiento en torno al funcionamiento del entramado social en general y del sistema sanitario en particular provoca que con frecuencia esta población inmigrante tenga un acceso desigual e incluso esté excluida de los servicios de salud (Vazquez *et al.*, 2014)

Finalmente, aparecen las condiciones más generales de carácter socioeconómico y medioambiental que permean, en mayor o menor grado, los demás niveles. En este sentido, existe también abundante evidencia sobre la importancia del color político de los gobiernos

o las políticas estructurales y del estado del bienestar en la salud de las personas (Chung y Muntaner, 2006; Coburn, 2004; Hurrelmann *et al.*, 2011; Navarro y Shi, 2001).



**Figura 5. Modelo de los determinantes de la salud de Dahlgren y Whitehead**

Nota: Dahlgren y Whitehead (1993), en Departamento de Sanidad (2002)

Aunque los modelos sociales de la salud tienen en común el cuestionamiento del paradigma biomédico y su visión de la salud y los determinantes de la salud, bajo esta denominación se encuentran propuestas heterogéneas con postulados en ocasiones encontrados. Así, el modelo de determinantes sociales de la salud hegemónico, representado por la propuesta de la OMS, no ha estado exento de críticas. Se ha señalado que este modelo invisibiliza aspectos clave y necesarios para entender los determinantes de la salud y las desigualdades en salud, y desde autores encuadrados en una visión más crítica y estructural de entender la salud se ha señalado que las versiones de la OMS ocultan las relaciones de desigualdad derivada del sistema económico capitalista, así como la importancia de la destrucción de la naturaleza. De esta manera, la crítica al modo de producción capitalista en la generación de mala salud y desigualdades en salud se ha sustituido por alusiones inespecíficas al poder. En el caso concreto del estudio de la migración y la salud, se ha criticado este modelo por no poner de manifiesto las dinámicas sociales que reproducen las diferencias raciales en salud, reforzando el orden racial (Piñones *et al.*, 2021).

Estas propuestas apuestan por analizar la salud de las personas migradas desde la perspectiva de la vulnerabilidad estructural haciendo que el enfoque estructural de la salud se coloque en el centro. Por ello, entraría en juego la importancia de analizar el papel y lugar de la migración en la estructura capitalista incorporando herramientas de análisis, como la violencia simbólica y estructural y visibilizando el papel que el racismo tiene en las desigualdades en salud (Holmes, 2011; Piñones *et al.*, 2021; Quesada *et al.*, 2011).

### 2.2.3. Las desigualdades sociales en salud derivadas del lugar de nacimiento

La perspectiva de los determinantes sociales de la salud nos ayuda a entender las diferencias en el estado de salud entre personas según su lugar de nacimiento, así como otros ejes de desigualdad social y económica. Esto es así ya que el origen de las desigualdades en salud se encuentra en una distribución desigual de los determinantes sociales de la salud. Es decir, las condiciones en las que las personas viven, trabajan y se divierten y que tienen un enorme potencial sobre la salud están distribuidas desigualmente según aspectos como el género, la clase social, el nivel de estudios o el lugar de nacimiento. Pertenecer a una clase social más baja o haber nacido en otro lugar pueden condicionar el acceso a aspectos como la renta, el poder, la vivienda o las condiciones de trabajo, lo que termina provocando desigualdades sociales en salud. De esta forma, las diferencias en el estado de salud entre las personas inmigrantes y autóctonas tienden a disminuir una vez considerada la distribución desigual de dichos determinantes sociales, especialmente desfavorables para la población inmigrante en las sociedades de acogida (Nielsen y Krasnik, 2010). Otros factores específicos, como la discriminación, el bajo apoyo social o los procesos de aculturación, han sido también señalados como relevantes para entender la desigual salud de la población según el lugar de nacimiento (Agudelo *et al.*, 2011; Newbold, 2005; Rodríguez *et al.*, 2009).

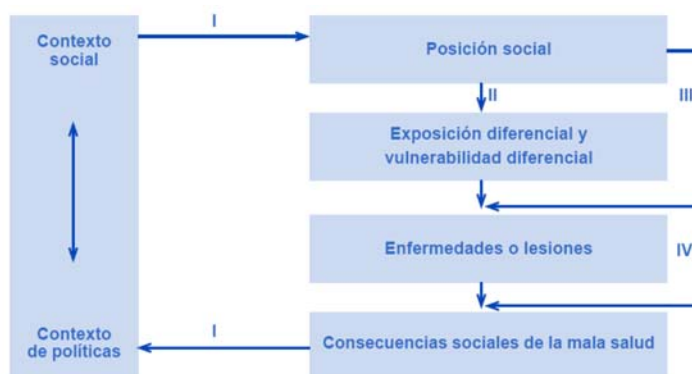
No resulta, empero, sencillo definir en qué momento las diferencias de salud que observamos se convierten en desigualdades, ya que pueden existir variaciones en el estado de salud de las personas que pueden deberse, por ejemplo, a factores genéticos o constitucionales. Siguiendo a Dahlgren y Whitehead (1993), podemos establecer tres aspectos definitorios de las desigualdades sociales: su sistematicidad, su carácter socialmente producido (y por lo tanto son modificables), y su carácter injusto.

La sistematicidad de las desigualdades hace referencia a que estas diferencias en la salud no están distribuidas aleatoriamente, sino que siguen un patrón sistemático y consistente por el cual las personas de grupos socioeconómicamente más desfavorecidos muestran, en todos los lugares donde se han analizado, peores indicadores de salud, ya sea la mortalidad u otros indicadores relacionados con el estado de salud. Así, aunque pueda variar entre países y poblaciones en su magnitud, se trata de un patrón social universal. La segunda característica advierte que son los diferentes procesos sociales los que convierten una diferencia en desigualdad y que, por lo tanto, las desigualdades pueden ser reducidas mediante acciones políticas concretas. Por último, el carácter injusto de las desigualdades alude a que están generadas y mantenidas y se han denominado «acuerdos sociales injustos», que contradicen la noción básica del concepto de justicia (Peters y Evans, 2001).

A la hora de entender las desigualdades sociales en salud y sus factores determinantes, se han propuesto varios modelos que, desde una perspectiva integral, han tratado de arrojar luz sobre ello. Estos marcos explicativos de las desigualdades sociales en salud parten de los

modelos sociales de la salud, entre los que destaca el esquema clásico de Dahlgren y Whitehead descrito anteriormente. También destaca el modelo propuesto por Diderichsen *et al.* (2001) y el modelo que en 2008 publicó la Comisión de los Determinantes Sociales de la Salud de la OMS (Solar e Irwin, 2010), adaptado posteriormente al caso español por parte de la Comisión Española para la Reducción de las Desigualdades Sociales en Salud (2010).

El modelo de Diderichsen *et al.* (2001) propone que la posición social se encuentra en el centro de los mecanismos que generan las desigualdades sociales. El contexto social, que incluye la estructura y las relaciones sociales, crea sistemas de estratificación social que asignan diferentes posiciones sociales a las personas. Estas posiciones sociales desiguales conllevan exposiciones diferenciales a diferentes riesgos para la salud, pero también una vulnerabilidad diferencial a estos riesgos, debido a la disponibilidad de recursos para hacerles frente. La posición social determina, asimismo, las consecuencias diferenciales (tanto económicas como sociales, y de resultados en salud) ante las mismas enfermedades.



**Figura 6. Modelo de los determinantes sociales de la salud**

Nota: Extraída de Diderichsen *et al.* (2001)

El modelo elaborado por la Comisión Española para la Reducción de las Desigualdades Sociales en Salud (2010) fue desarrollado a partir del esquema elaborado por la Comisión de los Determinantes Sociales de la Salud de la OMS (CSDH, 2008). Este modelo distingue entre determinantes estructurales de las desigualdades en salud y determinantes intermedios de la salud.

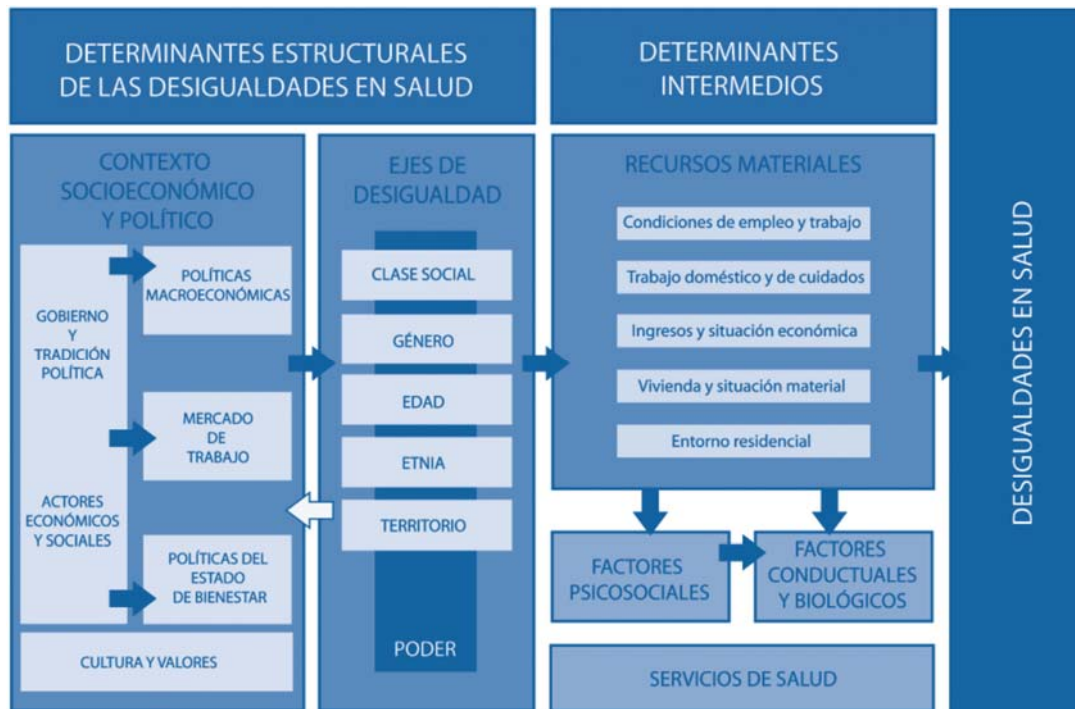


Figura 7. Marco conceptual sobre los determinantes de las desigualdades en salud de la Comisión Española para la Reducción de las Desigualdades Sociales en Salud

Nota: Extraída de Comisión para Reducir las Desigualdades en Salud en España (2010)

Dentro de los determinantes estructurales de las desigualdades en salud se incluirían aspectos que hacen referencia a la estructura social de una sociedad y que estarían relacionados con el contexto socioeconómico y político. De esta forma, el origen de las desigualdades en salud se situaría en factores estructurales como la tradición política de los gobiernos y políticas macroeconómicas y sociales derivadas de esta acción y que tendrán como consecuencia la modificación del mercado laboral, la vivienda, la educación o el bienestar social. En estos determinantes estructurales se incluirían también aspectos como la gobernanza, así como el conjunto de valores sociales y normas culturales hegemónicas en una sociedad. Todos estos factores contextuales ejercen una gran influencia sobre los sistemas de estratificación social, que son origen de y mantienen las diferentes jerarquías sociales que determinan la posición social que los individuos ocupan en la sociedad según su nivel socioeconómico, género, nivel de estudios, lugar de nacimiento y otros ejes de desigualdad social.

La posición social desigual derivada de estos determinantes estructurales ocasiona desigualdades en la distribución de los denominados determinantes intermedios, es decir, los factores que median la relación entre los determinantes estructurales y la salud. El modelo sitúa entre estos factores intermedios las condiciones de vida y de trabajo, factores psicosociales y las conductas con impacto en la salud. Siguiendo este modelo, el sistema sanitario también es responsable en la generación de las desigualdades sociales en salud, lo que implicaría que, incluso en poblaciones con cobertura universal y gratuita, los individuos de



menor nivel socioeconómico presentan mayores barreras en el acceso y una menor calidad de la atención.

En esta diferencia entre determinantes estructurales e intermedios conviene tener en cuenta las aportaciones de Bruce G. Link y Jo Phelan en torno a lo que denominaron causas fundamentales de la salud y su diferenciación entre factores proximales y factores distales (Clouston y Link, 2021; Link y Phelan, 1995). Estos autores utilizan esta diferenciación entre factores proximales y distales causantes de la enfermedad para diferenciar aquellas causas o elementos más inmediatos a la enfermedad, como la dieta, el colesterol o la hipertensión, de los factores distales. Estos factores distales harían referencia a las causas más directamente relacionadas con las condiciones sociales de las personas que, aunque son menos inmediatas, son las causas fundamentales de la aparición de las enfermedades.

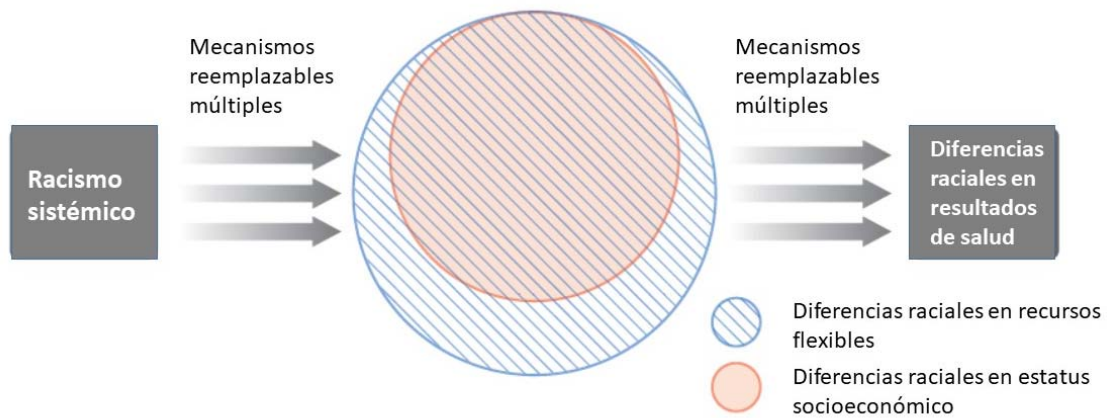
El estatus socioeconómico sería una causa fundamental de la salud ya que otorga al individuo lo que estos autores denominaron recursos flexibles. Estos son recursos que pueden ser utilizados en variedad de ocasiones para evitar el riesgo de las enfermedades y minimizar sus consecuencias. Estos recursos flexibles son el conocimiento, el dinero, el poder, el prestigio y las conexiones sociales. Según Link y Phelan (1995), resulta necesario contextualizar los factores proximales y así entender el proceso por el que son algunas personas, y no otras, las que son expuestas a estos factores proximales.

Sin embargo, estos autores señalan que el sistema de valores y creencias de la cultura occidental, que subraya la libertad de las personas en su devenir personal, provocaría un mayor énfasis en los factores proximales y en su potencial de modificación a través de acciones individuales. La epidemiología moderna, y su foco fundamental en los factores de riesgo, potenciaría además ese interés en esos factores proximales.

No obstante, según estos autores es necesario identificar esas causas fundamentales de las enfermedades, ya que los efectos que provocan estas causas no serán eliminados al eliminar los mecanismos intermedios o factores proximales. La experiencia histórica nos muestra ejemplos de ello. Así, durante el siglo XIX y comienzos del XX los factores proximales que mediaban entre las causas fundamentales y la salud mejoraron, y esto no provocó que las desigualdades en salud desaparecieran. Más bien, los factores de riesgo de aquella época fueron sustituidos por otros relacionados con las conductas, manteniéndose la relación entre la posición socioeconómica (causa fundamental) y la salud.

Años más tarde de la formulación de esta teoría para explicar las desigualdades en salud, Link y Phelan se preguntaron sobre las desigualdades raciales en salud en Estados Unidos y su durabilidad a lo largo de la historia. Dichos autores afirman que este carácter duradero puede explicarse porque el racismo sistémico es una causa fundamental de las desigualdades en salud. Para ello, aplican los postulados de su teoría al caso de las desigualdades en salud

entre personas blancas y negras en Estados Unidos. Proponen un marco conceptual que se recoge a continuación.



**Figura 8. Racismo como causa fundamental de las desigualdades en salud: marco conceptual**

Nota: Extraída de Phelan y Link (2015)

En este marco se recoge que el racismo es una causa fundamental de las desigualdades en salud por dos razones. Primero, porque el racismo es una causa fundamental del estatus socioeconómico y este es causa fundamental de las desigualdades en salud. Segundo, el racismo es causa fundamental porque es una causa de las desigualdades en salud incluso tras eliminar el efecto del estatus socioeconómico. En la figura vemos como entre el racismo estructural y la salud median dos tipos de recursos flexibles, uno sombreado que hace referencia a las diferencias que la raza marca en el estatus socioeconómico, y otro en líneas que hace referencia al impacto de la raza sobre los recursos flexibles más allá de la acción del estatus socioeconómico. De esta forma, el racismo sistémico genera múltiples mecanismos que producen y mantienen las ventajas de las personas blancas en: factores estructurales, como la dominación de las estructuras políticas, comerciales, educativas o mediáticas; recursos individuales, como el dinero, el conocimiento, el prestigio o el poder; y en factores psicosociales, como las expectativas o creencias. Además, esta relación entre el racismo y las desigualdades en salud se conecta a través de factores que son reemplazables en el tiempo y que permiten la durabilidad de la relación.

La relación entre el estatus migratorio o la etnia y el estatus socioeconómico o las condiciones materiales no solo ha sido abordada por Link y Phelan sino que es parte de un debate ya clásico en los estudios de migraciones. Ha habido un largo y enfrentado debate y discusión teórica en relación a estos dos conceptos. Así, algunos autores han defendido que detrás de las desigualdades étnicas se encontraban las desigualdades socioeconómicas, otorgando la importancia a este factor y no al étnico (Navarro, 1990), mientras que en el otro extremo algunos autores señalan que el factor socioeconómico solo juega un papel mínimo

o inexistente en las diferencias étnicas en salud (McKeigue, 1997). Posturas intermedias señalan que el nivel socioeconómico juega un papel importante pero junto con otros factores culturales o genéticos (Smaje, 1994). Más allá de estos debates, lo que sí está claro es la complejidad de la relación entre las desigualdades en salud según el lugar de nacimiento y el factor socioeconómico tanto desde el punto de vista teórico como metodológico, ya que la propia medición del factor socioeconómico puede ser complicada en su interacción con el estatus migratorio.

### 3. Objetivos e hipótesis

En el contexto de los antecedentes anteriores, el objetivo general de esta tesis consiste en conocer las desigualdades en salud según el lugar de nacimiento en el País Vasco, distinguiendo entre las personas nacidas en él y aquellas nacidas en otras zonas del Estado español, alrededor de la década de 2010.

Para ello, se plantean los siguientes objetivos específicos:

1. Analizar las desigualdades en salud entre la población autóctona e inmigrante de las generaciones nacidas entre 1928 y 1957 residentes en el País Vasco.
  - 1.1. Analizar las desigualdades en el estado de salud según el lugar de nacimiento.
  - 1.2. Analizar las desigualdades en mortalidad según el lugar de nacimiento.
  - 1.3. Analizar la contribución de la posición socioeconómica a las diferencias en el estado de salud entre personas inmigrantes y autóctonas.
  - 1.4. Analizar la evolución de estas desigualdades según el lugar de nacimiento.
  - 1.5. Comparar las desigualdades en salud según el lugar de nacimiento en el País Vasco con las ocurridas en otras comunidades autónomas que experimentaron el flujo migratorio del resto del Estado durante el siglo pasado.
2. Analizar las desigualdades en los determinantes sociales de la salud entre población autóctona e inmigrante de las generaciones nacidas entre 1928 y 1957 residentes en el País Vasco.
  - 2.1. Analizar las desigualdades en los ejes de estratificación social (clase social y nivel de estudios) según el lugar de nacimiento.
  - 2.2. Analizar las desigualdades en las condiciones de vida y trabajo según el lugar de nacimiento.
  - 2.3. Analizar las desigualdades en los factores psicosociales según el lugar de nacimiento.
  - 2.4. Analizar las desigualdades en las conductas relacionadas con la salud según el lugar de nacimiento.
  - 2.5. Analizar las desigualdades en el uso de los servicios sanitarios según el lugar de nacimiento.
3. Analizar las desigualdades en salud de las generaciones nacidas entre 1965 y 1990 residentes en el País Vasco, según el lugar de nacimiento de sus progenitores.

- 3.1. Analizar las desigualdades en el estado de salud de tal población según el lugar de nacimiento de los progenitores.
- 3.2. Analizar las desigualdades en los ejes de estratificación social (nivel de estudios y clase social), así como en las condiciones de vida y trabajo, según el lugar de nacimiento de los progenitores.
- 3.3. Analizar las desigualdades en las conductas relacionadas con la salud y el uso de los servicios sanitarios según el lugar de nacimiento de los progenitores.

Con base en estos objetivos, y según lo revisado en la literatura, la presente investigación parte de las siguientes hipótesis:

Respecto al primer objetivo referido a las desigualdades en el estado de salud según el lugar de nacimiento en la población nacida entre 1928 y 1957:

1. Las personas nacidas en el resto del Estado presentan un peor estado de salud que las personas autóctonas.
2. Existen desigualdades tanto en hombres como en mujeres, siendo la magnitud similar en ambos sexos.
3. Las personas nacidas en el resto del Estado tienen una mayor mortalidad que las personas autóctonas.
4. Las diferencias en el estado de salud según el lugar de nacimiento se reducen al considerar las variables de posición socioeconómica, pero no desaparecen.
5. Las desigualdades en salud entre la población autóctona e inmigrante han aumentado a lo largo del tiempo.
6. Las desigualdades según el lugar de nacimiento son en el País Vasco similares al resto de comunidades autónomas analizadas.

Respecto al segundo objetivo referido a las desigualdades en los determinantes de la salud según el lugar de nacimiento en la población nacida entre 1928 y 1957:

7. Las personas inmigrantes presentan una menor clase social y nivel de estudios.
8. Las personas inmigrantes presentan una mayor prevalencia de conductas dañinas para la salud.
9. No existen diferencias entre personas inmigrantes y autóctonas en el acceso al sistema sanitario en lo referente a la atención primaria pero sí en la atención especializada.

Respecto al tercer objetivo referente a las desigualdades en la salud de las generaciones nacidas entre 1965 y 1990 residentes en el País Vasco, según el lugar de nacimiento de sus progenitores:

10. Las personas descendientes de inmigrantes del resto del Estado presentan un peor estado de salud que las descendientes de personas autóctonas.

11. Las personas descendientes de población inmigrante del resto del Estado tienen una peor posición socioeconómica, así como peores condiciones de vida y trabajo, que los descendientes de personas autóctonas.
12. No existen desigualdades entre descendientes de población inmigrante y autóctona en las conductas relacionadas con la salud ni en el acceso al sistema sanitario en lo referente a la atención primaria pero sí en la atención especializada.



## 4. Metodología

### 4.1. Diseño y población

La consecución de los objetivos marcados ha conllevado la realización de varios estudios complementarios, utilizando diseños observacionales descriptivos en distintas poblaciones.

En primer lugar, y para dar respuesta a los objetivos 1.1, 1.3 y 2, se llevó a cabo un estudio transversal referido a la población residente en viviendas familiares de 50 a 79 años de edad del País Vasco en base al análisis de los microdatos de dos encuestas: la Encuesta de Salud del País Vasco de 2007 y la Encuesta de Condiciones de Vida de 2009; se analizaron las diferencias entre personas nacidas en el País Vasco y en el resto del Estado en diferentes variables y determinantes de la salud.

Con el fin de dar respuesta al objetivo 1.2 sobre las desigualdades en mortalidad, así como para analizar las desigualdades en las condiciones del entorno de residencia (parte del objetivo 2.2), se llevó a cabo un estudio ecológico que utilizaba datos del Censo de Población y Viviendas de 2011, así como datos de mortalidad por sección censal obtenidos del Atlas de mortalidad en áreas pequeñas de la Comunidad Autónoma del País Vasco (1996-2003).

En segundo lugar, y en relación al objetivo 1.4, se llevó a cabo un estudio de tendencia en base a diversos cortes transversales. La población a estudio fueron las personas nacidas entre 1928 y 1957 residentes en el País Vasco en los diferentes cortes transversales (1986, 1992, 1997, 2002 y 2007). La fuente de datos fue la Encuesta de Salud del País Vasco, en sus diferentes ediciones. Se analizaron las diferencias en la autovaloración de la salud entre personas nacidas en el País Vasco y en el resto del Estado y su evolución en el tiempo.

En tercer lugar, y con el propósito de comparar las desigualdades en diferentes contextos (objetivo 1.5), se llevó a cabo un estudio transversal referido a la población de 50 a 79 años residente en el País Vasco, Catalunya, Comunidad Valenciana y la ciudad de Madrid en el periodo 2006-2009. En base a los datos de las encuestas de salud de cada territorio analizado, se estudiaron las diferencias en el estado de salud entre personas inmigrantes y autóctonas y se compararon dichas diferencias.



Por último, y con el fin de analizar la herencia de las desigualdades según el lugar de nacimiento de sus progenitores (objetivo 3), se llevó a cabo un estudio transversal referido a la población de 25 a 49 años residente en el País Vasco en 2013. En base a la edición de ese año de la Encuesta de Salud del País Vasco, se analizaron las diferencias en el estado de salud y en los determinantes de la salud según el lugar de nacimiento de los progenitores.

En todos los casos se excluyó del análisis a la población nacida en el extranjero o la población descendiente de personas extranjeras.

**Tabla 5. Población a estudio y fuente de datos asociada a cada objetivo**

Objetivo	Población a estudio	Fuente de datos y temporalidad
Objetivo 1: desigualdades en salud (objetivos 1.1 y 1.2)	Población de 50 a 79 años residente en el País Vasco en 2007 nacida en el País Vasco o resto del Estado	Encuesta de Salud del País Vasco 2007
Objetivo 2: desigualdades en determinantes de la salud		Encuesta de Condiciones de Vida 2005 Atlas de mortalidad en áreas pequeñas de la Comunidad Autónoma del País Vasco (1996-2003)
Objetivo 1 (objetivo 1.3): evolución de las desigualdades en salud	Población nacida entre 1928 y 1957 residente en el País Vasco nacida en el País Vasco o resto del Estado	Encuesta de Salud del País Vasco, 1986, 1992, 1997, 2002, 2007
Objetivo 1 (objetivo 1.4): comparación de las desigualdades en salud	Población de 50 a 79 años residente en el País Vasco, Catalunya, ciudad de Madrid y Comunidad Valenciana en 2005-2007 nacida en el Estado	Encuesta de Salud del País Vasco 2007 Encuesta de Salut de Catalunya 2005 Encuesta de Salud de la ciudad de Madrid 2005 Encuesta de Salud de la Comunidad Valenciana 2005
Objetivos 1.5 y 2.2 (relativo a condiciones del entorno residencial)	Población residente en el País Vasco total y mayor de 45 años	Censo de Población y Viviendas 2011 Atlas de mortalidad en áreas pequeñas de la Comunidad Autónoma del País Vasco (1996-2003)
Objetivo 3	Población de 25 a 49 años residente en el País Vasco	Encuesta de Salud del País Vasco 2013

Nota: Elaboración propia

## 4.2. Fuentes de datos

Tal y como se ha recogido en el apartado anterior, para la consecución de los objetivos se han utilizado diferentes fuentes de datos, la mayor parte de ellas encuestas de salud. Este tipo de encuestas son una de las principales herramientas para la descripción y monitorización de la salud poblacional, cuyas principales ventajas respecto a otras fuentes de datos de salud las constituyen su perspectiva poblacional y la gran cantidad de información relacionada con los determinantes sociales de la salud que recogen.

Concretamente, se han utilizado las siguientes encuestas de salud: seis ediciones de la Encuesta de Salud del País Vasco, la Encuesta de Salud de Catalunya, la Encuesta de Salud de

la Comunidad Valenciana y la Encuesta de Salud de Madrid (ciudad). Además, se ha utilizado la Encuesta de Condiciones de Vida del País Vasco y el Atlas de mortalidad en áreas pequeñas de la Comunidad Autónoma del País Vasco (1996-2003).

#### Encuesta de Salud del País Vasco (ESCAV)

Se utilizaron las ediciones de esta encuesta producida por el Departamento de Salud del Gobierno Vasco (1986, 1992, 1997, 2002, 2007 y 2013). La población objeto de estudio de la ESCAV la constituye la población residente en viviendas familiares en el País Vasco en la fecha de realización de cada encuesta, excluyendo, por tanto, la población residente en viviendas colectivas.

La ESCAV, como ocurre de manera general en todas las encuestas de salud, recoge información sobre el estado de salud y sus factores determinantes para el conjunto de la población. Esta información se recoge a través de dos cuestionarios. Por una parte, un cuestionario familiar que rellenan todos los miembros de la vivienda y en el que, además de las variables socioeconómicas, se recogen diferentes variables de salud que se estima pueden ser contestadas por un único informante de la familia. Además, por otra parte, dos tercios del hogar contestan a un cuestionario individual que recoge variables de salud y factores determinantes, cuya respuesta debe ser realizada por cada individuo.

Aunque todas las ediciones fueron representativas de la población vasca, el tamaño muestral de las diferentes ediciones varió de unas a otras. En el caso del cuestionario familiar, el mayor tamaño muestral se consiguió en 1986, cuando se encuestó a un total de 24 657 personas, mientras que el menor tamaño muestral se consiguió en 1997, año en el que se encuestó a 12 730 personas. Respecto al cuestionario individual, su mayor tamaño muestral se alcanzó en 2002, con 8398 personas encuestadas, mientras que el menor en 1986, en el que únicamente se recogieron datos del cuestionario individual para 1128 personas.

La tasa de respuesta osciló entre el 75 % de 1986 y el 87 % de 1997, superándose en cuatro ocasiones el 85 %. El tamaño para cada una de las ediciones, así como la tasa de respuesta, se recoge en la siguiente tabla:

**Tabla 6. Tamaño de muestra y porcentaje de respuesta de las diferentes ediciones de la ESCAV**

	1986	1992	1997	2002	2007	2013
Cuestionario familiar	24 657	13 270	12 730	14 787	13 555	12 995
Cuestionario individual	1128	3744	4046	8398	7410	8036
Tasa de respuesta	75 %	86 %	87 %	86 %	79 %	86 %

Nota: Elaboración propia

Las seis ediciones comparten aspectos generales de la estrategia de muestreo, si bien existen algunas diferencias, especialmente en la edición de 1986. Durante esa edición, la recogida de datos se realizó de forma continua durante todo el año, mientras que en el resto se concentró en la última parte del año.

En todas las ediciones se realizó un muestreo polietápico en el que se seleccionaron zonas y posteriormente hogares. Las variables utilizadas para seleccionar estas áreas han ido modificándose. Mientras que en 1986 se consideraba el tamaño del municipio, en ediciones siguientes esta categoría se eliminó, incorporando otras como, por ejemplo, las zonas básicas de salud (en 2013). Como última etapa del muestreo, dentro de los hogares se seleccionó a los individuos que contestarían al cuestionario individual mediante el método Kish. Las características de todas las ediciones de la ESCAV pueden consultarse en las diferentes publicaciones de la encuesta (Departamento de Salud, 2014).

En concreto para este trabajo, se han utilizado diferentes submuestras de la ESCAV. De este modo, en el caso de los objetivos relacionados con el estudio de las desigualdades en salud y determinantes de la salud entre la población autóctona e inmigrante (objetivos 1.1, 1.3 y 2), se ha utilizado una submuestra de la edición de 2007, concretamente la población de 50 a 79 años. Dicha submuestra tenía un tamaño de 5492 individuos para el cuestionario familiar y 3403 para el cuestionario individual. En cuanto al análisis de la evolución de las desigualdades en salud, se utilizó la submuestra de personas nacidas entre 1928 y 1957 de las seis ediciones utilizadas, que supuso un tamaño de muestra de 11 552 individuos. Se utilizó la edición de 2007 de la ESCAV para poder analizar la situación de las generaciones objeto de estudio en un momento de su ciclo vital (50 a 79 años) que permitiera tanto el análisis de los determinantes sociales de la salud como de la salud.

Por último, para el análisis de la herencia de las desigualdades en salud (objetivo 3), se analizó la población de 25 a 49 años descendiente de progenitores autóctonos o nacidos en el resto del Estado, en la edición de 2013. Dicha submuestra tiene un total de 2839 individuos para el cuestionario familiar y 1968 para el individual.

#### **Encuesta de Condiciones de Vida del País Vasco 2009 (ECV09)**

Se trata de una encuesta llevada a cabo por el Eustat-Instituto Vasco de Estadística. Con una periodicidad quinquenal, su primera edición se llevó a cabo en 1989. Su población objeto de estudio es aquella residente en viviendas familiares del País Vasco.

Respecto al diseño muestral, se realiza mediante una estrategia bietápica, con una primera etapa de muestreo estratificado por territorios en la que se seleccionan viviendas, y una segunda en la que se selecciona a los individuos dentro de las viviendas. La recogida consta de dos cuestionarios, uno familiar que recoge la composición y las características demográficas de cada uno de los individuos que componen el colectivo familiar, así como caracte-

rísticas del entorno, y otro individual que recoge los componentes individuales de las condiciones de vida. En la edición de 2009, utilizada en este trabajo, la tasa de respuesta fue del 68 % y el tamaño de la muestra de 5242 individuos. Un mayor detalle de la metodología puede consultarse en la publicación de la encuesta (Eustat, 2011).

Para este trabajo se utilizó la submuestra de individuos de 50 y más años nacidos en el Estado, que supuso 2883 individuos para las variables relativas al cuestionario individual y 3921 para las relativas al cuestionario familiar.

#### **Encuesta de Salud de Catalunya 2006 (ESCA06)**

Se trata de una encuesta llevada a cabo por el Departament de Salut de la Generalitat de Catalunya. Su edición de 2006 es la tercera que se realiza en Catalunya después de las de 1994 y 2002. Su objetivo fue conocer la distribución de la salud y sus condicionantes. Para ello, utilizó tres cuestionarios, uno de adultos, otro de menores y un cuestionario indirecto para las personas que por motivos de salud no podían contestar al cuestionario. La población objeto la constituyen las personas residentes en Catalunya no institucionalizadas. Su muestreo se basa en el Registre de Població de Catalunya. Se lleva a cabo un muestreo polietápico que tiene en cuenta las áreas de salud, así como los municipios. El tamaño de la muestra en la edición de 2006 fue de 18 126 individuos, de los cuales 15 926 fueron población adulta y 2200 menores de 15 años. Un mayor detalle de la metodología puede consultarse en publicaciones específicas (Mompert *et al.*, 2007). En este trabajo se ha utilizado la submuestra de individuos de 50 a 79 años nacidos en el Estado, cuyo tamaño fue de 5642 individuos.

#### **Encuesta de Salud de la ciudad de Madrid 2005 (ESCM05)**

Se trata de una encuesta llevada a cabo por el Instituto de Salud Pública del Ayuntamiento de Madrid, y tiene como población de referencia a la no institucionalizada residente en la ciudad de Madrid. La unidad muestral la constituyen los sujetos y no los hogares. La estrategia muestral toma como unidad a los sujetos y no a las familias, y utiliza un muestreo bietápico por conglomerados con estratificación de las unidades de la primera etapa, que la forman las secciones censales. El tamaño de muestra fue de 8504 individuos. Un mayor detalle de la metodología puede consultarse en publicaciones específicas (Díaz y Esteban, 2008). En este trabajo se ha utilizado la submuestra de individuos de 50 a 79 años nacidos en el Estado, cuyo tamaño fue de 2851 individuos.

#### **Encuesta de Salud de la Comunidad Valenciana 2009 (ESCV09)**

Se trata de una encuesta llevada a cabo por la Conselleria de Sanidad, cuyo objetivo general consiste en obtener información sobre la salud de los y las ciudadanas y sus determinantes. De esta forma, proporciona información sobre el estado de salud, la distribución en la

población de los diferentes problemas de salud, así como de los estilos de vida y el uso de servicios sanitarios en la población valenciana.

La recogida de información se realiza en dos oleadas, una en mayo/junio y la otra en noviembre/diciembre mediante un muestreo polietápico. Las unidades primarias de selección son una combinación de zonas de salud y municipios; dentro de estas se selecciona un hogar y dentro de este un individuo adulto y un menor. Para la obtención de la muestra, se utiliza el Sistema de Información Poblacional de la Conselleria de Sanidad. En la edición de 2009, utilizada en este trabajo, el tamaño de la muestra fue de 5781 individuos. Un mayor detalle de la metodología puede consultarse en la publicación de la encuesta (Conselleria de Sanitat, 2007). En este trabajo se ha utilizado la submuestra de individuos de 50 a 79 años nacidos en el Estado, cuyo tamaño fue de 2250 individuos.

**Tabla 7. Tamaño de las submuestras utilizadas en cada objetivo**

Objetivo	Fuente	Población a estudio
Objetivo 1 (objetivos 1.1 y 1.2): desigualdades en estado de salud	ESCAV07	5492 familiar y 3403 individual
Objetivo 2: desigualdades en determinantes de la salud	ECV09	3921 familiar y 2883 individual
Objetivo 1 (objetivo 1.3): evolución de las desigualdades	ESCAV86-07	11 552 individual
Objetivo 1 (objetivo 1.4): comparación de las desigualdades	ESCAV07	5568 familiar y 3453 individual
	ESCA06	5642 individual
	ESCM05	2851 individual
	ESCV09	2250 individual
Objetivo 3: desigualdades según origen de los progenitores	ESCAV13	2839 familiar y 1968 individual

Nota: ESCAV: Encuesta de Salud del País Vasco; ESCA: Encuesta de Salud de Catalunya; ESCM: Encuesta de Salud de la ciudad de Madrid; ESCVA: Encuesta de Salud de la Comunidad Valenciana. Fuente: Elaboración propia

### **Censo de Población y Viviendas de 2011 y Atlas de mortalidad en áreas pequeñas del País Vasco 1996-2003**

Además de estos datos pertenecientes a encuestas, se han utilizado dos tipos de datos de carácter censal. Por una parte, de cara a caracterizar el entorno de la residencia, así como la segregación residencial, se han utilizado los datos del Censo de Población y Viviendas de 2011 que ofrece características socioeconómicas de las secciones censales, así como de la población por lugar de nacimiento. Estos datos también han servido para explorar las desigualdades en mortalidad. Para esto último, se han utilizado también los datos del Atlas de mortalidad en áreas pequeñas de la Comunidad Autónoma del País Vasco (1996-2003) obtenidos del portal de datos en abierto del Gobierno Vasco: Open Data Euskadi. Concretamente, se han utilizado las razones de mortalidad estandarizada de hombres y mujeres en las diferentes secciones censales.

### 4.3. Selección de dimensiones y variables asociadas

La selección de variables para el análisis se realizó en varias etapas.

En una primera fase, se determinaron las diferentes dimensiones que debían considerarse en el análisis. Estas, así como las subdimensiones a considerar dentro de cada una de ellas, partieron de un trabajo teórico. De esta forma, en base a diferentes marcos teóricos descritos en la introducción que se han propuesto para definir la salud, sus determinantes y las desigualdades sociales en salud, se establecieron una serie de dimensiones y subdimensiones en las que, posteriormente, se buscaron indicadores presentes en las fuentes de datos.

Para ello, se consideraron los diferentes marcos conceptuales relativos a tres aspectos. En primer lugar, a la medición de la salud (Blaxter, 2010; Sermet y Cambois, 2006); en segundo lugar, a la descripción de los determinantes sociales de la salud (Dahlgren y Whitehead, 1993); y, en tercer lugar, al análisis de los determinantes de las desigualdades sociales en salud (Comisión para la Reducción de las Desigualdades Sociales en Salud en España, 2010; Solar e Irwin, 2010). En base a estos marcos conceptuales, se establecieron tres dimensiones con sus diferentes subdimensiones. Una relativa a la medición del estado de salud, y dos relativas a los determinantes de la salud: la primera, que recoge los ejes de estratificación, es decir, las variables de posición social que determinan el diferente acceso y exposición a los determinantes intermedios de la salud y las desigualdades en salud, y la segunda, que intenta abarcar los determinantes intermedios de la salud y de las desigualdades en salud, es decir, los factores que median la relación entre los factores estructurales y la salud (Comisión para la Reducción de las Desigualdades Sociales en Salud en España, 2010; Solar e Irwin, 2010).

Todos los análisis se realizaron de forma separada para hombres y mujeres, ya que se consideró que el género era una variable fundamental que condicionaba tanto la exposición a los diferentes determinantes sociales de la salud como su impacto en la salud.

**Tabla 8. Dimensiones y subdimensiones utilizadas en el análisis**

Dimensión	Subdimensión
Salud	
Estado de salud	Concepción biomédica
	Concepción funcional
	Concepción biopsicosocial
	Salud mental
Mortalidad	Tasa de mortalidad
Determinantes estructurales	
Posición en la estructura social	Clase social
	Nivel de estudios
Determinantes intermedios	
Condiciones materiales	Condiciones de empleo y trabajos
	Trabajo doméstico y de cuidados
	Ingresos y situación económica
	Características del entorno residencial y segregación residencial
	Vivienda
Factores psicosociales	Apoyo social
	Capital social
Factores conductuales	Obesidad
	Sedentarismo
	Tabaco
	Alcohol
Servicios de salud	Uso de diferentes niveles asistenciales

Nota: Elaboración propia

### Medida del estado de salud

La primera de las dimensiones tenía que ver con la medición del estado de salud. En este sentido se establecieron cuatro subdimensiones. Tres de ellas tenían que ver con cada una de las aproximaciones para conceptualizar y medir la salud, y la última era una medida específica de salud mental. La primera medida de la salud parte de una concepción biomédica que considera la salud como ausencia de enfermedad y, por tanto, mide la salud a través de la presencia o ausencia de enfermedad. Para ello, se utilizó la tenencia de algún problema crónico, y se incluyó el total de problemas crónicos contemplados en la ESCAV. Esta lista recoge los problemas crónicos más frecuentes recogidos en lenguaje adaptado a la comprensión de la población general.

El conjunto de problemas crónicos incluidos en las ediciones de la ESCAV es el siguiente: caries; otros problemas dentales; ciática, lumbago y dolores de espalda; dolor de espalda crónico cervical; sordera; hipertensión; colesterol elevado; asma; alergia crónica; cáncer; arterioesclerosis; varices; bronquitis crónica; piedras en el riñón; ceguera parcial o total,

cataratas; problemas crónicos de corazón, infarto de miocardio; úlcera de estómago y duodeno; artrosis y otros reumatismos; problemas crónicos de la piel; piedras en la vesícula biliar; diabetes; trombosis, embolia o hemorragias cerebrales; alteraciones de la próstata; incontinencia urinaria; ansiedad y/o depresión; otros problemas mentales; anemia; osteoporosis; estreñimiento crónico; migraña o dolores de cabeza frecuentes; problemas de tiroides; hemorroides, almorranas; otros.

La segunda concepción parte de un concepto funcional de la salud y mide el estado de salud a través de la capacidad para llevar a cabo las actividades diarias. Se ha utilizado la medida de la ESCAV que recoge esta perspectiva a partir de la limitación crónica de la actividad, medida a través del estatus funcional, es decir, la limitación para la realización de las actividades consideradas normales para cada edad por algún problema de salud. Concretamente, la pregunta es la siguiente: «¿Se encuentra limitado/a de alguna forma por su deficiencia o problema de salud para realizar alguna actividad frecuente en las personas de su edad o sexo?», adaptando a las funciones de cada edad las actividades frecuentes.

Respecto a la tercera, la concepción biopsicosocial, parte de un concepto más holístico de la salud y la mide a través de un balance más integral del estado de salud físico, mental y social del individuo, utilizando medidas basadas en las subjetividades del propio individuo. En el caso de este trabajo se ha utilizado la autovaloración de la salud o salud percibida. Se trata de un indicador de fácil aplicación que, en una sola pregunta, refleja y sintetiza la percepción subjetiva del individuo. Numerosos estudios han mostrado la validez de este indicador y su relación con el uso de servicios, las enfermedades clínicamente diagnosticadas y la mortalidad (Idler y Benyamini, 1997; Patrick y Bergner, 1990). No existe una única formulación de esta pregunta, tanto a la hora de realizar el enunciado general como en las categorías de respuesta utilizadas. Este hecho ha dificultado tanto el análisis de las desigualdades entre comunidades autónomas como el de la evolución histórica.

En lo referente a la evolución histórica de esta variable dentro de la ESCAV, se han utilizado tres preguntas distintas, según se muestra en la siguiente tabla. Una de ellas tiene que ver con la pregunta de autovaloración de la salud, parte de la escala SF-36, que fue recogida de 1997 a 2013, y cuyas categorías de respuesta son: *excelente, muy buena, buena, regular y mala*. Otra es una formulación que distingue entre: *muy buena, buena, regular, mala y muy mala*. En esta última, en las primeras ediciones (1992-1997) la categoría intermedia fue traducida como *normal* en lugar de *regular* (2007 y 2013). En 1986, por el contrario, las categorías de respuesta fueron: *buena, regular y mala*. Estas diferencias en la formulación han obligado a realizar la descripción del total del periodo en diferentes subperiodos en los que había comparabilidad directa en la formulación de la variable, utilizando 1997 como año coincidente entre los diferentes subperiodos.



A la hora de realizar la comparación entre comunidades autónomas, las cuatro encuestas de salud utilizadas no coincidieron en una única formulación. Por ello, se utilizó la pregunta del SF-36 para comparar al País Vasco con Catalunya y Madrid, y la otra formulación para compararla con la Comunidad Valenciana. Un resumen de la pregunta recogida en cada encuesta de salud en este trabajo, así como las categorías consideradas como mala salud (**negrita**), pueden consultarse en la siguiente tabla:

**Tabla 9. Formulación utilizada para preguntar la autovaloración de la salud en las diferentes encuestas utilizadas y categorías incluidas como mala salud (negrita)**

	ESCAV 1986	ESCAV 1992	ESCAV 1997	ESCAV 2002	ESCAV 2007	ESCAV 2013	ESCA 2006	ESCM 2005	ESCV 2009
¿Cómo considera que ha sido su salud durante los últimos 12 meses? Buena <b>Regular</b> <b>Mala</b>	●								
Considera que su salud en general es: Muy buena Buena <b>Normal</b> <b>Mala</b> <b>Muy mala</b>		●	●	●					
En general usted diría que su salud es: Excelente Muy buena Buena <b>Regular</b> <b>Mala</b>					●	●			●
Considera que su salud en general es: Muy buena Buena <b>Regular</b> <b>Mala</b> Muy mala			●	●	●	●	●	●	

Nota: ESCAV: Encuesta de Salud del País Vasco; ESCA: Encuesta de Salud de Catalunya; ESCM: Encuesta de Salud de la ciudad de Madrid; ESCVA: Encuesta de Salud de la Comunidad Valenciana. Fuente: Elaboración propia

Por último, se analizó también la salud mental, en base al Mental Health Inventory (MIH-5), medida de 5 ítems derivada del SF-36 recogido en la ESCAV. Se trata de un instrumento sencillo y breve que ha demostrado su validez y propiedades psicométricas (Berwick *et al.*,

1991; McHorney *et al.*, 1993). A partir de las respuestas a diferentes categorías, se calcula un índice que indica, en un rango de 0 a 100, mejor salud mental a medida que el valor es mayor. En línea con lo realizado en otros estudios, las puntuaciones fueron recodificadas a partir del valor 52 (Bültmann *et al.*, 2006), considerando que los individuos con puntuaciones menores tenían una mala salud mental, concretamente síntomas de ansiedad o depresión.

#### **Determinantes sociales de la salud**

Con el fin de dar respuesta a los objetivos relativos al análisis de los determinantes sociales de la salud, se analizaron determinantes estructurales e intermedios.

En relación con los determinantes estructurales de la salud, se utilizaron en primer lugar medidas de posición socioeconómica. Se seleccionaron dos indicadores relativos a posición social, uno más relacionado con la posición socioeconómica de la sociedad de origen: el nivel de estudios, y otro con la situación o nivel adquirido en las sociedades de llegada: la clase social.

El nivel de estudios fue recogido tanto en la ESCAV como en el resto de encuestas de salud utilizadas. Esta medida tiene diferentes ventajas, ya que es una variable relativamente estable en el tiempo, que se adquiere a edades jóvenes y no suele sufrir grandes modificaciones a lo largo de la vida, por lo que es uno de los indicadores de posición social más utilizados a la hora de analizar las desigualdades sociales en salud (Crimmins y Cambois, 2003). Esta medida de posición, sin embargo, no está exenta de limitaciones, ya que su significado es muy contexto-dependiente y varía sustancialmente con el proceso histórico. En nuestro caso, para el análisis de las desigualdades a edades adultas, el nivel de estudios puede considerarse un indicador de la posición social en las sociedades de origen y permite diferenciar entre tipos de migraciones según su nivel de cualificación. En este estudio se consideró el máximo nivel de estudios alcanzado y tras un trabajo de homogeneización de las diferentes encuestas se establecieron cuatro grupos: primarios o inferiores, secundarios inferiores, secundarios superiores y universitarios.

Como medida de clase social se utilizó la clase social basada en la ocupación. Se trata también de una medida ampliamente utilizada en el estudio de las desigualdades sociales en salud (Bacigalupe y Martín, 2007). En la ESCAV dicha medida se calcula siguiendo las recomendaciones de la Sociedad Española de Epidemiología (Domingo-Salvany *et al.*, 2013). En nuestro caso, la clase social distingue cinco categorías que pueden ser recodificadas en dos grupos: trabajadores/as manuales y no manuales.

En relación con los determinantes intermedios de la salud, se establecieron cuatro dimensiones: las condiciones materiales de vida, factores psicosociales, factores conductuales y servicios de salud.

Dentro de la primera dimensión, las condiciones materiales de vida, se consideraron cuatro subdimensiones: condiciones de empleo y trabajo, trabajo doméstico y de cuidados, ingresos y situación socioeconómica, y entorno residencial y vivienda.

Las condiciones de empleo y trabajo englobaron diferentes indicadores: desempleo, duración del contrato (fijo/no estable), riesgos ergonómicos y fisicoquímicos (estar expuesto o no a más de 6 riesgos a partir de una lista recogida en la ESCAV), y satisfacción con el trabajo. La segunda subdimensión es la relativa al trabajo doméstico y de cuidados, e incluyó dos indicadores: cuidado informal a personas dependientes por estado de salud y realización de trabajo doméstico como actividad principal. La tercera subdimensión, que hace referencia a los ingresos y situación económica, engloba dos variables: ingresos insuficientes, que diferencia entre ingresos insuficientes (ingresos bajos) e ingresos no insuficientes (ingresos medios y altos) a partir de la clasificación creada por Eustat, y dificultad de llegar a fin de mes, creada de dos formas diferentes según se utilizara la variable procedente de la ECV (adultos) o de la ESCAV (descendientes). En el caso de la ECV, se consideraba ingresos insuficientes si la persona contestaba llegar «con apuros» a fin de mes, mientras que en la ESCAV cuando manifestaba llegar «con dificultad». La cuarta subdimensión hace referencia a las características del entorno residencial. Se tuvieron en cuenta diferentes indicadores: en primer lugar, características socioeconómicas del entorno, tanto a partir de variables simples relativas al entorno de la residencia -porcentaje de personas con trabajos manuales, porcentaje de paro o porcentaje de personas con instrucción insuficiente- como de un indicador compuesto para medir el índice de privación en base a la combinación de cuatro variables (paro, instrucción, trabajadores/as manuales, trabajadores/as eventuales e instrucción insuficiente en jóvenes y población total). Este indicador se ha construido en el marco de un proyecto de desigualdades en mortalidad (Medea) y sus características pueden consultarse en la publicación de Domínguez-Berjón *et al.* (2008). En segundo lugar, se consideró la segregación residencial. En tercer lugar, los problemas en el entorno para lo que se construyeron tres indicadores que hacían referencia a la existencia de un entorno con un «ambiente social deteriorado», «violencia o agresiones», o «molestias». Se consideró que había problemas en cada uno de ellos cuando la categoría creada por Eustat era «muy deteriorado». La última subdimensión, la de vivienda, se analizó a través de un indicador relativo a los equipamientos en la vivienda. Se consideró déficit en equipamiento del hogar cuando la categoría fue «sin equipamientos», «pocos» o «con algunos».

La segunda dimensión dentro de estos determinantes intermedios hace referencia a los factores psicosociales, y se operacionaliza en dos subdimensiones: una relativa al capital social y otra al apoyo social. En relación con el apoyo social, se utilizó la escala de capital social DUKE-UNC-11, que fue diseñada para medir el apoyo social con el que cuentan las personas a través de los aspectos funcionales y cualitativos de este y no por el tamaño de la red de apoyo. Esta escala permite obtener una medida de apoyo social general, así como de apoyo confidencial y afectivo. En esta tesis se utilizó la falta de apoyo social, construida a

partir de la metodología utilizada en la ESCAV. En cuanto al capital social, se ha pretendido hacer un acercamiento a dicha variable en su vertiente de participación en la comunidad, considerando como variable la referente a la pertenencia a organizaciones o colectivos de diferente tipo (juvenil, social, medioambiental, vecinal, de derechos humanos, religiosos, políticos, etc.) que se recoge en la ECV.

La tercera dimensión dentro de los determinantes intermedios la constituyen los factores conductuales relacionados con la salud, dentro de los que se han considerado los siguientes: obesidad, medida a partir del IMC; sedentarismo, recogido a partir de la escala IPAQ (Departamento de Salud, 2014); y el consumo de tabaco y alcohol, considerando el consumo con riesgo a largo plazo a partir de una semana tipo (Departamento de Salud, 2014). Por último, la cuarta dimensión hace referencia al uso del sistema sanitario, considerando las visitas a atención primaria, atención especializada, así como al dentista.

Un resumen de las variables utilizadas en cada subestudio puede consultarse en la siguiente tabla:

**Tabla 10. Indicadores asociados a cada subdimensión y dimensión y variable utilizadas en cada subestudio**

Dimensión	Subdimensión	Indicador	Adultos Obj. 1.1 y 2	Mortalidad Obj. 1.2	Contribución Obj. 1.3	Evolución Obj. 1.4	Otras CC. AA. Obj. 1.5	Herencia Obj. 3
Salud								
Estado de salud	Perspectiva biopsicosocial	Mala salud percibida	•		•	•	•	•
	Perspectiva funcional	Limitación crónica	•		•			•
	Perspectiva biomédica	Enfermedad crónica	•		•			•
	Salud mental	Síntomas de ansiedad y depresión	•		•			•
Mortalidad	Tasa de mortalidad		•					
Determinantes de la salud								
Determinantes estructurales								
Posición en estructura social	Clase social	Clase ocupacional SEE	•		•		•	•
	Nivel de estudios	Máximo nivel de estudios	•		•		•	•
Determinantes intermedios								
Condiciones materiales de vida	Condiciones de empleo y trabajo	Desempleo	•					•
		Duración contrato						•
		Satisfacción trabajo	•					•
		Riesgos psicosociales en el trabajo						•
		Riesgos físicos en el trabajo						•
		Cuidados dependientes						•

Dimensión	Subdimensión	Indicador	Adultos Obj. 1.1 y 2	Mortalidad Obj. 1.2	Contribución Obj. 1.3	Evolución Obj. 1.4	Otras CC. AA. Obj. 1.5	Herencia Obj. 3
	Trabajo doméstico y de cuidados	Trabajo doméstico actividad principal						•
	Ingresos y situación económica	Dificultad de llegar a fin de mes	•					•
		Ingresos insuficientes	•					
	Entorno residencial	Características socioeconómicas (% viviendas bajo confort, % personas estudios primarios, % paro e índice compuesto)	•					
		Segregación residencial	•					
		Problemas entorno vivienda	•					•
	Vivienda	Equipamiento vivienda	•					•
Factores psicosociales	Apoyo social Capital social	Apoyo social bajo (emocional y confidencial)						•
		Participación asociaciones	•					
Factores conductuales y biológicos	Obesidad	Obesidad	•					•
	Sedentarismo	Sedentarismo	•					•
	Tabaco	Consumo tabaco	•					•
	Alcohol	Consumo alcohol de riesgo						•
Servicios de salud	Médico primaria	Uso de médico/a primaria	•					•
	Médico especialista	Uso médico/a especialista	•					•
	Dentista	Uso dentista	•					•

Nota: Elaboración propia

#### 4.4. Gestión y análisis de datos

Una vez obtenidas las bases de datos a partir de la página web de los organismos productores o mediante petición específica, se calculó el total de variables recogidas en el apartado anterior mediante la recodificación de las variables originales. En el caso de la comparativa entre comunidades autónomas, así como en el análisis de la perspectiva temporal, se crearon bases conjuntas y homogeneizadas a partir de las encuestas de cada comunidad autónoma, así como de cada periodo.

Una vez obtenidas las bases de datos finales, se calcularon las prevalencias brutas y estandarizadas de las variables de salud y los determinantes sociales de la salud en los diferentes grupos, según el lugar de nacimiento propio o de los progenitores.

Para analizar la asociación entre el lugar de nacimiento propio o de los progenitores y las diferentes variables de estado de salud o los determinantes de la salud, se calcularon las

razones de prevalencia (RP) y sus intervalos de confianza al 95 %. Para su cálculo se utilizaron modelos de regresión de Poisson de varianza robusta. Se calcularon RP brutas y ajustadas por edad. La estandarización fue directa utilizando como población estándar la población del País Vasco del año de referencia.

Asimismo, a la hora de considerar el efecto que la clase social y el nivel de estudios tuvieron en la relación entre el lugar de nacimiento y la salud (objetivo 1.3), se calcularon RP ajustadas por esas variables de manera secuencial. En este proceso secuencial se estimó el porcentaje de cambio de la RP del lugar de nacimiento cuando se consideraban la clase social y el nivel de estudios. Para ello, se utilizó la siguiente fórmula:

$$\frac{(RP_{modelo1} - RP_{modelo2})}{RP_{modelo1} - 1} 100$$

Además, con el fin de determinar el posible efecto modificador que la clase social tenía en la relación entre el lugar de nacimiento y la salud, se calcularon las RP segmentadas por clase social distinguiendo entre clase manual y no manual.

Con el objetivo de estimar las diferencias en la magnitud del efecto y su significación entre las diferentes variables, ya sea en el análisis temporal o en la comparación entre comunidades autónomas y clases sociales, se introdujeron términos de interacción en los modelos de regresión que permitieron valorar la significación de las diferencias.

En el caso del estudio ecológico, la unidad de análisis fue la sección censal. Tanto para el análisis de las características del entorno (objetivo 2.2) como para el análisis de la mortalidad (objetivo 1.2), en primer lugar se analizaron los estadísticos descriptivos del conjunto de variables en el total de secciones censales del País Vasco. En segundo lugar, y para el caso del análisis de la mortalidad, los datos disponibles solo permitieron hacer un análisis exploratorio: se estudió la correlación entre la mortalidad, razones de mortalidad estandarizadas, y dos tipos de variables: el porcentaje de personas inmigrantes y las variables socioeconómicas. Para ello, se utilizaron los coeficientes de correlación Pearson y Spearman, y gráficos de dispersión. De cara a valorar la magnitud de la relación entre el porcentaje de personas inmigrantes y la mortalidad, se compararon los niveles de correlación entre las variables de mortalidad y tres variables socioeconómicas: viviendas de bajo confort, paro e instrucción insuficiente. Además, se comparó la mortalidad de las secciones censales según el porcentaje de personas nacidas en el resto del Estado utilizando gráficos *box plot* a partir de los quintiles de esa variable. Por último, y con el fin de ajustar el efecto de las características socioeconómicas del área, se dividió el conjunto de secciones censales en quintiles según su nivel de privación, y en cada quintil se comparó la mortalidad de las secciones con mayor o menor presencia de personas originarias del resto del Estado. Al disponer de datos agregados ya calculados, y no de los datos brutos, no fue posible el cálculo de otro tipo de indicadores y únicamente se utilizaron para cada sección censal la razón de mortalidad estandarizada por edad y suavizada para cada sexo.

En el caso de la segregación residencial, se utilizaron índices de disimilitud (ID) (Duncan y Duncan, 1955) que comparan la distribución residencial del grupo minoritario (personas inmigrantes) y el grupo mayoritario (personas autóctonas). Este índice mide, de manera estandarizada, la segregación en valores que van de 0 (ausencia total de segregación) a 1 (segregación total):

$$ID = \frac{1}{2} \sum_{i=1}^N \left| \frac{x_i}{X} - \frac{t_i - x_i}{T - X} \right|$$

donde  $x_i$  es el número de personas del grupo minoritario residentes en cada sección  $i$ ,  $X$  la población total del grupo minoritario,  $t_i$  la población total en la sección y  $T$  la población total.

Todos los análisis se hicieron de manera separada para hombres y mujeres, salvo los relativos a la segregación residencial y las características del entorno, para los que no fue posible.

La gestión y análisis estadístico se realizó con los programas Excel y SAS (v9.4).

#### **4.5. Aspectos éticos y legales de la investigación**

Esta investigación ha utilizado únicamente datos secundarios y no ha producido ningún dato para la misma. Todos los datos fueron obtenidos del órgano productor de los mismos, bien mediante el acceso a la información disponible en la página web o previa petición específica. Todos los ficheros habían sido previamente anonimizados por el organismo productor y en esta tesis no se ha trabajado con datos personales ni identificables. Es por ello que no ha sido necesario ningún protocolo específico relativo a la protección de datos personales ni evaluación ética del proyecto.

## 5. Resultados

Este capítulo recoge los resultados obtenidos en la presente tesis doctoral. Su presentación se ha realizado siguiendo los objetivos marcados.

En primer lugar, se presentan los resultados relativos al primero de los objetivos específicos, el análisis de las desigualdades entre personas migradas y autóctonas. Se ha comenzado comparando el estado de salud entre ambos colectivos, en base a las diferentes variables de salud. Después se ha analizado la contribución que otras variables de posición social tienen en esas diferencias en salud. En el tercer apartado se ha descrito la evolución de estas desigualdades a lo largo del tiempo. Posteriormente, se comparan estas desigualdades del País Vasco con las ocurridas en otras poblaciones receptoras de migración interna (Catalunya, Comunidad Valenciana y Madrid). Para finalizar este primer capítulo, se ha realizado un acercamiento a las desigualdades en mortalidad en este colectivo.

El segundo apartado responde al objetivo específico 2 referido al análisis de las desigualdades en los determinantes de la salud. Este se divide en dos partes. En primer lugar, se han descrito las diferencias entre personas inmigradas y autóctonas en los ejes de desigualdad: clase social y nivel de estudios. Por último, se recogen las diferencias en esos dos mismos colectivos en los determinantes intermedios de las desigualdades.

El tercer apartado responde al tercero de los objetivos específicos, concretamente al análisis de la herencia de las desigualdades. En primer lugar, se analizarán las desigualdades en salud y, después, en los determinantes de la salud de las hijas e hijos de personas migradas respecto a las personas descendientes de progenitores autóctonos.

### 5.1. Desigualdades en la salud entre población inmigrante y autóctona

En este apartado se analizan las desigualdades en salud entre la población inmigrante y autóctona en el País Vasco, describiendo también la magnitud de estas, en perspectiva comparada temporal y espacialmente.

Para ello, en primer lugar, se han descrito las diferencias en el estado de salud considerando varias perspectivas de medición de la salud.



Una vez analizadas estas diferencias en el estado de salud, en el segundo apartado se estudió el papel que dos variables de posición social, el nivel de estudios y la clase social, tienen en esas diferencias en el estado de salud. Esto permitió determinar si las diferencias en el estado de salud se explicaban por la diferente posición social de estas personas, tanto en lo relativo a su situación en las poblaciones de llegada, como en las diferencias entre las zonas de destino y llegada. Ello permitió dilucidar si la diferencia en el estado de salud entre población según el lugar de nacimiento se explica únicamente en términos de diferencias en la clase social o el nivel de estudios, o si existe algo más específico del factor migratorio que deba ser tenido en cuenta y que haga que este se convierta en un eje de desigualdad por sí mismo. Asimismo, el análisis segmentado por clase permitió saber si la clase social es un factor que modifica el posible efecto del lugar de nacimiento, y si, por tanto, las diferencias en el estado de salud son mayores según la clase social.

Una vez descritas las desigualdades en el último periodo, se ha realizado un análisis de la evolución de las diferencias en el estado de salud en las últimas décadas, determinando si las desigualdades han crecido o descendido en los últimos años.

Posteriormente, se compararon las diferencias descritas para el País Vasco con las ocurridas en otros territorios con similar proceso migratorio, concretamente, Catalunya, la ciudad de Madrid y Comunidad Valenciana; analizando tanto las diferencias en la magnitud como en la parte explicada por las diferencias en la posición social de estas personas.

Por último, y de manera exploratoria, se han analizado las diferencias en la mortalidad entre población autóctona e inmigrada.

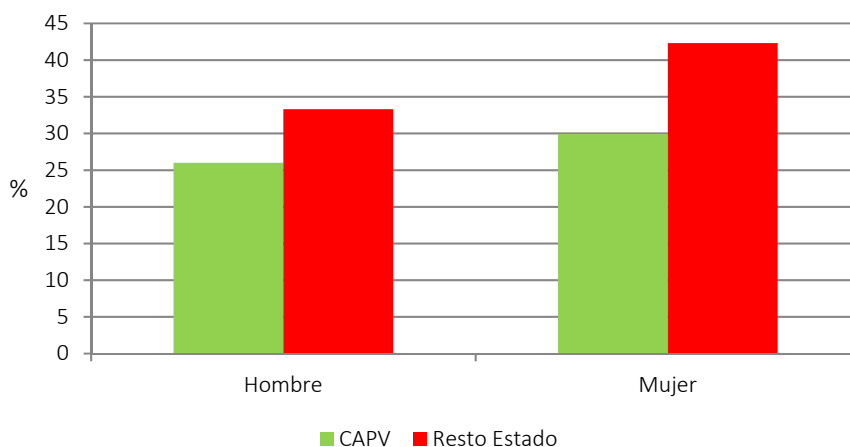
### **5.1.1. Desigualdades en el estado de salud según origen**

En este apartado se analizarán las diferencias en el estado de salud entre personas inmigrantes y autóctonas. Se comenzará con las tres perspectivas de la salud: autovaloración de la salud, discapacidad y problemas crónicos. Por último, se analizarán las diferencias en la salud mental.

En términos generales, las personas nacidas en el resto del Estado presentaron un peor estado de salud que las personas autóctonas. Las diferencias fueron significativas en la salud percibida tanto para hombres como para mujeres, si bien en el resto de variables solo lo fueron en hombres (limitación crónica de la actividad) o en mujeres (problemas crónicos y salud mental).

Comenzando con la salud percibida, tanto en hombres como en mujeres, las personas inmigrantes presentaron un peor estado de salud que las personas autóctonas. Así, en el caso de los hombres, mientras que los nacidos en el País Vasco tuvieron una prevalencia estan-

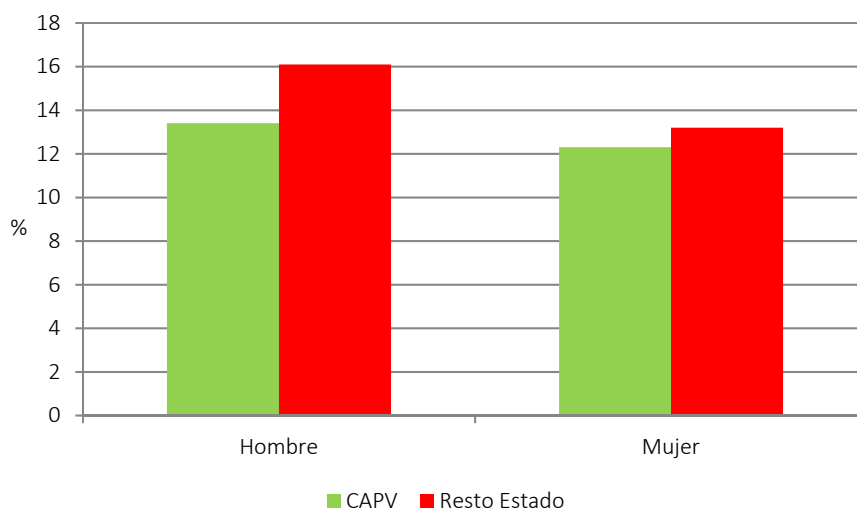
darizada de mala salud del 26,0 %, en las personas nacidas en el resto del estado ese porcentaje ascendió al 33,3 %. Esto supone que ser inmigrante conllevó un aumento del 31 % en la prevalencia de mala salud respecto a las personas autóctonas. En el caso de las mujeres, el aumento fue mayor y alcanzó el 42,0 %. Concretamente, la mala salud entre las nacidas en el País Vasco fue del 29,9 % y entre las nacidas en el resto del Estado del 42,3 %. Las diferencias fueron estadísticamente significativas, tanto en hombres (RP: 1,31; IC95 %: 1,12; 1,53) como en mujeres (RP: 1,42; IC95 %: 1,26; 1,62).



**Figura 9. Prevalencia de mala salud percibida estandarizada por edad según lugar de origen y sexo. Población de 50 a 79 años. País Vasco, 2007**

Nota: Elaboración propia a partir de ESCAV 2007

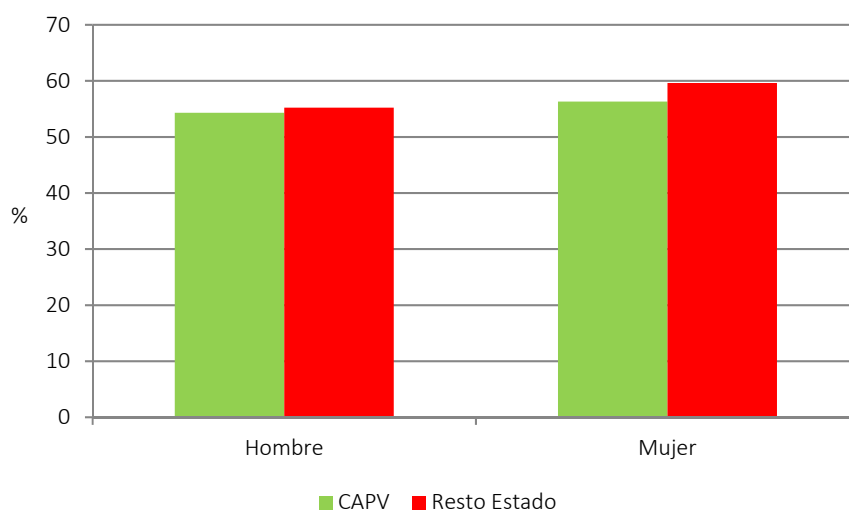
Respecto a la discapacidad, entendida como la limitación para llevar a cabo las actividades diarias normales para cada edad, la prevalencia de personas con discapacidad fue mayor en las personas inmigrantes respecto a las autóctonas, aunque las diferencias solo fueron significativas en el caso de los hombres. En estos la prevalencia de discapacidad fue cerca de 3 puntos superior para los inmigrantes, lo que supone un aumento del 23,0 % en la prevalencia en inmigrantes respecto a autóctonos. Esta diferencia fue estadísticamente significativa (RP: 1,23; IC95 %: 1,01; 1,41). En el caso de las mujeres, sin embargo, la diferencia en la prevalencia estandarizada no alcanzó el punto porcentual y, además, no fue estadísticamente significativa (RP: 1,09; IC95 %: 0,90; 1,33).



**Figura 10. Prevalencia de discapacidad estandarizada por edad según lugar de origen y sexo. Población de 50 a 79 años. País Vasco, 2007**

Nota: Elaboración propia a partir de ESCAV 2007

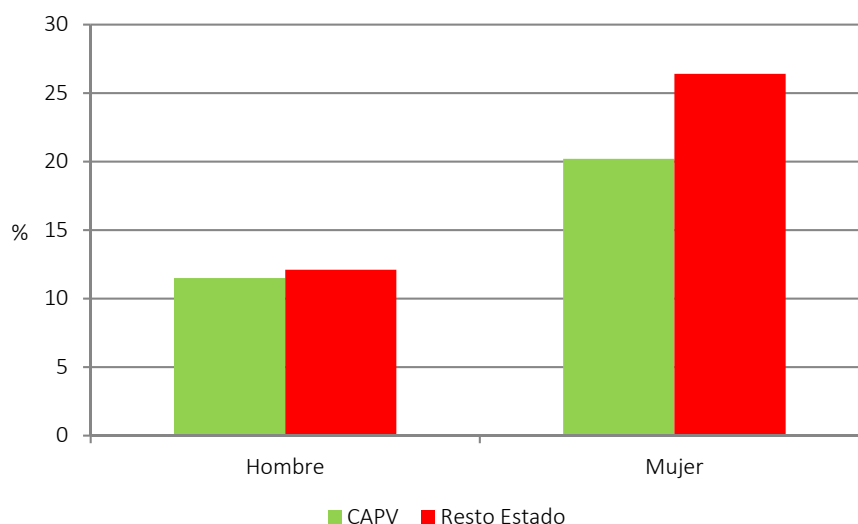
En relación con la tenencia de algún problema crónico, las diferencias entre inmigrantes y autóctonos fueron inferiores respecto a las variables anteriores y solamente fueron significativas estadísticamente en el caso de las mujeres (RP: 1,07; IC95 %: 1,01; 1,14). Así, la prevalencia de problemas crónicos fue, en el caso de los hombres inmigrantes, del 55,2 % frente al 54,3 % en los autóctonos. En las mujeres, las diferencias fueron algo mayores, ya que, mientras que en las autóctonas el porcentaje de problemas crónicos fue del 56,3 %, en las inmigrantes ascendió al 59,6 %.



**Figura 11. Prevalencia de problemas crónicos estandarizada por edad según lugar de origen y sexo. Población de 50 a 79 años. País Vasco, 2007**

Nota: Elaboración propia a partir de ESCAV 2007

En cuanto a la salud mental, en los hombres no existieron diferencias significativas en la proporción de personas con síntomas de ansiedad o depresión entre inmigrantes del Estado y autóctonos. En el caso de las mujeres, en cambio, las inmigrantes sí tuvieron un peor estado de salud mental que las nacidas en el País Vasco. Mientras que entre las primeras el porcentaje con síntomas de ansiedad y depresión era del 20,2 %, entre las segundas fue del 26,4 %. Es decir, ser mujer inmigrante supuso un aumento de la prevalencia de mala salud mental en un 31,0 %. Estas diferencias fueron estadísticamente significativas (RP: 1,31; IC95 %: 1,10; 1,55).



**Figura 12. Prevalencia de mala salud mental estandarizada por edad según lugar de origen y sexo. Población de 50 a 79 años. País Vasco, 2007**

Nota: Elaboración propia a partir de ESCAV 2007

En resumen, las personas nacidas en el resto del Estado tuvieron una peor salud en términos generales que las personas autóctonas. Estas desigualdades fueron ligeramente mayores entre las mujeres salvo en la variable relativa a la discapacidad.

**Tabla 11. Razones de prevalencia entre personas nacidas en el resto del Estado y personas autóctonas, ajustadas por edad, y sus intervalos de confianza al 95 %, de diferentes variables de salud. Hombres y mujeres. País Vasco, 2007**

	Hombres	Mujeres
Mala salud percibida	1,31 (1,12; 1,53)	1,42 (1,26; 1,62)
Discapacidad	1,23 (1,10; 1,41)	1,09 (0,90; 1,33)
Problemas crónicos	1,03 (0,96; 1,10)	1,07 (1,01; 1,14)
Salud mental	1,01 (0,76; 1,34)	1,31 (1,10; 1,55)

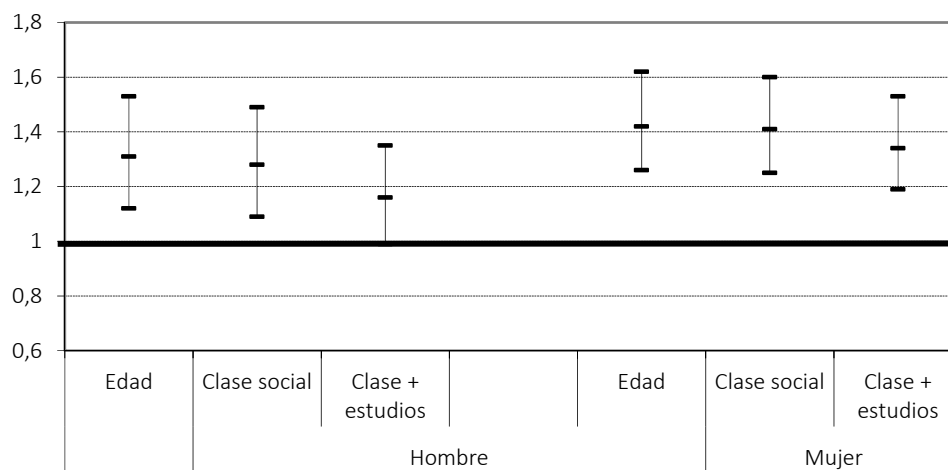
Nota: Elaboración propia a partir de los datos ESCAV 2007

### **5.1.2. La contribución de la posición social de origen y destino a las desigualdades sociales en salud según el lugar de nacimiento**

En este apartado se ha analizado la contribución que la diferente posición social de las personas nacidas en el resto del Estado tiene en las diferencias descritas en el estado de salud. Es decir, se tratará de cuantificar qué parte del peor estado de salud de las personas no autóctonas se debe a su peor posición social. Aunque con ciertas limitaciones, en esta posición social se ha tratado de diferenciar entre la posición social de origen, medida a través del nivel de estudios, y la de destino, medida a través de la clase social basada en la ocupación. De esta forma, se ha intentado determinar si las diferencias en el estado de salud son debidas a esa peor posición social de las personas migradas o si también se explican por otras cuestiones, lo que implica que el lugar de nacimiento suponga propiamente un eje de estratificación social.

Además de analizar el efecto mediador de la posición social, también podemos estudiar si la posición social ejerce un efecto modificador en la relación, es decir, si la posición social hace que la relación entre el lugar de nacimiento y la salud sea de mayor o menor intensidad.

Tal y como podemos comprobar en la siguiente figura, las diferencias en la autovaloración de la salud entre personas inmigrantes y autóctonas siguieron siendo significativas tras ajustar por clase social. Así, a pesar de la reducción del efecto del 9,7 % en hombres y del 2,4 % en mujeres tras considerar la clase social, el impacto que el lugar de nacimiento tuvo sobre la mala salud percibida continuó siendo significativo tanto en hombres (RP: 1,28; IC95 %: 1,09; 1,49) como en mujeres (RP: 1,41; IC95 %: 1,25; 1,69). Si ajustamos, además de la clase social, el efecto del nivel de estudios, la reducción es mayor (17,1 % y 19,0 %), y en el caso de los hombres deja de ser estadísticamente significativa la relación entre el lugar de nacimiento y la salud (RP: 1,16; IC95 %: 0,99; 1,35).

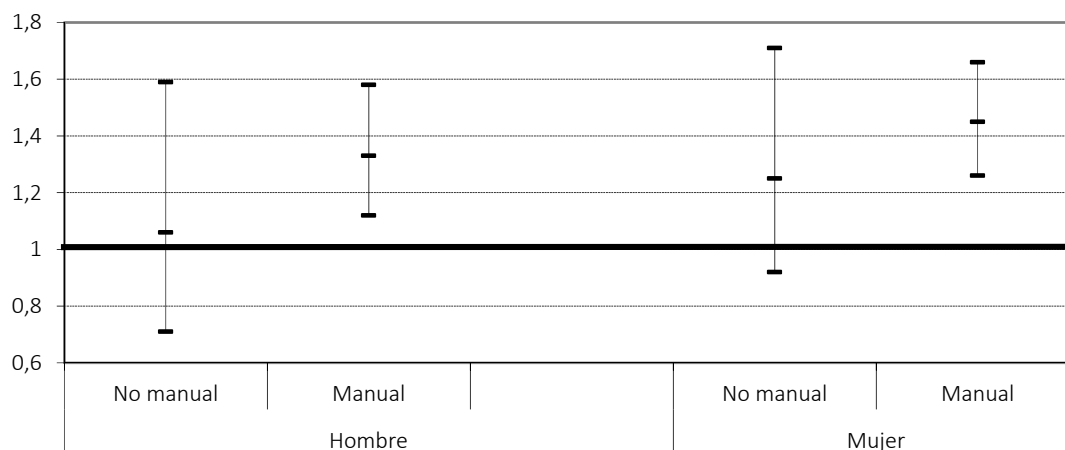


**Figura 13. Razones de prevalencia de mala salud (referencia autóctono/a) según lugar de origen por sexo ajustadas por edad, por edad y clase social y por edad, clase social y nivel de estudios. Población de 50 a 79 años. País Vasco, 2007**

Nota: Elaboración propia a partir de ESCAV 2007

Analizando la existencia de modificación del efecto entre la posición social y el lugar de nacimiento, el impacto que el lugar de nacimiento tiene sobre la salud percibida de las personas no parece modificarse sustancialmente entre las clases sociales. Sin embargo, aunque no existieron diferencias estadísticamente significativas entre la clase social manual y no manual, sí parece existir una tendencia por la cual el efecto del lugar de nacimiento tiende a ser mayor en la clase manual respecto a la no manual, tanto en hombres como en mujeres.

De esta forma, el efecto del lugar de nacimiento en la salud percibida incluso deja de ser estadísticamente significativo en el caso de las clases no manuales. Este patrón se produce tanto en hombres (RP (no manuales)= 1,06; IC95 %: 0,71; 1,59; RP (manuales)= 1,33; IC95 %: 1,12; 1,58) como en mujeres (RP (no manuales)= 1,25; IC95 %: 0,92; 1,71; RP (manuales)= 1,45; IC95 %: 1,26; 1,66).

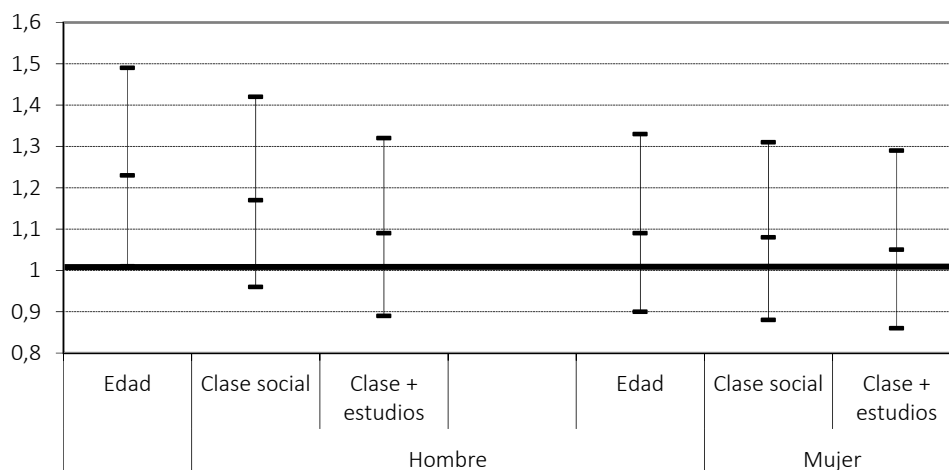


**Figura 14. Razones de prevalencia de mala salud según lugar de origen (referencia autóctono/a) por sexo y clase social ajustadas por edad. Población de 50 a 79 años. País Vasco, 2007**

Nota: Elaboración propia a partir de ESCAV 2007

En el caso de la discapacidad, se ha descrito que la prevalencia de personas con discapacidad era mayor en las personas inmigrantes respecto a las autóctonas solo en los hombres, con una razón de prevalencias de 1,23 (IC95 %: 1,10; 1,41). La consideración de la clase social redujo el efecto del lugar de nacimiento, concretamente un 26,1 %. De esta forma, el impacto del lugar de nacimiento sobre la discapacidad dejó de ser significativo tras ajustar por la clase social (RP: 1,17; IC95 %: 0,96; 1,42). La reducción en el efecto que provoca este ajuste cuando, además de la clase social, se añade el nivel de estudios también es considerable. Añadiendo esta variable se redujo el efecto un 60,9 % en hombres.

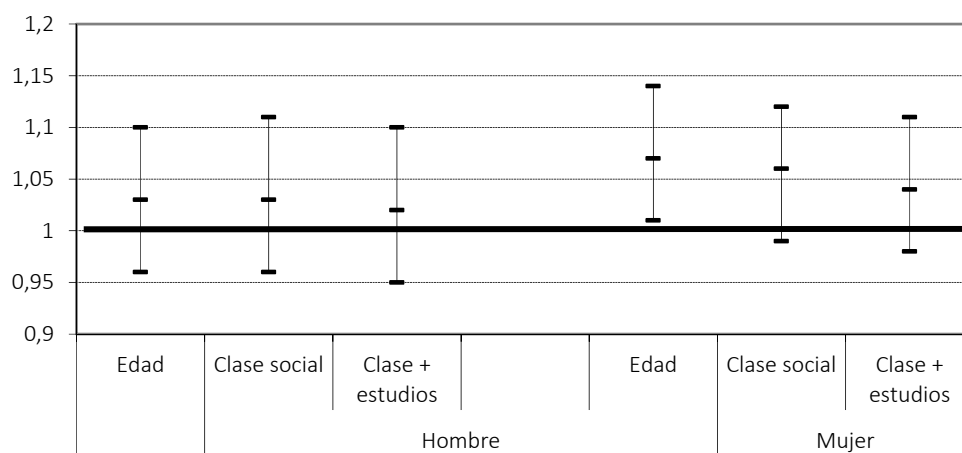
No se observaron diferencias entre clases sociales en el efecto del lugar de nacimiento sobre la discapacidad.



**Figura 15. Razones de prevalencia de discapacidad según lugar de origen (referencia autóctono/a) por sexo ajustadas por edad, por edad y clase social y por edad, clase social y nivel de estudios. Población de 50 a 79 años. País Vasco, 2007**

Nota: Elaboración propia a partir de ESCAV 2007

Respecto al padecimiento de problemas crónicos, aunque existían diferencias en la prevalencia entre inmigrantes y autóctonos en hombres y en mujeres, solo en estas últimas esas diferencias fueron estadísticamente significativas. Al ajustar por clase social, la reducción del efecto solo fue relevante en mujeres (14,3 %), en las que, además, el efecto dejó de ser estadísticamente significativo (RP: 1,06; IC95 %: 0,99; 1,12). La consideración del nivel de estudios también supuso una reducción del efecto hasta llegar al 42,9 %. El efecto no varió en la clase manual respecto a la no manual.

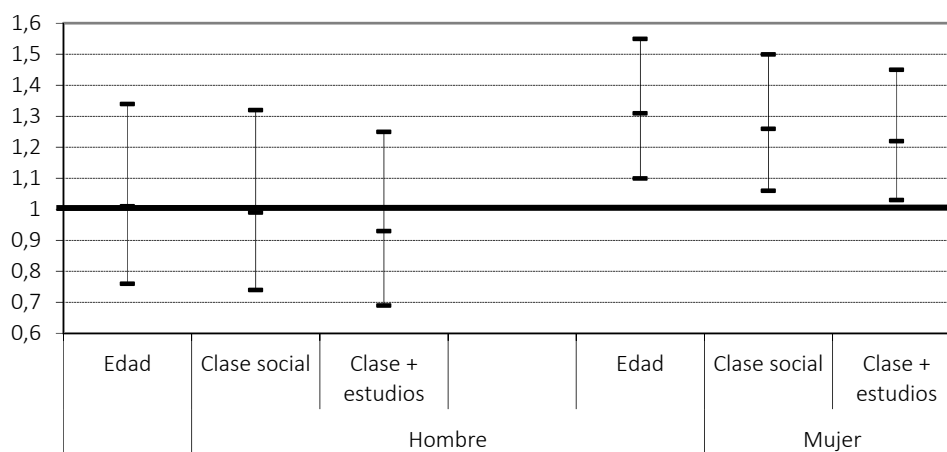


**Figura 16. Razones de prevalencia de padecer algún problema crónico según lugar de origen (referencia autóctono/a) por sexo ajustadas por edad, por edad y clase social y por edad, clase social y nivel de estudios. Población de 50 a 79 años. País Vasco, 2007**

Nota: Elaboración propia a partir de ESCAV 2007



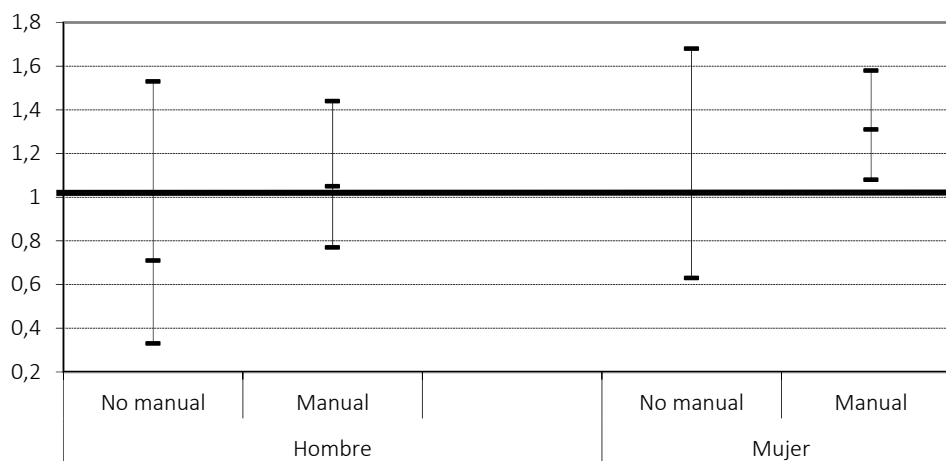
Por último, en lo concerniente a la salud mental, las diferencias entre personas inmigrantes y nacidas en el País Vasco solo fueron significativas en el caso de las mujeres. En estas, al introducir el ajuste por clase social se produjo una reducción del efecto del 16,1 %, que aumentó al 29,0 % cuando, además, también se ajustó por nivel de estudios. A pesar de esta reducción, el efecto del lugar de nacimiento sobre la salud mental de las mujeres continuó siendo significativo incluso tras ajustar por la clase social y el nivel de estudios (RP: 1,22; IC95 %: 1,03; 1,45).



**Figura 17. Razones de prevalencia de mala salud mental según lugar de origen (referencia autóctono/a) por sexo ajustadas por edad y clase social y por edad, clase social y nivel de estudios. Población de 50 a 79 años. País Vasco, 2007**

Nota: Elaboración propia a partir de ESCAV 2007

Este efecto del lugar de nacimiento sobre la salud mental de las mujeres mostró diferencias por clase social; por ello, aunque no de manera significativa, el efecto tendió a ser mayor en las mujeres de clase manual. De esta forma, en estas últimas las diferencias continuaron siendo significativas (RP: 1,31; IC95 %: 1,08; 1,58), al contrario de lo que ocurrió en la clase no manual.



**Figura 18. Razones de prevalencia de mala salud mental según lugar de origen (referencia autóctono/a) por clase social y sexo. Población de 50 a 79 años. País Vasco, 2007**

Nota: Elaboración propia a partir de ESCAV 2007

En resumen, la consideración de la posición social redujo notablemente las diferencias en el estado de salud entre personas autóctonas e inmigrantes, por lo que parece que una parte importante del efecto del lugar de nacimiento sobre el estado de salud se produce debido a una peor clase social y menor nivel de estudios de las personas inmigrantes respecto a las autóctonas. Sin embargo, las diferencias en el estado de salud siguen existiendo al considerar la posición social, e incluso siguen siendo significativas en el caso de las mujeres, en las que la percepción de mala salud aumenta algo más del 30 % en las mujeres inmigrantes considerando el efecto de estas variables. Las mayores diferencias se encuentran en la salud percibida y la salud mental (en el caso de las mujeres), debido tanto a la mayor magnitud del efecto en esas variables como a su menor reducción al considerar las variables de posición social.

Aunque no existen diferencias significativas, sí existe, en cambio, una tendencia a que el efecto sea más considerable en las clases manuales, tanto en hombres como en mujeres.

En resumen, la clase social más baja y el menor nivel de estudios de la población nacida en el resto del Estado explicó una parte de su peor salud, pero las desigualdades en salud entre autóctonos e inmigrantes continúan siendo reseñables aun después de considerar esos factores. La clase social también modificó el efecto del lugar de nacimiento; esto es, aunque las diferencias en el estado de salud entre personas autóctonas e inmigrantes se producen en ambas clases sociales, se describe cierta tendencia a que las diferencias sean mayores entre las clases manuales.

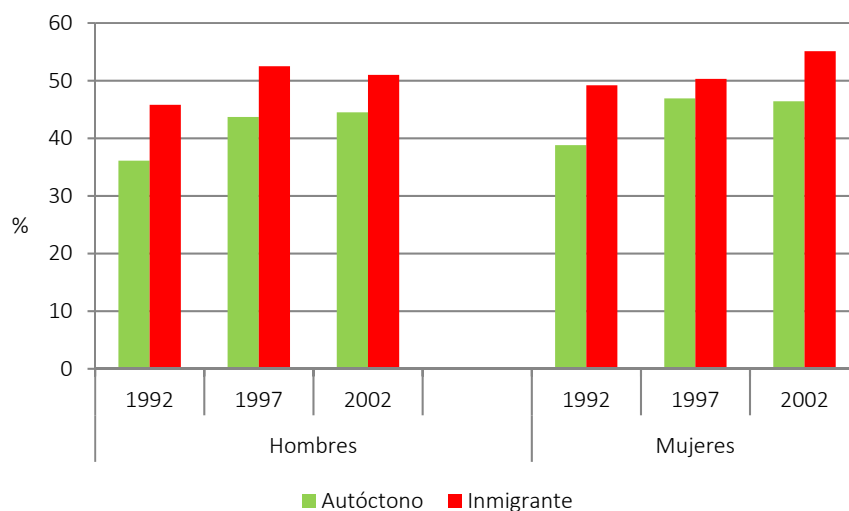
### 5.1.3. Evolución de las desigualdades en salud según el lugar de nacimiento

En este apartado se describirá la evolución de las desigualdades en salud según el lugar de nacimiento durante las últimas décadas. Para ello, se utilizará como variable de salud la autovaloración de la salud, distinguiendo entre buena y mala salud (esta última definida como normal, mala y muy mala).

Esta variable ha sido modificada en las diferentes ediciones de la encuesta de salud, por lo que no es posible hacer una evolución del total del periodo. Así, se distinguirán dos periodos: uno de 1992 a 2002 y otro de 1997 a 2007. Al primer periodo se añadirán los datos de 1986, que aunque no directamente comparables con los de la serie 1992-2002, sobre todo en el caso de las prevalencias, sí constituyen una buena aproximación y permiten obtener una imagen aproximada de la evolución en ese primer periodo.

Comenzando con el año 1986, a finales de la década de 1980 las diferencias entre autóctonos e inmigrantes variaban según el sexo. En el caso de los hombres, parecían no existir diferencias en la mala salud percibida entre ambos grupos (RP: 0,97; IC95 %: 0,64; 1,48). En el caso de las mujeres, en oposición, sí se encontraron diferencias significativas y de una magnitud considerable, ya que ser inmigrante suponía un aumento en la prevalencia de mala salud, ajustada por edad, de más del 50 % (RP: 1,53; IC95 %: 1,10; 2,14).

En el periodo de 1992 a 2002, la prevalencia de mala salud percibida aumentó en los dos sexos y tanto en personas autóctonas como inmigrantes. De esta forma, mientras que en las personas inmigrantes la prevalencia de mala salud era del 45,8 % en hombres y del 49,2 % en mujeres, al final del periodo, en 2002, esta prevalencia era de 51,0 % y 55,1 % respectivamente. En las personas autóctonas la prevalencia pasó del 36,1 % al 44,5 % en hombres y del 38,8 % al 46,4 % en mujeres.

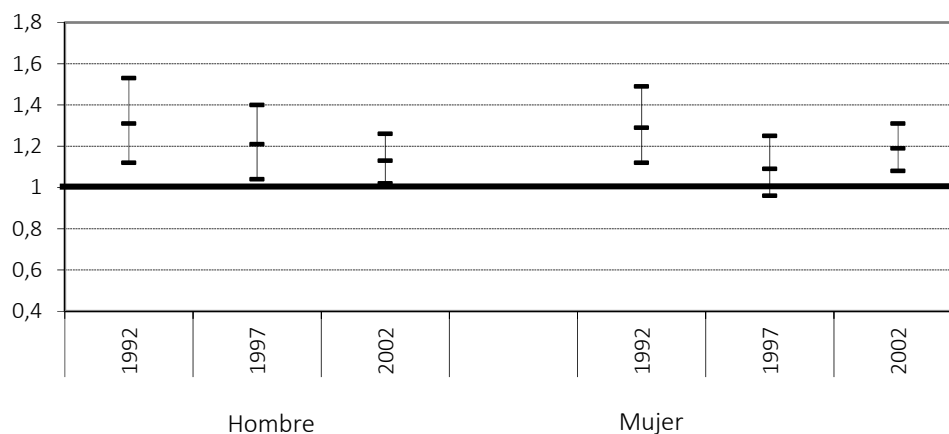


**Figura 19. Prevalencia estandarizada por edad de mala salud percibida por sexo y lugar de nacimiento. Personas nacidas entre 1928 y 1957. País Vasco, 1992, 1997 y 2002**

Nota: Elaboración propia a partir de ESCAV 1992, 1997 y 2002

En todos los años la mala salud fue más prevalente en las personas migradas respecto a las autóctonas. Dichas diferencias fueron estadísticamente significativas salvo en el caso de las mujeres en 1997. En términos generales, las diferencias según el lugar de nacimiento fueron similares en mujeres y hombres, no mostrando una diferencia clara ni estadísticamente significativa según sexo.

Respecto a la evolución de las diferencias según el lugar de nacimiento, no hay una tendencia clara y las diferencias se mantienen bastante estables, aunque se intuye una ligera tendencia descendente, sobre todo en hombres, que conlleva que la razón de prevalencia descienda desde el 1,31 (IC95 %: 1,12; 1,53) de 1992 al 1,13 (IC95 %: 1,02; 1,26) en 2002. En el caso de las mujeres las razones de prevalencia oscilaron entre el 1,29 (IC95 %: 1,12; 1,49) de 1992 y el 1,09 (IC95 %: 0,96; 1,25) de 1997.

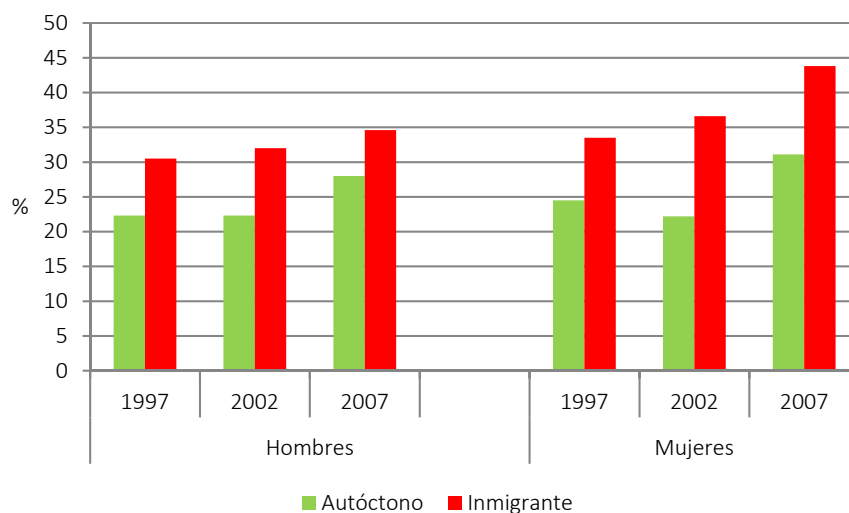


**Figura 20. Razones de prevalencia de mala salud percibida (normal, mala y muy mala) ajustadas por edad según el lugar de origen (referencia autóctono/a) por sexo. Personas nacidas entre 1928 y 1957. País Vasco, 1992, 1997 y 2002**

Nota: Elaboración propia a partir de ESCAV 1986, 1992, 1997, 2002

Durante el periodo de 1997 a 2007, el porcentaje de mala salud también creció en el grupo analizado tanto en hombres como en mujeres y en inmigrantes y autóctonos. Así, en el caso de los hombres, la prevalencia de mala salud pasó del 22,3 % en autóctonos y el 30,5 % en inmigrantes al 28,0 % en los primeros y el 34,6 % en los segundos. En el caso de las mujeres, el aumento en autóctonos fue del 24,5 % al 31,1 %, mientras que en inmigrantes la prevalencia de mala salud creció del 33,5 % al 43,8 %.

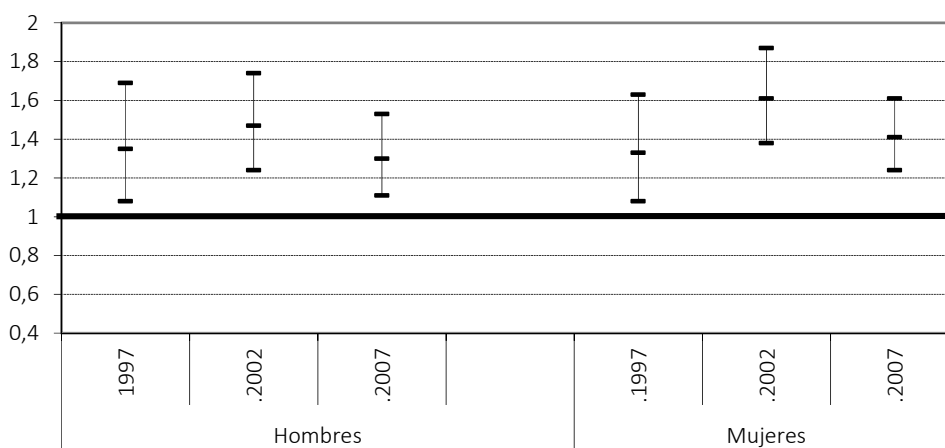
En todos los años, las personas inmigrantes presentaron un peor estado de salud que las personas autóctonas. Concretamente, la prevalencia de mala salud fue en inmigrantes en torno a 20 puntos porcentuales mayor en los hombres, y en torno a 10-15 puntos porcentuales mayor en las mujeres. Estas diferencias fueron estadísticamente significativas en todos los años del periodo. Asimismo, las diferencias entre hombres y mujeres fueron similares, si bien, sin ser estadísticamente significativas, en algunas ocasiones las diferencias en mujeres fueron ligeramente mayores que en hombres.



**Figura 21. Prevalencia de mala salud percibida (regular y mala) por sexo y lugar de nacimiento. Personas nacidas entre 1928 y 1957. País Vasco, 1997, 2002 y 2007**

Nota: Elaboración propia a partir de ESCAV 1997, 2002 y 2007

Las diferencias según el lugar de nacimiento, tras ajustar por edad, no experimentaron una tendencia clara, y se mantuvieron prácticamente constantes, presentando en los dos casos cambios leves de uno a otro año y no significativos. En el caso de los hombres, la razón de prevalencia osciló entre el 1,35 (IC95 %: 1,08; 1,69) de 1997 y el 1,47 (IC95 %: 1,24; 1,74) de 2002. En el caso de las mujeres la prevalencia también osciló entre esos valores extremos de 1997 y 2002, pasando de una razón de prevalencia en ese primer año de 1,33 (IC95 %: 1,08; 1,63) a 1,61 (IC95 %: 1,38; 1,87).



**Figura 22. Razones de prevalencia de mala salud percibida (regular y mala) ajustadas por edad según el lugar de origen (referencia autóctono/a) por año y sexo. Personas nacidas entre 1928 y 1957. País Vasco, 1997, 2002 y 2007**

Nota: Elaboración propia a partir de ESCAV 1997, 2002 y 2007

En resumen, las desigualdades entre personas inmigrantes y autóctonas parecen haberse mantenido constantes en el periodo de 1992 a 2007. Además, en el caso de las mujeres las desigualdades ya parecían también reseñables en 1986, si bien en el caso de los hombres no se encontraron desigualdades en esa primera época.

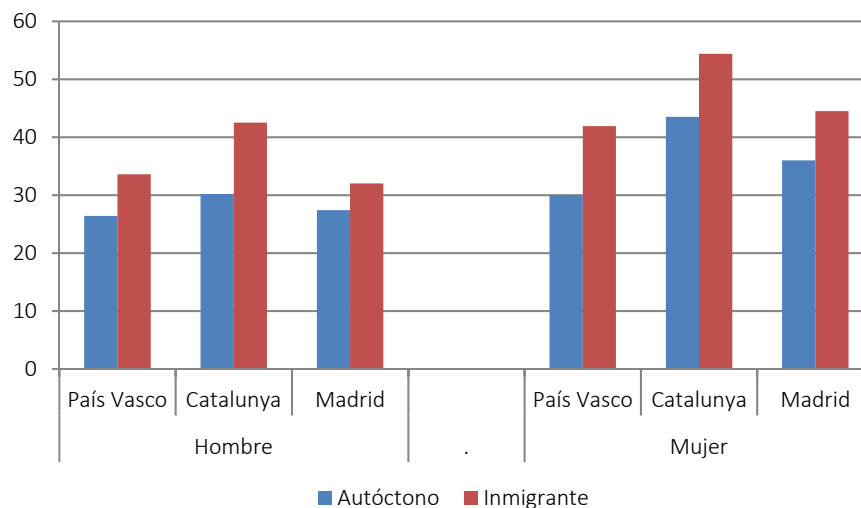
#### **5.1.4. Comparación de las desigualdades sociales en salud según el lugar de nacimiento con otras comunidades o ciudades de similar proceso migratorio: Catalunya, Madrid (ciudad) y Comunidad Valenciana**

En este apartado se mostrará una comparación entre las desigualdades según el lugar de origen en el País Vasco y en el conjunto de territorios que también fueron receptoras de migración interna, concretamente, la ciudad de Madrid, Catalunya y la Comunidad Valenciana.

Se ha considerado una única variable de comparación, la autovaloración de la salud, ya que se trataba de la variable con una mayor comparabilidad entre territorios. Específicamente, se han utilizado las dos versiones de esta variable utilizada en la ESCAV, ya que, tal y como se explicita en el apartado de metodología, una de las versiones de la variable es comparable con la utilizada en Madrid y Catalunya, y la otra versión es comparable con la de la Comunidad Valenciana.

Comenzando con la comparación entre el País Vasco y la ciudad de Madrid y Catalunya, en todos los casos el porcentaje de mala salud fue mayor en las personas nacidas en el resto del Estado respecto a las personas autóctonas. Esta peor salud de las personas inmigrantes se produjo tanto en hombres como en mujeres. De esta forma, en Madrid, la prevalencia estandarizada de mala salud entre personas inmigrantes fue del 32,0 % en hombres y del 44,5 % en mujeres, mientras que en personas autóctonas esta prevalencia fue del 27,4 % y 36,0 % respectivamente. Y en Catalunya, las diferencias fueron en hombres del 30,2 % al 42,5 %, y en mujeres del 44,5 % al 54,4 %.

Las menores diferencias absolutas entre personas inmigrantes y autóctonas se produjeron en Madrid, tanto en hombres como en mujeres. Las mayores diferencias, sin embargo, variaron según el sexo y, en el caso de los hombres, se produjeron en Catalunya, mientras que, en el caso de las mujeres, las mayores diferencias se dieron en el País Vasco.

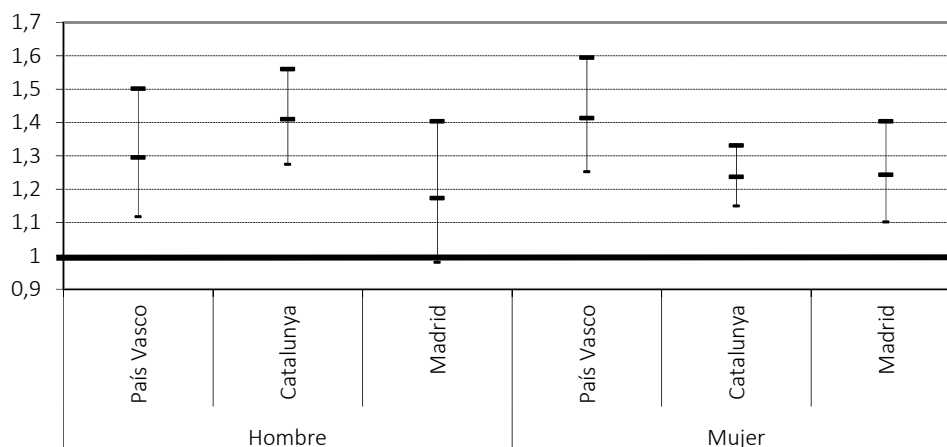


**Figura 23. Prevalencia de mala salud estandarizada por edad según lugar de origen y sexo. Población de 50 a 79 años. País Vasco, ciudad de Madrid y Catalunya, 2006-2007**

Nota: Elaboración propia a partir de ESCAV 2007, ESCA 2006 y Encuesta de Salud de la ciudad de Madrid 2007

Atendiendo a las razones de prevalencia ajustadas por edad, y por tanto a las desigualdades en términos relativos, las diferencias entre las distintas poblaciones fueron en general pequeñas y no alcanzaron la significación estadística. Aunque sí se puede encontrar alguna ligera diferencia. En el caso de los hombres, en Madrid las diferencias no fueron estadísticamente significativas (RP hombres: 1,17; IC95 %: 0,98; 1,40). Por el contrario, las diferencias según el lugar de nacimiento fueron claras en Catalunya (RP: 1,41; IC95 %: 1,27; 1,56). En el caso de las mujeres, las mayores diferencias fueron las que se dieron en el País Vasco (RP: 1,41; IC95 %: 1,25; 1,59). Sin embargo, recordemos que las diferencias entre las comunidades autónomas en el impacto de la variable migratoria en la salud no fueron estadísticamente significativas.



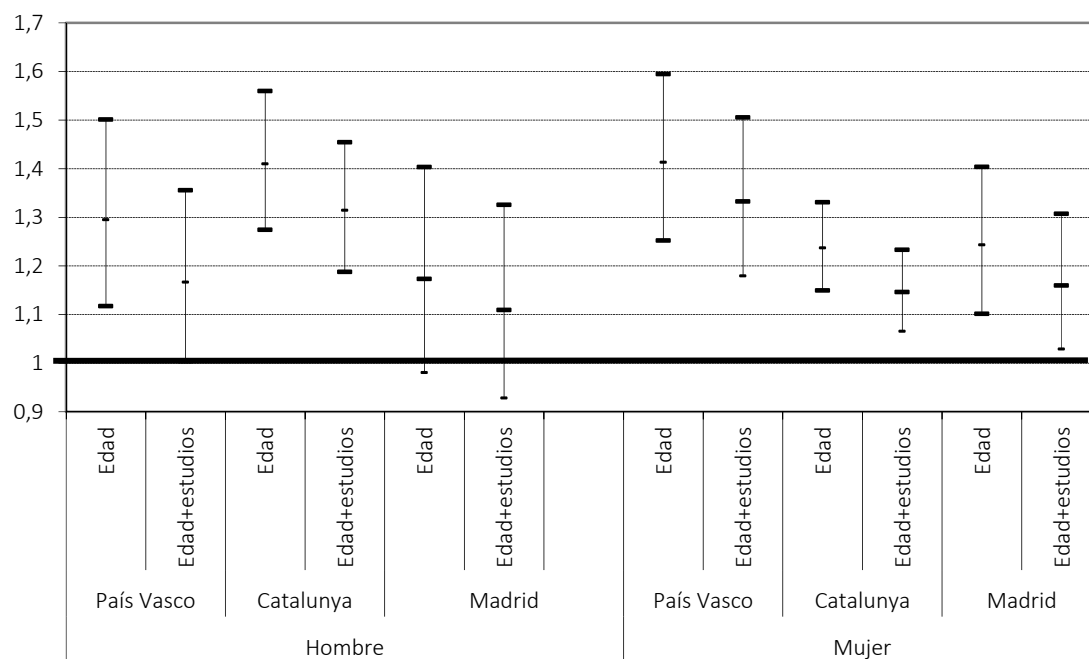


**Figura 24.** Razones de prevalencia de mala salud según el lugar de origen (referencia autóctono/a) por sexo y región y ajustadas por edad. Población de 50 a 79 años. País Vasco, ciudad de Madrid y Catalunya, 2006-2007

Nota: Elaboración propia a partir de ESCAV 2007, ESCA 2006 y Encuesta de Salud de la ciudad de Madrid 2007

Además de comparar la magnitud del impacto del lugar de nacimiento entre las diferentes comunidades autónomas, conviene también analizar si la reducción del efecto al considerar el nivel de estudios también se produjo de manera similar al País Vasco en todas las poblaciones descritas.

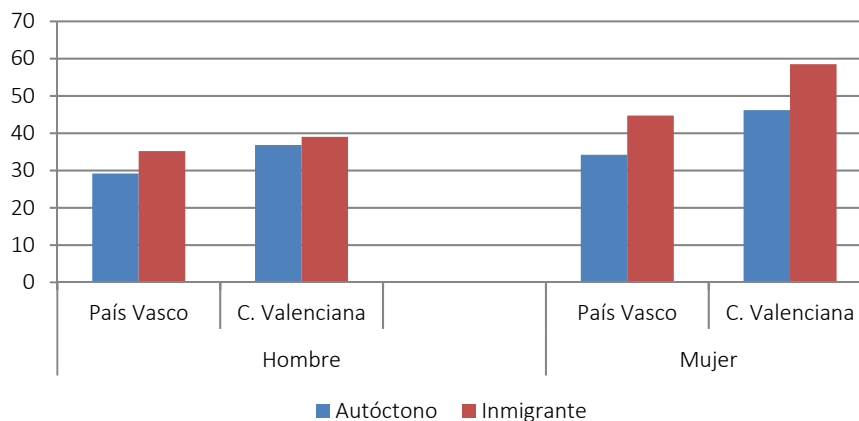
El papel que el nivel de estudios tuvo en las diferencias entre inmigrantes y autóctonos fue, en el conjunto de poblaciones analizadas, similar al descrito para el País Vasco. Es decir, el nivel de estudios produjo una reducción de las diferencias que, sin embargo, no eliminó el efecto total del lugar de nacimiento sobre la salud.



**Figura 25. Razones de prevalencia de mala salud según el lugar de origen (referencia autóctono/a) por sexo y región y ajustadas por edad y edad junto a nivel de estudios. Población de 50 a 79 años. País Vasco, ciudad de Madrid y Cataluña, 2006-2007**

Nota: Elaboración propia a partir de ESCAV 2007, ESCA 2006 y Encuesta de Salud de la ciudad de Madrid 2007

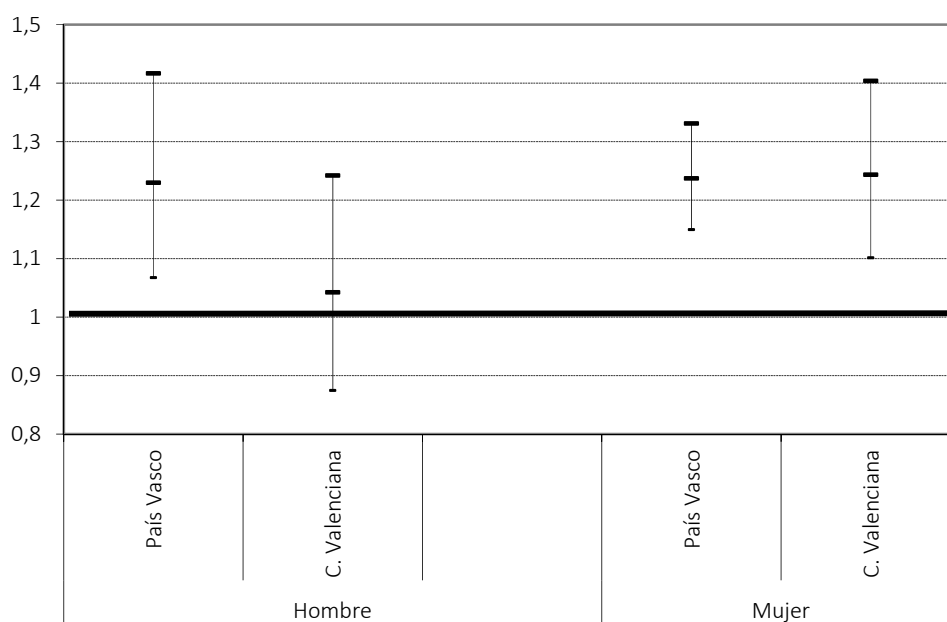
En la Comunidad Valenciana, las prevalencias de mala salud también fueron mayores en las personas nacidas en el resto del Estado, tanto en hombres como en mujeres, aunque en los primeros las diferencias no fueron estadísticamente significativas. Así, mientras que en inmigrantes la prevalencia estandarizada de mala salud fue del 39 % en hombres y del 59 % en mujeres, en el caso de las personas autóctonas las prevalencias fueron de 37 % y 46 % respectivamente. En comparación con las del País Vasco, el patrón fue diferente por sexo: mientras que en el caso de los hombres las diferencias fueron ligeramente mayores en el País Vasco, en el caso de las mujeres las diferencias fueron similares en ambas poblaciones.



**Figura 26. Prevalencia de mala salud estandarizada por edad según lugar de origen de los progenitores y sexo. Población de 50 a 79 años. País Vasco y Comunidad Valenciana, 2005-2007**

Nota: Elaboración propia a partir de ESCAV 2007 y Encuesta de Salud de la Comunidad Valenciana 2005

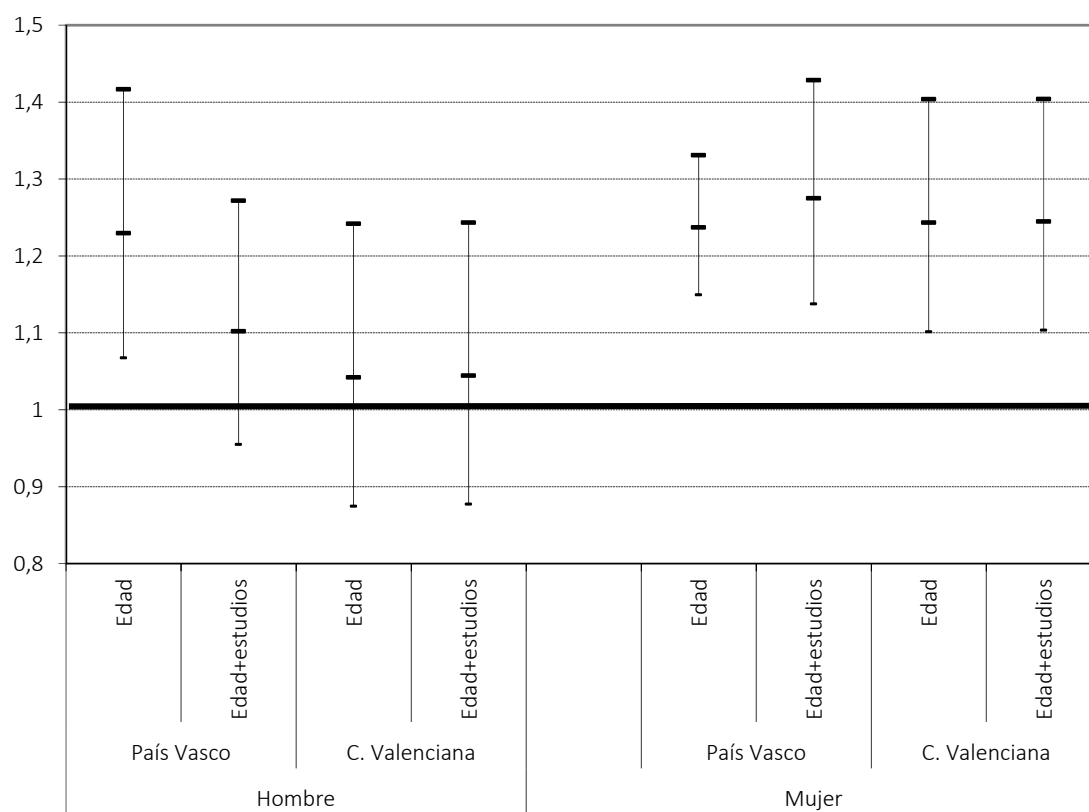
Las diferencias relativas siguieron el mismo patrón que lo descrito para las diferencias absolutas. O sea, a pesar de que no existieron diferencias estadísticamente significativas entre el País Vasco y la Comunidad Valenciana, sí se encontraron ligeras variaciones. En el caso de los hombres, las diferencias entre inmigrantes y autóctonos fueron claras en el País Vasco (RP: 1,23; IC95 %: 1,07; 1,42), mientras que en la Comunidad Valenciana no fueron significativas (RP: 1,04; IC95 %: 0,87; 1,24). En el caso de las mujeres, las diferencias fueron similares en las dos comunidades autónomas, y en ambas fueron estadísticamente significativas.



**Figura 27. Razones de prevalencia de mala salud según el lugar de origen (referencia autóctono/a) por sexo y región ajustadas por edad. Población de 50 a 79 años. País Vasco y C. Valenciana, 2005-2007**

Nota: Elaboración propia a partir de ESCAV 2007 y Encuesta de Salud de la Comunidad Valenciana 2005

Tras ajustar por el nivel de estudios, en el caso de los hombres, las diferencias en el País Vasco se redujeron hasta perder la significación estadística (RP: 1,10; IC95 %: 0,95; 1,27) y acercarse a las de la Comunidad Valenciana, en las que el ajuste no tuvo efecto. En las mujeres, el ajuste por nivel de estudios no pareció tener ni en el País Vasco ni en la Comunidad Valenciana. De esta forma, tras ajustar por el nivel de estudios, el efecto del lugar de nacimiento siguió siendo similar en ambas comunidades autónomas.



**Figura 28. Razones de prevalencia de mala salud según el lugar de origen (referencia autóctono/a) por sexo y región y ajustadas por edad y edad junto a nivel de estudios. Población de 50 a 79 años. País Vasco y Comunidad Valenciana, 2005-2007**

Nota: Elaboración propia a partir de ESCAV 2007 y Encuesta de Salud de la Comunidad Valenciana 2005

En resumen, el País Vasco no presenta diferencias significativas en relación con las desigualdades entre inmigrantes y autóctonos respecto a otras comunidades autónomas en las que se produjeron flujos migratorios similares. En el caso de los hombres, el País Vasco presentó una situación intermedia entre comunidades donde el efecto fue mayor, como Catalunya, y poblaciones con un efecto menor, como Madrid y la Comunidad Valenciana. En el caso de las mujeres, las diferencias fueron muy similares a las encontradas en la Comunidad Valenciana y ligeramente mayores a las descritas para la ciudad de Madrid y Catalunya.

### 5.1.5. Desigualdades en la mortalidad según origen: un análisis exploratorio

Este apartado explorará las diferencias en la mortalidad entre personas inmigrantes y autóctonas en el País Vasco. Tal y como comentábamos en el apartado de metodología, las bases de datos existentes no permiten hacer este análisis comparativo de la mortalidad por el lugar de nacimiento. De esta forma, y dado que las características y calidad de las fuentes de datos no permiten llegar a resultados concluyentes, el objetivo del presente apartado será realizar un acercamiento a las posibles desigualdades en mortalidad entre personas inmigrantes y autóctonas.

Con el objetivo de realizar este acercamiento, se ha analizado de manera ecológica la existencia o no de una relación entre el porcentaje de personas nacidas en el resto del Estado en la población mayor de 45 años en 2011 en cada sección censal y su mortalidad. Así, en el supuesto de existir una relación a nivel ecológico entre estas dos variables, la hipótesis de una mortalidad diferencial tomaría fuerza.

Sin embargo, los resultados del análisis de la correlación entre la mortalidad y el porcentaje de personas mayores de 45 años nacidas fuera del País Vasco apuntan en otro sentido al de la hipótesis planteada. Tal y como se puede comprobar en la siguiente tabla, y en los gráficos de dispersión, la relación entre ambas variables fue significativa en pocos casos, raramente tuvo una magnitud considerable e incluso en algunos casos presentó un sentido contrario al de la hipótesis formulada de mayor mortalidad en las personas nacidas en el resto del Estado. Es decir, en las secciones censales del País Vasco pareció no existir una relación clara entre el porcentaje de personas nacidas en el resto del Estado y su mortalidad.

**Tabla 12. Coeficientes de correlación entre las razones de mortalidad estandarizada y el porcentaje de personas mayores de 45 años nacidas en el resto del Estado (total y en diferentes comunidades autónomas) en secciones censales del total del País Vasco y diferentes municipios por sexo. País Vasco 2011**

	Coeficiente	Total	Principales autonomías	Castilla y León	Andalucía	Extremadura	Galicia
Hombres	Pearson	0,02952	0,04220	-0,03420	0,06477	0,04124	0,17429
	Significación	0,2367	0,0907	0,1705	0,0094	0,0983	<0,0001
	Spearman	0,05751	0,07020	0,00047	0,05715	0,06508	0,17122
	Significación	0,0211	0,0049	0,9849	0,0219	0,0090	<0,0001
Mujeres	Pearson	-0,03774	-0,01586	-0,05930	0,03134	0,01274	0,03907
	Significación	0,1304	0,5250	0,0174	0,2091	0,6098	0,1174
	Spearman	-0,02352	0,00552	-0,05637	0,05746	0,03734	0,06306
	Significación	0,3458	0,8250	0,0238	0,0212	0,1344	0,0114

Nota: Elaboración propia

A pesar de que la relación es débil para ambos sexos, esta parece más evidente en hombres ya que en las mujeres es incluso negativa en varios casos. Asimismo, la relación, aunque muy baja, es más evidente en el caso de las secciones con mayor porcentaje de personas nacidas en Galicia, en las que en el caso de los hombres se da una relación significativa, aunque con coeficientes muy bajos.

La siguiente tabla muestra estos coeficientes de correlación para los diferentes municipios del País Vasco según tamaño y porcentaje de personas nacidas en otras comunidades autónomas. Destaca Donostia, donde los coeficientes de correlación se sitúan en torno a 0,3 y son significativos en todos los casos para los hombres. En el extremo opuesto se sitúan Vitoria-Gasteiz y Barakaldo en hombres, donde los coeficientes fueron significativos y, aunque cercanos a 0, se trata de coeficientes negativos, lo que apunta a una relación contraria a la esperada. En el caso de las mujeres, los coeficientes fueron similares entre los diferentes municipios y en todos los casos fueron cercanos a 0.

**Tabla 13. Coeficientes de correlación entre las razones de mortalidad estandarizada y el porcentaje de personas mayores de 45 años nacidas en el resto del Estado (total y en diferentes comunidades autónomas) en secciones censales de diferentes municipios. Hombres. País Vasco 2011**

	Coeficiente	Total	Principales	Castilla y León	Andalucía	Extremadura	Galicia
Bilbao	Pearson	0,08490	0,09434	-0,12891	0,26935	0,23804	0,19131
	Significación	0,1507	0,1101	0,0287	<,0001	<,0001	0,0011
	Spearman	0,09462	0,10493	-0,08444	0,23845	0,21239	0,21521
	Significación	0,1091	0,0754	0,1529	<,0001	0,0003	0,0002
Donostia	Pearson	0,33019	0,35063	0,27158	0,25177	0,35289	0,33881
	Significación	<,0001	<,0001	0,0012	0,0027	<,0001	<,0001
	Spearman	0,28657	0,26851	0,20267	0,18872	0,31653	0,30176
	Significación	0,0006	0,0013	0,0163	0,0255	0,0001	0,0003
Vitoria-Gasteiz	Pearson	-0,23869	-0,21066	-0,34640	0,00722	-0,03590	-0,15182
	Significación	0,0018	0,0061	<,0001	0,9260	0,6441	0,0495
	Spearman	-0,20702	-0,17907	-0,34174	-0,03432	-0,06085	-0,09526
	Significación	0,0071	0,0202	<,0001	0,6588	0,4333	0,2193
Barakaldo	Pearson	-0,22366	-0,23120	-0,35951	-0,04670	-0,02580	-0,02605
	Significación	0,0434	0,0366	0,0009	0,6769	0,8180	0,8163
	Spearman	-0,24318	-0,23705	-0,33527	-0,02405	-0,01303	-0,07670
	Significación	0,0277	0,0320	0,0021	0,8302	0,9075	0,4934
Getxo	Pearson	0,11195	0,15385	0,17431	-0,00513	0,18569	0,02232
	Significación	0,3784	0,2248	0,1683	0,9679	0,1418	0,8610
	Spearman	0,13054	0,17507	0,19982	-0,05417	0,21076	-0,00350
	Significación	0,3039	0,1665	0,1134	0,6708	0,0946	0,9781

Nota: Elaboración propia a partir de los datos del Censo de Población y del Atlas de Mortalidad del País Vasco

**Tabla 14. Coeficientes de correlación entre las razones de mortalidad estandarizada y el porcentaje de personas mayores de 45 años nacidas en el resto del Estado (total y en diferentes comunidades autónomas) en secciones censales de diferentes municipios. Mujeres. País Vasco 2011**

	Coeficiente	Total	Principales	Castilla y León	Andalucía	Extremadura	Galicia
Bilbao	Pearson	0,09744 0,0989	0,11543 0,0504	-0,02181 0,7124	0,19038 0,0012	0,18087 0,0021	0,15544 0,0082
	Spearman	0,12908 0,0285	0,14970 0,0110	0,02351 0,6911	0,26846 <,0001	0,23304 <,0001	0,26155 <,0001
Donostia	Pearson	-0,04164 0,6252	-0,02296 0,7877	-0,06229 0,4647	0,08725 0,3054	0,05168 0,5442	-0,08762 0,3033
	Spearman	-0,06363 0,4552	-0,07978 0,3488	-0,13335 0,1162	0,08156 0,3381	-0,00882 0,9176	-0,03926 0,6451
Vitoria-Gasteiz	Pearson	-0,09281 0,2315	-0,09808 0,2059	-0,13578 0,0793	-0,03326 0,6687	-0,01644 0,8325	-0,09084 0,2416
	Spearman	-0,02722 0,7262	-0,02530 0,7447	-0,10403 0,1796	-0,04717 0,5437	-0,01796 0,8173	-0,00894 0,9084
Barakaldo	Pearson	0,04482 0,6893	0,04234 0,7057	-0,08511 0,4471	-0,02832 0,8006	0,20769 0,0612	0,09463 0,3977
	Spearman	0,03052 0,7855	0,02032 0,8562	-0,00694 0,9506	-0,06080 0,5874	0,18058 0,1045	0,10881 0,3305
Getxo	Pearson	-0,03712 0,7709	-0,07342 0,5642	-0,08773 0,4906	0,00084 0,9947	-0,01435 0,9104	-0,08851 0,4867
	Spearman	-0,01259 0,9213	-0,03551 0,7806	-0,04558 0,7206	-0,02937 0,8178	0,08798 0,4894	0,02317 0,8558

Nota: Elaboración propia a partir de los datos del Censo de Población y del Atlas de Mortalidad del País Vasco

Las siguientes figuras ofrecen una visión complementaria a la anterior para analizar esta relación entre la mortalidad y el porcentaje de personas nacidas en el resto del Estado. En ellas, se dividen las secciones según el porcentaje de personas nacidas en el resto del Estado en cinco quintiles y se representa una caja para cada quintil. El quintil primero engloba al 20 % de secciones censales con menor porcentaje de personas del resto del Estado entre la población de 45 y más años mientras que el quintil quinto engloba al 20 % de secciones censales con mayor porcentaje de personas del resto del Estado.

En estas figuras podemos ver que la mortalidad (eje vertical) no aumentó a medida que creció el porcentaje de personas nacidas en el resto del Estado. En el quintil 1, el de menor porcentaje de inmigrados, la mortalidad no fue menor que en el quintil 5, el de mayor porcentaje. La mortalidad se mantuvo estable, tanto en el caso de los hombres como en el de las mujeres, y tanto para el conjunto de personas nacidas en el resto del Estado como al seleccionar las personas originarias de las comunidades más numerosas, o de cada una de las comunidades con mayor porcentaje: Castilla y León, Andalucía, Extremadura o Galicia.

Estas figuras muestran, pues, una tendencia similar a los coeficientes y figuras anteriores y respaldan la hipótesis de que no existen diferencias en mortalidad entre las personas autóctonas y las nacidas en el resto del Estado.

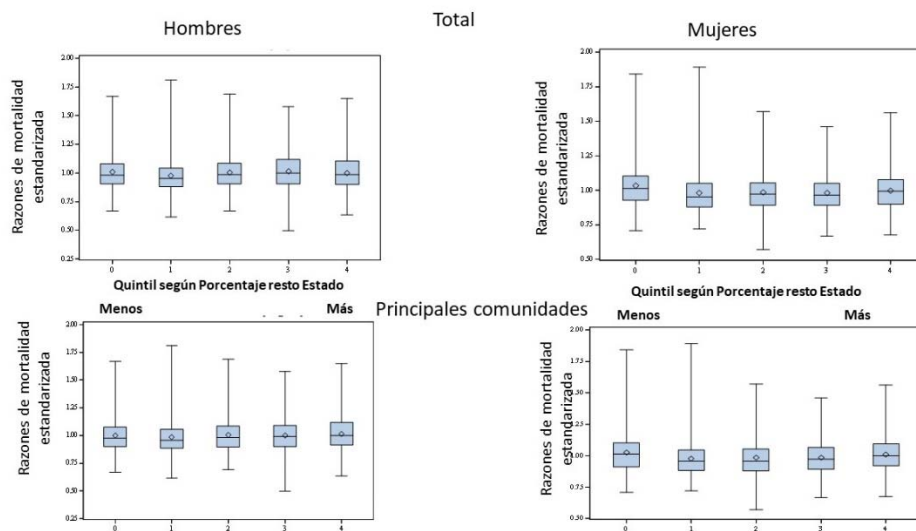


Figura 29. Razones de mortalidad estandarizada según quintil de porcentaje de personas nacidas en el resto del Estado entre mayores de 45 años. Total y principales comunidades según porcentaje de inmigradas. Secciones censales del País Vasco, 2011

Nota: Elaboración propia a partir de los datos del Censo de Población y del Atlas de Mortalidad del País Vasco

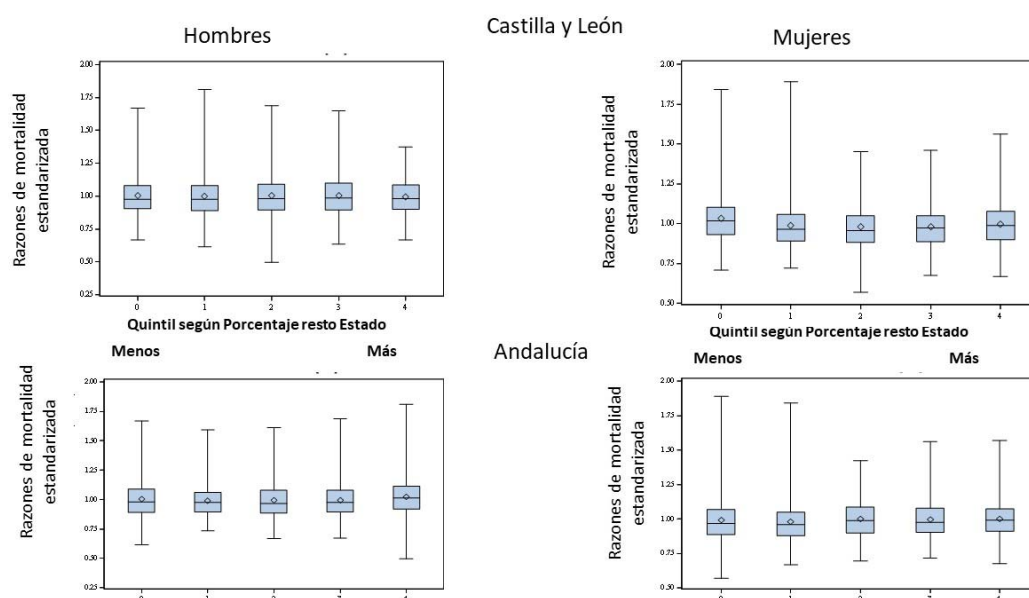
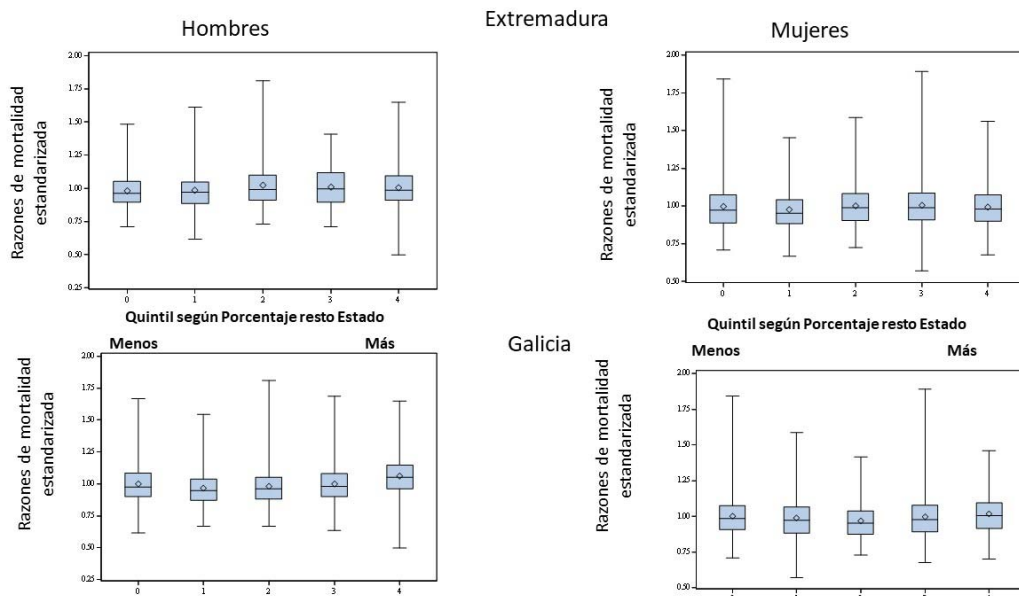


Figura 30. Razones de mortalidad estandarizada según quintil de porcentaje de personas nacidas en Castilla y León y Andalucía entre mayores de 45 años. Secciones censales del País Vasco, 2011

Nota: Elaboración propia a partir de los datos del Censo de Población y del Atlas de Mortalidad del País Vasco





**Figura 31. Razones de mortalidad estandarizada según quintil de porcentaje de personas nacidas en Extremadura y Galicia entre mayores de 45 años. Secciones censales del País Vasco, 2011**

Nota: Elaboración propia a partir de los datos del Censo de Población y del Atlas de Mortalidad del País Vasco

A continuación, se comparará la relación entre el porcentaje de personas nacidas fuera del País Vasco y la mortalidad con la que existe entre la mortalidad y otras variables socioeconómicas. Concretamente, utilizaremos como variables socioeconómicas el porcentaje de viviendas que tienen bajo confort, el porcentaje de personas con estudios primarios o inferiores y el porcentaje de personas en paro, todo ello a nivel de sección censal.

En las siguientes figuras, podemos comprobar que la mortalidad mostró una relación ecológica con las variables socioeconómicas. En prácticamente todos los casos en hombres, y en la mayor parte de los casos en las mujeres, existió una relación entre las tasas de mortalidad y el porcentaje de viviendas de bajo confort, personas con estudios primarios o personas en paro. En los hombres, los coeficientes para el conjunto de las secciones del País Vasco o de los principales municipios se situaron en torno al 0,3-0,4 (datos no mostrados). En los municipios en los que la relación fue más clara, Bilbao y Donostia, superó el 0,5 en algunos casos. En el caso de las mujeres, la relación no fue significativa en más casos, pero siguió siéndolo de manera clara en el conjunto de las secciones censales del País Vasco y en Bilbao.

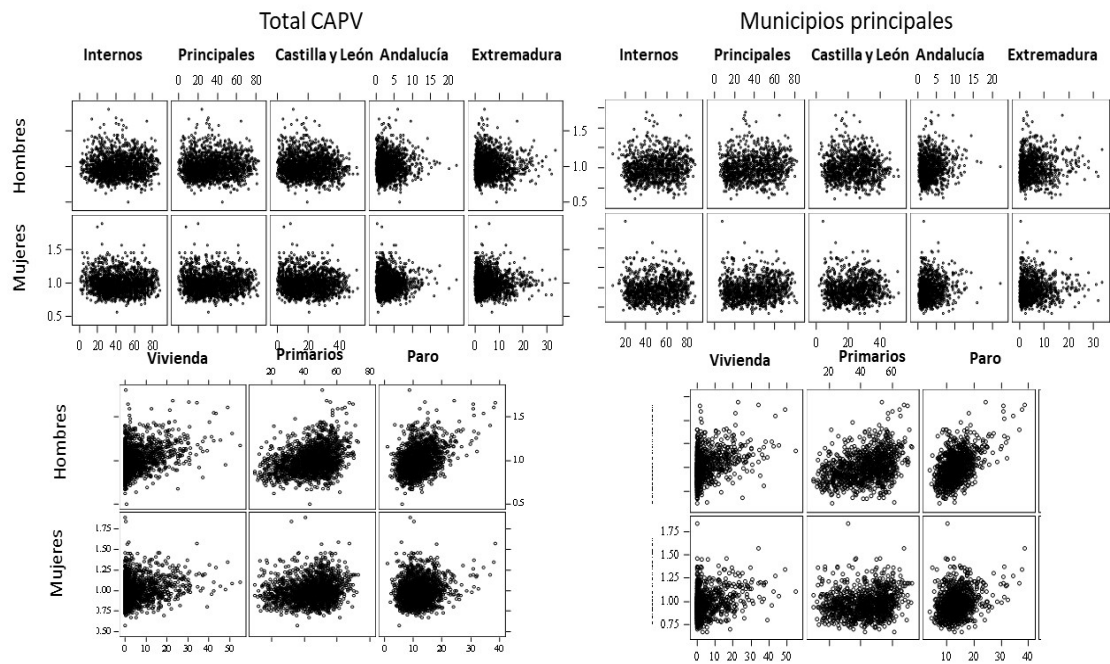


Figura 32. Gráficos de dispersión entre las razones de mortalidad estandarizada y diferentes variables. Arriba: mortalidad con porcentaje de personas nacidas en el resto del Estado (total migrantes internos, nacidos en principales comunidades receptoras, nacidos en Castilla y León, Andalucía y Extremadura). Abajo: mortalidad con variables socioeconómicas (porcentaje de viviendas de bajo confort, porcentaje de personas de estudios primarios o inferiores y porcentaje de personas en paro). Secciones censales del total del País Vasco, 2011

Nota: Elaboración propia a partir de los datos del Censo de Población y del Atlas de Mortalidad del País Vasco

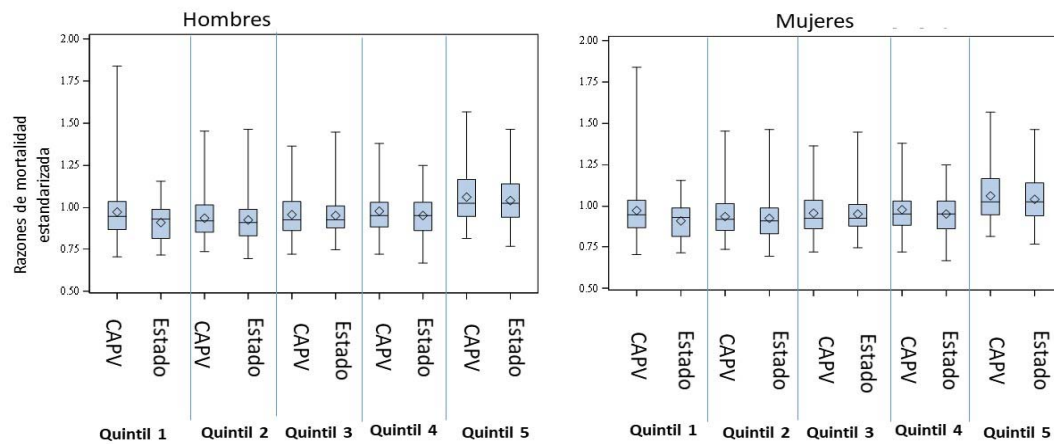
La comparación entre la relación de la mortalidad y el porcentaje de personas migradas y la relación entre la mortalidad y las variables socioeconómicas tiene dos consecuencias para esta investigación. La primera, nos muestra que el análisis de la correlación entre la mortalidad y otras variables a nivel de sección censal existe cuando las variables están relacionadas; y el hecho de que la correlación entre la mortalidad y el porcentaje de migrantes se puede deber a una ausencia de relación entre esos dos factores, y no tanto a un problema con el método o los datos.

La segunda consecuencia es la importancia de considerar el factor socioeconómico a la hora de analizar la relación entre la mortalidad y el lugar de nacimiento. En el segundo apartado de los resultados de este trabajo se mostrará que las personas nacidas en el resto del Estado viven en mayor medida en barrios económicamente más desfavorecidos. Por ello, y dada la relación mostrada entre mortalidad y variables socioeconómicas a la hora de estudiar la relación entre la mortalidad y el porcentaje de personas nacidas en el resto del Estado para el conjunto de secciones censales, es necesario tener en cuenta que las características socioeconómicas de la sección censal pueden estar actuando como una variable confusora en la relación. De esta forma, parece lógico pensar que en las secciones con mayores personas

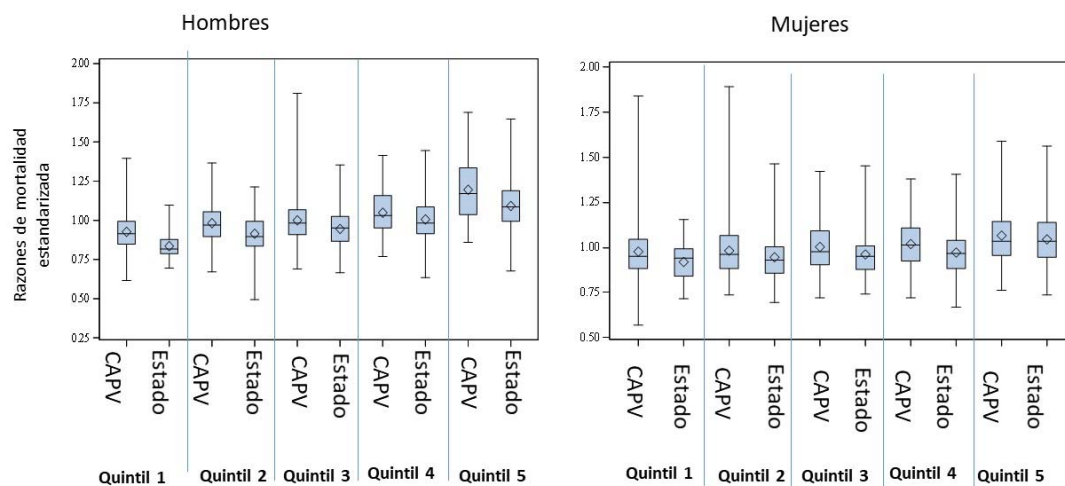
del resto del Estado la mortalidad será mayor simplemente por las características socioeconómicas generales del barrio, sin que exista ninguna relación entre las variables que estamos utilizando.

Con el objetivo de intentar minimizar ese sesgo, en las siguientes figuras se compara la mortalidad de las secciones que menor y mayor número de porcentaje de personas nacidas en el resto del Estado, teniendo en cuenta el nivel socioeconómico de la sección censal. Así, se comparan para las secciones del mismo quintil de privación económica las diferencias en mortalidad entre las secciones con mayor y menor presencia de personas nacidas en el resto del Estado. Es decir, se compara el 20 % de secciones con mayor porcentaje de personas migradas con el 20 % de secciones con mayor porcentaje de personas nacidas en el País Vasco. Por ejemplo, en el quintil 1 tendríamos el 20 % de secciones con menor privación económica, y en él compararíamos dos tipos de secciones: las que tienen más porcentaje de personas nacidas en el resto del Estado (Estado) y las que tienen menos porcentaje (País Vasco).

Las figuras muestran que, si comparamos secciones de similar nivel de privación, las secciones con mayor porcentaje de personas del resto del Estado, no solo no tuvieron una mayor mortalidad que las secciones de menor porcentaje, sino que hubo una ligera tendencia a que la mortalidad fuera menor. Este fenómeno fue más o menos claro tanto en hombres como en mujeres y se produjo tanto al tener en cuenta el conjunto de secciones censales del País Vasco como si solo consideramos el de los municipios más poblados.



### A. Conjunto de secciones censales del País Vasco



### B. Secciones censales de los municipios de mayor tamaño

**Figura 33.** Razones de mortalidad estandarizada según quintil de privación (1 más rico, 5 más pobre) para las secciones con mayor porcentaje de población nacida en el Estado (Estado) y las secciones con mayor población de personas nacidas en el País Vasco (CAPV)

Nota: Elaboración propia a partir de los datos del Censo de Población y del Atlas de Mortalidad del País Vasco

En conclusión, y aunque se trate de un análisis exploratorio, parece que las personas de 45 y más años residentes en el País Vasco pero nacidas en el resto del Estado no tuvieron una mortalidad mayor que las personas nacidas en el País Vasco. Es más, cuando tenemos en cuenta las características de la zona de residencia, parece que la tendencia es incluso la contraria y que las personas nacidas en el País Vasco tuvieron una mortalidad mayor que las personas nacidas en el resto del Estado. Las diferencias fueron pequeñas y no significativas.

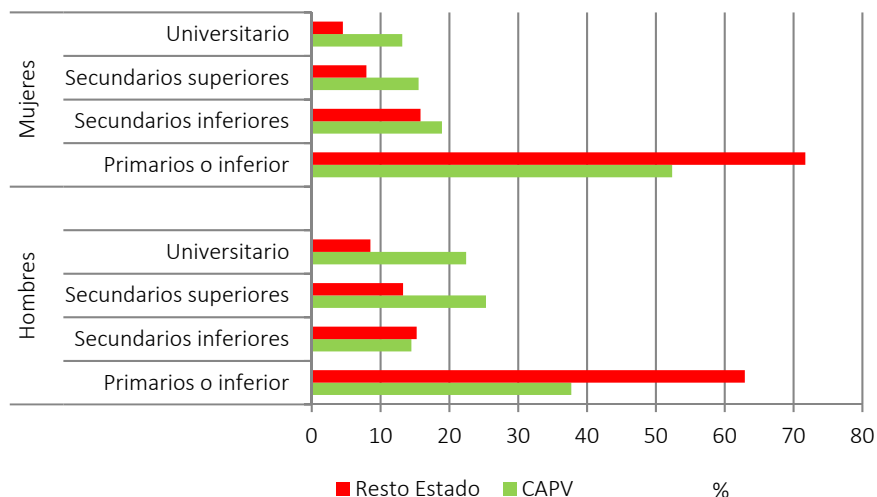
## **5.2. Desigualdades en los determinantes sociales de la salud entre población inmigrante y autóctona**

En este apartado se han analizado las desigualdades entre población autóctona e inmigrante en los diferentes determinantes sociales. Los indicadores utilizados para representar los diferentes determinantes sociales de la salud han sido descritos en el apartado de la metodología, y se derivan de los diferentes marcos teóricos utilizados en esta tesis.

En primer lugar, se han analizado las diferencias entre estos dos grupos de población en relación a los ejes de estratificación social relativos al nivel de estudios y la clase social. En segundo lugar, se describirán las desigualdades en los determinantes intermedios. Primeramente, las condiciones de vida y trabajo, y posteriormente se ha descrito la situación relativa a las condiciones materiales de vida, concretamente los ingresos, así como las características de vivienda y el entorno residencial. Dentro de este ámbito se ha analizado la segregación residencial, aspecto al que se le ha otorgado especial importancia debido a que ha sido ampliamente descrito en la literatura sobre las migraciones internas al País Vasco como importante en los primeros años de llegada. Después, se han considerado las diferencias en los factores psicosociales, mediante el uso de una medida de capital social, la pertenencia a asociaciones. También, se han analizado las diferencias en distintas conductas relacionadas con la salud: obesidad, sedentarismo y consumo de tabaco. Por último, se ha analizado si existen diferencias en el uso de servicios sanitarios, concretamente el uso de medicina de atención primaria y especializada, así como el uso de servicios odontológicos.

### **5.2.1. Ejes de estratificación social: nivel de estudios y clase social**

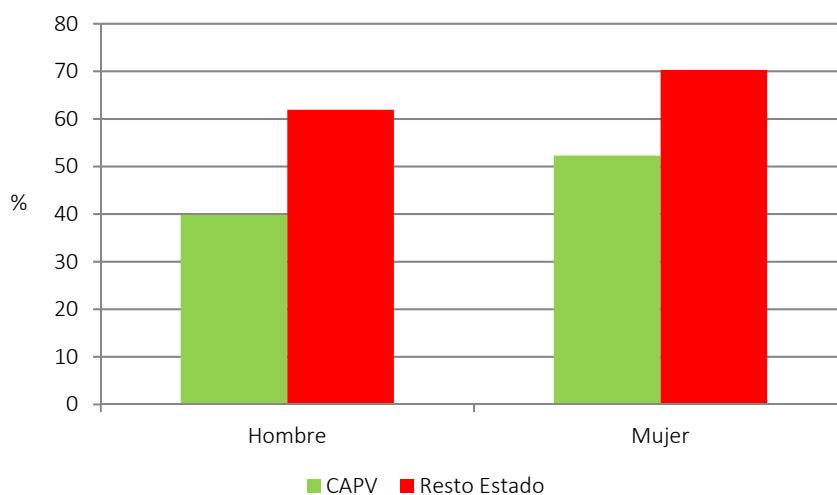
Comenzando con el nivel de estudios, el lugar de nacimiento marcó importantes diferencias. Las personas nacidas en el País Vasco mostraron un mayor nivel de instrucción tanto en hombres como en mujeres. Así lo muestra el mayor porcentaje de estudios universitarios (22,5 % y 13,2 % en hombres y mujeres autóctonos, frente al 8,5 % y 4,5 % en inmigrantes, respectivamente) y de estudios secundarios superiores (22,5 % y 15,5 % en hombres y mujeres autóctonos, frente al 13,2 % y 8,0 % en inmigrantes, respectivamente). Por el contrario, mientras que el 62,9 % de los hombres y el 71,7 % de las mujeres inmigrantes tuvieron estudios primarios o inferiores, ese porcentaje fue en personas autóctonas del 37,7 % en hombres y del 52,4 % en mujeres.



**Figura 34. Prevalencia de nivel de instrucción por lugar de nacimiento y sexo. Población de 50 a 79 años. País Vasco, 2007**

Nota: Elaboración propia a partir de ESCAV 2007

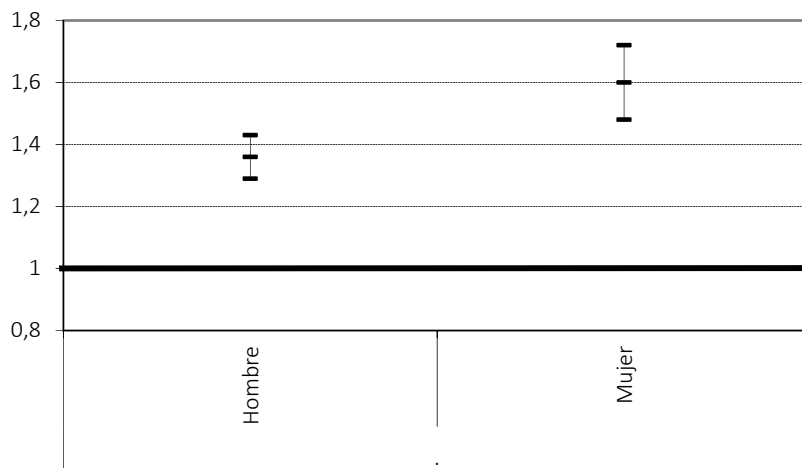
El menor nivel de estudios de las personas inmigrantes respecto a las nacidas en el País Vasco se mantuvo después de considerar el posible efecto de la edad. De esta forma, la prevalencia estandarizada por edad de tener estudios primarios o inferiores en el caso de los hombres fue del 39,8 % en autóctonos frente al 61,9 % en inmigrantes. En el caso de las mujeres, pasó del 52,3 % en las autóctonas al 70,3 % en las inmigrantes.



**Figura 35. Prevalencia estandarizada por edad de estudios primarios o inferiores por lugar de nacimiento y sexo. Población de 50 a 79 años. País Vasco, 2007**

Nota: Elaboración propia a partir de ESCAV 2007

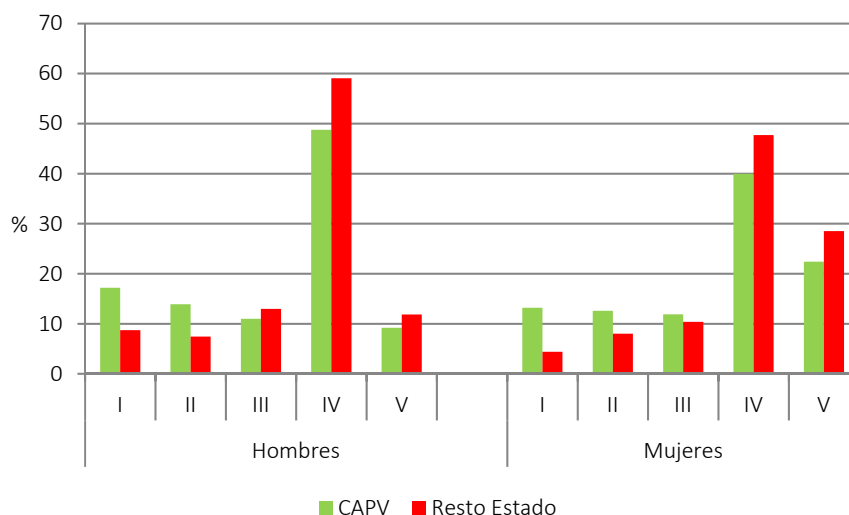
Estas diferencias fueron estadísticamente significativas tal y como se puede comprobar en la razón de prevalencia de tener estudios primarios inferiores, tanto en hombres (RP: 1,36; IC95 %: 1,29; 1,43) como en mujeres (RP: 1,60; IC95 %: 1,48; 1,72).



**Figura 36.** Razones de prevalencia ajustadas por edad según lugar de origen (referencia personas autóctonas) y sexo de tener estudios primarios. Población de 50 a 79 años. País Vasco, 2007

Nota: Elaboración propia a partir de ESCAV 2007

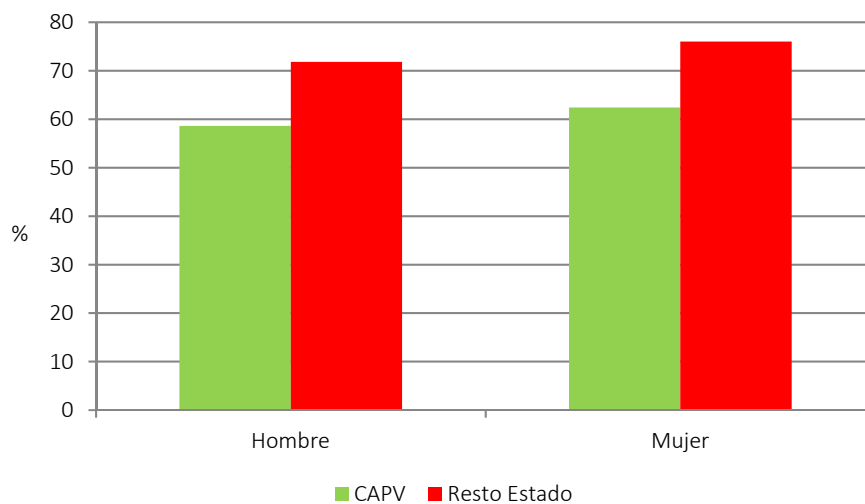
La clase social también mostró diferencias entre personas inmigrantes y autóctonas, mostrando las primeras un mayor porcentaje de personas en las clases más altas (I y II) y, por el contrario, un menor porcentaje en las más bajas (IV y V). De esta forma, mientras que entre los hombres autóctonos, el 17,2 % pertenecían a la clase social más alta, en los del resto del Estado el porcentaje descendía al 8,7 %. El mismo patrón se halló en mujeres, en las que solo el 4,4 % de las inmigrantes perteneció a la clase más alta frente al 13,2 % de las autóctonas. Por el contrario, mientras que el 9,2 % de los hombres y el 22,4 % de las mujeres autóctonas pertenecieron a la clase menos aventajada, ese porcentaje ascendió en personas inmigrantes al 11,8 % en hombres y al 28,5 % en mujeres.



**Figura 37.** Prevalencia de clase social por lugar de nacimiento y sexo. Población de 50 a 79 años. País Vasco, 2007

Nota: Elaboración propia a partir de ESCAV 2007

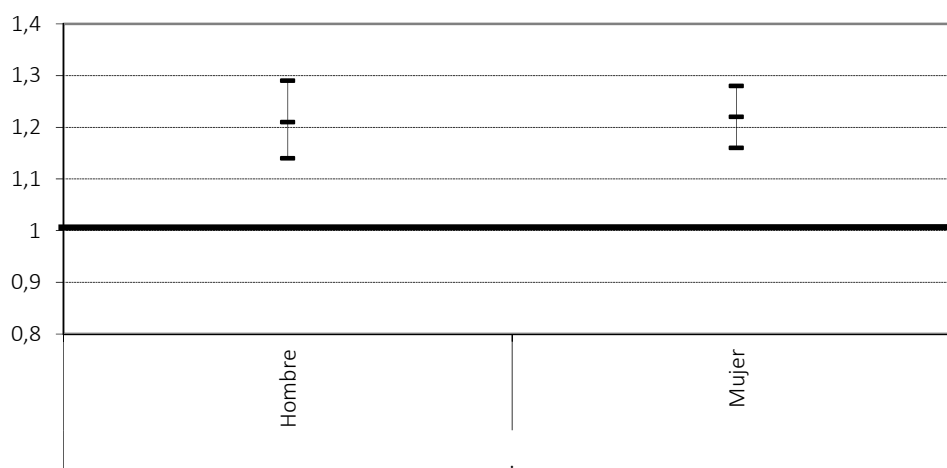
La mayor pertenencia a las clases manuales (IV y V) de los inmigrantes frente a los autóctonos se mantuvo al considerar también la edad. De esta forma, mientras que en las mujeres inmigrantes la prevalencia estandarizada por edad de la clase manual era del 76,0 %, entre las autóctonas fue del 62,5 %. En el caso de los hombres, los inmigrantes también tuvieron un porcentaje de trabajadores manuales (71,8 %) superior al de los autóctonos (58,6 %).



**Figura 38. Prevalencia estandarizada por edad de clase social manual por lugar de nacimiento y sexo. Población de 50 a 79 años. País Vasco, 2007**

Nota: Elaboración propia a partir de ESCAV 2007

Estas diferencias entre inmigrantes y autóctonos en relación a la pertenencia a una clase social manual fueron estadísticamente significativas tanto en hombres (RP: 1,21; IC95 %: 1,14; 1,29) como en mujeres (RP: 1,22; IC95 %: 1,16; 1,28).



**Figura 39. Razones de prevalencia ajustadas por edad según lugar de origen (referencia personas autóctonas) y sexo de clase social manual. Población de 50 a 79 años. País Vasco, 2007**

Nota: Elaboración propia a partir de ESCAV 2007



En resumen, las personas nacidas en el resto del Estado tuvieron un menor nivel de estudios y una menor clase social, tanto en hombres como en mujeres. En el caso del nivel de estudios, presentaron un mayor porcentaje de personas con estudios primarios o inferiores, y un menor porcentaje de estudios universitarios y secundarios. En cuanto a la clase social, entre las personas autóctonas hubo un mayor porcentaje de personas de clase social alta y un menor porcentaje de personas de clase baja, con una diferencia de en torno a 10-15 puntos porcentuales.

### 5.2.2. Determinantes intermedios de la salud

En este apartado se analizarán las diferencias entre inmigrantes y autóctonos en los determinantes intermedios de la salud.

#### Condiciones de empleo y trabajo

Comenzando con las condiciones de empleo y trabajo, a la hora de analizarlas se tuvieron en cuenta dos aspectos: por una parte, la proporción de desempleo, y por otra, la satisfacción con el trabajo. En este caso, únicamente se tuvo en cuenta a la población en edad activa del grupo de edad analizado, es decir, no se incluyó a personas de 65 y más años como en los apartados anteriores.

Para empezar con la situación de desempleo, el patrón varió según sexo. Así, en los hombres el paro fue mayor entre los inmigrantes (5,8 %) respecto a los autóctonos (3,8 %), aunque dichas diferencias no fueron estadísticamente significativas (RP: 1,55; IC95 %: 0,87; 2,76). En el caso de las mujeres, el patrón fue el contrario y las inmigrantes tuvieron un menor paro, aunque de manera no significativa (RP: 0,84; IC95 %: 0,45; 1,57).

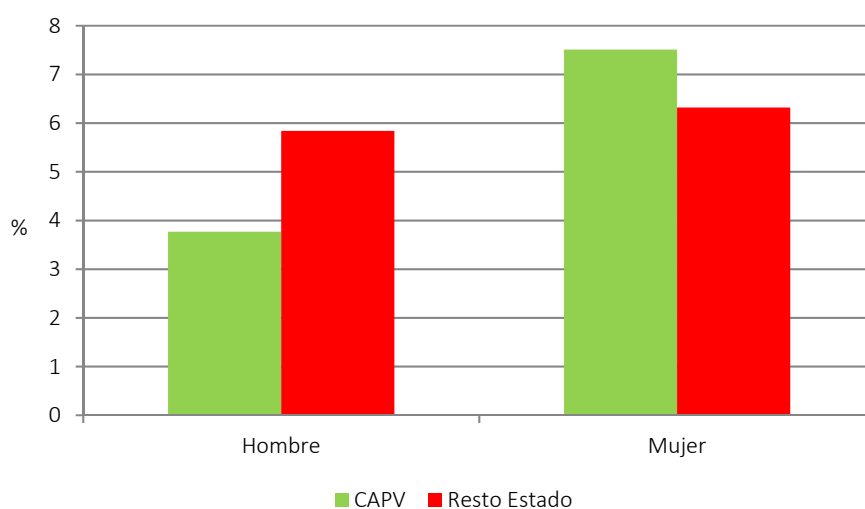
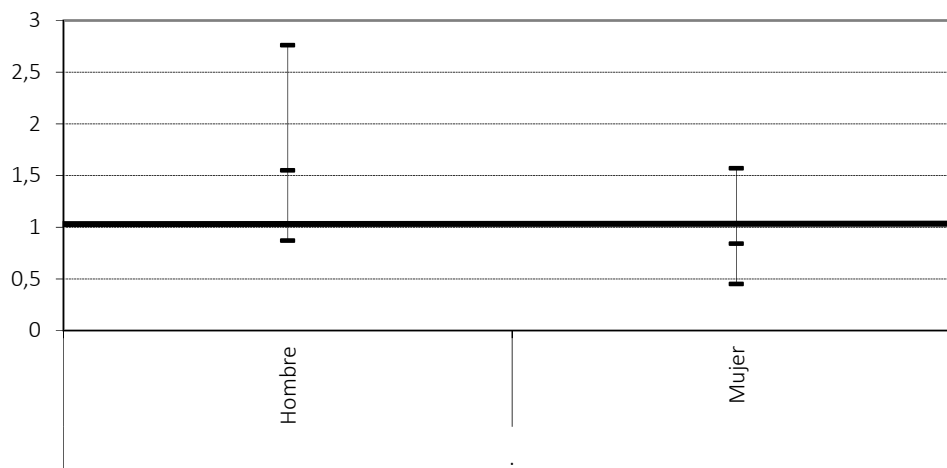


Figura 40. Prevalencia de desempleo por lugar de nacimiento y sexo. Población de 50 a 64 años. País Vasco, 2007

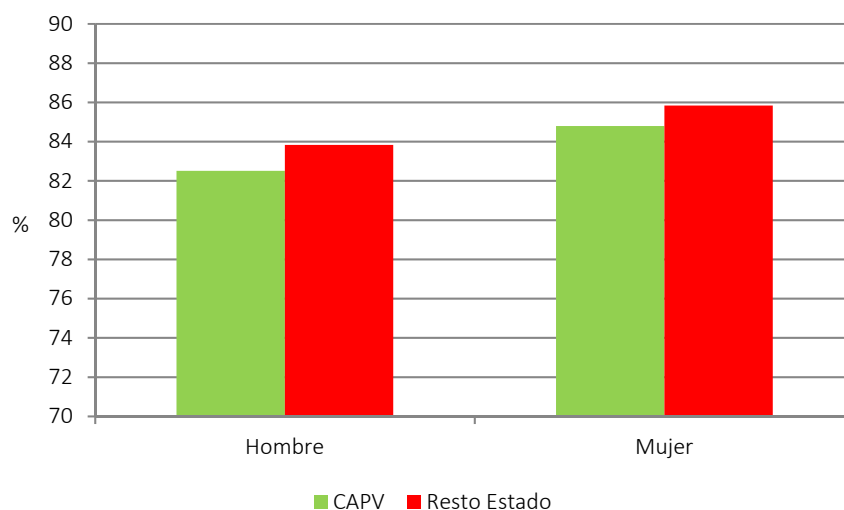
Nota: Elaboración propia a partir de ESCAV 2007



**Figura 41. Razones de prevalencia ajustadas por edad según lugar de origen (referencia personas autóctonas) y sexo de estar en desempleo. Población de 50 a 64 años. País Vasco, 2007**

Nota: Elaboración propia a partir de ESCAV 2007

En el caso de la satisfacción con el trabajo, no existieron diferencias entre inmigrantes y autóctonos en el porcentaje de satisfacción con el trabajo. Los porcentajes de personas que no tuvieron una satisfacción muy alta fueron similares (82,5 % de hombres autóctonos frente a 83,8 % de inmigrados, y 84,8 % de mujeres autóctonas frente a 85,8 % de inmigradas). Esta ausencia de diferencias se mantuvo también tras ajustar por edad (RP hombres: 1,01; IC95 %: 0,96; 1,08; RP mujeres: 1,01; IC95 %: 0,94; 1,09).



**Figura 42. Prevalencia de personas que no están muy satisfechas en el trabajo por lugar de nacimiento y sexo. Población de 50 a 64 años. País Vasco, 2007**

Nota: Elaboración propia a partir de ESCAV 2007

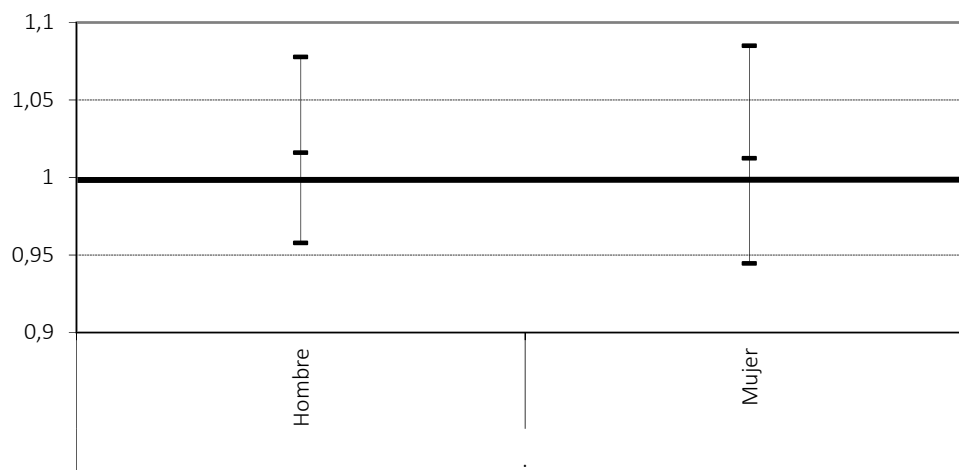


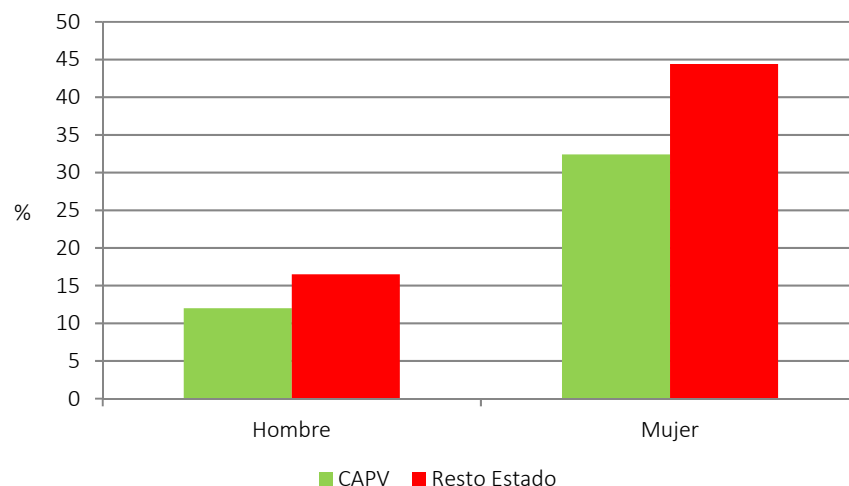
Figura 43. Razones de prevalencia ajustadas por edad según lugar de origen (referencia personas autóctonas) y sexo de no estar muy satisfecho/a con el trabajo. Población de 50 a 64 años. País Vasco, 2007

Nota: Elaboración propia a partir de ESCAV 2007

### Condiciones materiales de vida

A la hora de analizar las condiciones materiales de vida, se han utilizado diferentes indicadores. En primer lugar, se han analizado los ingresos, utilizando dos medidas complementarias. Ambas miden de manera subjetiva la percepción sobre la suficiencia de los ingresos -una sobre los ingresos en sí, y otra sobre la dificultad de llegar a fin de mes con los ingresos actuales-. En segundo lugar, se han analizado las diferencias en las características de la vivienda y del entorno, medidas a través del equipamiento de la misma, así como de las características del entorno, concretamente, diferentes problemas percibidos en el mismo. Para concluir, se ha analizado la segregación residencial de este colectivo.

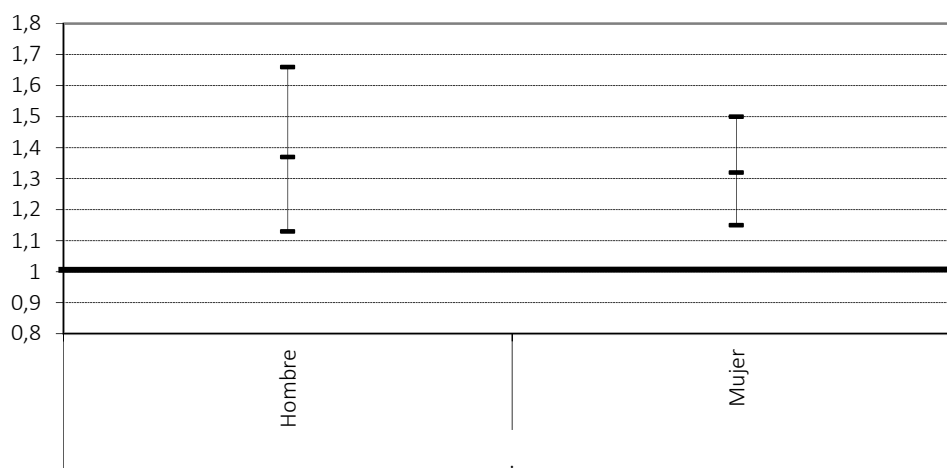
Sobre los ingresos, comenzando con la primera variable, la que mide la existencia percibida de ingresos suficientes en base a un índice elaborado por Eustat, las diferencias entre autóctonos e inmigrantes en el porcentaje de personas que señalaron disponer de ingresos insuficientes fueron reseñables y significativas. Así, las personas nacidas fuera del País Vasco presentaron un porcentaje mayor de ingresos insuficientes tanto en hombres como en mujeres. Específicamente, mientras que entre los autóctonos el porcentaje de personas con ingresos insuficientes fue del 32,4 % y 12,0 % en mujeres y hombres, respectivamente, en el caso de las personas inmigrantes los porcentajes ascendieron al 44,4 % y 16,5 %, respectivamente.



**Figura 44. Prevalencia estandarizada por edad de ingresos insuficientes por lugar de nacimiento y sexo. Población de 50 a 79 años. País Vasco, 2009**

Nota: Elaboración propia a partir de ECV 2009

Estas diferencias fueron estadísticamente significativas en ambos sexos. La prevalencia de tener ingresos insuficientes aumentó, en el caso de tratarse de una persona inmigrante, un 37 % en hombres y un 32 % en mujeres después de considerar la edad. Estas diferencias fueron en ambos casos estadísticamente significativas (RP hombres: 1,37; IC95 %: 1,13; 1,66; RP mujeres: 1,32; IC95 %: 1,15; 1,50).

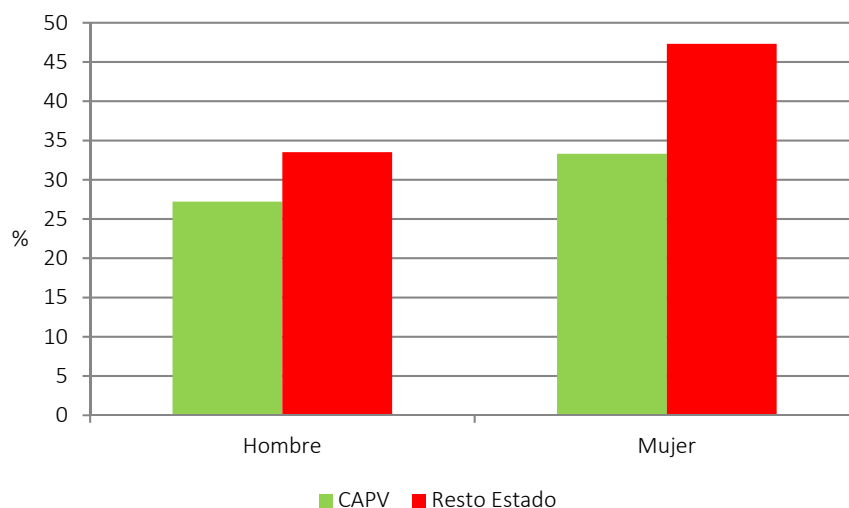


**Figura 45. Razones de prevalencia ajustadas por edad según lugar de origen (referencia personas autóctonas) y sexo de tener ingresos insuficientes. Población de 50 a 79 años. País Vasco, 2009**

Nota: Elaboración propia a partir de ECV 2009

Considerando los ingresos desde la evaluación subjetiva de poder llegar a fin de mes con los mismos, los resultados coinciden con lo descrito anteriormente y se describieron importantes desigualdades entre inmigrantes y autóctonos.

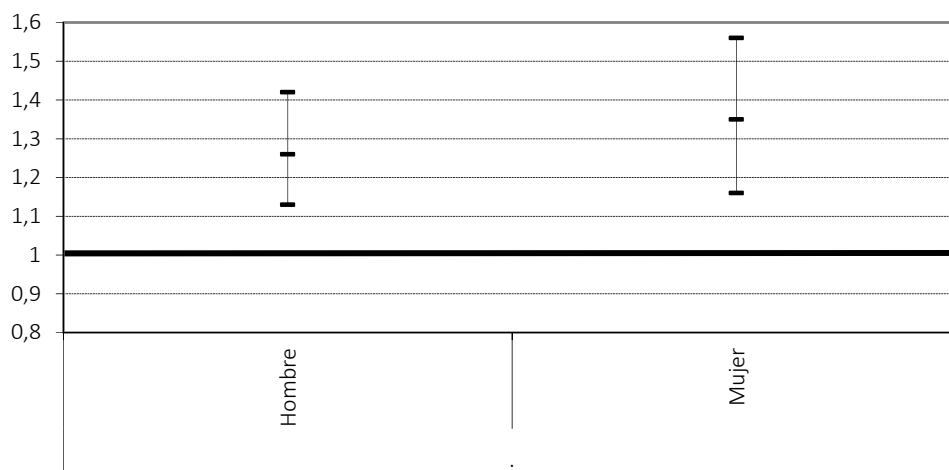
El porcentaje de personas que manifestó tener problemas para llegar a fin de mes, tanto en hombres como en mujeres, marcó diferencias reseñables y estadísticamente significativas entre las personas nacidas fuera y dentro del País Vasco. Mientras que entre las personas nacidas en el País Vasco, el porcentaje de personas que manifestó problemas para llegar a fin de mes fue del 27,2 % en hombres y del 33,3 % en mujeres, en el caso de las personas nacidas fuera del País Vasco el porcentaje fue del 33,5 % y del 47,3 % en hombres y mujeres, respectivamente.



**Figura 46. Prevalencia estandarizada por edad de problemas para llegar a fin de mes por lugar de nacimiento y sexo. Población de 50 a 79 años. País Vasco, 2007**

Nota: Elaboración propia a partir de ESCAV 2007

Las diferencias entre personas inmigrantes y autóctonas fueron mayores en mujeres que en hombres, tanto en términos absolutos como en términos relativos. Además, esta diferencia en la dificultad de llegar a fin de mes entre personas inmigrantes y autóctonas fue estadísticamente significativa tanto en hombres (RP: 1,26; IC95 %: 1,13; 1,42) como en mujeres (RP: 1,35; IC95 %: 1,16; 1,56).

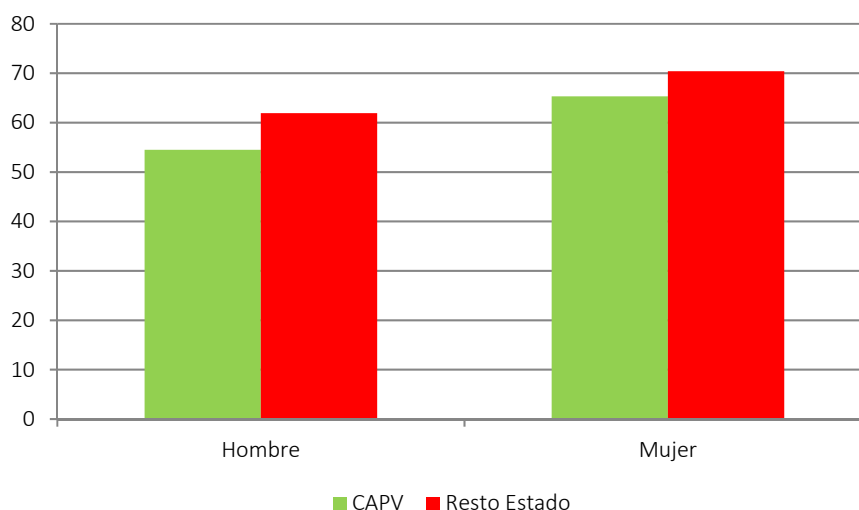


**Figura 47. Razones de prevalencia ajustadas por edad según lugar de origen (referencia personas autóctonas) y sexo de tener problemas para llegar a fin de mes. Población de 50 a 79 años. País Vasco, 2007**

Nota: Elaboración propia a partir de ESCAV 2007

#### Vivienda y entorno residencial

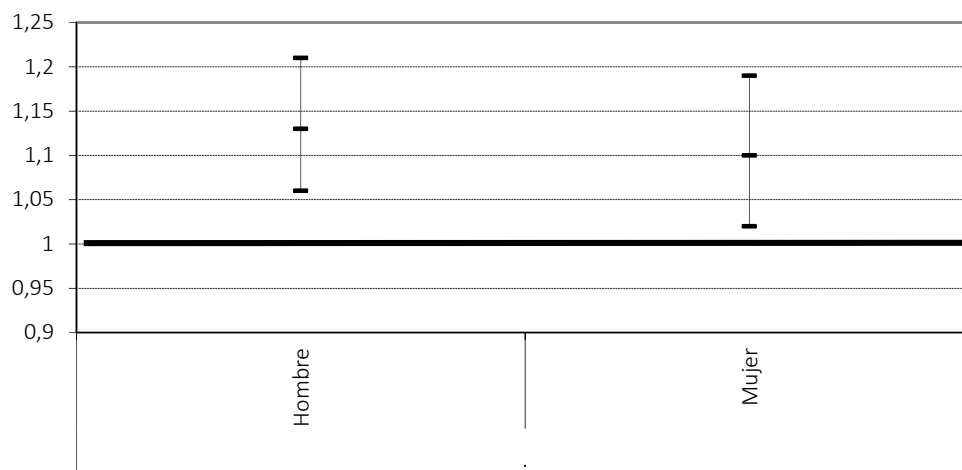
El equipamiento de la vivienda también mostró un patrón según el lugar de nacimiento. De esta forma, las personas nacidas en el resto del Estado presentaron una mayor prevalencia de déficit en el equipamiento de la vivienda (61,9 % en hombres y 70,4 % en mujeres) que las personas nacidas en el País Vasco (54,5 % en hombres y 65,3 % en mujeres).



**Figura 48. Prevalencia estandarizada por edad de déficit en equipamiento de la vivienda por lugar de nacimiento y sexo. Población de 50 a 79 años. País Vasco, 2009**

Nota: Elaboración propia a partir de ECV 2009

Las diferencias fueron similares en hombres y mujeres y estadísticamente significativas (RP hombres: 1,13; IC95 %: 1,06; 1,21; RP mujeres: 1,10; IC95 %: 1,02; 1,19).



**Figura 49. Razones de prevalencia ajustadas por edad según lugar de origen (referencia personas autóctonas) y sexo de déficit de equipamiento en la vivienda. Población de 50 a 79 años. País Vasco, 2009**

Nota: Elaboración propia a partir de ECV 2009

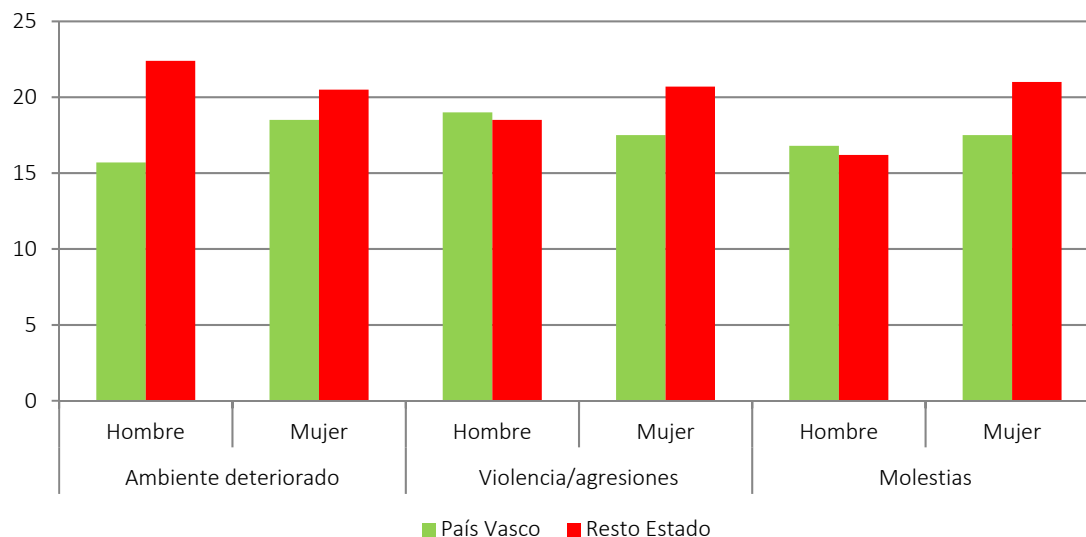
En relación a las características del entorno residencial, aunque se muestra una tendencia hacia unas peores características del entorno en el caso de las personas nacidas en el resto del Estado, las diferencias no fueron claras y el patrón fue cambiante.

Empezando con los problemas en el entorno de la vivienda, en términos generales, las personas inmigrantes reportaron en un mayor porcentaje problemas en este sentido respecto a las personas nacidas en el País Vasco. Sin embargo, solo en uno de los casos se produjeron diferencias estadísticamente significativas.

Comenzando con el ambiente social del entorno, el porcentaje de personas que vivía en un entorno social deteriorado fue superior entre las personas inmigrantes tanto en hombres como en mujeres (15,7 % frente a 22,4 % en hombres y 18,5 % frente a 20,5 % en mujeres). En los primeros, la prevalencia aumentó un 23 % y este aumento fue estadísticamente significativo (RP: 1,23; IC95 %: 1,44; 1,69). En el caso de las mujeres, en cambio, las diferencias no fueron estadísticamente significativas (RP: 1,14; IC95 %: 0,89; 1,47).

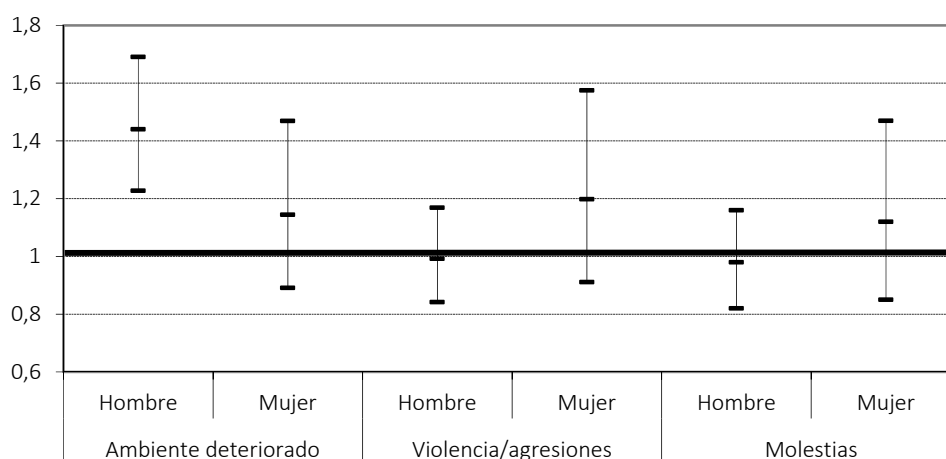
Los problemas de violencia o agresiones en el entorno según el lugar de nacimiento no tuvieron un mismo patrón en hombres que en mujeres. De este modo, mientras que en estas últimas las nacidas en el resto del Estado tuvieron una prevalencia mayor, aunque no estadísticamente significativa (RP: 1,20; IC95 %: 0,91; 1,58), en el caso de los hombres la prevalencia fue similar en los dos grupos.

La percepción de molestias en el entorno mostró un patrón similar: la prevalencia fue mayor en las mujeres inmigrantes respecto a las autóctonas, aunque de manera no significativa (RP: 1,12; IC95 %: 0,85; 1,47), mientras que en el caso de los hombres el porcentaje que declaró tener molestias en el entorno fue similar según el lugar de nacimiento.



**Figura 50. Prevalencia estandarizada por edad de varios problemas en el entorno de la vivienda por lugar de nacimiento y sexo. Población de 50 a 79 años. País Vasco, 2009**

Nota: Elaboración propia a partir de ECV 2009



**Figura 51. Razones de prevalencia ajustadas por edad según lugar de origen (referencia personas autóctonas) y sexo de varios problemas en el entorno. Población de 50 a 79 años. País Vasco, 2009**

Nota: Elaboración propia a partir de ECV 2009

Atendiendo a las características socioeconómicas del entorno, las secciones censales con mayor porcentaje de personas nacidas en el resto del Estado mostraron, de manera general, unos mayores índices de privación socioeconómica que las secciones donde el porcentaje de personas inmigrantes era menor.

Para el conjunto de la comunidad autónoma, se encontró una relación significativa entre el porcentaje de personas nacidas en el resto del Estado y dos de los tres indicadores socioeconómicos utilizados: el porcentaje de personas con estudios primarios y el porcentaje de personas en paro. Así, parece existir una tendencia a que a medida que en la sección censal



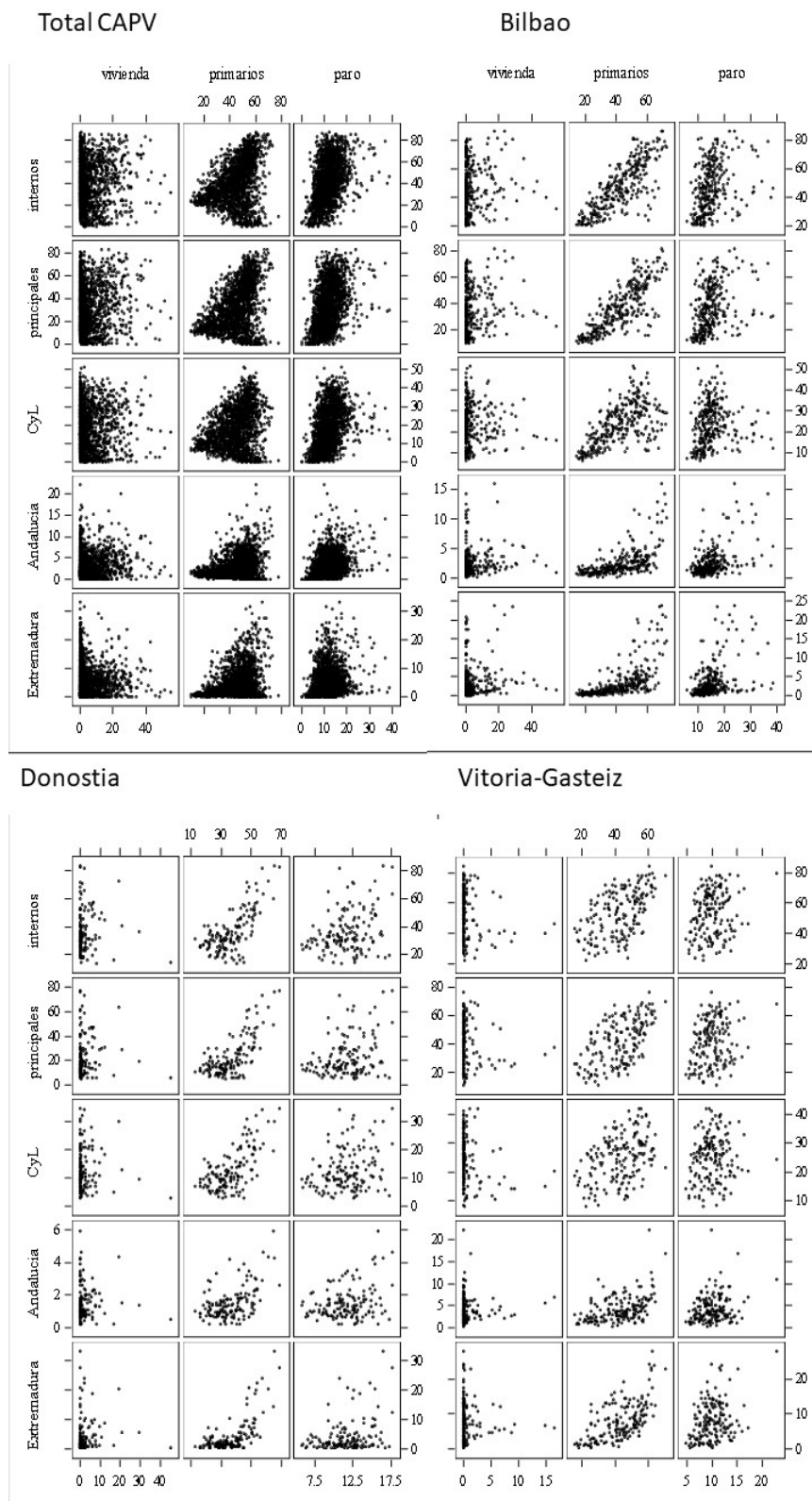
el porcentaje de personas del resto del Estado fue mayor, también lo fue el porcentaje de personas con estudios primarios y el porcentaje de personas paradas. Los coeficientes se situaron, en el caso de los estudios primarios, en torno al 0,3-0,4, y en 0,4-0,5 acerca del paro. Esta relación, sin embargo, no fue clara con otra de las variables, el porcentaje de viviendas de bajo confort. La relación no fue significativa en algunos casos y tuvo un coeficiente muy bajo en la mayor parte de las ocasiones.

**Tabla 15. Coeficientes de correlación (Pearson y Spearman) entre porcentaje de personas mayores de 45 años nacidas en el resto del Estado (total, principales autonomías y diferentes autonomías) y variables socioeconómicas (% viviendas bajo confort, % estudios primarios, % personas en paro). Valor total (arriba) y significación (abajo). Secciones censales del País Vasco, 2011**

	Coeficiente Pearson			Coeficiente Spearman		
	Vivienda	Primarios	Paro	Vivienda	Primarios	Paro
Total resto	0,02246 0,3549	0,35338 <,0001	0,43411 <,0001	-0,06779 0,0052	0,36807 <,0001	0,45163 <,0001
Principales	0,06267 0,0098	0,42324 <,0001	0,41398 <,0001	-0,02398 0,3233	0,40358 <,0001	0,43692 <,0001
Castilla y León	0,00181 0,9404	0,29017 <,0001	0,41530 <,0001	-0,07853 0,0012	0,27579 <,0001	0,46718 <,0001
Andalucía	0,11812 <,0001	0,34393 <,0001	0,31889 <,0001	0,07065 0,0036	0,31595 <,0001	0,33018 <,0001
Extremadura	-0,02121 0,3823	0,38912 <,0001	0,15169 <,0001	-0,03593 0,1389	0,37347 <,0001	0,16897 <,0001
Galicia	0,22740 <,0001	0,36504 <,0001	0,34152 <,0001	0,10656 <,0001	0,36294 <,0001	0,44859 <,0001

Nota: Elaboración propia

Atendiendo a los municipios más importantes por tamaño y presencia de población nacida en el resto del Estado, la relación se observó en todos ellos salvo en Barakaldo, en el que la relación fue muy débil y solo reseñable en el caso del desempleo y las personas nacidas en Castilla y León.



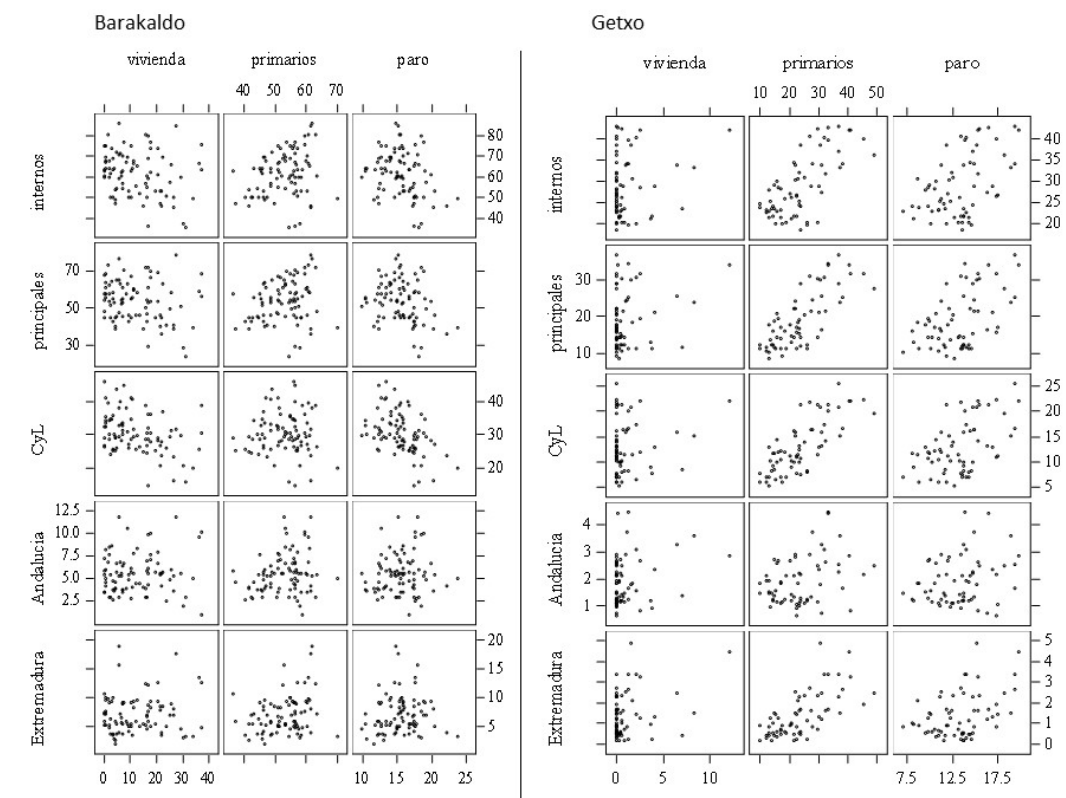
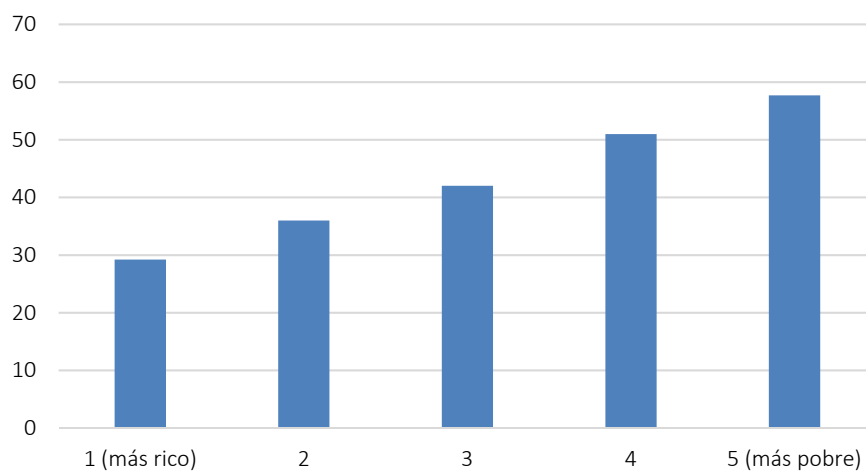


Figura 52. Gráficos de dispersión entre porcentaje de personas nacidas en el resto del Estado (mayores de 45 años, diferentes categorías) y variables socioeconómicas (% viviendas bajo confort, % estudios primarios, % personas en paro). Secciones censales del País Vasco, 2011

Esta mayor privación socioeconómica de las secciones censales en las que existe un mayor porcentaje de personas nacidas en el resto del Estado puede comprobarse también prestando atención al porcentaje de personas inmigradas según el nivel de privación de la sección censal. En la siguiente figura se puede comprobar cómo a medida que aumenta el índice de privación de la sección censal, aumenta también el porcentaje de personas nacidas en el resto del Estado.

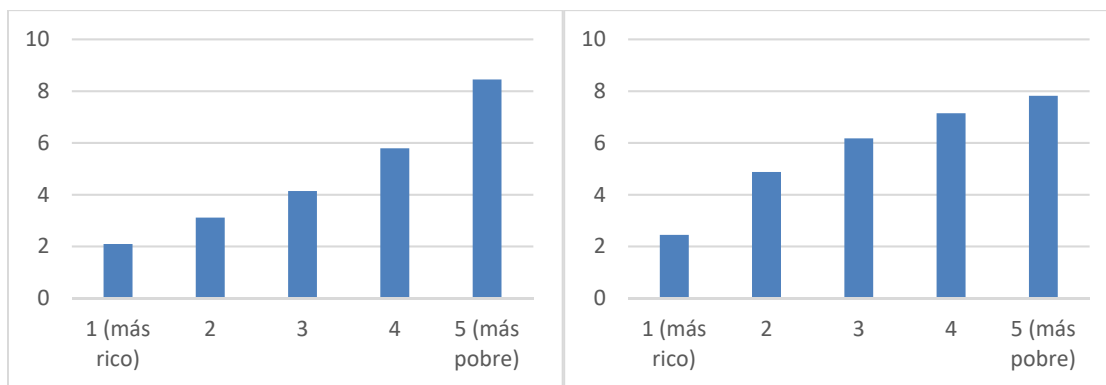
De esta forma, mientras que en las secciones de menor privación ese porcentaje es del 29,2 %, en el quintil de secciones con mayor privación el porcentaje de personas nacidas en el resto del Estado en la población de 45 y más años alcanzó el 57,7 %. Las diferencias, además, no solo se produjeron entre las secciones extremas, sino que se pudieron observar que a cada aumento en la privación le acompañó un crecimiento en el porcentaje de personas nacidas en el resto del Estado.



**Figura 53. Porcentaje de población nacida en el resto del Estado por quintil de privación socioeconómica. Mayores de 45 años. País Vasco, 2011**

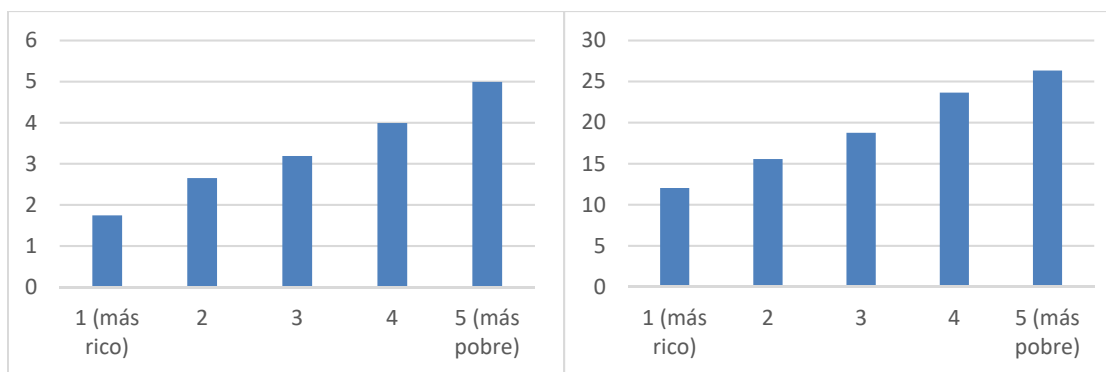
Nota: Elaboración propia a partir del Censo de Población y Viviendas 2011

Atendiendo a los diferentes orígenes, el patrón descrito anteriormente se repitió tanto en Galicia como en Extremadura, Andalucía y Castilla y León; si bien las diferencias fueron mayores en Galicia, donde el porcentaje de nacidos en el resto del Estado se multiplicó por 3 en las secciones con mayor privación respecto a las de menor privación, pasando del 2,1 % al 8,4 %. Las diferencias también fueron mayores respecto al conjunto en el caso de Extremadura, donde la diferencia entre los extremos fue del 2,4 % al 7,8 %, es decir, más del triple. En lo que se refiere a Castilla y León y Andalucía, las diferencias fueron considerables, aunque menores, situándose el porcentaje en las secciones del quintil de mayor privación en valores alrededor del doble que las secciones del quintil de menor privación.



**A. Galicia**

**B. Extremadura**



**C. Andalucía**

**D. Castilla y León**

**Figura 54. Porcentaje de población nacida en diferentes comunidades autónomas por quintil de privación socioeconómica. Mayores de 45 años. País Vasco, 2011**

Nota: Elaboración propia a partir del Censo de Población y Viviendas 2011

**Segregación residencial**

Además de las características del espacio de residencia, otro de los factores relacionados con el área de residencia con importancia para la salud tiene que ver con la distribución del colectivo en esa área de residencia y su mayor o menor segregación en el espacio respecto al resto de población. Este aspecto cobra especial protagonismo dentro de los determinantes de las desigualdades en salud entre población autóctona e inmigrada. Tal y como se ha recogido en la introducción, diversos estudios han mostrado la importante segregación de este colectivo en las primeras fases del proceso migratorio, lo que recomendó su análisis en la época actual.

El asentamiento en el País Vasco de la población nacida en el resto del Estado no es homogéneo. Así, en cuanto al municipio, la siguiente tabla nos muestra los municipios con mayor porcentaje de personas del resto del Estado entre la población de 45 y más años. En ella podemos comprobar que en 16 municipios vascos el número de personas nacidas en el resto del Estado en la población mayor de 45 años superaba al de nacidos en el País Vasco, y en cinco de esos municipios, de cada 10 personas de más de 45 años, al menos seis habían

nacido fuera del País Vasco. Por el contrario, en más de 70 municipios el porcentaje de personas nacidas en el resto del Estado en esas edades no alcanzó el 10 %. El mayor porcentaje lo presentaba Ermua, que superaba el valor del País Vasco en más de 30 puntos (74,5 %), seguido de Etxebarri (68,2 %) y Barakaldo (62,1 %).

**Tabla 16. Municipios del País Vasco con mayor porcentaje de personas nacidas en el resto del Estado (total, en comunidades mayoritarias y en algunas comunidades específicas) en población de 45 y más años. País Vasco, 2011**

Municipio	Total	% Estado	% mayoritarias	% CyL	% Andalucía	% Extremadura	% Galicia
Total País Vasco	1 028 893	42,5	33,5	18,9	3,2	5,6	4,6
Ermua	7820	74,5	67,7	27,5	5,5	8,9	21,2
Etxebarri	2936	68,2	62,2	25,7	7,2	13,4	13,8
Barakaldo	49 331	62,1	54,2	31,1	5,4	6,9	9,5
Basauri	22 490	61,8	53,3	32,8	4,5	7,1	6,1
Lasarte-Oria	8138	61,2	52,1	28,2	4,1	14,5	4,2
Derio	2289	59,8	51,2	29,7	5,6	12,3	2,8
Sestao	15 871	59,6	52,1	28,5	5,0	5,0	12,1
Santurtzi	23 134	58,8	50,7	30,9	6,4	5,8	6,3
Portugalete	26 004	58,5	51,3	30,2	4,9	6,3	8,9
Errenteria	18 432	57,0	47,3	22,7	3,1	14,0	6,5
Iruña Oka/Iruña de Oca	805	56,0	49,6	25,7	7,3	7,8	6,0
Irun	26 919	55,0	41,0	21,2	3,9	10,7	3,5
Zumarraga	5051	53,5	44,0	28,6	1,4	11,1	2,2
Erandio	10 588	53,4	46,2	28,2	4,1	7,1	5,4
Vitoria-Gasteiz	102 014	53,2	41,3	25,0	4,2	7,6	3,5
Llodio	9234	50,1	43,1	25,4	7,0	3,3	5,8
Andoain	6721	49,9	40,6	17,3	3,0	15,4	3,2
Iurreta	1997	48,1	43,7	21,3	5,7	10,2	4,8
Alegría-Dulantzi	587	48,0	38,2	21,5	5,8	5,5	3,4
Olaberria	508	47,2	28,3	16,1	2,6	3,0	6,3

Nota: Elaboración propia a partir del Censo de Población y Viviendas 2011

Prestando atención a los orígenes, y no solo al porcentaje general de inmigrantes, encontramos importantes diferencias respecto al patrón general. Tal y como se puede comprobar en la siguiente tabla, atendiendo a los municipios que concentraron el mayor número de personas de cada origen, ningún municipio repitió en la primera posición en más de un origen.

Comenzando con las personas originarias de Galicia, es Ermua el que registró el mayor porcentaje de personas originarias de esta comunidad autónoma (21,2 %) seguido de Pasaia (18,5 %). En el caso de los originarios de Castilla y León, fue Basauri el municipio que acogió un mayor número relativo de personas inmigradas, donde el 32,8 % de la población

mayor de 45 años es originaria de esta comunidad autónoma. A este municipio le siguió Barakaldo (31,1 %).

Sin embargo, en lo referente a Andalucía, fue Eskoriatza (12,1 %) y Zaratamo (11,7 %) los municipios con mayor presencia relativa. Por último, en el caso de Extremadura, fue Zizurkil (16,3 %) el municipio con mayor presencia, seguido de Salvatierra-Agurain (15,7 %). Es decir, la concentración de personas inmigrantes en determinados municipios fue clara, y esta mostró un patrón diferente según el origen.

**Tabla 17. Municipios del País Vasco con mayor porcentaje de personas nacidas en el resto del Estado según diferentes orígenes en población de 45 y más años. País Vasco, 2011**

Castilla y León	Andalucía	Extremadura	Galicia				
Basauri	32,8	Eskoriatza	12,1	Zizurkil	16,3	Ermua	21,2
Barakaldo	31,1	Zaratamo	11,7	Salvatierra/Agurain	15,7	Pasaia	18,5
Santurtzi	30,9	Ortuella	8,4	Andoain	15,4	Etxebarri	13,8
Portugalete	30,2	Abanto y Ciérvana-Abanto Zierbena	8,3	Lasarte-Oria	14,5	Sestao	12,1
Derio	29,7	Ugao-Miraballes	8,2	Errenteria	14,0	Barakaldo	9,5

Nota: Elaboración propia a partir del Censo de Población y Viviendas 2011

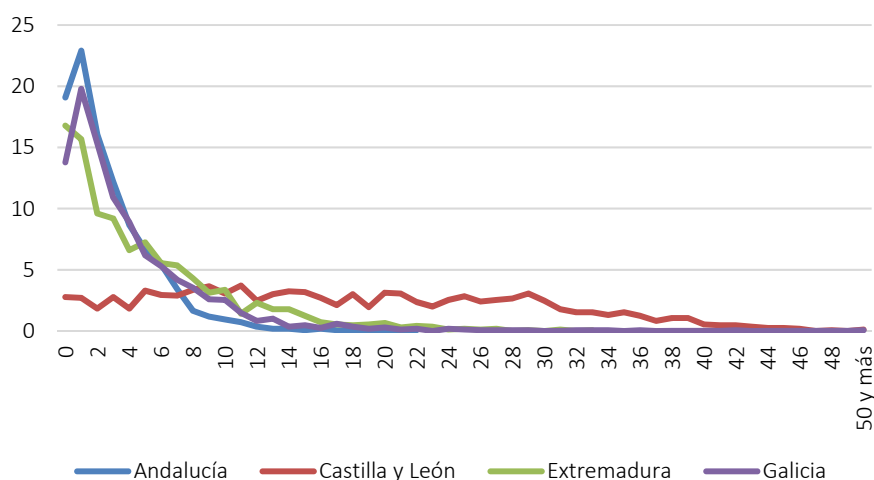
Fijándonos en la sección censal en lugar del municipio, las diferencias en el porcentaje de población nacida en el resto del Estado son lógicamente mayores. En la siguiente tabla, se presentan las principales medidas univariantes del porcentaje de personas nacidas en el resto del Estado en las diferentes secciones. En ella podemos comprobar que, si atendemos al total de personas nacidas en el resto del Estado, si bien en el conjunto de secciones el porcentaje medio de personas inmigrantes fue del 41,5 %, al menos el 25 % de secciones del País Vasco tuvo un 57 % o más porcentaje de inmigrantes. Por el contrario, en al menos el 25 % de secciones, el porcentaje fue de un 26 % o menos. Las diferencias aumentaron al considerar grupos más extremos. Así, mientras que en el 10 % de secciones del País Vasco el porcentaje de personas del resto del Estado fue de al menos el 70 %, en otro 10 % no llegó al 15 %.

**Tabla 18. Estadísticos descriptivos del porcentaje de personas nacidas en el resto del Estado (varias opciones) en las diferentes secciones censales. Mayores de 45 años. País Vasco, 2011**

	Media	Mediana	Q1	Q3	CV	Min.	Max.	P5	P10	P20	P30	P70	P80	P90	P95
Total Estado	41,5	40,6	26	57	48,8	0	88	8,5	14,8	23	28,8	53,5	61,4	69,9	75,1
Total mayoritarias	32,7	30,6	16,5	47,5	59,2	0	82,7	4,8	9	14	18,7	43,9	51,6	60,5	67
Galicia	4,5	3,1	1,6	6	103,3	0	54,8	0,4	0,8	1,3	1,8	5,2	6,9	9,7	12,4
Extremadura	5,5	3,9	1,5	7,8	95,9	0	33,4	0,3	0,6	1,2	1,9	6,8	8,9	12,8	15,8
Andalucía	3,2	2,5	1,2	4,5	84,6	0	22,2	0,3	0,6	1	1,5	4	5,1	6,8	8,2
Castilla y León	18,3	17,4	9,2	27,1	60,7	0	51,4	1,8	3,9	7,6	10,6	25,1	29	33,7	37,7

Nota: Elaboración propia a partir del Censo de Población y Viviendas 2011

Estas diferencias entre las secciones que presentaban más y menos porcentaje de personas nacidas en el resto del Estado se produjeron en todas las comunidades de procedencia analizadas. No obstante, la magnitud de estas diferencias varió sustancialmente. Las comunidades con mayores diferencias fueron Galicia y Extremadura. En el primero de los casos, en el 10 % de las secciones el porcentaje de originarios de Galicia superaba el 9 % e incluso en una sección censal más de la mitad de las personas mayores de 45 años era de origen gallego. Por el contrario, en más del 30 % de secciones, este porcentaje no alcanzó el 2 %. Las diferencias también fueron notables en el caso de Extremadura, donde el porcentaje se multiplicó por 21 entre el 20 % de secciones extremas, ya que mientras que al menos el 10 % de las secciones tenía un porcentaje del 0,6 % o menos, en al menos otro 10 % ese porcentaje era del 12,8 % o más. En el resto de comunidades autónomas, las diferencias fueron menores, pero también considerables. En Castilla y León, que presentó las menores diferencias entre extremos, el porcentaje en el 10 % de secciones con mayor presencia fue casi 9 veces superior al 10 % de secciones con menor presencia (33,7 % frente a 3,9 %).



**Figura 55. Porcentaje de secciones censales según el porcentaje de personas nacidas en Andalucía, Castilla y León, Extremadura y Galicia. Mayores de 45 años. País Vasco, 2011**

Nota: Elaboración propia a partir del Censo de Población y Viviendas 2011



Considerando los municipios más importantes, la concentración de inmigrantes en las distintas secciones mostró diferencias reseñables. Así, las diferencias entre secciones en base a esa variable mostraron una mayor magnitud en Donostia (CV: 40,8 %) y Bilbao (CV: 35,9 %), mientras que las menores diferencias se produjeron en Barakaldo (CV: 17,5 %). De esta forma, en Donostia y Bilbao el porcentaje de inmigrantes internos del 10 % de secciones con mayor presencia fue casi 3 veces mayor que en el 10 % de secciones con menor presencia. En Barakaldo esta diferencia fue de solo 1,5 veces.

En todas las comunidades de origen el patrón fue similar, y fueron Donostia y Bilbao las que mostraron unas mayores diferencias, mientras que estas fueron menores en Barakaldo. Dentro de estos municipios analizados también se reprodujo el patrón general por el cual las comunidades con una mayor concentración fueron Galicia y Extremadura y la que menos Castilla y León.

**Tabla 19. Estadísticos descriptivos del porcentaje de personas nacidas en el resto del Estado (varias opciones) en las diferentes secciones censales de los municipios principales. País Vasco, 2011**

	N	Media	Mediana	Q1	Q3	CV	Min.	Max.	P5	P10	P20	P30	P70	P80	P90	P95
Total Estado																
Vitoria-Gasteiz	168	53,6	55,2	41	65,7	27,6	22,7	84,4	29,3	33,2	37,9	43,1	63,9	67,6	72,1	76,2
Donostia	140	36,2	32,5	26	43,9	40,8	13,3	83,8	17,6	19,4	24,5	28,2	40,4	47,8	56,2	67,4
Bilbao	288	47	45,4	32,7	60,5	35,9	20	86	22,2	24,8	29	35,7	56,5	63,2	71,4	76
Barakaldo	84	61,6	62,6	53,1	69,1	17,5	35,6	85,8	45,8	48,8	50,5	55,2	67,5	70,5	75,1	79,4
Getxo	64	28,8	27,1	23	33,9	24,9	18,4	43	20	20,3	21,7	23,5	32	36,1	40,3	42,1
Total mayoritarias																
Vitoria-Gasteiz	168	41,8	42,5	28,7	54,7	37,1	11,1	76,5	18	19,8	25,8	31,1	52	56,9	61,7	66,3
Donostia	140	22,8	17,2	12,1	28,9	69	5,3	77,4	6,7	8,2	11	13,2	26,1	30,7	46,4	59,5
Bilbao	288	36,3	33,6	21,4	50,5	48,3	9,3	82,1	12,4	13,8	18,3	24,1	45,9	53,2	61	67,6
Barakaldo	84	53,7	54	45,3	62	21	23,7	78,3	38,8	40	44,7	46,1	60	63,6	68,6	71,6
Getxo	64	19,1	17	12,3	24,3	39,7	8,5	36,7	10,4	11,2	11,8	13,9	22	27,6	31,1	33,9
Galicia																
Vitoria-Gasteiz	168	3,5	3,1	2	4,7	56,2	0,3	11,1	1	1,5	1,7	2,2	4,2	5,2	6,3	7,3
Donostia	140	3,4	2,1	1,3	3,7	107,2	0,2	28,9	0,7	0,8	1,1	1,5	3,3	4,4	8,1	10,5
Bilbao	288	5,4	3,7	2,1	7,5	99,1	0,2	54,8	1	1,3	1,8	2,5	6,5	8,4	11	12,7
Barakaldo	84	9,4	9	6,5	12,1	42,1	2	20,2	3,5	4,7	5,7	7,4	10,6	13	15	17,3
Getxo	64	2,1	1,9	1,3	2,5	52,3	0,5	6	0,7	0,9	1,1	1,4	2,4	2,6	3,3	4
Extremadura																
Vitoria-Gasteiz	168	7,9	7,1	3,7	11,9	68,7	0,4	27,9	1,2	1,7	3	4,2	9,9	12,5	14,4	17,5
Donostia	140	4,4	2,1	1,2	4,7	130,8	0,3	33,4	0,5	0,6	1	1,4	4	5,8	10,2	19,6
Bilbao	288	3,6	1,9	1	4,3	123,8	0	23,8	0,3	0,5	0,9	1,2	3,6	5	7,7	14,3
Barakaldo	84	7,1	6,4	5	9	46,6	1,9	18,8	3,1	3,5	4,5	5,1	8,5	9,3	10,5	12,7
Getxo	64	1,4	1,1	0,6	2	75,5	0,2	4,9	0,2	0,4	0,5	0,6	1,6	2,3	2,7	3,4
Andalucía																
Vitoria-Gasteiz	168	4,3	3,8	2,3	5,8	69,1	0,3	22,2	1,1	1,4	2	2,5	5,3	6,4	7,9	9,4
Donostia	140	1,5	1,3	0,9	1,8	65,4	0,2	5,9	0,4	0,6	0,8	0,9	1,7	2	2,9	3,5
Bilbao	288	2,6	1,8	1,2	3,1	91,6	0,3	16	0,7	0,9	1,1	1,4	2,8	3,7	4,8	7,1
Barakaldo	84	5,5	5,4	3,8	6,7	40,5	0,9	11,8	2,7	2,9	3,7	4,1	6	7,1	8,4	10
Getxo	64	1,9	1,8	1,2	2,5	45,5	0,6	4,5	0,9	1,1	1,1	1,2	2,3	2,7	2,9	3,6
Castilla y León																
Vitoria-Gasteiz	168	24,8	25,6	18,6	30	31,8	7,8	42,1	11,6	13,8	17,5	20,2	29,1	30,9	35,5	37,7
Donostia	140	12,8	10,9	7,3	16,2	55,8	2,8	34,6	4,2	5,3	6,8	8,5	14,6	19	22,4	27,6
Bilbao	288	23,5	23,1	16	30,2	41,4	6,1	51,4	9,1	10,3	14,6	17,6	29,2	32,4	36	39,7
Barakaldo	84	30,4	29,6	26,3	34,3	20,7	14,4	46,3	20,4	24	25,7	27,1	33	35,5	39,1	41,2
Getxo	64	13	11,7	8,7	16,2	39,9	5,3	25,6	6,1	7	7,9	9,9	15,3	17,4	21,3	22

Nota: Elaboración propia a partir del Censo de Población y Viviendas 2011

Los índices de segregación pueden ofrecer una visión complementaria a lo expuesto anteriormente para entender las pautas residenciales de las personas nacidas en el resto del Estado y su segregación en el espacio. El índice de segregación permite además cuantificar la segregación de un grupo en el espacio, lo que facilita la comparación entre municipios o entre poblaciones de origen.

En cuanto al País Vasco, y para las personas nacidas en el resto del Estado, el índice calculado ofrece unos valores bajos, y no superan el 0,4, salvo en el caso de las personas originarias de Extremadura en Donostia. Viendo las comunidades autónomas de origen, los valores de segregación más altos se encontraron entre las personas provenientes de Extremadura y Galicia, y las menores entre las originarias de Castilla y León. En términos generales, este patrón se repitió salvo algunas excepciones en todos los municipios analizados.

Por municipios, las tasas de segregación más altas se produjeron en Donostia, Bilbao y Errenteria. Las más bajas se encontraron en Barakaldo. Este patrón se repitió en el conjunto de orígenes. Salvo el caso de Andalucía, cuyos niveles de segregación fueron más altos en Vitoria-Gasteiz, en el resto de comunidades analizadas los valores más altos se produjeron en Donostia. Por el contrario, los valores más bajos en todas las comunidades de origen se produjeron en Barakaldo.

**Tabla 20. Índice de segregación de las personas nacidas en el resto del Estado en diferentes municipios. Total y según comunidades autónomas de origen principales. País Vasco, 2011**

	Total	Castilla y León	Andalucía	Extremadura	Galicia
Bilbao	0,28	0,22	0,29	0,42	0,34
Vitoria-Gasteiz	0,25	0,17	0,26	0,30	0,24
Donostia	0,23	0,24	0,23	0,44	0,36
Getxo	0,14	0,18	0,19	0,29	0,19
Barakaldo	0,13	0,08	0,13	0,14	0,13
Irun	0,21	0,16	0,18	0,19	0,15
Portugalete	0,26	0,15	0,15	0,22	0,24
Santurtzi	0,21	0,12	0,14	0,28	0,14
Basauri	0,24	0,15	0,14	0,20	0,20
Errenteria	0,30	0,22	0,22	0,24	0,18
Sestao	0,21	0,14	0,18	0,25	0,17

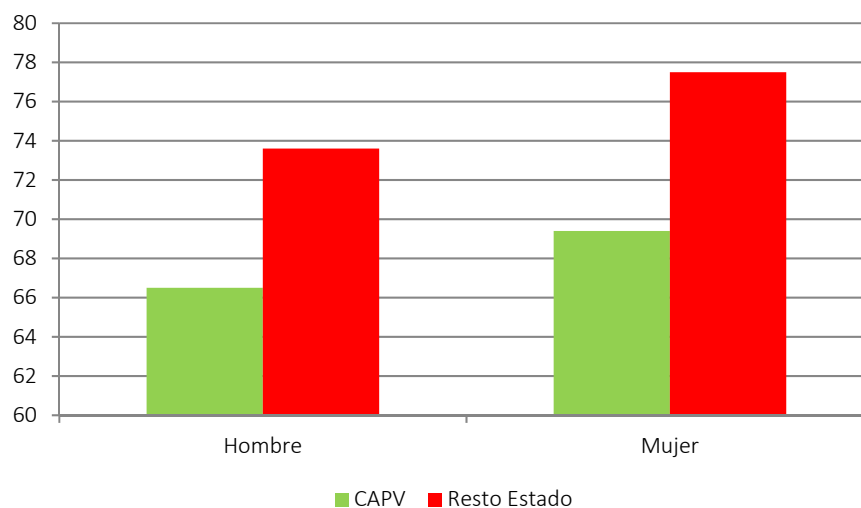
Nota: Elaboración propia a partir del Censo de Población y Viviendas 2011

### Factores psicosociales

Con el objetivo de analizar los factores relacionados con el capital social, se han analizado las diferencias entre inmigrantes y autóctonos en la participación en asociaciones. Se trata de una variable muy concreta y que no refleja más que uno de los factores relacionados con

el capital social, pero se ha seleccionado por su capacidad de resumen y su relación con la salud descrita en la literatura.

Los resultados muestran que, tanto en hombres como en mujeres, el porcentaje de personas inmigrantes que no participaban en asociaciones fue mayor que entre las personas autóctonas. A saber, en los hombres, mientras que entre los nacidos en el resto del Estado, el 73,6 % no participaba en asociaciones, en el caso de los nacidos en el País Vasco el porcentaje fue del 66,5 %. Respecto a las mujeres, también entre las nacidas en el resto del Estado el porcentaje que no participaba en organizaciones fue mayor (77,5 %) que entre las nacidas en el País Vasco (69,4 %). Las diferencias fueron estadísticamente significativas tanto en el caso de los hombres (RP: 1,10; IC95 %: 1,02; 1,19) como de las mujeres (RP: 1,12; IC95 %: 1,05; 1,19).



**Figura 56.** Prevalencia estandarizada por edad de no participar en asociaciones por lugar de nacimiento y sexo. Población de 50 a 79 años. País Vasco, 2009

Nota: Elaboración propia a partir de ECV 2009

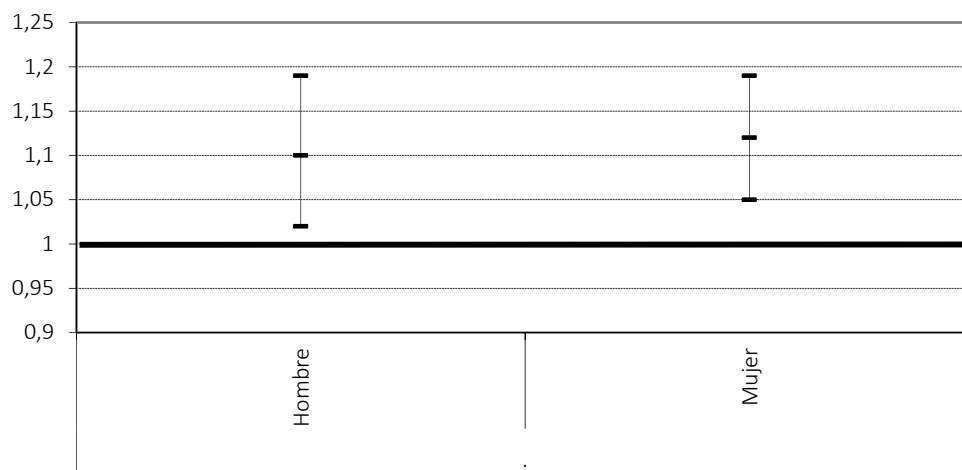


Figura 57. Razones de prevalencia ajustadas por edad según lugar de origen (referencia personas autóctonas) y sexo de no participar en asociaciones. Población de 50 a 79 años. País Vasco, 2009

Nota: Elaboración propia a partir de ECV 2009

### Conductas relacionadas con la salud

En lo referente a las conductas relacionadas con la salud, se han analizado las diferencias en el sedentarismo y el tabaco, así como la obesidad. El patrón según el lugar de nacimiento varió en las diferentes variables analizadas.

Para la obesidad, las personas inmigrantes mostraron unos niveles ligeramente superiores a los de las personas autóctonas. Las diferencias fueron más reseñables en el caso de las mujeres (16,9 % frente a 19,6 %), aunque las diferencias no fueron estadísticamente significativas ni en el caso de ellas (RP: 1,16; IC95 %: 0,95; 1,42).

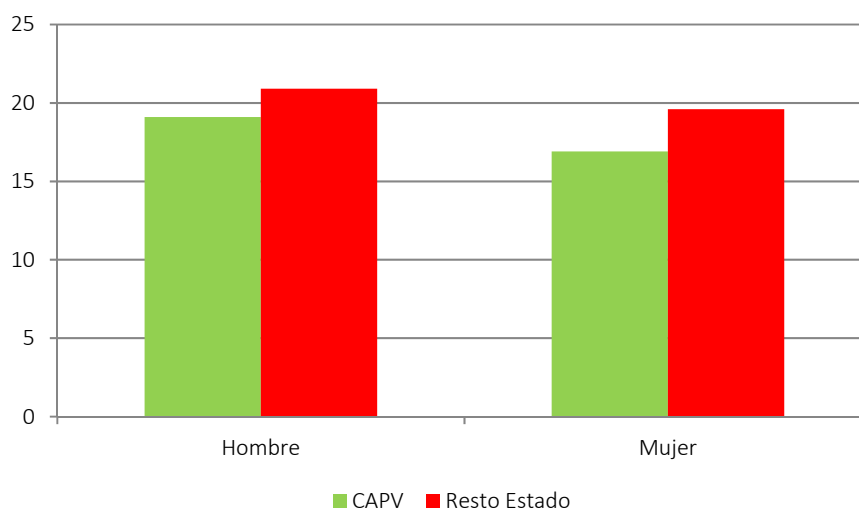
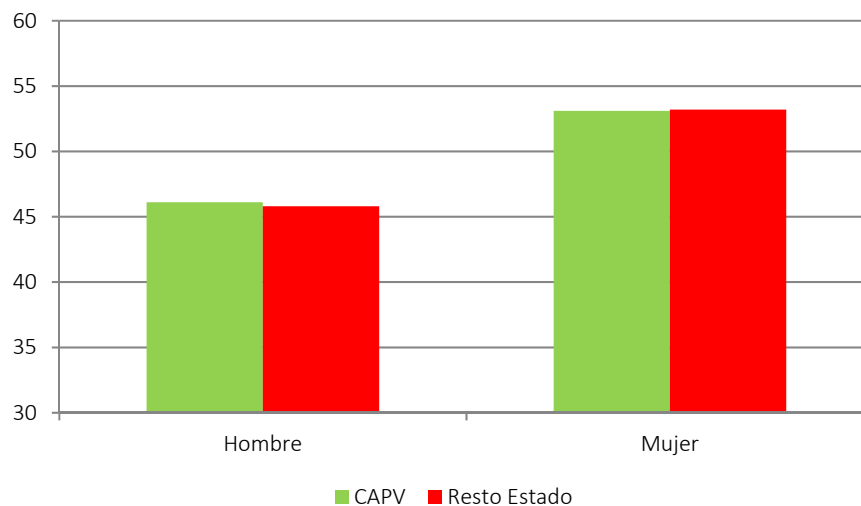


Figura 58. Prevalencia estandarizada por edad de obesidad por lugar de nacimiento y sexo. Población de 50 a 79 años. País Vasco, 2007

Nota: Elaboración propia a partir de ESCAV 2007

En el caso de la actividad física, no existieron diferencias en la prevalencia de sedentarismo según el lugar de nacimiento, y tanto en hombres como en mujeres la prevalencia fue similar.



**Figura 59. Prevalencia estandarizada por edad de sedentarismo por lugar de nacimiento y sexo. Población de 50 a 79 años. País Vasco, 2007**

Nota: Elaboración propia a partir de ESCAV 2007

Por último, en relación con el consumo de tabaco el patrón fue diferente según sexo. Entre los hombres, los nacidos fuera del País Vasco mostraron una prevalencia de consumo mayor que los autóctonos (21,0 % frente a 26,8 %), diferencias que fueron estadísticamente significativas tras ajustar por edad (RP: 1,29; IC95 %: 1,07; 1,54). En el caso de las mujeres, sin embargo, las prevalencias fueron similares, mostrando las nacidas en el País Vasco una prevalencia ligeramente mayor que las inmigrantes (12,9 % frente a 10,6 %). Dichas diferencias no fueron estadísticamente significativas (RP: 0,80; IC95 %: 0,61; 1,05).

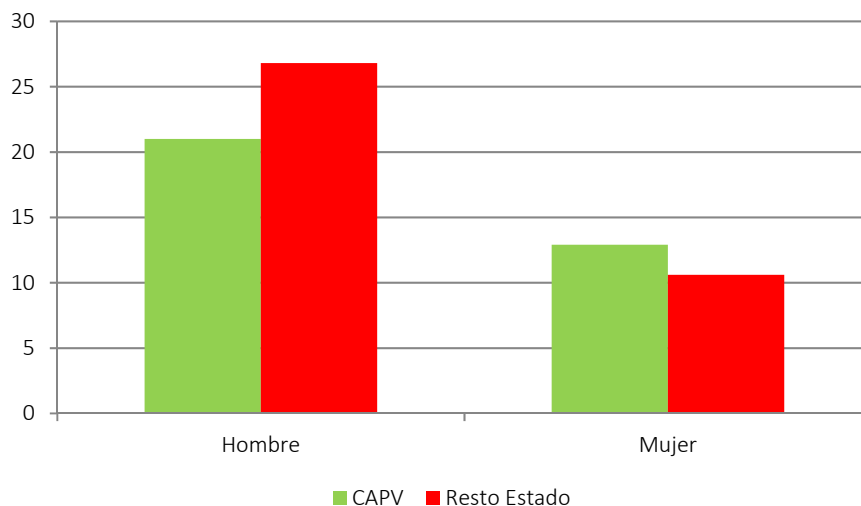


Figura 60. Prevalencia estandarizada por edad de fumadores/as por lugar de nacimiento y sexo. Población de 50 a 79 años. País Vasco, 2007

Nota: Elaboración propia a partir de ESCAV 2007

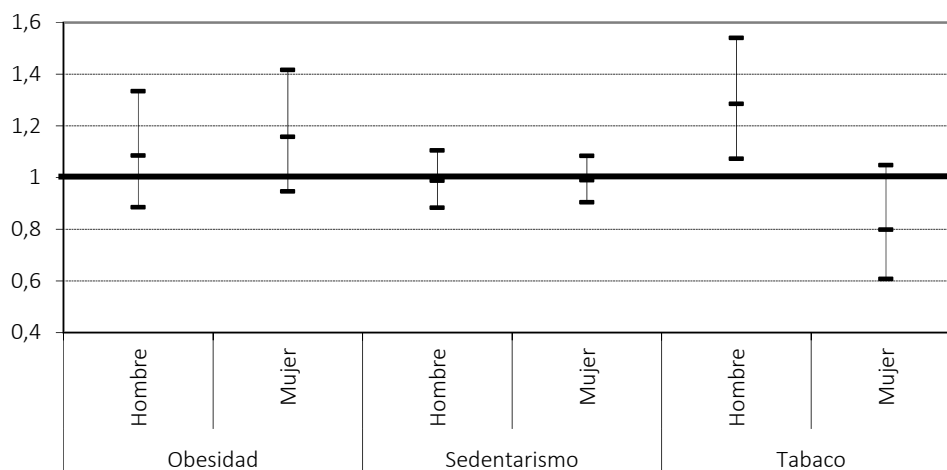


Figura 61. Razones de prevalencia ajustadas por edad según lugar de origen (referencia personas autóctonas) y sexo de ser fumador/a. Población de 50 a 79 años. País Vasco, 2007

Nota: Elaboración propia a partir de ESCAV 2007

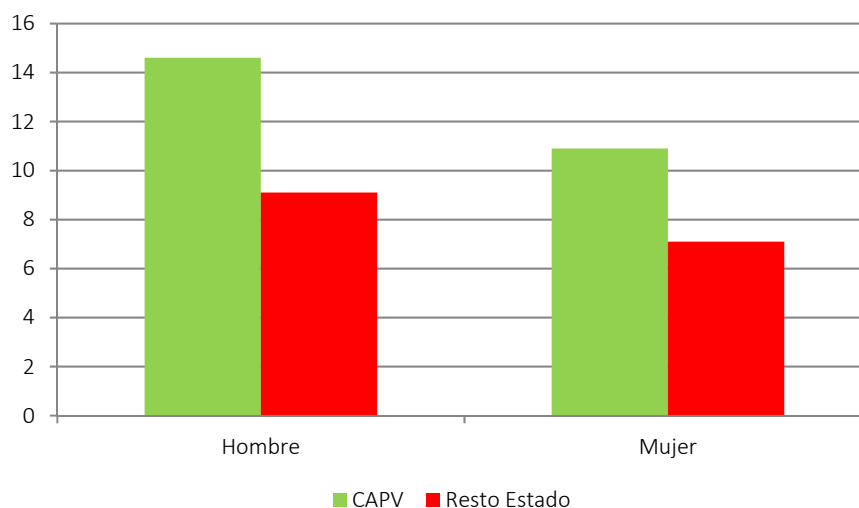
### Servicios sanitarios

Por último, en relación al uso de servicios sanitarios, el patrón entre población autóctona e inmigrante fue diferente según el nivel asistencial utilizado.

En lo que respecta a la atención primaria, el porcentaje de personas que no habían consultado con un profesional médico de atención primaria fue mayor en las personas nacidas en el País Vasco. Para los hombres, mientras que el 14,6 % de los autóctonos no había con-

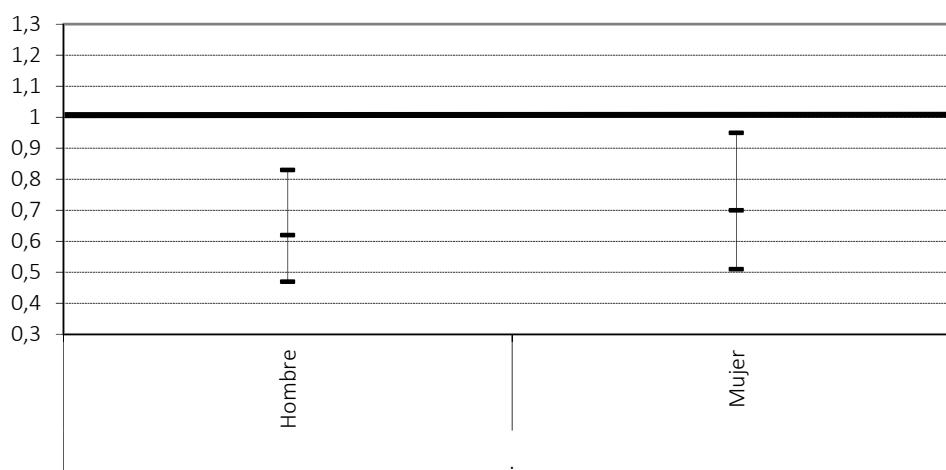
sultado a un profesional de este tipo durante los últimos 12 meses, en el caso de los inmigrantes el porcentaje fue del 9,1 %. En las mujeres, las nacidas en el País Vasco también presentaron un porcentaje mayor de no consulta (10,9 %) que las inmigrantes (7,1 %).

Estas diferencias fueron estadísticamente significativas tanto en hombres (RP: 0,47; IC95 %: 0,62; 0,83) como en mujeres (RP: 0,51; IC95 %: 0,70; 0,95).



**Figura 62.** Prevalencia estandarizada por edad de no haber consultado a un profesional médico de atención primaria en los últimos 12 meses por lugar de nacimiento y sexo. Población de 50 a 79 años. País Vasco, 2007

Nota: Elaboración propia a partir de ESCAV 2007

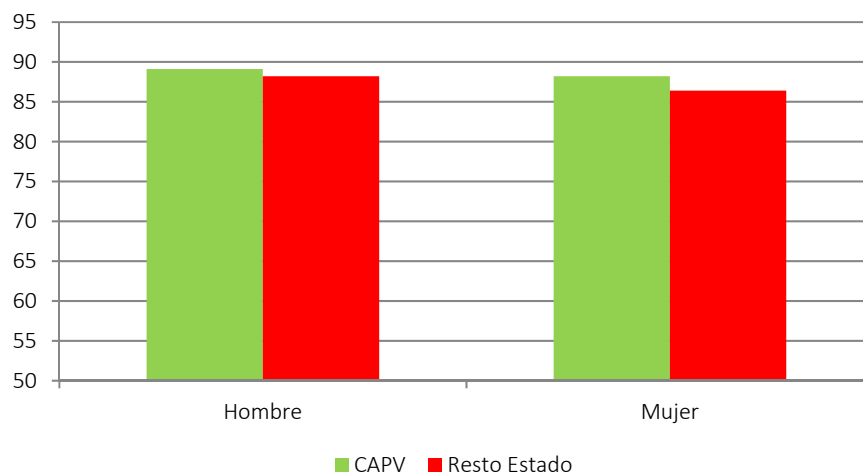


**Figura 63.** Razones de prevalencia ajustadas por edad por lugar de nacimiento (referencia personas autóctonas) y sexo de no haber consultado a un profesional médico de atención primaria en los últimos 12 meses. Población de 50 a 79 años. País Vasco, 2007

Nota: Elaboración propia a partir de ESCAV 2007

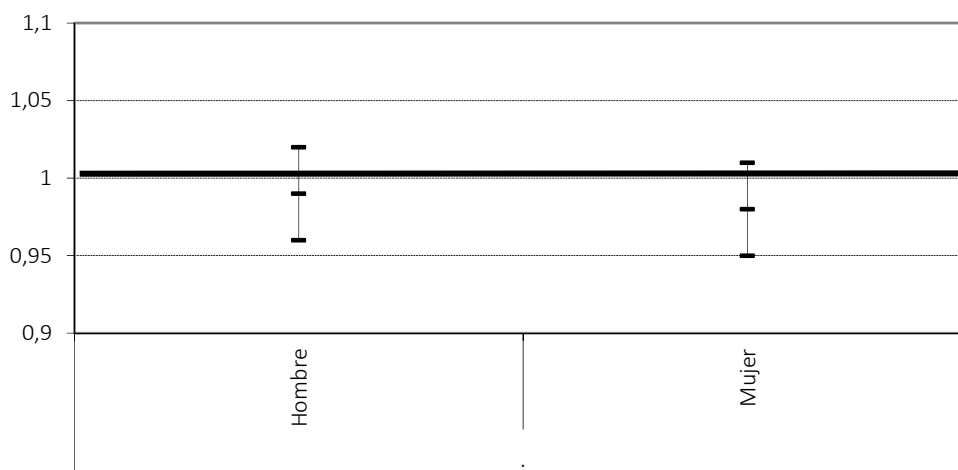


En el caso de la atención especializada, el patrón fue diferente que el descrito para la atención primaria. El porcentaje de personas que no habían consultado con un profesional médico especialista fue similar en personas inmigrantes y autóctonas. En los hombres este porcentaje fue del 89,1 % en autóctonos y del 88,2 % en inmigrantes. En las mujeres, el porcentaje de autóctonos, 88,2 %, también fue similar al de inmigrantes, 86,4 %. Estas diferencias no fueron estadísticamente significativas ni en hombres (RP: 0,99; IC95 %: 0,96; 1,02) ni en mujeres (RP: 0,98; IC95 %: 0,95; 1,01).



**Figura 64.** Prevalencia estandarizada por edad de no haber consultado a un profesional médico de atención especializada en los últimos 12 meses por lugar de nacimiento y sexo. Población de 50 a 79 años. País Vasco, 2007

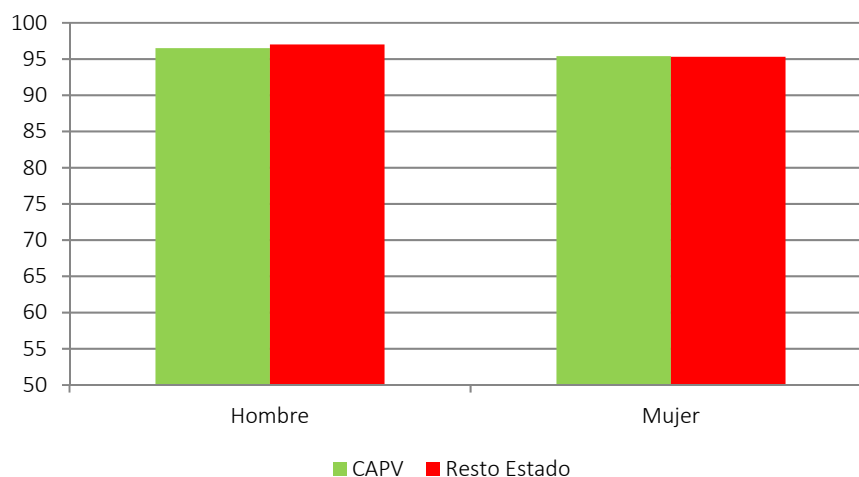
Nota: Elaboración propia a partir de ESCAV 2007



**Figura 65.** Razones de prevalencia ajustadas por edad según lugar de origen (referencia personas autóctonas) y sexo de no haber consultado a un personal médico de atención especializada en los últimos 12 meses. Población de 50 a 79 años. País Vasco, 2007

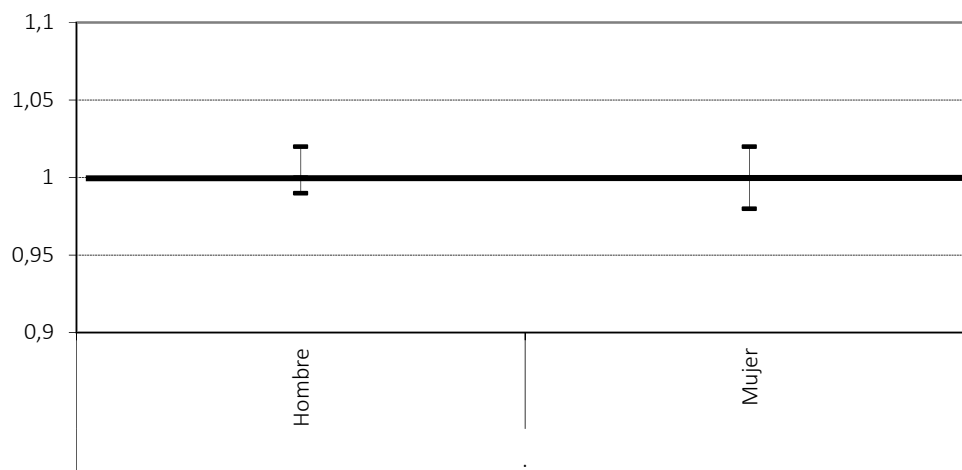
Nota: Elaboración propia a partir de ESCAV 2007

Para concluir, y en lo referente a los servicios de salud dental, el porcentaje de personas que no habían consultado con un dentista no varió según el lugar de nacimiento. Así, en hombres, ambos porcentajes se situaron en el 97 %, mientras que en mujeres ambos grupos formados por el lugar de nacimiento se situaron en el 95 %.



**Figura 66.** Prevalencia estandarizada por edad de no haber consultado a un profesional dentista en los últimos 12 meses por lugar de nacimiento y sexo. Población de 50 a 79 años. País Vasco, 2007

Nota: Elaboración propia a partir de ESCAV 2007



**Figura 67.** Razones de prevalencia ajustadas por edad según lugar de origen (referencia personas autóctonas) y sexo de no haber consultado a un personal médico dentista en los últimos 12 meses. Población de 50 a 79 años. País Vasco, 2007

Nota: Elaboración propia a partir de ESCAV 2007

En resumen, en relación con las condiciones de empleo y trabajo, aunque el desempleo fue significativamente mayor en hombres nacidos en el resto del Estado, no se encontraron diferencias significativas en la satisfacción con el trabajo. Las diferencias entre personas inmigrantes y autóctonas sí fueron evidentes, en cambio, en las condiciones materiales de

vida. En todas las variables las diferencias fueron considerables y estadísticamente significativas. En el caso de las características del entorno de residencia, los resultados mostraron que las personas nacidas en el resto del Estado vivían en entornos con mayor privación socioeconómica y ambiente social más deteriorado. Asimismo, las personas nacidas en el resto del Estado presentaron unos niveles considerables de segregación residencial. Las personas inmigrantes también tuvieron menor capital social y relacional, que en este trabajo se midió a través de la participación en asociaciones. En el caso de las conductas relacionadas con la salud, sin embargo, no se encontraron diferencias significativas entre personas inmigrantes y autóctonas salvo en el consumo de tabaco en hombres, en los que la prevalencia en inmigrantes fue superior. En el consumo de tabaco en mujeres, en el sedentarismo y la obesidad en ambos sexos las prevalencias fueron similares.

En el caso del acceso al sistema sanitario, tampoco se encontraron desigualdades de acceso según las variables utilizadas. El porcentaje de personas que habían accedido fue incluso mayor en las personas inmigrantes en la atención primaria, mientras que en atención especializada y odontología no se encontraron diferencias.

Como resumen de estos dos primeros apartados en relación con las desigualdades según el lugar de nacimiento en la salud y los determinantes de la salud, se presenta la siguiente tabla donde se recoge la existencia de diferencias estadísticamente significativas, según si el resultado es desfavorable para las personas nacidas en el resto del Estado (---) o a su favor (+++).

Tabla 21. Resumen de las diferencias entre nacidos en el resto del Estado y autóctonos en población de 50 a 64 años. País Vasco, 2007

	Indicador	Hombres*	Mujeres*
<b>Salud</b>			
<b>Estado de salud</b>			
Salud general	Salud percibida	---	---
Discapacidad	Limitación crónica	---	
Biomédico	Enfermedad crónica		---
Salud mental	Síntomas ansiedad y depresión		---
<b>Mortalidad</b>			
Indicadores ecológicos	Tasa de mortalidad estandarizada por área		
<b>Determinantes salud</b>			
<b>Determinantes estructurales</b>			
Clase social	Clase SEE	---	---
Nivel de estudios	Nivel de estudios	---	---
<b>Determinantes intermedios</b>			
<b>Condiciones de vida</b>			
Condiciones de empleo y trabajo	Condiciones de trabajo	---	
	Desempleo		
	Satisfacción en el trabajo		
Trabajo doméstico y de cuidados	Trabajo doméstico		---
Ingresos y situación económica	Ingresos bajos	---	---
	Dificultad de llegar a fin de mes	---	---
Vivienda y situación material	Equipamiento vivienda	---	---
Entorno residencial	Medio ambiente barrio	---	
	Violencia		
	Molestias		
<b>Factores psicosociales</b>			
	Participación asociaciones	---	---
<b>Factores conductuales</b>			
	Obesidad		
	Sedentarismo		
	Tabaco	---	
<b>Servicios de salud</b>			
	Médico primaria	+++	+++
	Médico especialista		
	Dentista		
	Urgencias	+++	+++
	Hospitalización		

Nota: ---: diferencias significativas en contra nacidos/as resto del Estado; +++: diferencias significativas a favor nacidos/as resto del Estado; blanco: no diferencias significativas

### **5.3. La herencia de las desigualdades: el impacto del proceso migratorio sobre la salud y las desigualdades en salud de los descendientes**

En este apartado se ha analizado la herencia de las desigualdades sociales en salud según el lugar de nacimiento a la siguiente generación. Para ello, se han descrito las diferencias en variables de salud y determinantes de la salud entre personas de 25 a 49 años según el lugar de nacimiento de los progenitores utilizando para ello principalmente la Encuesta de Salud del País Vasco de 2013.

Se ha distinguido entre personas nacidas de ambos progenitores originarios del País Vasco, personas nacidas de parejas mixtas en las que uno de los progenitores había nacido en el País Vasco y el otro en el resto del Estado, y personas nacidas de ambos progenitores originarios del resto del Estado.

En primer lugar, se han analizado las variables de estado de salud, posteriormente los ejes de desigualdad social y, por último, variables relativas a determinantes de la salud, englobando dentro de estas tanto variables relacionadas con el trabajo y el empleo, como con condiciones materiales de vida, hábitos de vida y uso de servicios sanitarios.

#### **5.3.1. Desigualdades en el estado de salud de la población de 25 a 49 años según el lugar de origen de los progenitores**

Empezando por las variables relativas al estado de salud, se han utilizado cuatro variables que reflejan las diferentes formas de conceptualizar la salud: biomédica, funcional y biopsicosocial, así como una variable específica de salud mental.

Comenzando con la autovaloración de la salud, aunque tanto en hombres como en mujeres las personas nacidas de ambos progenitores autóctonos presentaron un mejor estado de salud percibido, dichas diferencias no fueron estadísticamente significativas. Entre los hombres nacidos de padre y madre autóctonos, el 27,7 % señaló no tener un muy buen estado de salud, porcentaje que entre los de parejas mixtas fue del 35,0 % y entre los hombres con ambos progenitores nacidos en el resto del Estado fue del 34,3 %. Las diferencias fueron similares en las mujeres, en las que el porcentaje pasó del 31,0 % al 37,2 % y 38,8 % respectivamente.

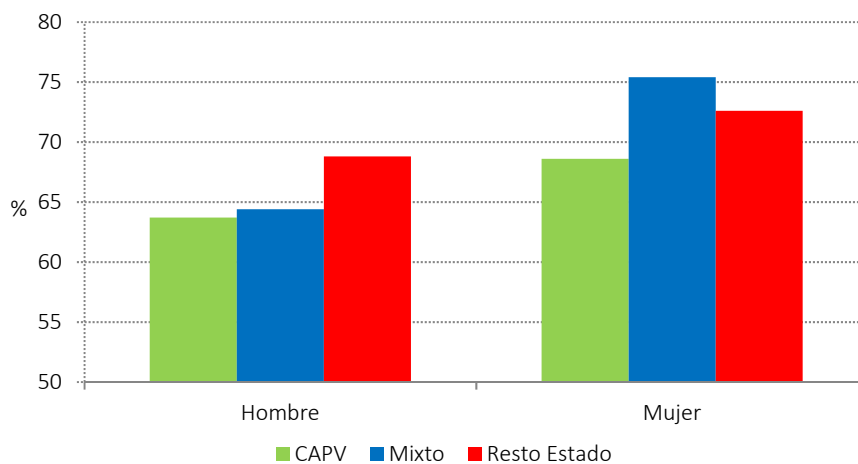


Figura 68. Prevalencia de ausencia de buena salud estandarizada por edad según lugar de origen de los progenitores y sexo. Población de 25 a 49 años. País Vasco, 2013

Nota: Elaboración propia a partir de ESCAV 2013

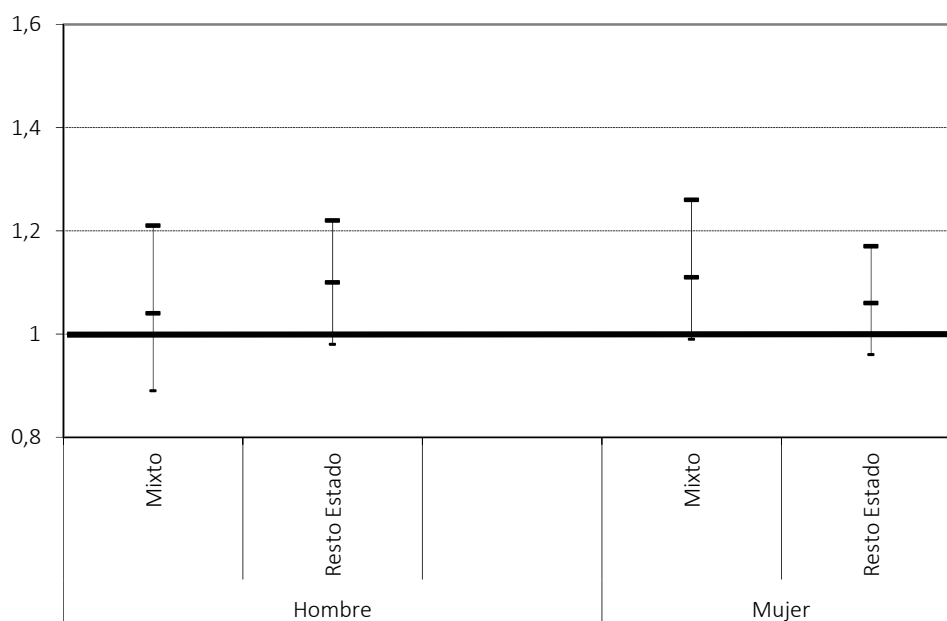


Figura 69. Razones de prevalencia de ausencia de muy buena salud según lugar de origen de los progenitores (referencia ambos progenitores autóctonos) por sexo y ajustadas por edad. Población de 25 a 49 años. País Vasco, 2013

Nota: Elaboración propia a partir de ESCAV 2013

Atendiendo al padecimiento de problemas crónicos, las personas nacidas de parejas autóctonas mostraron una mejor salud que el resto de personas. En el caso de las mujeres, mientras que la prevalencia de problemas crónicos fue del 31,0 % entre las nacidas de padre y madre autóctonos, entre las nacidas de parejas mixtas fue del 37,2 % y del 38,8 % entre las nacidas de padre y madre no autóctonos. Dichas diferencias fueron estadísticamente significativas en el caso de estas últimas (RP: 1,23; IC95 %: 1,05; 1,44).

En el caso de los hombres, los nacidos de progenitores autóctonos también presentaron una prevalencia de problemas crónicos menor (27,7 %) que los de parejas mixtas (35,0 %) y de ambos no autóctonos (34,3 %). Las diferencias fueron significativas tanto en los nacidos de parejas mixtas (RP: 1,31; IC95 %: 1,05; 1,64) como en los nacidos de ambos progenitores del resto del Estado (RP: 1,28; IC95 %: 1,07; 1,52).

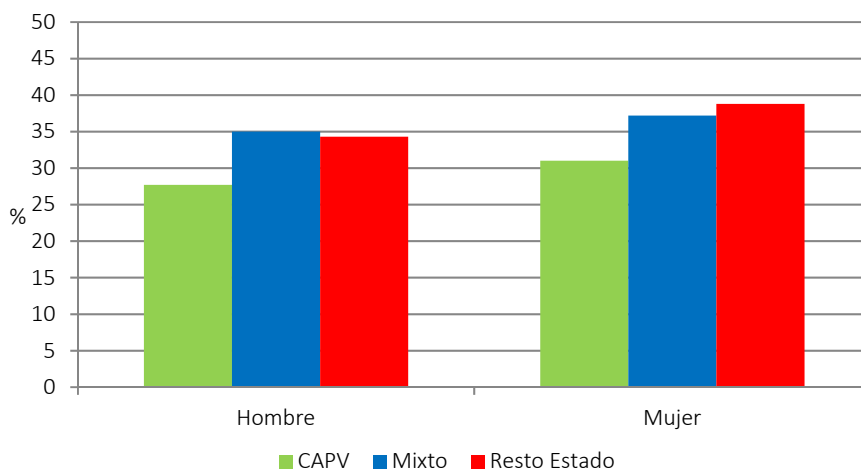


Figura 70. Prevalencia de problemas crónicos estandarizada por edad según lugar de origen de los progenitores y sexo. Población de 25 a 49 años. País Vasco, 2013

Nota: Elaboración propia a partir de ESCAV 2013

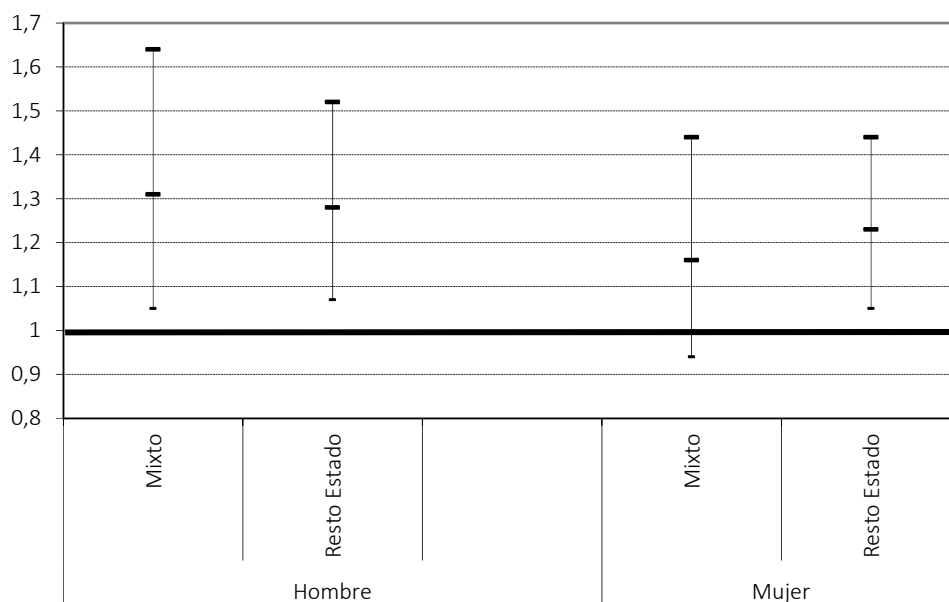
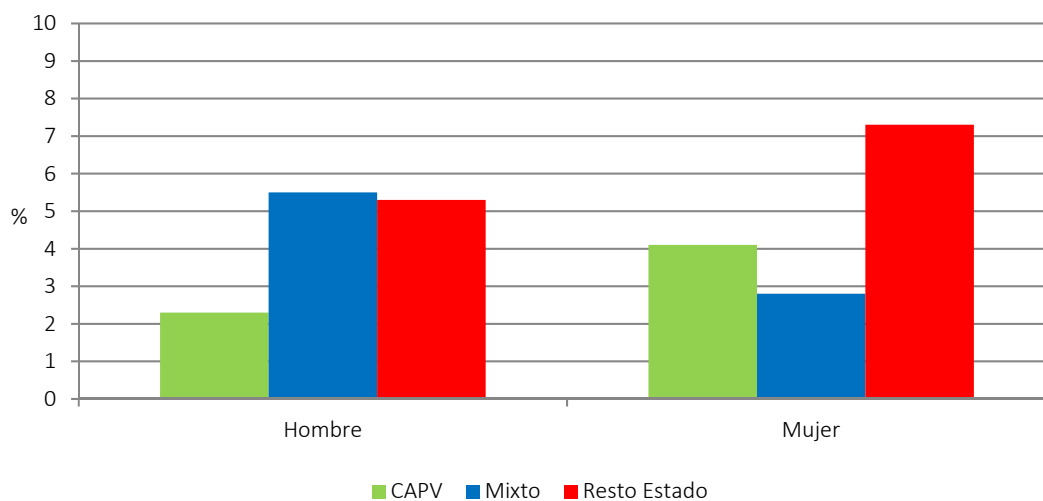


Figura 71. Razones de tenencia de problemas crónicos según lugar de origen de los progenitores (referencia ambos progenitores autóctonos) por sexo ajustadas por edad. Población de 25 a 49 años. País Vasco, 2013

Nota: Elaboración propia a partir de ESCAV 2013

En relación con la limitación crónica de la actividad, para los hombres las diferencias según el lugar de nacimiento de los progenitores fueron claras: tanto en el caso de los nacidos de parejas mixtas, como en el de ambos progenitores de fuera del País Vasco, la prevalencia de limitación crónica de la actividad fue más del doble que entre los nacidos de parejas autóctonas (RP mixtos: 2,51; IC95 %: 1,25; 5,06; RP ambos resto Estado: 2,15; IC95 %: 1,17; 3,97).

En el caso de las mujeres, las diferencias fueron claras entre las nacidas de parejas autóctonas (4,1 %) y las nacidas de parejas en las que ambos progenitores eran de fuera del País Vasco (prevalencia de 7,3 %). Además, fueron estadísticamente significativas (RP: 1,73; IC95 %: 1,06; 2,82). En cuanto a las nacidas de parejas mixtas, la prevalencia fue menor (2,8 %) y estadísticamente no significativa.



**Figura 72.** Prevalencia de limitación crónica de la actividad estandarizada por edad según lugar de origen de los progenitores y sexo. Población de 25 a 49 años. País Vasco, 2013

Nota: Elaboración propia a partir de ESCAV 2013



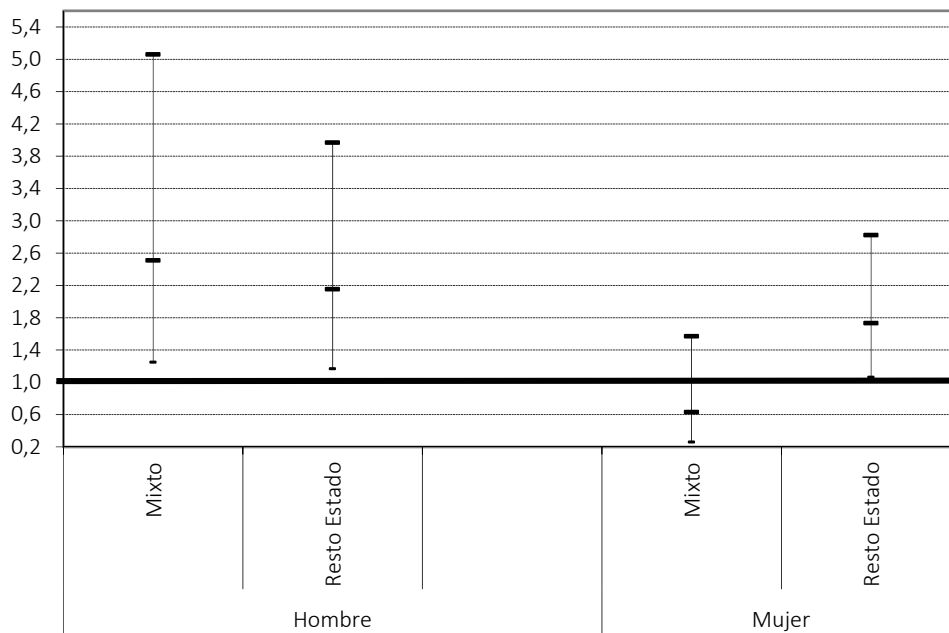
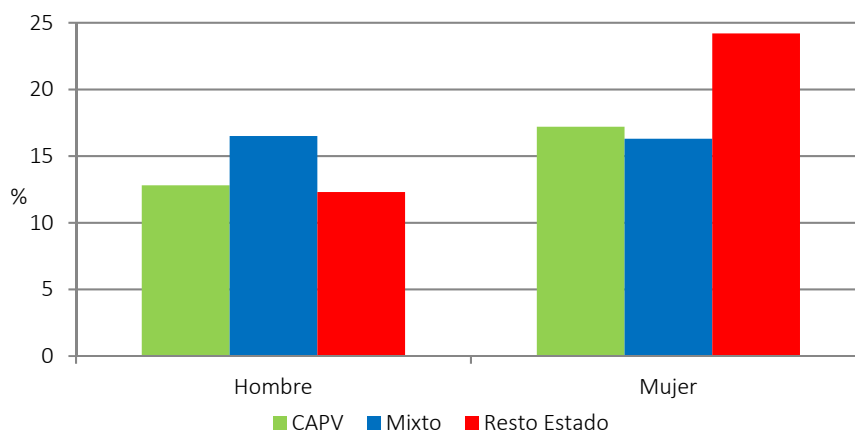


Figura 73. Razones de prevalencia de limitación crónica de la actividad según lugar de origen de los progenitores (referencia ambos progenitores autóctonos) por sexo ajustadas por edad. Población de 25 a 49 años. País Vasco, 2013

Nota: Elaboración propia a partir de ESCAV 2013

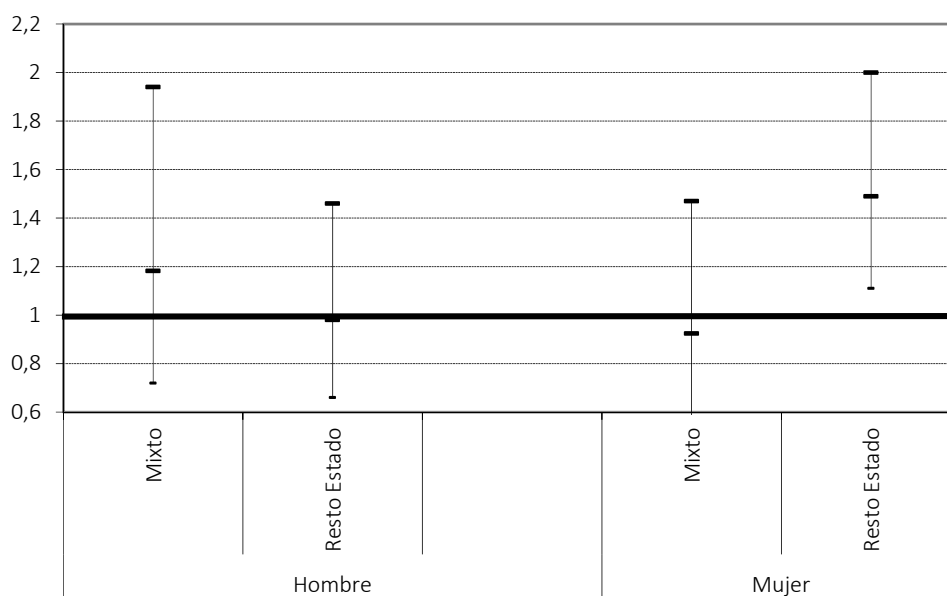
Por último, y para finalizar con las variables relativas al estado de salud, en el caso de la salud mental el patrón fue diferente según el sexo. Entre las mujeres, las nacidas de parejas en las que ambos miembros eran originarios de fuera del País Vasco presentaron una mayor prevalencia de síntomas de ansiedad o depresión (24,2 %) que las de progenitores autóctonos (17,2 %). Las diferencias fueron estadísticamente significativas (RP fuera del Estado: 1,49; IC95 %: 1,11; 2,00).

En el caso de los hombres, la prevalencia de síntomas de ansiedad o depresión fue similar entre los diferentes grupos, salvo en los nacidos de parejas mixtas que presentaron una prevalencia ligeramente mayor, pero estadísticamente no significativa.



**Figura 74.** Prevalencia de síntomas de ansiedad o depresión estandarizada por edad según lugar de origen de los progenitores y sexo. Población de 25 a 49 años. País Vasco, 2013

Nota: Elaboración propia a partir de ESCAV 2013



**Figura 75.** Razones de prevalencia de síntomas de ansiedad y depresión según lugar de origen de los progenitores (referencia ambos progenitores autóctonos) por sexo ajustadas por edad. Población de 25 a 49 años. País Vasco, 2013

Nota: Elaboración propia a partir de ESCAV 2013

En resumen, y aunque de manera menos consistente que en el caso de sus padres y madres, los resultados muestran que los hijos e hijas de personas inmigradas presentaron un peor estado de salud que las personas cuyos progenitores habían nacido en el País Vasco. Las diferencias fueron significativas en varias variables y en algunas de ellas la magnitud de las diferencias fue considerable. Las diferencias parecieron más evidentes en el caso de los hombres.

### 5.3.2. Nivel de estudios y clase social en población de 25 a 49 años según el lugar de origen de los progenitores

En este apartado se analizarán las diferencias según el lugar de nacimiento de los progenitores en dos ejes de estratificación social: el nivel de estudios y la clase social basada en la ocupación.

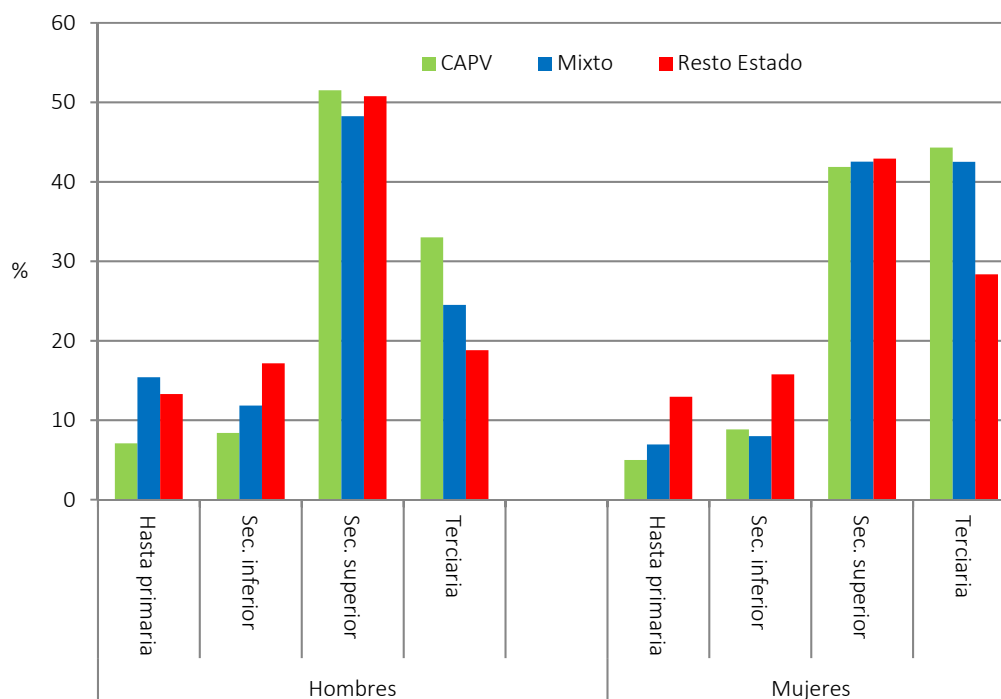
Iniciando con el nivel de estudios, tal y como podemos comprobar en la figura siguiente, las diferencias entre las personas de ambos progenitores autóctonos y el resto es clara. Así, entre las personas con ambos progenitores nacidos en el País Vasco es mayor el porcentaje de personas con estudios universitarios que en el resto de los grupos (nacidos de parejas mixtas y de ambos progenitores del resto del Estado), y es menor el porcentaje de personas con estudios secundarios inferiores o menos.

En concreto, en el caso de los hombres, el porcentaje de personas con estudios universitarios fue del 33,0 % en las personas nacidas de progenitores autóctonos, mientras que en los de parejas mixtas fue del 24,5 % y en los de ambos de fuera del País Vasco del 18,8 %. En el caso de las mujeres, el porcentaje con estudios universitarios fue entre las nacidas de ambos progenitores no autóctonos del 28,4 %, mientras que las nacidas de padre y madre autóctonos fue del 44,3 %; las nacidas de parejas mixtas mostraron un valor similar al de las nacidas de progenitores autóctonos.

Estas diferencias fueron significativas salvo en las mujeres nacidas en parejas mixtas. En el caso de los hombres, los nacidos de parejas mixtas presentaron una razón de prevalencia ajustada por edad de no tener estudios universitarios respecto a los nacidos de ambos progenitores autóctonos del 1,14 (IC95 %: 1,04; 1,24), y los nacidos de ambos progenitores de fuera del País Vasco del 1,21 (IC95 %: 1,12; 1,30).

Consultando los niveles de estudios bajos, las diferencias también fueron reseñables: mientras que en los hombres nacidos de padre y madre autóctonos, el porcentaje de personas con estudios primarios o inferiores fue del 7,1 % y el de secundarios inferiores del 8,4 %, entre los nacidos de parejas mixtas estos porcentajes fueron del 15,4 % y 11,8 % respectivamente, mientras que en los nacidos de ambos progenitores no autóctonos, estos fueron del 13,3 % y 17,2 % respectivamente. Las mujeres mostraron unas diferencias similares entre extremos ya que, si bien las nacidas de padre y madre autóctonos presentaron un porcentaje de personas con estudios primarios o inferiores del 5,0 % y de estudios secundarios inferiores del 8,8 %, en el caso de las nacidas de ambos progenitores no autóctonos estos porcentajes ascendieron al 12,9 y 15,8 % respectivamente. Las nacidas de parejas mixtas, sin embargo, no mostraron diferencias respecto a las nacidas de progenitores autóctonos.

Estas diferencias según el lugar de nacimiento de los progenitores fueron significativas. De esta forma, la razón de prevalencia de tener estudios primarios o inferiores fue, en el caso de los hombres, del 2,31 para los nacidos de parejas mixtas (IC95 %: 1,52; 3,50) y del 1,81 en los nacidos de ambos progenitores de fuera del País Vasco (IC95 %: 1,26; 2,61). En el caso de las mujeres, las nacidas de ambos progenitores de fuera del País Vasco presentaron una razón de prevalencia de 2,34 (IC95 %: 1,58; 3,48). Las nacidas de parejas mixtas, en cambio, no tuvieron una razón de prevalencia significativamente mayor.



**Figura 76.** Nivel de estudios según lugar de origen de los progenitores y sexo. Población de 25 a 49 años. País Vasco, 2013

Nota: Elaboración propia a partir de ESCAV 2013

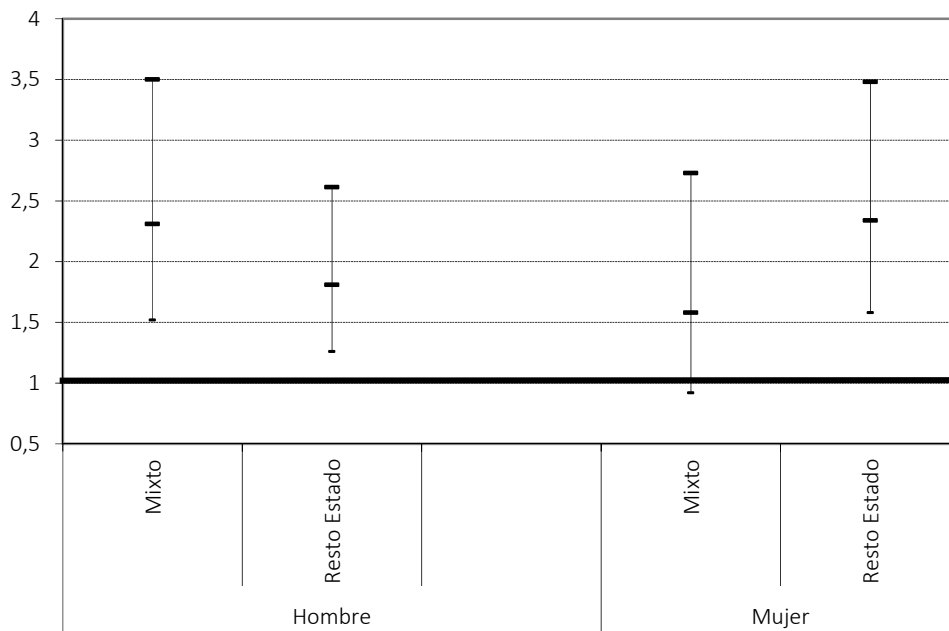


Figura 77. Razones de prevalencia de tener estudios primarios o inferiores según lugar de origen de los progenitores (referencia ambos progenitores autóctonos) por sexo ajustadas por edad. Población de 25 a 49 años. País Vasco, 2013

Nota: Elaboración propia a partir de ESCAV 2013

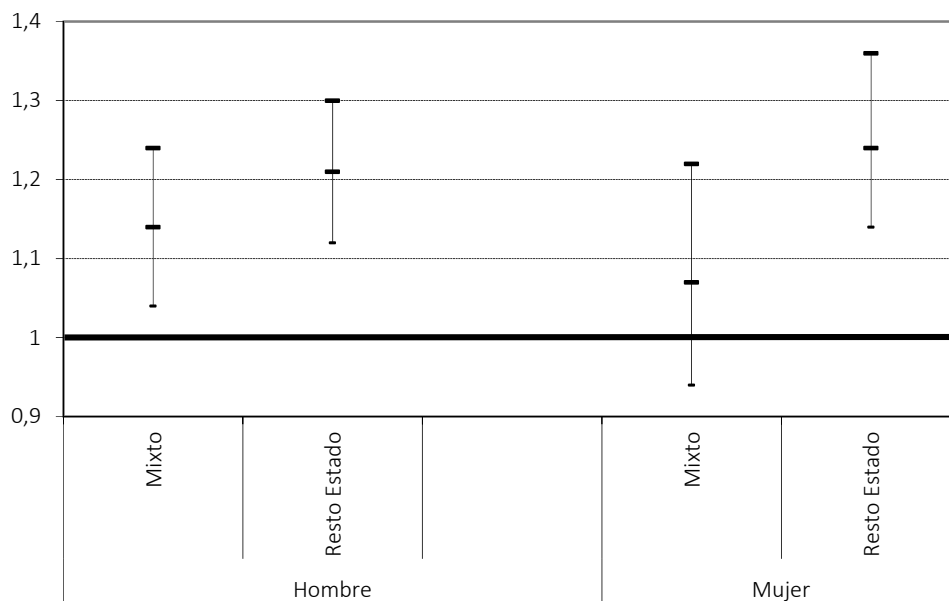


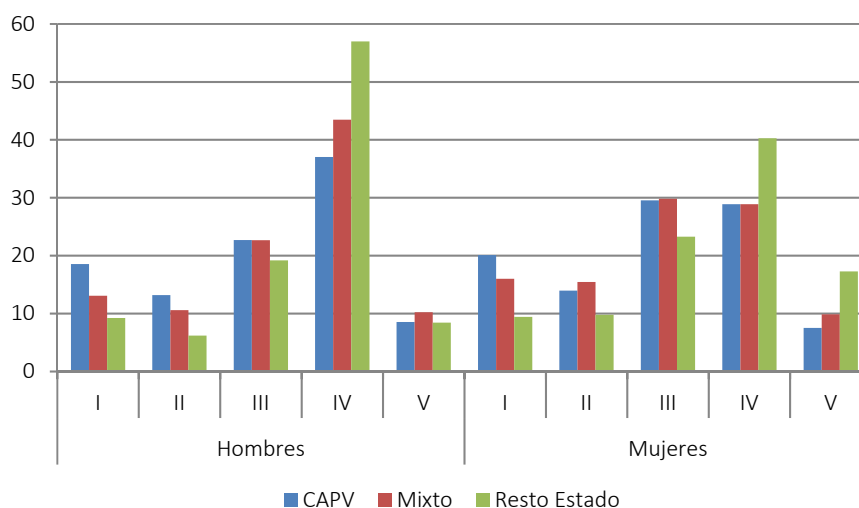
Figura 78. Razones de prevalencia de no tener estudios universitarios según lugar de origen de los progenitores (referencia ambos progenitores autóctonos) por sexo y ajustadas por edad. Población de 25 a 49 años. País Vasco, 2013

Nota: Elaboración propia a partir de ESCAV 2013

Con relación a la clase social basada en la ocupación, el lugar de nacimiento de los progenitores también marcó diferencias importantes. Así, las personas nacidas en el seno de una

pareja de personas autóctonas presentaron una clase social más alta que las nacidas en parejas en las que ambos progenitores habían nacido fuera del País Vasco. De esta forma, si atendemos a las clases manuales, en el caso de los hombres, mientras que entre personas con ambos progenitores autóctonos el 45,3 % pertenecía a esa clase social, en las personas con ambos progenitores no autóctonos el porcentaje ascendía al 66,0 %. En el caso de las mujeres, el porcentaje creció del 36,1 % al 56,7 % respectivamente. Las diferencias fueron significativas tanto para hombres (RP fuera del Estado: 1,14; IC95 %: 1,10; 1,19) como para mujeres (RP fuera del Estado: 1,15; IC95 %: 1,11; 1,20). En ambos casos, hombres y mujeres, las personas nacidas en parejas mixtas presentaron un porcentaje similar al de los autóctonos.

De forma complementaria, entre las personas de padre y madre autóctonos el porcentaje que pertenecía a una clase social alta fue mayor. Concretamente, en lo que se refiere a las mujeres, mientras que en las personas descendientes de autóctonos el 20,1 % pertenecía a la clase más alta y el 14,0 % a la segunda clase más alta, en las personas de progenitores mixtos los porcentajes fueron del 13,1 % y 10,6 %, y en los descendientes del resto del Estado del 9,4 % y 9,8 %. En los hombres, las diferencias también fueron destacables, ya que pasaron del 18,6 % y el 13,2 % en los nacidos de ambos progenitores autóctonos, al 13,1 % y el 10,6 % en los de parejas mixtas, y al 9,2 % y el 6,2 % en los nacidos de ambos progenitores de fuera del País Vasco.



**Figura 79. Clase social basada en la ocupación según lugar de origen de los progenitores y sexo. Población de 25 a 49 años. País Vasco, 2013**

Nota: Elaboración propia a partir de ESCAV 2013

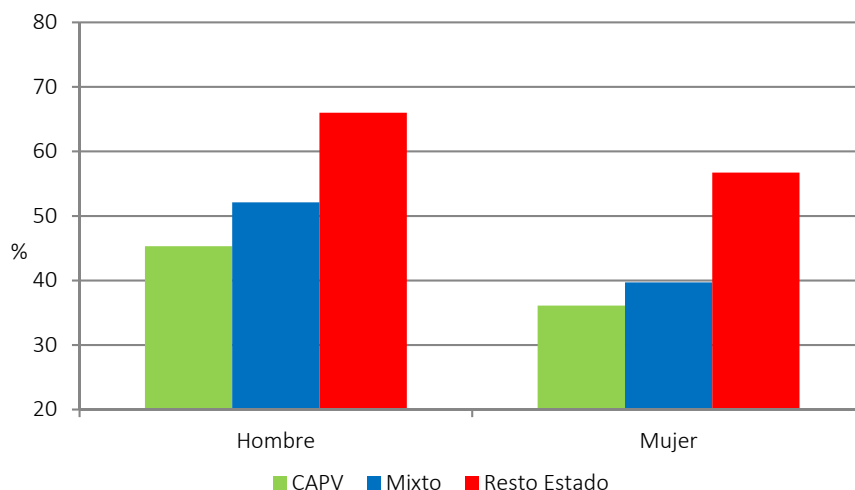


Figura 80. Porcentaje estandarizado por edad de personas de clase social manual según lugar de origen de los progenitores y sexo. Población de 25 a 49 años. País Vasco, 2013

Nota: Elaboración propia a partir de ESCAV 2013

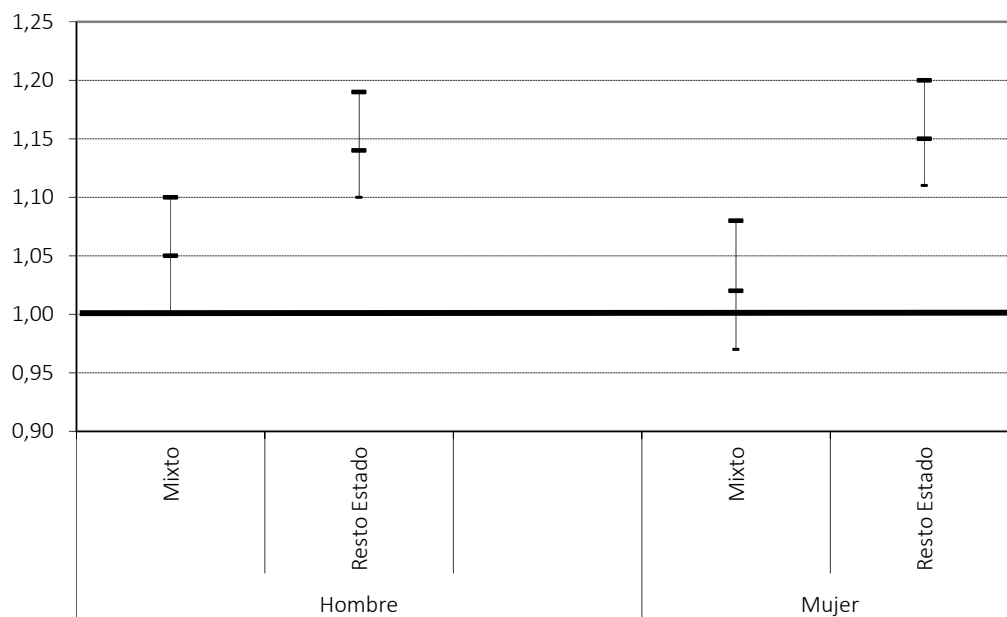


Figura 81. Razones de prevalencia de ser de clase manual según lugar de origen de los progenitores (referencia ambos progenitores autóctonos) por sexo y ajustadas por edad. Población de 25 a 49 años. País Vasco, 2013

Nota: Elaboración propia a partir de ESCAV 2013

En resumen, los hombres y mujeres descendientes de personas inmigrantes tuvieron una peor posición en los ejes de estratificación social, habiendo alcanzado menores niveles de estudios y ocupando posiciones de clase más desfavorecidas. Las personas nacidas de progenitores no autóctonos alcanzaron en menor medida estudios universitarios y el porcentaje de personas que solo tuvieron estudios primarios o inferiores fue de alrededor del doble

que en las personas nacidas de progenitores autóctonos. Asimismo, el porcentaje de personas que pertenecían a clases sociales manuales fue mayor entre los descendientes de inmigrantes.

### 5.3.3. Determinantes sociales intermedios de la salud y lugar de origen de los progenitores en población de 25 a 49 años

En este apartado se han descrito las diferencias en los determinantes sociales intermedios de la salud según el lugar de nacimiento de los progenitores. En primer lugar, se comienza con las condiciones de empleo y trabajos, que incluirán tanto la situación con relación al empleo, principalmente situación de desempleo, como las condiciones principales de trabajo remunerado y reproductivo. En segundo lugar, se analizarán otras condiciones materiales y de vida, así como de apoyo social. Seguidamente, se analizarán algunas conductas relacionadas con la salud, y, para concluir, el uso de servicios sanitarios.

Comenzando con el empleo, las diferencias entre las personas descendientes de autóctonos e inmigrantes fueron claras. Las personas de padre y madre autóctonos presentaron un porcentaje de desempleo (14,6 % en hombres y 14,2 % en mujeres) menor que las personas nacidas en parejas mixtas (18,3 % y 20,7 % en hombres y mujeres) y que las nacidas de ambos progenitores procedentes del resto del Estado (20,1 % en hombres y 18,2 % en mujeres). Estas diferencias fueron significativas en el caso de los hombres de parejas no autóctonas (RP: 1,61; IC95 %: 1,02; 2,76) y de mujeres de parejas mixtas (RP: 1,42; IC95 %: 1,01; 1,99), si bien en todos los casos el límite inferior del IC fue muy cercano a 1.

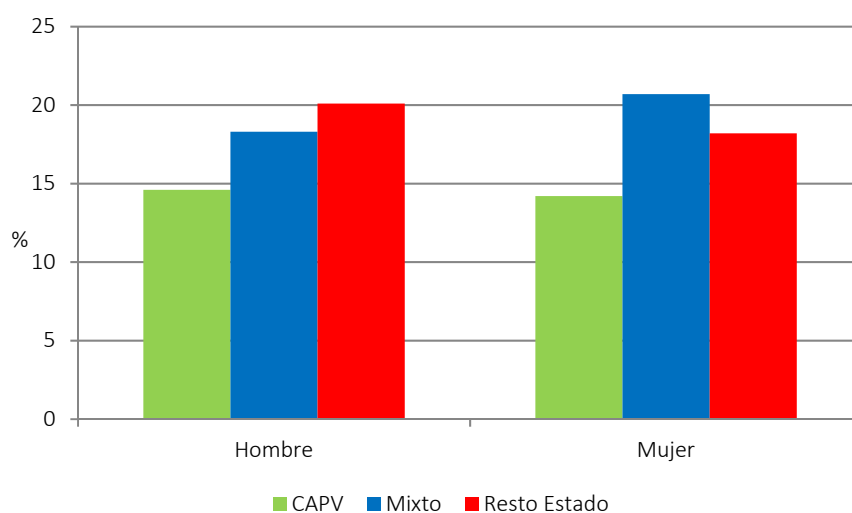
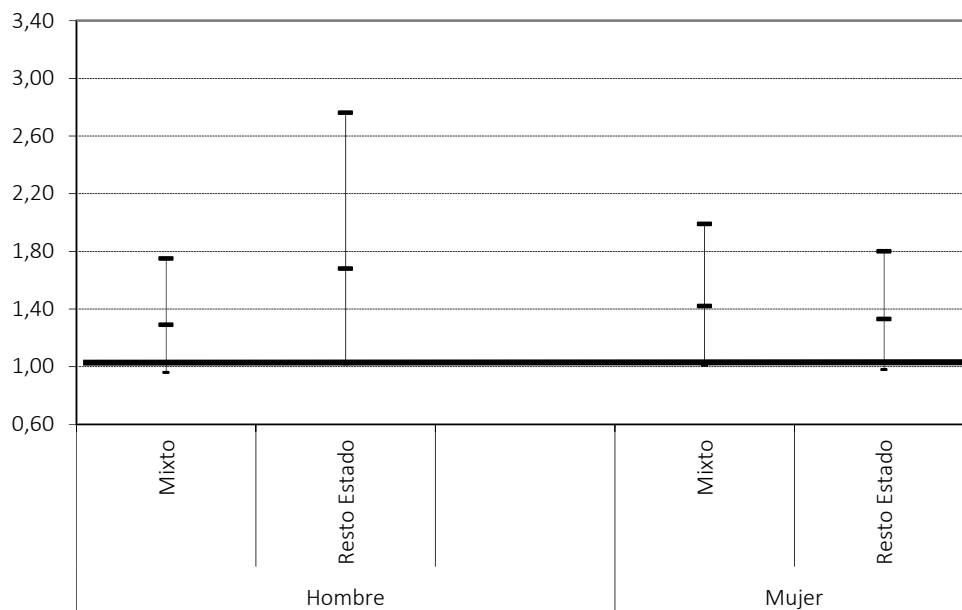


Figura 82. Porcentaje estandarizado por edad de personas en desempleo según lugar de origen de los progenitores y sexo. Población de 25 a 49 años. País Vasco, 2013

Nota: Elaboración propia a partir de ESCAV 2013





**Figura 83. Razones de prevalencia de estar en desempleo según lugar de origen de los progenitores (referencia ambos progenitores autóctonos) por sexo y ajustadas por edad. Población de 25 a 49 años. País Vasco, 2013**

Nota: Elaboración propia a partir de ESCAV 2013

En referencia a la estabilidad en el trabajo, el patrón fue diferente para hombres y mujeres. Mientras que no ocurre en ellos, para las mujeres el origen de los progenitores sí marcó diferencias en tener o no un contrato temporal. En concreto, las mujeres nacidas de parejas mixtas tuvieron una tasa de contratos temporales del 34,9 %, similar a la de nacidas de ambos progenitores de fuera del Estado (34,0 %), y superior a las hijas de parejas en las que ambos progenitores eran autóctonos (26,7 %). Este mayor porcentaje de empleo temporal fue significativo en ambos casos (RP mixtas: 1,31; IC95 %: 1,06; 1,62; RP resto Estado: 1,30; IC95 %: 1,07; 1,56). En el caso de los hombres, sin embargo, no existieron diferencias en el porcentaje, que se situó en torno al 22-23 % en los tres grupos.

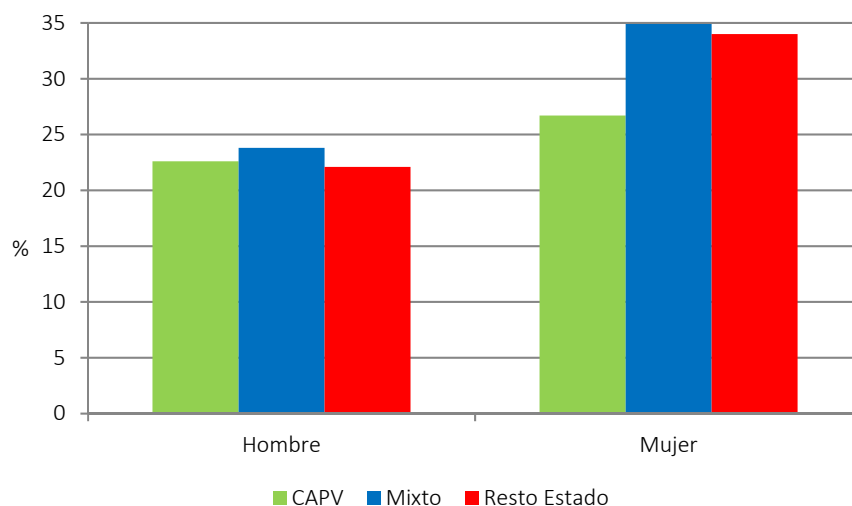


Figura 84. Porcentaje estandarizado por edad de personas con contrato temporal según lugar de origen de los progenitores y sexo. Población de 25 a 49 años. País Vasco, 2013

Nota: Elaboración propia a partir de ESCAV 2013

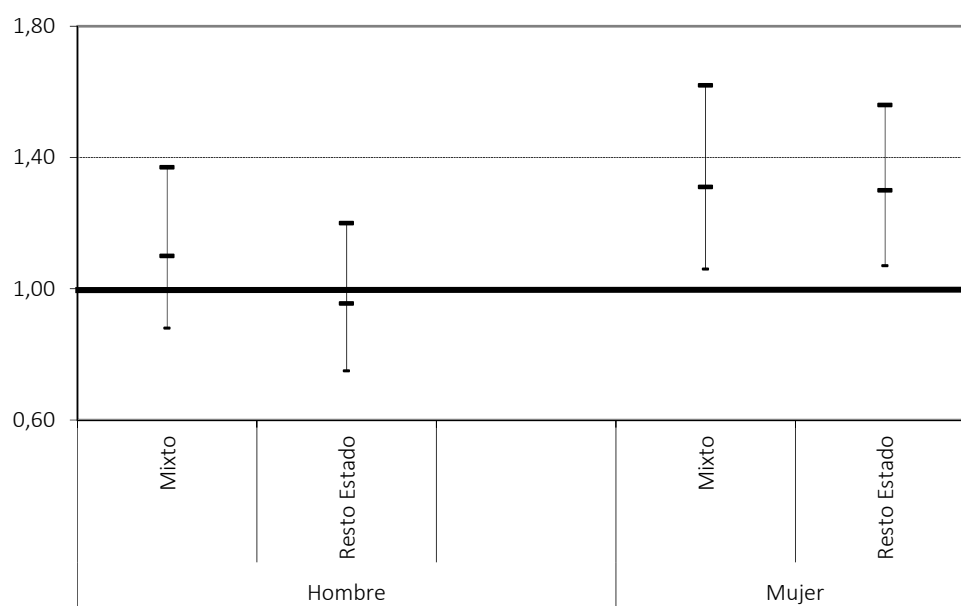


Figura 85. Razones de prevalencia de tener un contrato temporal según lugar de origen de los progenitores (referencia ambos progenitores autóctonos) por sexo y ajustadas por edad. Población de 25 a 49 años. País Vasco, 2013

Nota: Elaboración propia a partir de ESCAV 2013

La satisfacción con el trabajo también presentó diferencias según el origen de los progenitores. De esta forma, en cuanto a los hombres, el porcentaje de personas que no estaban muy satisfechas con el trabajo fue mayor en los nacidos de progenitores no autóctonos (88,8 %) respecto a los nacidos de parejas mixtas (77,1 %) y de parejas autóctonas (75,3 %). Estas diferencias entre los primeros y los últimos fueron estadísticamente significativas (RP resto Estado: 1,22; IC95 %: 1,05; 1,41). En el caso de las mujeres, las nacidas de parejas

originarias de fuera del Estado tuvieron también un porcentaje significativamente mayor de insatisfacción que las nacidas de progenitores autóctonos (RP: 1,10; IC95 %: 1,02; 1,19). Las parejas mixtas también presentaron un porcentaje mayor (79,0 % frente al 74,2 %), pero no fue estadísticamente significativo.

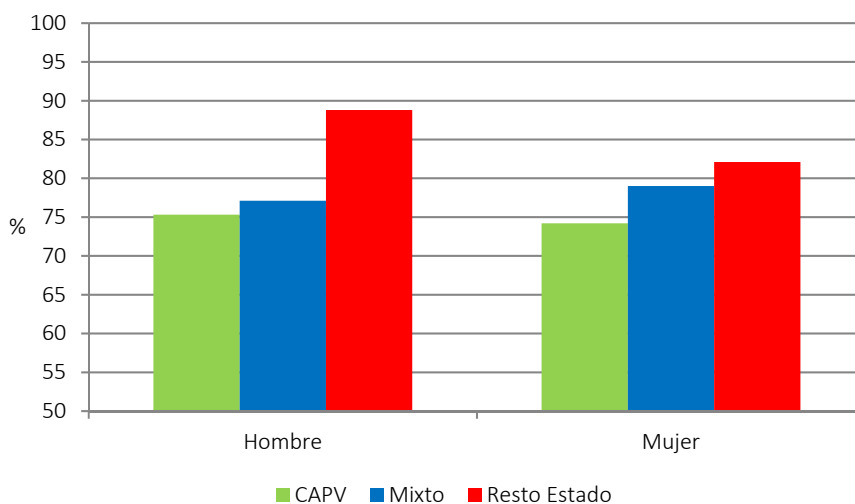


Figura 86. Porcentaje estandarizado por edad de personas no muy satisfechas con su trabajo según lugar de origen de los progenitores y sexo. Población de 25 a 49 años. País Vasco, 2013

Nota: Elaboración propia a partir de ESCAV 2013

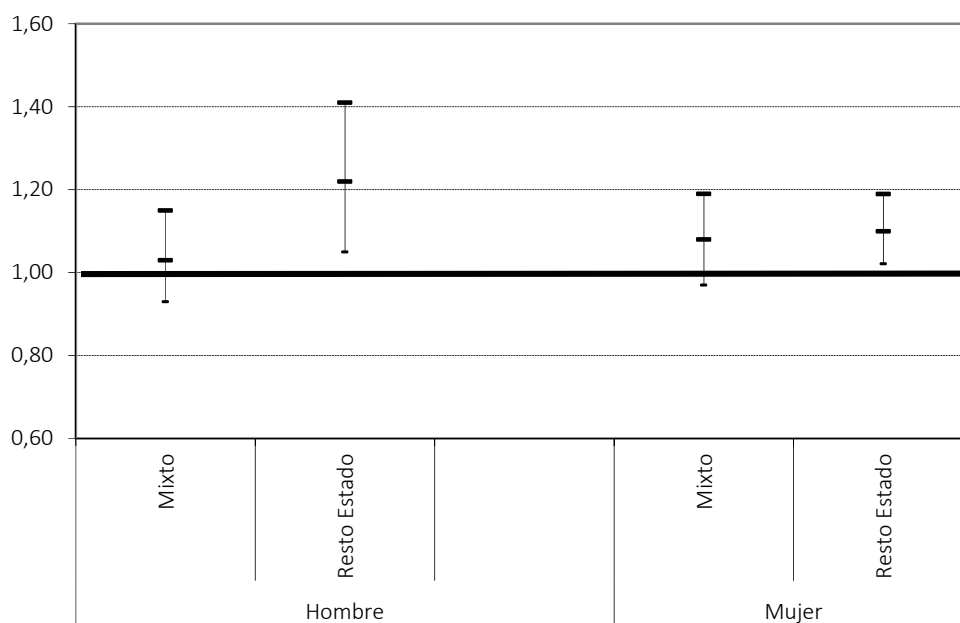
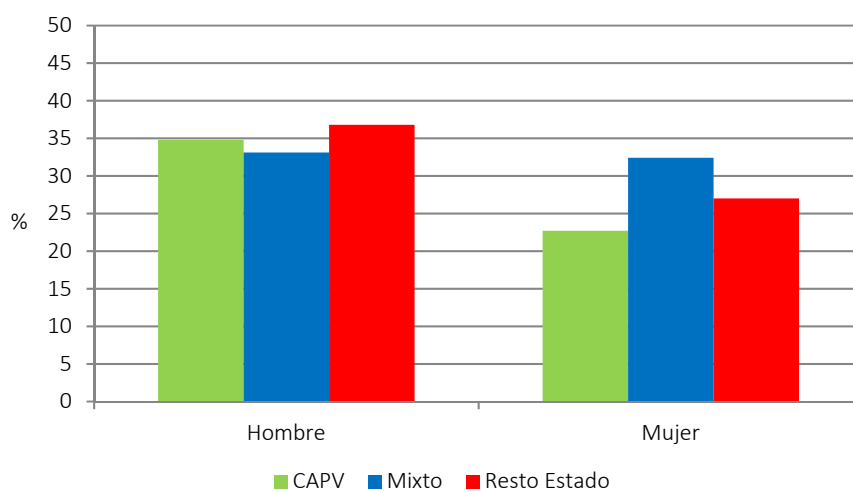


Figura 87. Razones de prevalencia de no estar muy satisfechos con el trabajo según lugar de origen de los progenitores (referencia ambos progenitores autóctonos) por sexo y ajustadas por edad. Población de 25 a 49 años. País Vasco, 2013

Nota: Elaboración propia a partir de ESCAV 2013

Centrándonos en los riesgos en el trabajo, el lugar de origen de los progenitores no marcó diferencias reseñables salvo en el caso de los riesgos ergonómicos de las mujeres. Respecto a las nacidas de parejas autóctonas, las de parejas mixtas tuvieron una prevalencia significativamente mayor de riesgos ergonómicos (RP mixtas: 1,41; IC95 %: 1,04; 1,91). Asimismo, las nacidas de parejas no autóctonas presentaron un porcentaje mayor (27,0 % frente a 22,7 %), pero no de manera estadísticamente significativa.

En relación a los riesgos físicos o fisicoquímicos, el porcentaje de personas con un número de riesgos elevado tendió a ser mayor en las personas descendientes de inmigrantes que en las descendientes de autóctonos, aunque las diferencias fueron pequeñas y estadísticamente no significativas.



**Figura 88. Porcentaje estandarizado por edad de personas con número elevado de riesgos ergonómicos en el trabajo según lugar de origen de los progenitores y sexo. Población de 25 a 49 años. País Vasco, 2013**

Nota: Elaboración propia a partir de ESCAV 2013

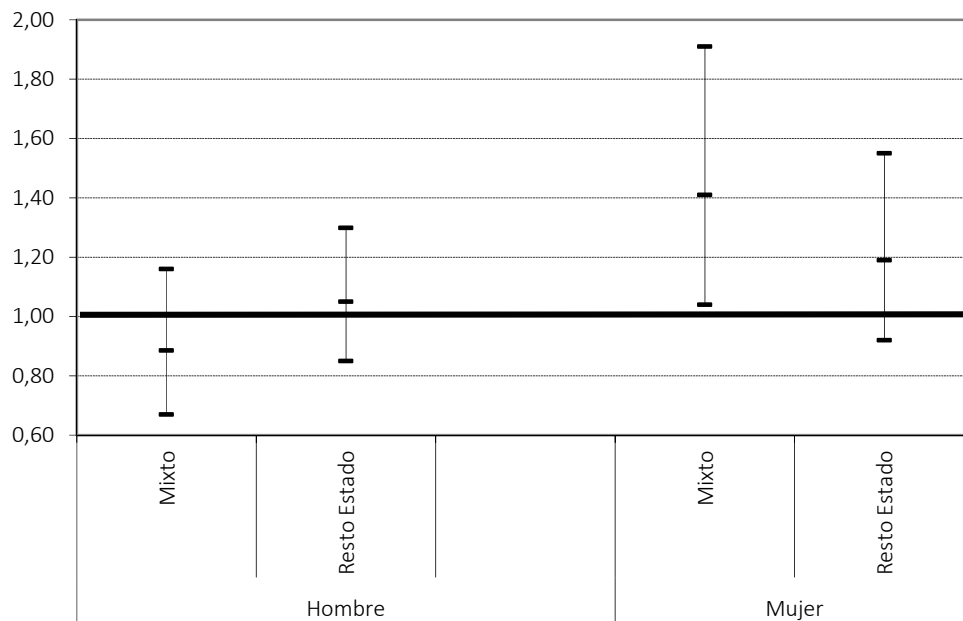


Figura 89. Razones de prevalencia de tener un número elevado riesgos ergonómicos en el trabajo según lugar de origen de los progenitores (referencia ambos progenitores autóctonos) por sexo y ajustadas por edad. Población de 25 a 49 años. País Vasco, 2013

Nota: Elaboración propia a partir de ESCAV 2013

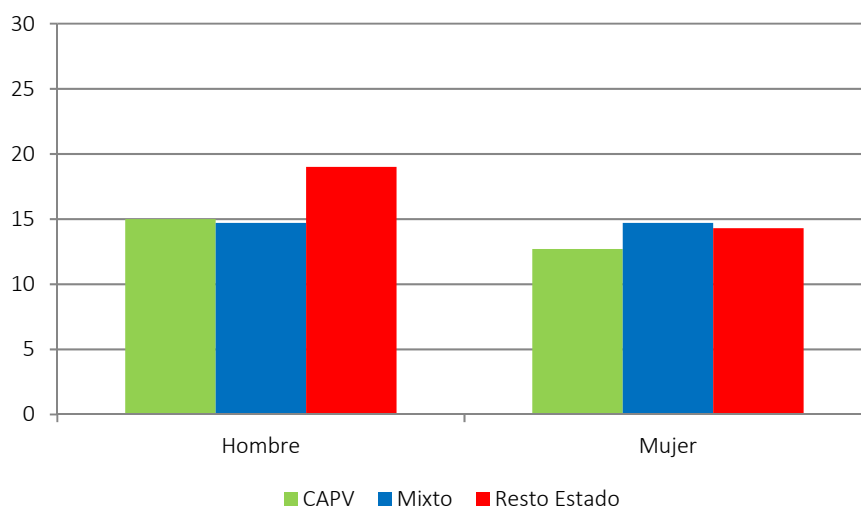
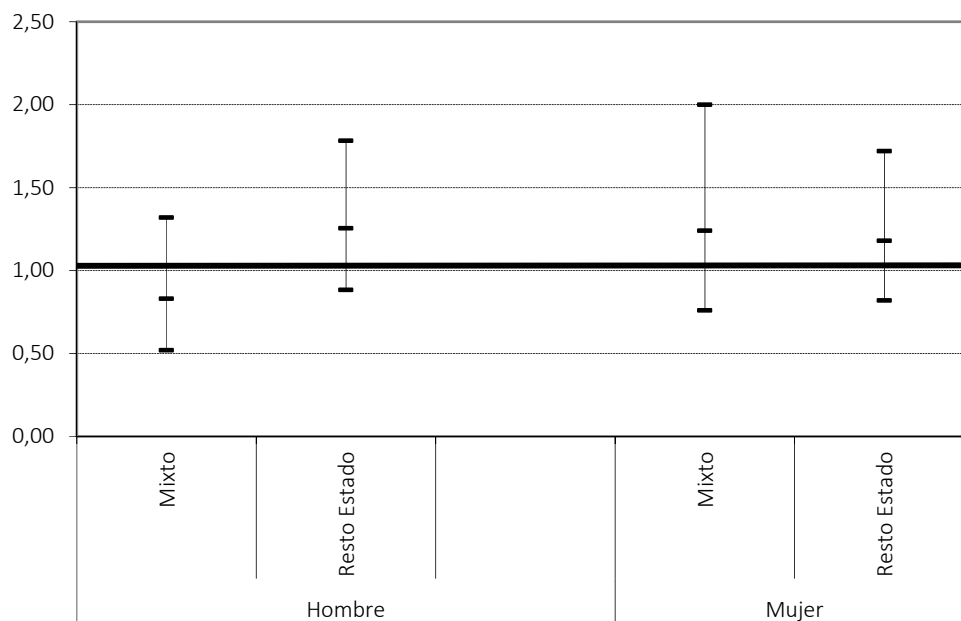


Figura 90. Porcentaje estandarizado por edad de personas con número elevado de riesgos físicoquímicos en el trabajo según lugar de origen de los progenitores y sexo. Población de 25 a 49 años. País Vasco, 2013

Nota: Elaboración propia a partir de ESCAV 2013



**Figura 91. Razones de prevalencia de tener un número elevado de riesgos físicoquímicos en el trabajo según lugar de origen de los progenitores (referencia ambos progenitores autóctonos) por sexo y ajustadas por edad. Población de 25 a 49 años. País Vasco, 2013**

Nota: Elaboración propia a partir de ESCAV 2013

Con relación al trabajo reproductivo, una de las variables a analizar fue el porcentaje de personas cuya actividad principal fuera el trabajo doméstico. Las mujeres hijas de parejas nacidas fuera del País Vasco presentaron un porcentaje mayor de dedicación principal al trabajo doméstico (12,3 %) que las hijas de progenitores autóctonos (9,4 %), aunque dichas diferencias no fueron estadísticamente significativas. En el caso de los hombres, el porcentaje fue muy bajo en todos los grupos, de manera que no existieron diferencias entre ambos.

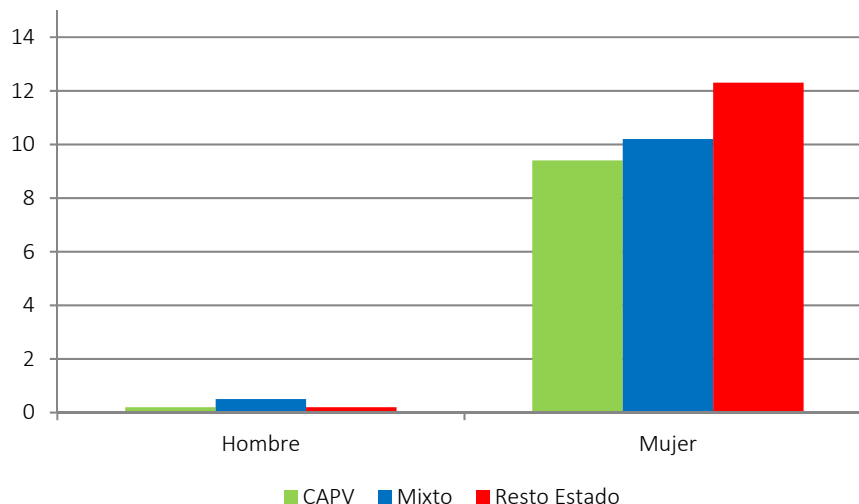


Figura 92. Porcentaje estandarizado por edad de personas cuya actividad principal es el trabajo doméstico según lugar de origen de los progenitores y sexo. Población de 25 a 49 años. País Vasco, 2013

Nota: Elaboración propia a partir de ESCAV 2013

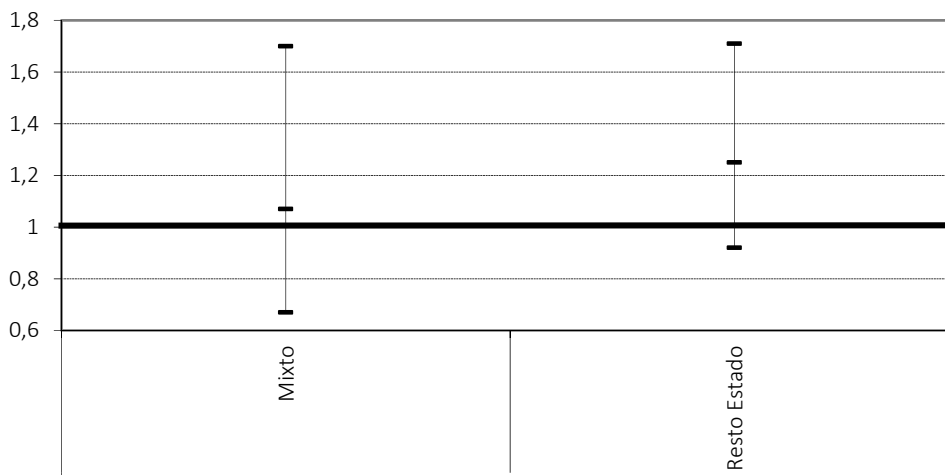
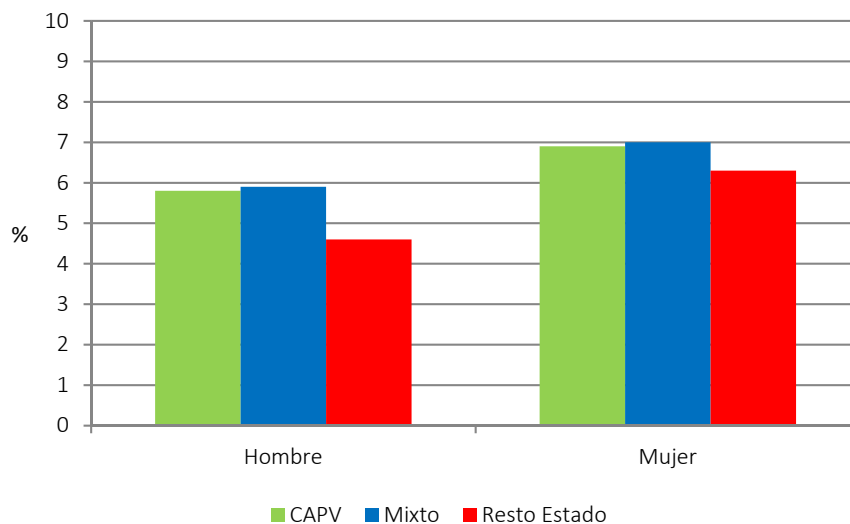


Figura 93. Razones de prevalencia de tener como actividad principal el trabajo doméstico según lugar de origen de los progenitores (referencia ambos progenitores autóctonos) ajustadas por edad. Mujeres de 25 a 49 años. País Vasco, 2013

Nota: Elaboración propia a partir de ESCAV 2013

Con relación al cuidado de un adulto dependiente, las prevalencias fueron similares en todos los grupos salvo en el grupo de personas descendientes de inmigrantes, donde fue ligeramente menor. Sin embargo, estas diferencias no fueron estadísticamente significativas.



**Figura 94. Porcentaje estandarizado por edad de personas que cuidan a un adulto dependiente según lugar de origen de los progenitores y sexo. Población de 25 a 49 años. País Vasco, 2013**

Nota: Elaboración propia a partir de ESCAV 2013

Respecto a las condiciones materiales de vida, se han analizado las diferencias en diversas variables que intentan resumir las condiciones materiales de vida. Por ello, se prestará atención a una variable relativa a los recursos económicos, dificultad de llegar a fin de mes, así como a las características del entorno residencial, medidas a través de la existencia de problemas en el entorno de la vivienda.

En el caso de las dificultades de llegar a fin de mes, mientras que en los hombres el porcentaje de personas que manifestaron dificultades para ello solo fue dos puntos mayor en los descendientes de inmigrantes que en el resto, en las mujeres las diferencias fueron considerables y estadísticamente significativas. Así, las hijas de parejas nacidas fuera del País Vasco presentaron un porcentaje ajustado por edad un 40 % mayor (RP: 1,40; IC95 % 1,20; 1,62).



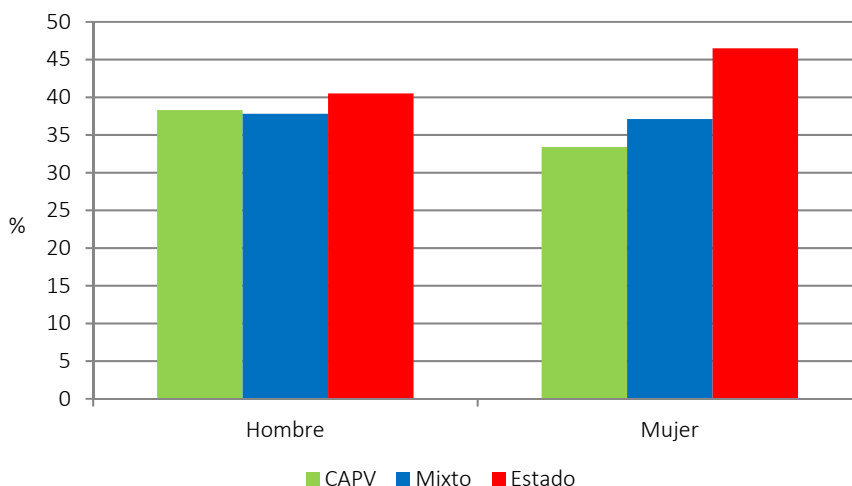


Figura 95. Porcentaje estandarizado por edad de personas con dificultad de llegar a fin de mes según lugar de origen de los progenitores y sexo. Población de 25 a 49 años. País Vasco, 2013

Nota: Elaboración propia a partir de ESCAV 2013

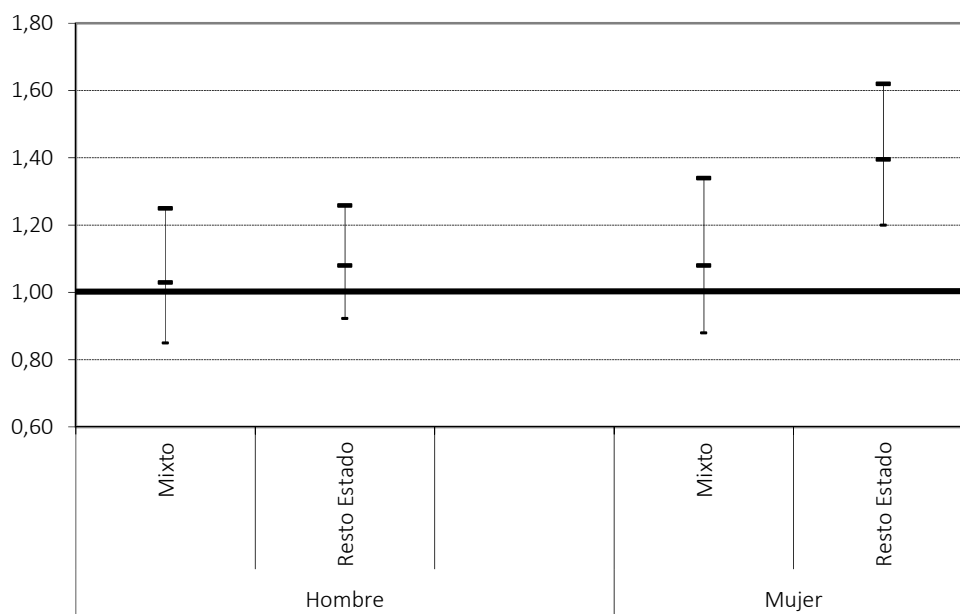


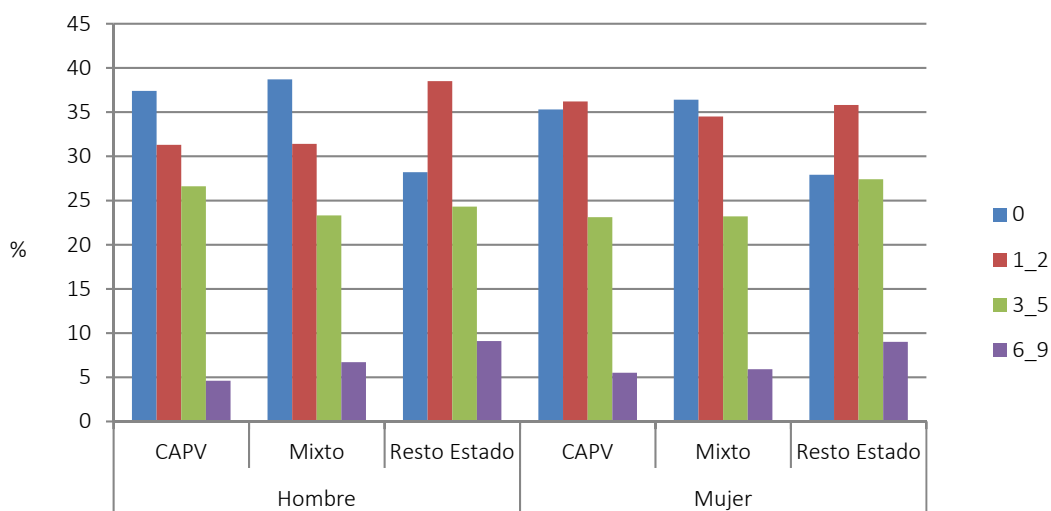
Figura 96. Razones de prevalencia de tener dificultades para llegar a fin de mes según lugar de origen de los progenitores (referencia ambos progenitores autóctonos) por sexo y ajustadas por edad. Población de 25 a 49 años. País Vasco, 2013

Nota: Elaboración propia a partir de ESCAV 2013

En lo referente a los problemas del entorno de la vivienda, el lugar de origen de los progenitores también marcó diferencias en la presencia de estos problemas. Por consiguiente, tanto en hombres como en mujeres, las personas nacidas de progenitores de fuera del País Vasco presentaron un mayor porcentaje de tener más de seis problemas en el entorno, y un menor porcentaje de no tener ningún problema respecto al resto de grupos.

En concreto, en mujeres, mientras que entre las nacidas de progenitores autóctonos el 5,5 % reportó más de seis problemas en el entorno de la vivienda, en las nacidas de parejas mixtas ese porcentaje fue del 5,9 % y en las de ambos progenitores del resto del Estado del 9,0 %. En hombres, el patrón fue similar, siendo los porcentajes del 4,6 %, 6,7 % y 9,1 % respectivamente.

Lo contrario ocurre en el caso del porcentaje que no reportó ningún problema en el entorno de la vivienda. Las personas autóctonas manifestaron no padecer ningún problema en un 37,4 % entre los hombres y en un 35,3 % entre las mujeres, mientras que las parejas mixtas en un 38,7 % y un 36,4 %. En las personas nacidas de ambos progenitores no autóctonos fueron estos porcentajes: 28,2 % y 27,9 % en hombres y mujeres, respectivamente. Esta mayor prevalencia de manifestar problemas en el entorno de la vivienda por parte de los descendientes de inmigrantes internos respecto a los de las parejas autóctonas fue estadísticamente significativa (RP mujeres: 1,12; IC95 %: 1,03; 1,21; RP hombres: 1,14; IC95 %: 1,05; 1,25).



**Figura 97. Porcentaje de personas según el número de problemas manifestados en el entorno de la vivienda según lugar de origen de los progenitores y sexo. Población de 25 a 49 años. País Vasco, 2013**

Nota: Elaboración propia a partir de ESCAV 2013

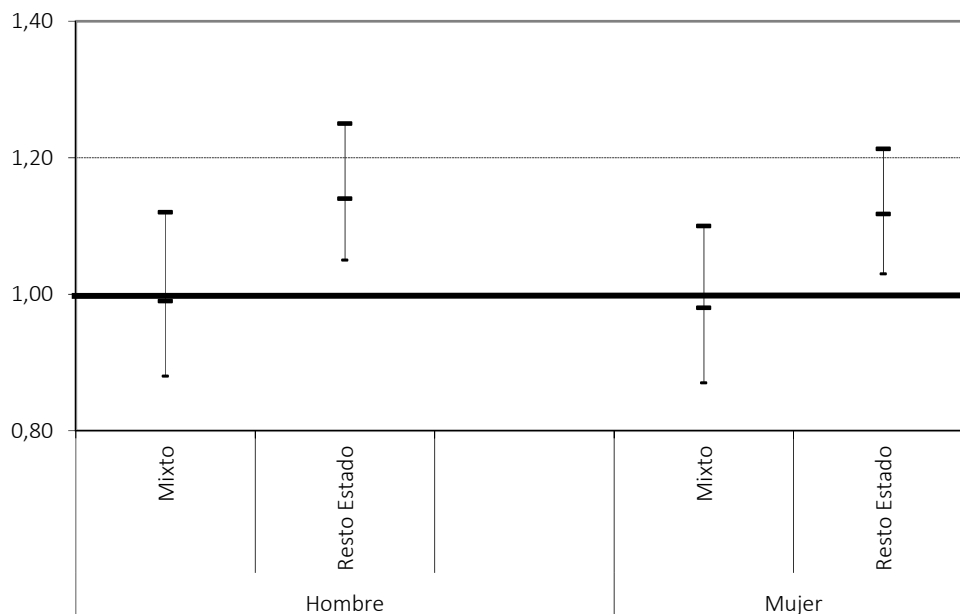
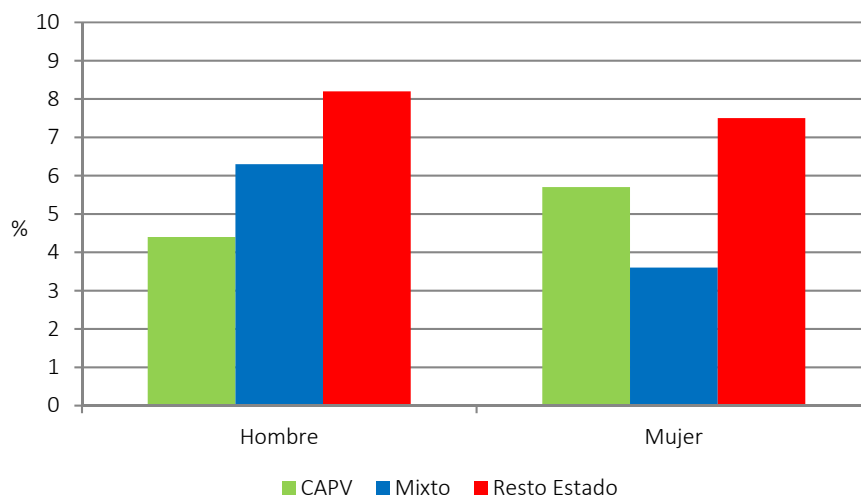


Figura 98. Razones de prevalencia de manifestar problemas en el entorno de la vivienda según lugar de origen de los progenitores (referencia ambos progenitores autóctonos) por sexo y ajustadas por edad. Población de 25 a 49 años. País Vasco, 2013

Nota: Elaboración propia a partir de ESCAV 2013

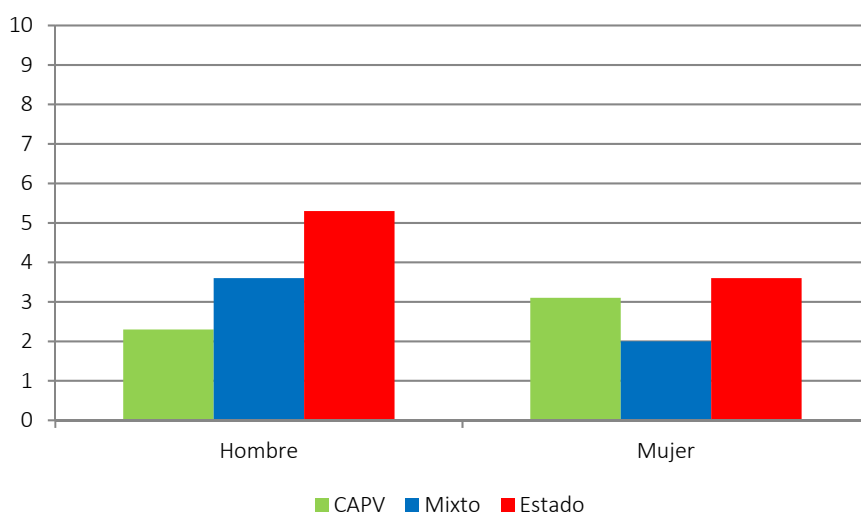
Respecto al apoyo social, la tendencia también muestra que las personas de progenitores de fuera del País Vasco tuvieron una mayor prevalencia de apoyo bajo que las descendientes de parejas autóctonas, aunque esas diferencias no fueron estadísticamente significativas. De este modo, las personas descendientes de inmigrantes tuvieron una prevalencia de apoyo bajo del 8,2 % en hombres y del 7,5 % en mujeres, mientras que los hijos de autóctonos un 4,4 % y las hijas un 5,7 %. En el caso de las parejas mixtas, sus hijos tuvieron una posición intermedia (6,3 %), mientras que las hijas tuvieron una prevalencia sensiblemente menor que los otros dos grupos (3,6 %).



**Figura 99. Porcentaje estandarizado por edad de personas con apoyo social bajo según lugar de origen de los progenitores y sexo. Población de 25 a 49 años. País Vasco, 2013**

Nota: Elaboración propia a partir de ESCAV 2013

Si diferenciamos entre los tipos de apoyo social, el confidencial y el afectivo, el patrón fue similar al descrito, y la tendencia se repite en los dos casos. En ambos casos, y tanto en hombres como en mujeres, la prevalencia de apoyo bajo más alta fue de las personas nacidas de progenitores inmigrantes. Para las personas nacidas en familias mixtas, el patrón fue diferente, y aunque en la mayor parte de los casos su prevalencia fuera la menor de los tres grupos, en ocasiones ocuparon un lugar intermedio entre los otros dos grupos. Las diferencias no fueron estadísticamente significativas, salvo en el caso del apoyo confidencial en hombres (RP hombres resto Estado: 2,34; IC95 %: 1,01; 5,54).



**Figura 100. Porcentaje estandarizado por edad de personas con apoyo confidencial bajo según lugar de origen de los progenitores y sexo. Población de 25 a 49 años. País Vasco, 2013**

Nota: Elaboración propia a partir de ESCAV 2013

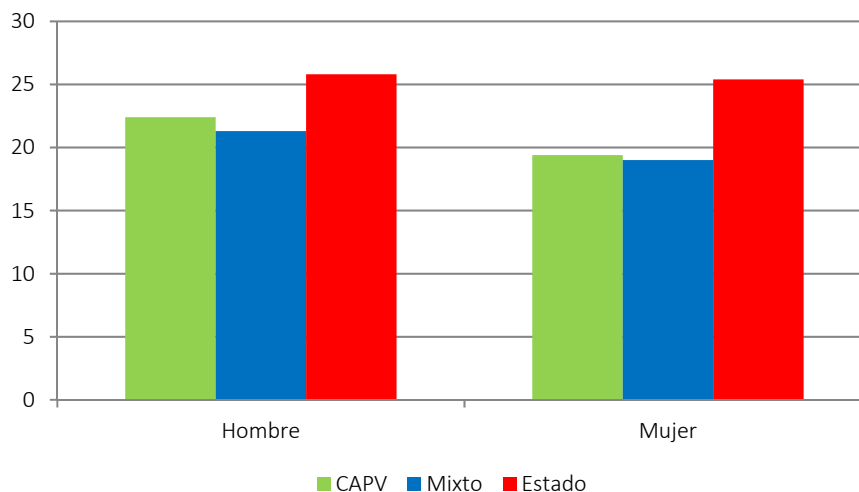


Figura 101. Porcentaje estandarizado por edad de personas con apoyo afectivo bajo según lugar de origen de los progenitores y sexo. Población de 25 a 49 años. País Vasco, 2013

Nota: Elaboración propia a partir de ESCAV 2013

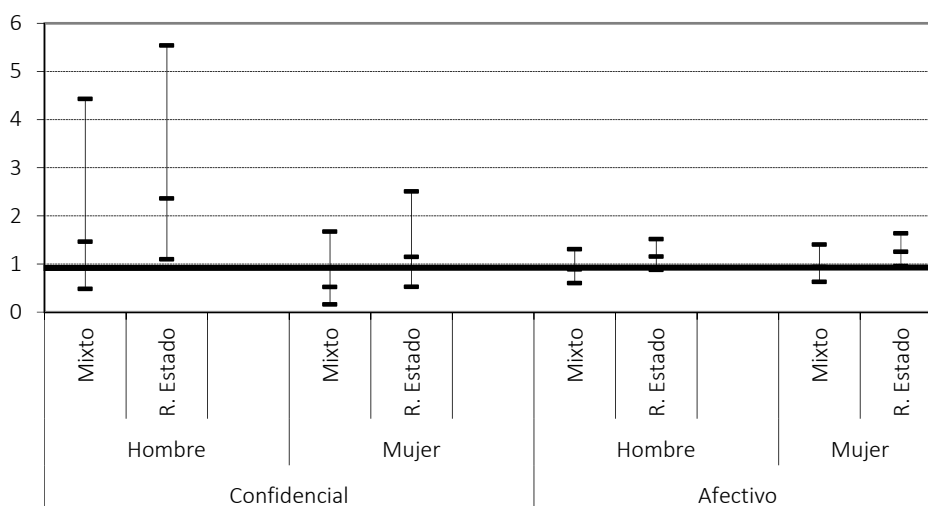
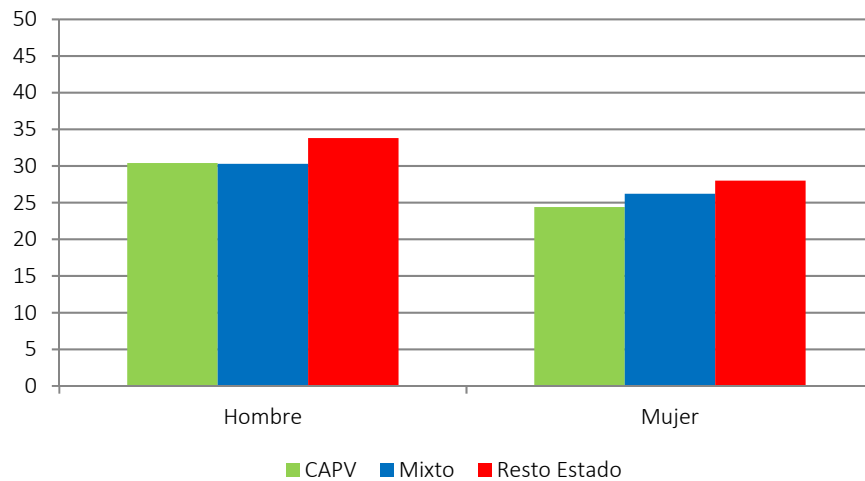


Figura 102. Razones de prevalencia de tener apoyo social afectivo y confidencial bajo según lugar de origen de los progenitores (referencia ambos progenitores autóctonos) por sexo y ajustadas por edad. Población de 25 a 49 años. País Vasco, 2013

Nota: Elaboración propia a partir de ESCAV 2013

Las conductas relacionadas con la salud analizadas no mostraron un claro patrón según el lugar de origen de los progenitores y no se encontraron diferencias estadísticamente significativas.

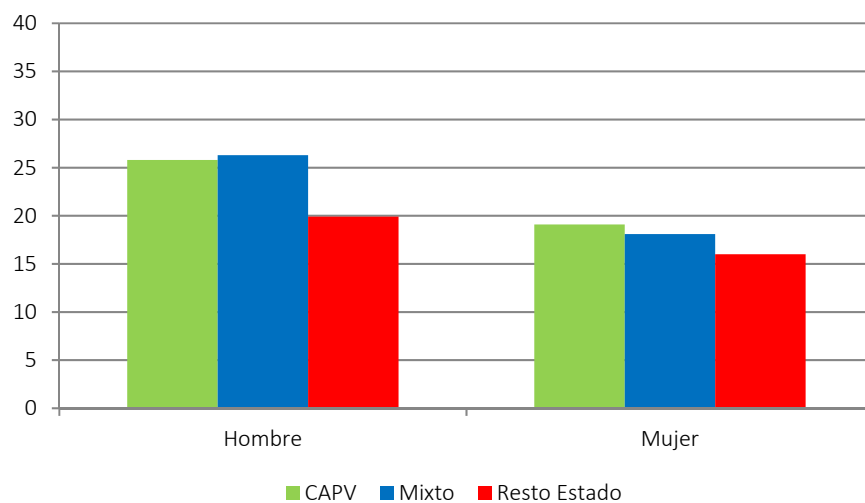
En el caso del consumo de tabaco, tanto en hombres como en mujeres, hubo una ligera mayor prevalencia de consumo en las personas descendientes de inmigrantes, pero se trató de diferencias pequeñas, algo superiores a 3 puntos porcentuales, y estadísticamente no significativas.



**Figura 103. Porcentaje estandarizado por edad de personas fumadoras según lugar de origen de los progenitores y sexo. Población de 25 a 49 años. País Vasco, 2013**

Nota: Elaboración propia a partir de ESCAV 2013

En el consumo de alcohol de riesgo a largo plazo, la prevalencia fue menor, sin embargo, en los descendientes de padre y madre nacidos en el resto del Estado, tanto en hombres como en mujeres. Las diferencias no fueron significativas.



**Figura 104. Porcentaje estandarizado por edad de personas consumidoras de alcohol a niveles de riesgo a largo plazo según lugar de origen de los progenitores y sexo. Población de 25 a 49 años. País Vasco, 2013**

Nota: Elaboración propia a partir de ESCAV 2013

En el caso del sedentarismo, las diferencias fueron considerables en mujeres, ya que la prevalencia de sedentarismo fue del 37,8 % en nacidas de ambos progenitores de fuera del País Vasco, mientras que en las descendientes de ambos progenitores autóctonos fue del

30,8 % y del 30,6 % en las mixtas. Estas diferencias, no obstante, no fueron estadísticamente significativas.

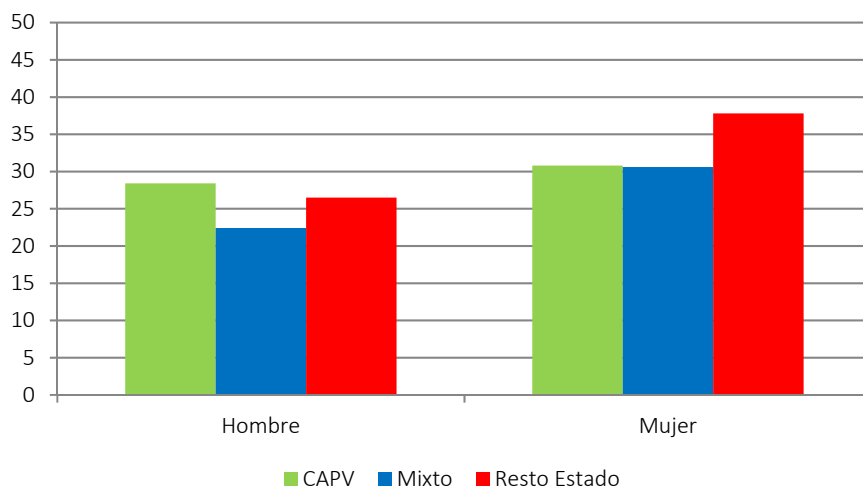


Figura 105. Porcentaje estandarizado por edad de personas sedentarias según lugar de origen de los progenitores y sexo. Población de 25 a 49 años. País Vasco, 2013

Nota: Elaboración propia a partir de ESCAV 2013

En lo que concierne a la obesidad, las prevalencias fueron similares y no se encontró un patrón claro.

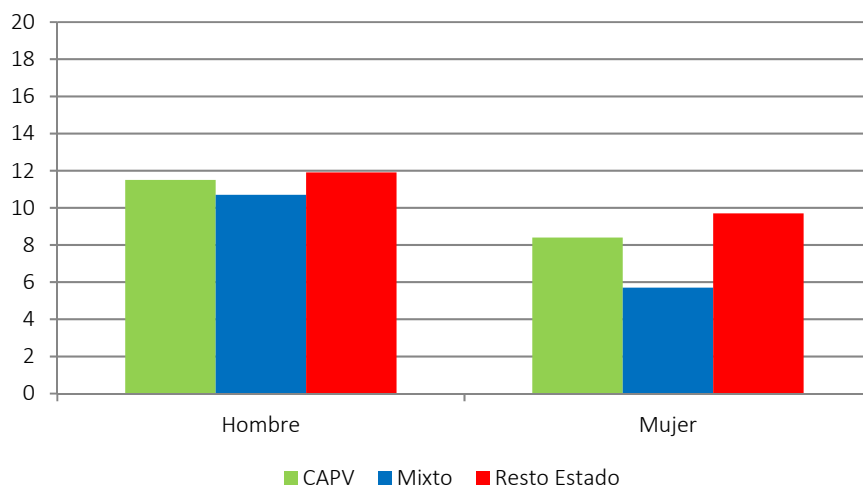
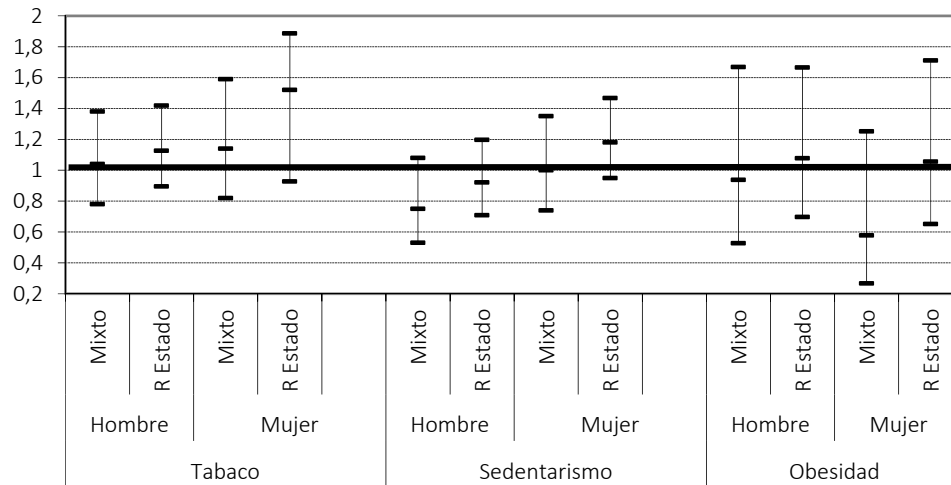


Figura 106. Porcentaje estandarizado por edad de personas con obesidad según lugar de origen de los progenitores y sexo. Población de 25 a 49 años. País Vasco, 2013

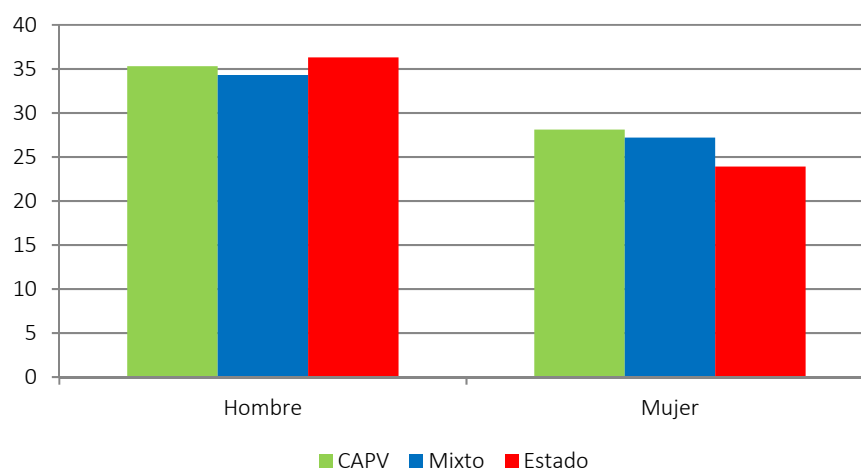
Nota: Elaboración propia a partir de ESCAV 2013



**Figura 107.** Razones de prevalencia de padecer ser fumador/a, sedentario/a, y padecer obesidad según lugar de origen de los progenitores (referencia ambos progenitores autóctonos) por sexo y ajustadas por edad. Población de 25 a 49 años. País Vasco, 2013

Nota: Elaboración propia a partir de ESCAV 2013

Por último, el uso de servicios sanitarios tampoco mostró un patrón claro según el lugar de origen de los progenitores. En el caso de las consultas médicas a atención primaria, los hombres de los diferentes grupos mostraron un comportamiento similar, mientras que en las mujeres el porcentaje de personas que no habían acudido durante el último año fue menor, aunque no estadísticamente significativo, en las hijas de progenitores nacidos en el resto del Estado.

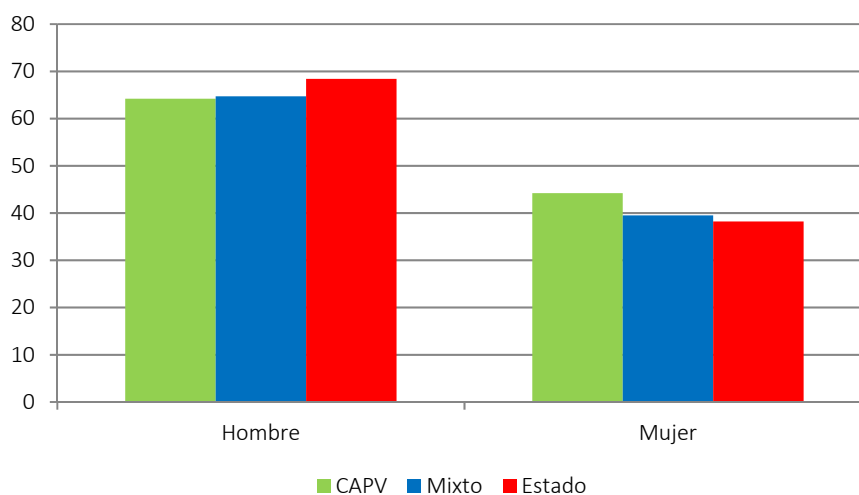


**Figura 108.** Porcentaje estandarizado por edad de personas que no han consultado a un/a médico/a de atención primaria en el último año según lugar de origen de los progenitores y sexo. Población de 25 a 49 años. País Vasco, 2013

Nota: Elaboración propia a partir de ESCAV 2013



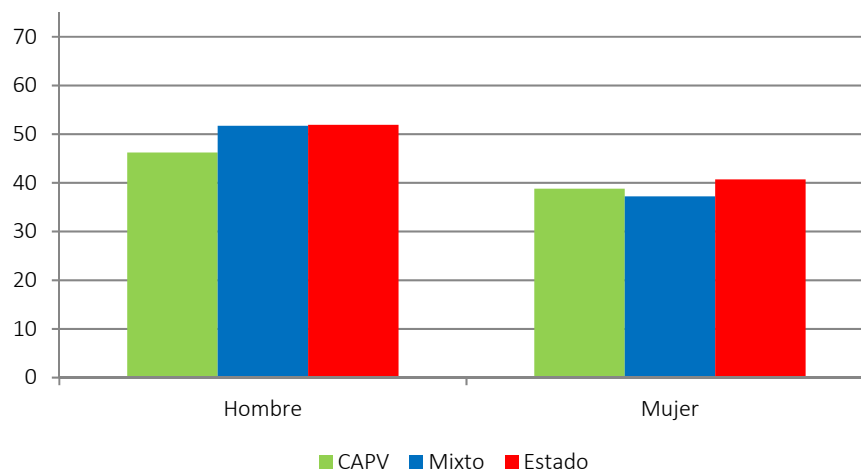
Las visitas al especialista tampoco mostraron un patrón claro según la procedencia de los progenitores y no se establecieron diferencias significativas. Entre las mujeres, al igual que en el caso de la atención primaria, fueron las hijas de padre y madre nacidos en el resto del Estado las que mostraron un menor porcentaje de no consulta (38,2 % frente a 44,2 % de las hijas de padre y madre autóctonos). En los hombres, los hijos con progenitores no autóctonos mostraron un porcentaje mayor (68,4 %) que los hijos de padres autóctonos (64,2 %) y mixtos (64,7 %). Ninguna diferencia fue estadísticamente significativa.



**Figura 109.** Porcentaje estandarizado por edad de personas que no han consultado a un/a médico/a especialista en el último año según lugar de origen de los progenitores y sexo. Población de 25 a 49 años. País Vasco, 2013

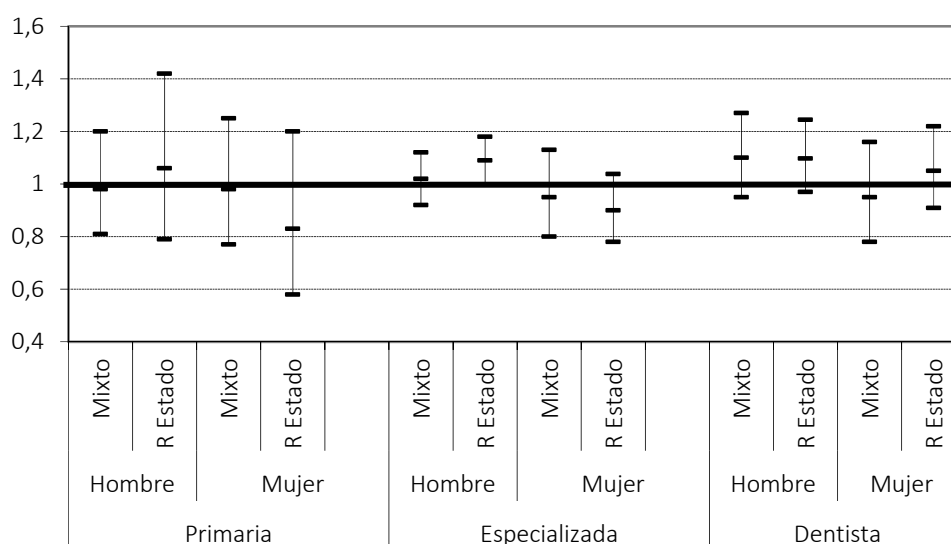
Nota: Elaboración propia a partir de ESCAV 2013

En el caso de las consultas al dentista, el patrón, aunque no fue estadísticamente significativo, fue similar para hombres y mujeres. De esta forma, en ambos sexos son las personas descendientes de progenitores del resto del Estado las que presentaron un mayor porcentaje de personas que no habían acudido al dentista en el último año. Concretamente, el 51,9 % de los hombres y el 40,7 % de las mujeres no habían acudido al dentista en el último año, frente al 46,2 % y 38,8 % en hombres y mujeres descendientes de padre y madre autóctonos y el 51,7 % y 37,2 % en hombres y mujeres descendientes de parejas mixtas.



**Figura 110.** Porcentaje estandarizado por edad de personas que no han consultado a un/a dentista en el último año según lugar de origen de los progenitores y sexo. Población de 25 a 49 años. País Vasco, 2013

Nota: Elaboración propia a partir de ESCAV 2013



**Figura 111.** Razones de prevalencia de no haber consultado a un profesional médico/a de atención primaria, especializada y dentista según lugar de origen de los progenitores (referencia ambos progenitores autóctonos) por sexo y ajustadas por edad. Población de 25 a 49 años. País Vasco, 2013

Nota: Elaboración propia a partir de ESCAV 2013

En resumen, para las condiciones de empleo y trabajo, estas fueron ligeramente peores en el caso de las personas descendientes de inmigrantes, sobre todo en mujeres. El trabajo reproductivo mostró diferencias en cuanto a las mujeres que manifestaban tener como actividad principal el trabajo doméstico, siendo el porcentaje mayor entre las descendientes de inmigrantes, mientras que en el cuidado de personas dependientes no se encontraron diferencias. En el caso de las condiciones materiales de vida, las hijas de personas inmigrantes mostraron una mayor dificultad de llegar a fin de mes y, tanto en hombres como en

mujeres, ser descendiente de inmigrantes supuso tener un peor entorno residencial. El apoyo social no mostró unas diferencias significativas en la mayor parte de los casos, aunque sí una tendencia a una mayor falta de apoyo social, tanto confidencial como afectivo, en las personas descendientes de inmigrantes.

Sobre las conductas relacionadas con la salud, no se encontraron diferencias entre las personas según el origen de sus progenitores o las diferencias en estas conductas fueron pequeñas y no significativas. Además, no siguieron un patrón consistente en todos los casos. No se encontraron diferencias tampoco en el acceso al sistema sanitario en ninguno de los niveles profesionales analizados: atención primaria, medicina especialista y odontología.

En la siguiente tabla se puede consultar el resumen de este apartado, ya que se muestran las diferencias en las distintas dimensiones y variables de salud y de determinantes sociales de la salud según el lugar de nacimiento de los progenitores.

Tabla 22. Resumen de las diferencias en dimensiones de salud y determinantes de la salud en población de 25 a 49 años según el lugar de nacimiento de los progenitores (diferencias en progenitores mixtos y ambos del resto del Estado frente a ambos autóctonos). País Vasco, 2013

Indicador	Hombres		Mujeres	
	Mixto*	Ambos progenitores resto del Estado*	Mixto*	Ambos progenitores resto del Estado*
Estado de salud				
Salud general	Salud percibida			
Discapacidad	Limitación crónica			
Biomédico	Enfermedad crónica			
Salud mental	Síntomas ansiedad y depresión			
Determinantes salud				
Determinantes estructurales				
Estructura social				
Clase social	Clase SEE manual			
Nivel de estudios	No tener nivel de estudios universitario			
	Estudios primarios			
Determinantes intermedios				
Condiciones de vida				
Condiciones de empleo y trabajo	Riesgos físicos			
	Riesgos ergonómicos			
	No muy satisfechos en el trabajo			
	Desempleo			
	Duración contrato/estabilidad			
Trabajo doméstico y de cuidados	Cuidados dependientes			
	Trabajo doméstico actividad principal			
Ingresos y situación económica	Dificultad de llegar a fin de mes			
Entorno residencial	Problemas entorno vivienda			
Factores psicosociales				
Apoyo social bajo				
Apoyo emocional bajo				
Apoyo confidencial bajo				
Factores conductuales y biológicos				
Obesidad				
Sedentarismo				
Tabaco				
Alcohol				
Servicios de salud				
Médico primaria				
Médico especialista				
Dentista				

Nota: ---: diferencias significativas desfavorables para la categoría respecto a ambos progenitores autóctonos; +++: diferencias significativas favorables para la categoría respecto a ambos progenitores autóctonos; blanco: no diferencias significativas



## 6. Discusión

### Sobre los resultados de esta tesis

La presente tesis ha analizado el estado de salud y los determinantes sociales de la salud de las personas que migraron durante la segunda mitad del siglo pasado al País Vasco desde otras zonas de España comparándolos con las personas autóctonas, es decir, nacidas en el País Vasco alrededor de la década de 2010. Asimismo, ha analizado si las desigualdades en salud según el lugar de origen se han transmitido a las personas descendientes de estas generaciones.

Los resultados muestran que las personas nacidas en el resto del Estado e inmigradas al País Vasco presentaron un peor estado de salud que las personas autóctonas, tanto en hombres como en mujeres y tras ajustar por edad. El efecto del lugar de nacimiento sobre el estado de salud se explica en parte, pero no completamente, por la peor posición social de las personas nacidas en el resto del Estado. Las desigualdades en el estado de salud según el lugar de nacimiento no mostraron una tendencia clara durante las últimas décadas ya que en ambos sexos las desigualdades se han mantenido constantes durante todo el periodo analizado. El patrón de desigualdad en el País Vasco coincide con el descrito en otras poblaciones que han recibido un flujo migratorio similar, encontrándose un patrón similar en Madrid, Catalunya y la Comunidad Valenciana. En todas estas poblaciones, las personas inmigrantes del resto del Estado mostraron una peor salud que las personas autóctonas. En el caso de la mortalidad, sin embargo, no se encontró una relación entre el porcentaje de personas nacidas en el resto del Estado y la mortalidad de las secciones censales.

En cuanto a las diferencias en los determinantes sociales de la salud, en términos generales la situación de las personas inmigrantes fue más desfavorable, aunque en algunos casos los resultados variaron según los diferentes indicadores analizados. Las diferencias más claras se obtuvieron en los ejes de desigualdad: las personas nacidas en el resto del Estado tuvieron un menor nivel de estudios y una menor clase social, así como en las condiciones materiales de vida. No se encontraron diferencias apenas en los hábitos de vida y en el acceso al sistema sanitario.

Las desigualdades en salud no solo se produjeron en la generación que protagonizó el flujo migratorio, sino que también parece que han sido heredadas por la siguiente generación.

Aunque de manera menos consistente que para sus padres y madres, los resultados muestran que los hijos e hijas de personas inmigradas presentaron un peor estado de salud que las personas cuyos progenitores habían nacido en el País Vasco. También se encontraron desigualdades según el lugar de origen de los progenitores en los determinantes sociales de la salud, aunque con menor intensidad que en sus progenitores. Las diferencias más claras se encontraron en los ejes de desigualdad, en el desempleo y en las condiciones materiales de vida. No se encontraron diferencias en los hábitos de vida y en el acceso al sistema sanitario.

### **Sobre la comparación de estos resultados con otros estudios y sus posibles explicaciones**

La comparación entre los resultados de esta tesis y la literatura internacional debe ser realizada con cautela por la posible falta de comparabilidad entre el flujo migratorio analizado y otros descritos en la literatura sobre migraciones y salud. La investigación que analiza la relación entre los flujos migratorios y la salud, así como las diferencias en el estado de salud de personas autóctonas e inmigrantes, es extensa y ha crecido en las últimas décadas (Abubakar *et al.*, 2018; Zimmerman *et al.*, 2011). Sin embargo, en gran parte se trata de estudios que analizan flujos migratorios internacionales que, en ocasiones, presentan características diferentes a los flujos internos (Lu, 2008). Es importante destacar, además, la relevancia que las características del propio proceso migratorio tienen para analizar su relación con la salud, y la gran variabilidad de estas características entre diferentes flujos. Ello da como resultado un cierto grado de dificultad en la comparación directa entre el flujo migratorio analizado en esta tesis y otros flujos descritos en la literatura científica. A continuación, se detallan algunas características definitorias del flujo migratorio interno al País Vasco que deben ser tenidas en cuenta en dicha comparación.

Primeramente, el proceso migratorio analizado en esta tesis presentó características cercanas a los flujos migratorios internacionales en relación a la distancia cultural y lingüística que se dio entre la población autóctona e inmigrada (Blanco, 1990; Recaño y Roig, 2003). Sin embargo, esto no significa que deba ser asimilado directamente a las migraciones internacionales, ya que las personas migradas que llegaron al País Vasco «perteneían a una misma unidad política y administrativa, y poseían una comunidad lingüística y de costumbres con la sociedad de adopción que impidió un total desarraigo y la necesidad de una total resocialización» (Blanco, 1990). En este sentido, efectivamente, las personas que migraron entre 1950 y 1970 lo hicieron a una comunidad autónoma que, política y administrativamente, pertenecía al mismo Estado y esto es importante a la hora de analizar su impacto en la salud. En primer lugar, desde el punto de vista de la regularidad administrativa, las personas inmigrantes no tuvieron que enfrentarse a problemas derivados de su situación legal ni a problemas de acceso a servicios sociales y de salud, aspectos que constituyen importantes determinantes de la salud en las migraciones internacionales (Rodríguez *et al.*,

2017). En segundo lugar, la migración se produjo a un contexto que, con marcadas diferencias sociales y culturales, impidió el total desarraigo, característico, una vez más, de las migraciones internacionales, lo que no requiere, por tanto, de una resocialización. Esta situación posibilitó, muy probablemente, un mayor sentimiento de pertenencia subjetiva por parte de las personas migradas, que el que se genera tras una migración internacional.

Y aunque esa semejanza cultural existía, es también cierto que, en mayor medida en algunos momentos y territorios, se produjo una distancia cultural respecto a los territorios de origen. En aquel momento, se encontraban con un País Vasco donde existía un fuerte sentimiento de identidad nacional y cultural, respaldada por un idioma y cultura propios. Además, ese flujo migratorio fue catalogado por parte de sectores de la población como una amenaza a la cultura e identidad vascas. De hecho, todavía en la actualidad existen ciertas ideas en el imaginario colectivo en torno al impacto cultural y político que supuso ese flujo migratorio. Un ejemplo de ello es la emisión de un programa el 7 de abril de 2022 en la televisión pública vasca en el que se realizaba una lectura de la industrialización vasca y sus flujos migratorios, señalando la llegada de personas inmigrantes a Barakaldo como factor expulsor de la población autóctona y explicativo de la pérdida de uso del euskera. El programa fue ampliamente criticado y llegó al Parlamento Vasco, donde la televisión pública vasca se disculpó por la emisión del mismo y realizó una «rectificación pública» retirando los videos del programa.

Es decir, el flujo migratorio se produjo en un contexto que es difícil encontrar en la historia de los movimientos migratorios interiores (Blanco, 1995). Esta situación condicionó pautas de integración, semejantes a las ocurridas en las migraciones internacionales, que han supuesto un importante determinante de la salud en esas poblaciones (Krieger, 2014; Rodríguez *et al.*, 2017; Williams *et al.*, 2019).

Además de las características propias del flujo migratorio analizado, hay otro aspecto que complejiza la comparación de nuestros resultados con la literatura internacional. La mayor parte de estudios en los que se ha analizado el impacto en la salud de estos flujos internos se han hecho en el contexto de países empobrecidos, donde los movimientos internos de la población han mostrado características que no aconsejan su comparación directa con el experimentado en el País Vasco. Se trata de poblaciones como China (Lu, 2008), países africanos (Ginsburg *et al.*, 2016; Pheiffer, 2021; Pheiffer *et al.*, 2019) o latinoamericanos (Miranda *et al.*, 2011). Otros estudios analizan la migración interna en contextos más cercanos, pero en ocasiones también se trata de flujos con características diferentes, al tratarse de las migraciones dentro de un país, pero de personas de origen extranjero (Wingate y Alexander, 2006).

En el caso de los trabajos que analizan los flujos en poblaciones más cercanas, una parte importante de los estudios se ha centrado, no tanto en analizar las desigualdades entre la población migrante y la autóctona, sino en valorar cuál ha sido el impacto que los flujos



migratorios han tenido en los indicadores de salud y uso de servicios sanitarios de determinadas zonas, o en las desigualdades en salud entre barrios u otras unidades territoriales (Bentham, 1988; Boyle, 2004; Brimblecombe *et al.*, 2000; Cox *et al.*, 2007; O'Reilly y Stevenson, 2003; Popham *et al.*, 2011; Riva *et al.*, 2011; Tunstall *et al.*, 2010; Vaalavuo y Sihvola, 2020). Es más, en algunas ocasiones, estos estudios no parten del objetivo de analizar la relación entre la migración y la salud, sino de analizar la movilidad residencial (Vaalavuo y Sihvola, 2020), es decir, cambios en la residencia incluso dentro de la misma ciudad y sus efectos.

Teniendo en cuenta todas estas consideraciones a la hora de realizar la discusión de los resultados, quizás la bibliografía más comparable es la del flujo migratorio del sur al norte de Italia ocurrido, principalmente, después de la II Guerra Mundial. Se han encontrado estudios que han analizado, a veces indirectamente, las diferencias en la salud de personas autóctonas e inmigrantes, o han comparado el efecto del «lugar de nacimiento» frente al del «lugar de residencia». La mayor parte de los estudios han analizado patologías como el cáncer, no encontrándose un patrón claro ya que, dependiendo del tipo, de la población o del estudio, los resultados son diferentes. En todo caso, sí parece observarse que la condición de inmigrante interno puede convertirse en un factor de riesgo, aunque a veces se describe un patrón contrario (Barbone *et al.*, 1996; Buiatti *et al.*, 1985; Ceppi *et al.*, 1995; Fascioli *et al.*, 1995; Vigotti *et al.*, 1988). Otro estudio realizado en Croacia mostró que los indicadores de salud eran mejores en las personas inmigrantes, concretamente en la hipertensión y la obesidad (Kolcic y Polasek, 2009). Sin embargo, los resultados no son comparables más que en su sentido amplio, ya que son estudios que, en su mayoría, están centrados en patologías concretas y realizados desde una perspectiva diferente a la de esta tesis.

Otra de las fuentes de potencial comparación son los estudios que han analizado las migraciones del ámbito rural al urbano y que, en términos generales, han descrito un empeoramiento de la salud de las personas migrantes por factores derivados tanto del estrés del propio proceso migratorio como por migrar a zonas de mayor riesgo para la salud desde el punto de vista del ambiente socioeconómico o los hábitos de salud (Mckay *et al.*, 2003; Verheij *et al.*, 1998). En el caso vasco, también se trató de un flujo migratorio que, en gran parte, se produjo del ámbito rural al urbano e industrial, con lo que la peor salud de las personas inmigrantes podría deberse, en parte, a esos elementos señalados por la literatura. No obstante, conviene tener en cuenta que este flujo migratorio se produjo en un contexto generalizado hacia una urbanización, no solo de la población migrante del resto del Estado, sino también de la población autóctona, que progresivamente fue transitando de zonas rurales del País Vasco a núcleos urbanos.

En relación a los pocos estudios realizados en España (Borrell *et al.*, 2008; Díaz *et al.*, 2011; Malmusi *et al.*, 2010), los resultados coinciden con los de esta tesis y muestran una peor salud de las personas inmigrantes en relación a las poblaciones autóctonas. En Barcelona,

un análisis con datos de 2006 señaló que las personas inmigrantes de zonas más pobres del resto del Estado mostraron peores indicadores de salud que las personas autóctonas, mientras que las provenientes de zonas más ricas compartieron un patrón similar de salud (Malmusi *et al.*, 2010). Para la ciudad de Madrid también se mostró, con datos de 2005, una peor salud de las personas nacidas en el resto del Estado (Díaz *et al.*, 2011).

Los resultados de esta tesis también coinciden con lo descrito en los dos estudios anteriores acerca de la importancia de otros ejes de desigualdad para comprender la complejidad de la relación entre el estatus migratorio y la salud. Así, considerar la posición socioeconómica de las personas redujo, pero no eliminó, el impacto del estatus migratorio en la salud, tal y como también han descrito estudios a nivel estatal (Díaz *et al.*, 2011; Malmusi *et al.*, 2010) e internacional (Lindström *et al.*, 2001; Reijneveld, 1998; Stronks y Kunst, 2009). Este hallazgo tiene varias implicaciones:

En primer lugar, muestra que la posición socioeconómica, medida a través de la clase social o indicadores similares, constituye una variable intermedia entre el estatus migratorio y la salud. El estatus migratorio se ha podido relacionar con situaciones de discriminación o peor acceso a recursos que tienen efectos en la propia posición social, lo cual acaba traducándose en un deterioro de la salud. Los estudios que analizaron las condiciones de vida e integración de las personas inmigrantes en el País Vasco en los primeros años del flujo describieron situaciones de vulnerabilidad económica, residencial y social que se pudieron extender a lo largo de su etapa posmigratoria, y que dificultarían el acceso a trabajos más cualificados y ascensos en su carrera profesional (Blanco, 1995).

En segundo lugar, el hecho de que la posición socioeconómica no explique en su totalidad el efecto del estatus migratorio sobre la salud indica que hay otros factores intermedios que también tienen un efecto. Las fuentes de datos disponibles no han permitido un análisis que arroje evidencia sobre cuáles pueden ser estos factores y su importancia, pero sin duda factores no materiales, psicosociales o emocionales derivados, a menudo, de situaciones de privación o discriminación han podido tener un papel relevante en esta relación, tal y como se ha mostrado en otros contextos (Krieger, 2014; Williams *et al.*, 2019). En este sentido, en el segundo capítulo de esta tesis se han descrito situaciones de discriminación y falta de integración de estas poblaciones, al menos, en los primeros años de llegada (Blanco, 1990; Izaola y Zubero, 2018), que pueden dar cuenta de parte del efecto no explicado por las condiciones materiales de vida

Además, los resultados de la tesis apuntan a que la posición socioeconómica también juega un papel de interacción entre el estatus socioeconómico y el lugar de nacimiento. Así, el impacto del estatus migratorio se ha mostrado mayor en las clases más desfavorecidas, en las que la diferencia en el estado de salud entre personas autóctonas y migradas ha sido más evidente. La teoría y evidencia internacional ya han descrito este fenómeno, por el cual las

situaciones de mayor marginación y exclusión derivadas del estatus de migrante se dan en los colectivos más desfavorecidos (Bauer, 2014; Malmusi *et al.*, 2010).

Asimismo, los resultados señalan la existencia de una tendencia hacia un mayor impacto en salud del proceso migratorio en las mujeres, lo que podría deberse a que la migración hacia el País Vasco fue un proceso ligado al trabajo masculino, en gran parte industrial (Blanco, 1990; Izaola y Zubero, 2020), en una época donde la incorporación de las mujeres al mercado laboral era todavía poco intensa. Este hecho pudo haber conllevado que el *sesgo del inmigrante sano* fuera más evidente para el caso de los hombres y, por tanto, se produjera un efecto de selección por salud para emigrar más claro en ellos, lo que explicaría menores desigualdades entre hombres migrados y autóctonos. También, conviene considerar el efecto protector del propio trabajo remunerado en los hombres migrantes, que pudo no serlo con la misma intensidad en mujeres migrantes. Las mujeres migrantes, con una menor incorporación al mercado laboral, podrían haberse visto afectadas por un mayor aislamiento, falta de apoyo social o de sentimiento de pertenencia respecto a los hombres, lo que puede constituir una de las razones del menor impacto del lugar de nacimiento en ellos. En este sentido, un estudio realizado en inmigrantes internos en Bilbao a finales de la década de 1980 describió un aislamiento social y relacional, especialmente patente en el caso de las mujeres (Blanco, 1990).

Un resultado importante de esta tesis apunta a que, a diferencia del claro patrón desigual entre población autóctona y migrante respecto a los indicadores de salud, la mortalidad de las personas migrantes no mostró peores resultados. Esta tesis describe, incluso, una mayor mortalidad entre las personas autóctonas. Aunque estos resultados deban ser interpretados con cautela, debido a su carácter ecológico y exploratorio, contrastan con otros estudios similares sobre mortalidad y migración en Europa. Algunas publicaciones sobre migraciones internacionales que permiten cierta comparabilidad con los resultados de esta tesis apuntan en un sentido contrario, ya que describen una mayor mortalidad entre personas inmigrantes. Se trata, por ejemplo, de estudios que han analizado movimientos migratorios entre países limítrofes, como la población finlandesa en Suecia (Iglesias *et al.*, 2003; Pudaric *et al.*, 2003; Westman *et al.*, 2008), o el flujo de las personas irlandesas y escocesas a Inglaterra (Raftery *et al.*, 1990; Wild y McKeigue, 1997).

Resulta complejo elaborar una hipótesis que aborde una explicación coherente acerca del diferente patrón de las desigualdades en el ámbito de la salud y de la mortalidad. De hecho, al analizar las desigualdades por otros ejes como la clase social o el nivel educativo, el patrón es consistente entre la salud y la mortalidad, según estudios realizados en el País Vasco (Bacigalupe y Martín, 2007; Martín, 2012) y a nivel estatal e internacional (CSDH, 2008).

En el ámbito internacional, algunos estudios sí han descrito una menor mortalidad de la población inmigrada (Namer y Razum, 2018). Es el caso, por ejemplo, de la población de origen latino en Estados Unidos, donde se ha acuñado el término de *paradoja latina* (Ruiz

*et al.*, 2013) para denominar la menor mortalidad de los inmigrantes latinos a pesar de sus peores condiciones de vida y menor acceso a los servicios sanitarios. Esta menor mortalidad también se ha descrito en otros contextos europeos, como por ejemplo la migración vietnamita en Reino Unido (Swerdlow, 1991), o la población del norte de África en Francia (Darmon y Khlat, 2001) y Holanda (Uitenbroek y Verhoeff, 2002).

Una extensa literatura científica ha intentado dar respuesta a estas paradojas, sin que parezca existir una respuesta clara al respecto (Ruiz *et al.*, 2013). Dentro de los factores que han sido señalados, hay uno que podría ayudar a entender lo descrito también en esta tesis, el llamado «efecto salmón» o «sesgo salmón» (Abraído-Lanza *et al.*, 1999). Este sesgo supone que las menores tasas de mortalidad de la población inmigrante no provendrían de una menor mortalidad real sino de un sesgo derivado de la vuelta de las personas inmigrantes a su lugar de origen ante un empeoramiento grave de salud o en la época cercana a la muerte. Este retorno provocaría que desaparecieran de las estadísticas y que las tasas calculadas con ellas infraestimaran la mortalidad de las personas inmigrantes. Aunque este sesgo ha sido analizado principalmente en el contexto de Estados Unidos, también hay estudios que lo han descrito en el caso europeo y para las migraciones internas. En Suecia, un estudio analizó su importancia en la migración entre el norte y el sur, encontrando una elevada mortalidad en las migraciones de retorno y, por tanto, mostrando una clara evidencia a favor del «sesgo salmón» (Andersson y Drefahl, 2017). Sin embargo, otro estudio con inmigrantes escoceses en Inglaterra mostró resultados contrarios (Wallace y Kulu, 2014b).

Los resultados internacionales no concluyentes acerca de este sesgo conllevan la necesidad de considerar la plausibilidad de este efecto de forma independiente en cada contexto migratorio, ya que las características de los lugares de origen y destino, así como del mismo proceso, pueden favorecer la existencia del mismo y su magnitud. En esta tesis, las características de nuestro contexto y del proceso migratorio llevan a pensar que, en caso de existir, este sesgo puede que no haya sido muy relevante. Primero, porque los procesos de migración de ida y retorno se produjeron en el marco de un mismo Estado, responsable en última instancia de los sistemas de información que operan en el mismo, por lo que, aunque seguiría existiendo una cierta falta de correspondencia entre los numeradores y denominadores para el cálculo de las tasas, esta sería menor que la de otros contextos de migraciones entre Estados. Segundo, el sesgo parece tener menos importancia por las propias características de las migraciones de retorno en la población inmigrante interna en el País Vasco. Por una parte, por su magnitud reducida, ya que, aunque pudieron ser considerables en los años siguientes al comienzo de dicho flujo, no lo fueron en las siguientes décadas, lo que lleva a pensar que esa migración selectiva no ocurriría en una magnitud importante. Los análisis realizados en el contexto de esta tesis doctoral muestran que la inmigración de retorno en los años en los que se han analizado las diferencias en mortalidad no fue relevante, y su magnitud no explicaría los resultados en la mortalidad descritos. Por otra parte, no es plausible que se produjeran migraciones de retorno relacionadas con la mala salud o

la mortalidad, ya que, mientras que pasar la última parte del tiempo de vida junto a la familia, así como no tener acceso a la atención sanitaria, han mostrado ser factores explicativos en migraciones de contexto internacional (Andersson y Drefahl, 2017), estos factores no aplicarían de igual modo a la realidad vasca. Existe un fuerte arraigo familiar en destino y una fuerte integración de las personas migrantes vascas que, además, no han sufrido problemas de acceso al sistema sanitario ni riesgo de bancarrota por problemas de salud, que pudieran haber motivado esa migración de retorno por temas de salud.

El resto de hipótesis señaladas en la literatura para explicar esta menor mortalidad de las personas inmigrantes parece no tener tampoco una aplicación clara en el caso analizado en esta tesis, como el del migrante sano (Andersson y Drefahl, 2017) o los derivados de un mal registro de factores como la edad o el origen (Andersson y Drefahl, 2017; Wallace y Kulu, 2014a), o de otras razones como las diferencias genéticas o comportamentales como patrones de dieta diferentes (Namer y Razum, 2018).

Por su parte, los resultados de esta tesis también señalan la existencia de un proceso de herencia de las desigualdades en salud, por el cual la salud de las personas descendientes de aquellas migradas también mostró peores indicadores que la de las descendientes de progenitores autóctonos. La comparación de estos resultados a nivel internacional es complicada, ya que gran parte de los estudios se han centrado en las primeras etapas de la vida, como la salud perinatal (Koupil *et al.*, 2007; Racape *et al.*, 2010, 2016) o la salud en la primera infancia (Belhassen-García *et al.*, 2017; Ferro *et al.*, 2007; Pedersen *et al.*, 2011). Son menos los estudios que la han analizado en la etapa adolescente, juvenil o adulta, seguramente por la menor disponibilidad de datos, así como por la mayor dificultad para la consideración y obtención del estatus migratorio a edades más avanzadas (González-Rábago *et al.*, 2021). Estos estudios se han centrado principalmente en la salud mental (Gaber *et al.*, 2013; Menrath *et al.*, 2015) o en otros ámbitos específicos como la salud dental (Bissar *et al.*, 2007; Christensen *et al.*, 2010), describiendo desigualdades entre descendientes de personas inmigrantes y autóctonas. Sobre las migraciones internas, no conocemos estudios que hayan analizado la herencia de las desigualdades en salud, aunque sí hay estudios que analizan la distribución desigual de los determinantes sociales de la salud en esas generaciones descendientes de migraciones internas, todos ellos centrados en el ámbito de la educación. Los resultados de la tesis, que muestran desigualdades educativas según el estatus migratorio de los progenitores, coincidirían con lo descrito por la literatura en nuestro contexto. Así, para el Estado español, un estudio mostró que en los casos de Catalunya y el País Vasco pertenecer a una segunda generación de inmigrantes internos supuso una menor probabilidad de acceder a la educación universitaria. Este hecho, sin embargo, no se produjo en Madrid (Recaño y Roig, 2003). Otro estudio, que analizaba la realidad de las personas descendientes de migrantes del sur al norte de Italia después de la II Guerra Mundial, no encontró diferencias en el acceso a la educación universitaria en las segundas generaciones, aunque sí en las generaciones 1,5 (Ballarino y Panichella, 2015).

### Sobre las principales limitaciones de esta tesis

Varias son las limitaciones metodológicas de esta tesis que tienen que ser tenidas en cuenta a la hora de interpretar sus resultados. En primer lugar, conviene señalar las limitaciones propias de un estudio transversal y, en parte, de diseño ecológico (Morganstern, 1982; Robinson, 1950). Respecto a las principales limitaciones de los estudios transversales para establecer causalidad entre las variables analizadas, no existe la posibilidad de que en esta tesis haya operado un fenómeno de causalidad inversa, ya que no es posible que la mala salud sea la que haya influido en el lugar de nacimiento. Otra de las limitaciones más importantes de esta tesis tiene que ver con el estudio de las diferencias en la mortalidad, ya que solo ha sido posible realizar un estudio exploratorio por no contar con fuentes de datos adecuadas para realizar otro tipo de estudio. En este sentido, aunque el lugar de nacimiento es una variable recogida en la estadística de defunciones, no fue posible obtener sus correspondientes denominadores de una forma fiable, lo cual hubiera permitido el cálculo de las tasas de mortalidad para la comparación entre las poblaciones de inmigrantes y autóctonos. Para solventar esta limitación, la tesis se ha valido de un diseño ecológico exploratorio con las limitaciones propias derivadas de este tipo de estudios (Morganstern, 1982; Robinson, 1950). Sin embargo, el análisis planteado ha permitido un acercamiento a esta realidad y los resultados exploratorios arrojan luz sobre un factor en el que es necesario profundizar. Además, se ha realizado un esfuerzo por analizar el impacto que los diferentes sesgos podían tener en los resultados obtenidos, principalmente en el análisis de la mortalidad en las personas inmigrantes. Concretamente, de cara a considerar el posible efecto «salmón», mencionado anteriormente, se ha realizado un análisis de los flujos migratorios en el periodo 1991-2019 para estimar el nivel de retorno esperado de esta población. Tal y como se ha expuesto en los resultados, este análisis apunta a que el retorno de la población migrante no parece explicar las desigualdades descritas en la mortalidad entre ambas poblaciones.

Siguiendo con las características de las fuentes de datos, y centrándonos en las encuestas de salud, a pesar de la calidad de las fuentes de datos utilizadas y de su idoneidad para el estudio de las desigualdades en salud, estas presentan varias limitaciones. La primera tiene que ver con que, si bien se ha contado con diferentes variables para estudiar los diferentes determinantes de la salud, en algunos casos la propia fuente de datos no recogía información para tener en cuenta ciertos determinantes de la salud relevantes. Se trata de cuestiones relevantes para la salud, especialmente en el caso de la población migrada, como son la discriminación, el racismo, los procesos de integración o el capital social o relacional del que gozan (Krieger, 2014; Rodríguez *et al.*, 2017; Williams *et al.*, 2019). Otra limitación de las fuentes sobre datos de salud tiene que ver con que se han utilizado diferentes encuestas de salud del País Vasco, así como de otras poblaciones del Estado español, lo que ha introducido ciertas complicaciones en términos de comparabilidad de sus resultados. En contrapartida, hay que destacar que se ha realizado un esfuerzo de homogeneización de las propias bases de datos para garantizar una adecuada comparación geográfica y temporal, lo que ha

llevado, en ocasiones, a no comparar el conjunto de poblaciones a la vez, sino a analizar la población vasca en relación a la de Madrid y Catalunya, por una parte, y con la Comunidad Valenciana, por otra. Por último, las fuentes de datos utilizadas no han permitido apenas incorporar variables relacionadas con las diferentes etapas del flujo migratorio, así como con la situación en la población de origen antes de migrar. Este hecho ha impedido un análisis integral del impacto del flujo migratorio desde una perspectiva del ciclo vital que podría haber aportado claves importantes para la comprensión del fenómeno. Con el fin de compensar tal limitación, se han utilizado medidas de posición social que tratan de captar, siquiera parcialmente, la situación en tales fases, como, por ejemplo, el nivel de estudios, que hace referencia especialmente a la situación de origen, y la clase social ocupacional, que recoge más directamente la realidad socioeconómica durante la etapa en la sociedad receptora.

#### **Sobre las principales implicaciones políticas y para la Salud Pública de los resultados de esta tesis y las líneas a seguir**

Los resultados de esta tesis tienen importantes implicaciones sociales y para la Salud Pública. Se ha mostrado el impacto en la salud y en las desigualdades en salud de un eje de desigualdad escasamente analizado en nuestro contexto, la migración interna. El impacto poblacional del fenómeno es importante tanto por la magnitud de las diferencias encontradas como por el tamaño de la población afectada. En tales generaciones, casi la mitad de las personas residentes en el País Vasco habían nacido fuera en otro lugar del Estado español.

Esta importancia contrasta con el escaso interés que esta temática tiene en la investigación y en la agenda social y política vasca. A pesar de que, durante las décadas siguientes a las que se produjo este flujo, este fenómeno captó el interés por parte, al menos, de las ciencias sociales (Aierdi, 1993; Blanco, 1995; Fusi, 1984; Ruiz y Blanco, 1994), este se ha ido diluyendo en el tiempo, y los estudios que lo analizan son muy escasos (Iraola *et al.*, 2011; Izaola y Zubero, 2018, 2020). En el imaginario colectivo, tampoco se trata de un eje de estratificación social especialmente problematizado, tal y como lo demuestra el hecho de que, por ejemplo, este eje no suele aparecer en las encuestas sobre desigualdades sociales (Departamento de Igualdad, Justicia y Políticas Sociales, 2020), y cuando a las personas se les pregunta por situaciones o condiciones de discriminación, el porcentaje que responde que haber nacido en el resto del Estado puede constituir un eje de desigualdad es muy escaso. Por ejemplo, en una encuesta realizada por el Gobierno Vasco en 2015, del total de ejes sobre los que se planteaba el origen de la desigualdad entre grupos, el eje autóctono-nacido en el resto del Estado era el que recibía una menor puntuación, en cuanto a su importancia. Más del 70 % de las personas nacidas en el País Vasco respondía que las diferencias entre las personas nacidas en allí y en el resto del Estado eran pequeñas o casi inexistentes. Este porcentaje fue similar entre las personas nacidas en el resto del Estado (Gobierno Vasco,

2015). Esta no consideración del eje autóctono-nacido en el resto del Estado se encuentra también en los estudios que han analizado los discursos de esta población migrada en el presente (Iraola *et al.*, 2011; Izaola y Zubero, 2018, 2020). La escasa consideración de lugar de nacimiento más allá del origen extranjero como eje de desigualdad es todavía mayor en el caso de las personas descendientes de los que protagonizaron el flujo migratorio. No se han encontrado estudios ni publicaciones que lo describan en el contexto vasco o español. Esta falta de consideración contrasta con la relevancia del fenómeno a la luz de los resultados obtenidos en esta tesis, que ha descrito desigualdades en la salud y en las condiciones de vida relacionadas con la salud tanto en la población protagonista de este fenómeno como en sus descendientes. En este sentido, esta investigación contribuye a la visibilidad de una clara situación de desigualdad para que las políticas de salud las considere con la dimensión que requieren.

Aunque de manera menos específica, este estudio también ofrece resultados para otras poblaciones donde han ocurrido flujos migratorios del mismo tipo, como son Catalunya, Madrid y la Comunidad Valenciana. Aunque algún trabajo ya había analizado este factor de manera directa o indirecta en Catalunya y en Madrid (Borrell *et al.*, 2008; Díaz *et al.*, 2011; Malmusi *et al.*, 2010), no conocemos ningún estudio realizado de manera tan sistemática, y para el caso de la Comunidad Valenciana no se conocían datos al respecto.

Las implicaciones de los resultados trascienden las repercusiones sobre las poblaciones protagonistas del propio flujo migratorio y aportan, también, a la literatura internacional sobre migraciones y salud. Por una parte, se trata de un flujo migratorio que ha podido ser analizado con cierta perspectiva histórica. En concreto, la tesis ha estudiado las desigualdades existentes tras varias décadas desde que el flujo migratorio sucedió, lo que ha permitido analizar la relación entre la migración y la salud con suficiente perspectiva histórica, y minimizar, así, uno de los sesgos más frecuentes en el estudio de las desigualdades en salud en el ámbito de las migraciones: el *sesgo del inmigrante sano*, derivado de que, durante las primeras fases del proceso migratorio, las personas migrantes tengan, incluso, una mejor salud que las autóctonas debido al efecto selección de las personas que finalmente migran. Además, en la tesis se presentan datos sobre la comparación histórica del estado de salud entre personas inmigradas y autóctonas que permiten detallar las características y cronología de ese impacto.

El conocimiento sobre el impacto en la salud años después del proceso migratorio supone también una buena base de evidencia para prever el impacto que flujos migratorios internacionales actuales puedan tener sobre la salud de las poblaciones migradas en el futuro, y alerta sobre la necesidad de anticiparse a los efectos de tales procesos.

Por otra parte, esta tesis analiza la herencia de las desigualdades en una época en la que la evidencia es absolutamente escasa al respecto. La mayor parte de estudios se centra en las primeras etapas de la vida y la infancia de las criaturas de las personas que migraron, y son



menos los que analizan la persistencia de las desigualdades durante la adolescencia y la juventud (González-Rábago *et al.*, 2021). En este caso, se ha analizado el impacto en la salud durante la juventud e incluso en edad adulta, mostrando la persistencia de la influencia del proceso migratorio de sus progenitores, lo que supone un aporte relevante a la evidencia en torno al área de las migraciones y la salud, así como a aquella relacionada con la perspectiva vital en el estudio de las desigualdades en salud. Todo ello, además, en un contexto de análisis de la migración interna, ámbito en el que es muy escasa la literatura que analiza la desigualdad general en estas segundas generaciones (Ballarino y Panichella, 2015).

Otro de los resultados con implicaciones de interés es el hecho de que se han descrito claras desigualdades en varios indicadores de salud entre personas inmigrantes y autóctonas, a la vez que no se han mostrado patrones desiguales en las conductas relacionadas con la salud o en el uso de los servicios sanitarios. Este hecho es relevante ya que se trata de los dos determinantes de la salud que han recibido más atención desde un punto de vista de intervención para reducir las desigualdades en salud y, sin embargo, no constituyen los ejes principales de generación de desigualdades en esta tesis. Los resultados de esta tesis muestran que el estudio y la comprensión de las desigualdades en salud no puede centrarse en estos factores de carácter más individual y debe, en cambio, considerar también factores estructurales, lo que conlleva una integración entre el análisis clásico de migración y salud y el análisis de los determinantes sociales de la salud (Castañeda *et al.*, 2015). Las implicaciones para las políticas son claras y nos alertan sobre el corto recorrido que tiene la actuación sobre estos factores intermedios a la hora de reducir las desigualdades sociales en salud.

Son muchas también las preguntas que abre esta investigación y los caminos que quedan ahora por recorrer. El estudio de la paradoja entre la peor salud y la aparente mejor mortalidad es sin duda uno de los interrogantes más sugerentes para ahondar en el futuro. Resulta necesario avanzar en el conocimiento de los patrones de mortalidad de estas poblaciones y sus diferencias respecto a la población autóctona. De confirmarse su menor mortalidad, se abriría una importante incógnita cuya respuesta exigirá un ejercicio investigador que, sin duda, aportará claves importantes tanto al conocimiento de la realidad vasca como al del campo de estudios sobre migraciones y salud. La transmisión de las desigualdades es un campo sobre el que también resulta interesante profundizar dado su carácter poco estudiado, tanto en el caso concreto de este flujo migratorio como en el campo general de las migraciones y la salud. En este sentido, resulta necesario utilizar más fuentes de datos que permitan un mayor acercamiento que el realizado en el contexto de esta tesis.

## 7. Conclusiones

1. Las personas nacidas en el resto del Estado presentaron un peor estado de salud que las personas autóctonas, tanto en hombres como en mujeres. La mala salud percibida fue en personas migradas un 31 % y un 41 % mayor que en hombres y mujeres autóctonos/as.
2. Las zonas con un mayor porcentaje de personas nacidas en el resto del Estado no presentaron, paradójicamente, una mayor mortalidad que aquellas con mayor porcentaje de personas autóctonas, e incluso tal mortalidad fue ligeramente menor en las primeras al considerar las características del área de residencia. Las migraciones de retorno no parecen explicar este fenómeno.
3. El efecto del lugar de nacimiento sobre la salud se explica en parte, pero no completamente, por la peor clase social y el menor nivel de estudios de las personas inmigradas. El nivel socioeconómico es importante para entender el estatus migratorio como generador de mala salud, pero la acción del lugar de nacimiento sobre la salud va más allá de su relación con la posición social.
4. Las diferencias en el estado de salud entre personas autóctonas e inmigrantes se produjeron en todas las clases sociales, pero fueron más intensas entre las clases manuales. Es decir, parece haber un efecto interacción entre el estatus migratorio y la clase social.
5. Las desigualdades según el lugar de nacimiento se mantuvieron constantes durante el periodo estudiado. La mala salud percibida fue, a lo largo de los años, más de un 20 % superior entre las personas migradas respecto a las autóctonas.
6. El patrón de desigualdad descrito en el País Vasco coincide con el de Madrid, Catalunya y la Comunidad Valenciana. En todos los territorios, la salud de las personas inmigradas presentó peores resultados que la de las autóctonas.
7. Las personas nacidas en el resto del Estado pertenecían a clases sociales más desaventajadas y tenían un nivel de estudios menor que las personas autóctonas. Asimismo, tuvieron peores condiciones de vida (renta, dificultad de llegar a fin de mes, etc.) que las personas autóctonas y vivieron en entornos residenciales más deteriorados.
8. No se encontraron diferencias significativas entre población autóctona e inmigrada en las conductas relacionadas con la salud, salvo en el mayor consumo de tabaco de hombres nacidos en el resto del estado, ni en el acceso al sistema sanitario.

9. Los hijos e hijas de personas inmigradas presentaron un peor estado de salud que los y las descendientes de personas autóctonas, aunque las diferencias fueron menores que entre sus progenitores.
10. Los hijos e hijas de personas inmigradas pertenecieron a clases sociales más desfavorecidas y alcanzaron un menor nivel de estudios que los y las descendientes de personas autóctonas. También presentaron una mayor tasa de desempleo y unas peores condiciones materiales de vida. Las diferencias fueron de menor intensidad que en el caso de sus progenitores.
11. No se encontraron diferencias en los hábitos de vida y en el acceso al sistema sanitario entre los hijos e hijas de las generaciones que migraron y los/as autóctonos/as.
12. En definitiva, la migración constituye un eje de desigualdad social de salud de enorme importancia. Además de por su magnitud —cerca de la mitad de las personas adultas en el País Vasco han nacido en otro lugar del Estado español o es descendiente de la población migrada—, también por el hecho de ser un eje de desigualdad escasamente estudiado y considerado en el debate público.

## Referencias

- Abraído-Lanza, A. F., Dohrenwend, B. P., Ng-Mak, D. S. y Turner, J. B. (1999). The Latino mortality paradox: A test of the 'salmon bias' and healthy migrant hypotheses. *American Journal of Public Health*, 89(10), 1543-1548.
- Abubakar, I., Aldridge, R. W., Devakumar, D., Orcutt, M., Burns, R., Barreto, M. L., Dhavan, P., Fouad, F. M., Groce, N., Guo, Y., Hargreaves, S., Knipper, M., Jaime Miranda, J., Madise, N., Kumar, B., Mosca, D., McGovern, T., Rubenstein, L., Sammonds, P., Sawyer, S. M., Sheikh, K., Tollman, S., ... Zimmerman, C. (2018). The UCL-Lancet Commission on Migration and Health: The health of a world on the move. *The Lancet*, 392, 2606-2654. <http://dx.doi.org/10.1016>
- Agudelo Suárez, A., Ronda Pérez, E., Gil González, D., Vives Cases, C., García, A. M., Ruiz Frutos, C., Felt, E. y Benavides, F. G. (2011). The effect of perceived discrimination on the health of immigrant workers in Spain. *BMC Public Health*, 11(1), artículo 652.
- Aierdi Urraza, X. (1993). *La inmigración en el espacio social vasco*. Universidad del País Vasco.
- Aierdi Urraza, X. y Fernández Sobrado, J. M. (1993). Inmigración e inserción urbana. *Vasconia*, 21, 373-388.
- Altman, C. E., Gorman, B. K., Chávez, S., Ramos, F. y Fernández, I. (2018). The mental well-being of Central American transmigrant men in Mexico. *Global Public Health*, 13(4), 383-399. <https://doi.org/10.1080/17441692.2016.1177568>
- Andersson, G. y Drefahl, S. (2017). Long-distance migration and mortality in Sweden: Testing the salmon bias and healthy migrant hypotheses. *Population, Space and Place*, 23(4), artículo e2032.
- Aragón Gama, A. C., Infante Xibille, C., Mundo Rosas, V., Liu, X. y Orjuela-Grimm, M. (2020). Relative severity of food insecurity during overland migration in transit through Mexico. *Journal of Immigrant and Minority Health*, 22(6), 1118-1125. <https://doi.org/10.1007/s10903-020-01063-w>
- Aranda, J. (1998). La mezcla del pueblo vasco. *Empiria*, 1, 121-127.

- Bacigalupe, A. y Martín, U. (2007). *Desigualdades sociales en la población de la Comunidad Autónoma del País Vasco. La clase social y el género como determinantes de la salud*. Ararteko.
- Ballarino, G. y Panichella, N. (2015). The educational integration of second generation southern Italian migrants to the north. *Demographic Research*, 33, artículo 39.
- Barbone, F., Filiberti, R., Franceschi, S., Talamini, R., Conti, E., Montella, M. y La Vecchia, C. (1996). Socioeconomic status, migration and the risk of breast cancer in Italy. *International Journal of Epidemiology*, 25(3), 479-487.
- Barry, A. M. y Tuill, C. (2008). *Understanding the sociology of health. An introduction* (2.<sup>a</sup> ed.). SAGE.
- Bauer, G. R. (2014). Incorporating intersectionality theory into population health research methodology: Challenges and the potential to advance health equity. *Social Science & Medicine*, 110, 10-17.
- Belhassen García, M., Velasco Tirado, V., López Bernus, A., Muñoz Bellido, J. L., Muro, A., Cordero, M. y Pardo Lledias, J. (2017). Nutritional status of children from low-income countries arriving in Spain. *International Health*, 9(5), 294-300.
- Benach, J., Vives, A., Amable, M., Vanroelen, C., Tarafa, G. y Muntaner, C. (2014). Precarious employment: Understanding an emerging social determinant of health. *Annual Review of Public Health*, 35(1), 229-253.
- Bentham, G. (1988). Migration and morbidity: Implications for geographical studies of disease. *Social Science & Medicine*, 26(1), 49-54.
- Bernabé, J. M. y Albertos, J. M. (1986). Migraciones interiores en España. *Cuadernos Geografía*. 39-40, 175-202.
- Bernadette, N. K. y Díaz, E. (eds.). (2019a). *Migration health. A primary care perspective*. CRC Press.
- Bernadette, N. K. y Díaz, E. (2019b). Migration and migrants: What we know about worldwide mobility and why it matters. En N. K. Bernadette y E. Díaz (eds.), *Migration health. A primary care perspective* (capítulo 1). CRC Press.
- Berwick, D. M., Murphy, J. M., Goldman, P. A., Ware, J. E., Barsky, A. J. y Weinstein, M. C. (1991). Performance of a five-item, mental health screening test. *Medical Care*, 29(2), 169-176.
- Bissar, A. R., Oikonomou, C., Koch, M. J. y Schulte, A. G. (2007). Dental health, received care, and treatment needs in 11- to 13-year-old children with immigrant background in Heidelberg, Germany. *International Journal of Paediatric Dentistry*, 17(5), 364-370.
- Blanco, C. (1990). *La integración de los inmigrantes en Bilbao*. Ayuntamiento de Bilbao.
- Blanco, C. (1995). *La integración de los inmigrantes en las sociedades receptoras: método de análisis y aplicación al País Vasco* [tesis doctoral]. Universidad de Deusto.
- Blaxter, M. (2010). *Health* (2.<sup>a</sup> ed.). Polity Press.

- Bonnefoy, X. (2007). Inadequate housing and health: An overview. *International Journal of Environment and Pollution*, 30(33-4), 411-429.
- Borrell, C., Muntaner, C., Sola, J., Artazcoz, L., Puigpinos, R., Benach, J. y Noh, S. (2008). Immigration and self-reported health status by social class and gender: The importance of material deprivation, work organisation and household labour. *Journal of Epidemiology and Community Health*, 62(5), artículo 7.
- Borrell, C., Pons-Vigués, M., Morrison, J. y Díez, E. (2013). Factors and processes influencing health inequalities in urban area. *Journal of Epidemiology and Community Health*, 67(5), 389-391.
- Boyle, P. (2004). Population geography: Migration and inequalities in mortality and morbidity. *Progress in Human Geography*, 28(6), 767-776.
- Brimblecombe, N., Dorling, D. y Shaw, M. (2000). Migration and geographical inequalities in health in Britain. *Social Science & Medicine*, 50(6), 861-878.
- Buiatti, E., Geddes, M., Kriebel, D., Santucci, M. y Biggeri, A. (1985). A case control study of lung cancer in Florence, Italy: II. Effect of migration from the south. *Journal of Epidemiology and Community Health*, 39(3), 251-255.
- Bültmann, U., Rugulies, R. y Lund, T. (2006). Depressive symptoms and the risk of long-term sickness absence: A prospective study among 4747 employees in Denmark. *Social Psychiatry and Psychiatric Epidemiology*, 41(11), 875-880.
- Bury, M. (2005). *Health and illness*. Polity Press.
- Cabré, A. M. (1991). Les migracions en la reproducció de la població catalana, 1880-1980. *Documents D'Anàlisi Geogràfica*, 19-20, 33-55.
- Cañamero, A. (1994). Evolución del poblamiento en el País Vasco (1950-1981). *Vasconia*, 22, 359-392.
- Capel, H. (1967). Los estudios acerca de las migraciones interiores en España. *Revista de Geografía*, 1(1), 77-100.
- Castañeda, H., Holmes Seth, M. D., Trinidad, M. E. de, Beyerler, N. y Quesada, J. (2015). Immigration as a social determinant of health. *Annual Review of Public Health*, 36(1), 375-392.
- Castells, L. (2018). Introducción. En L. Castells, J. Hernando Pérez, A. Izaola, F. Juaristi Galdós, R. López Romo e I. Zubero, *Gipuzkoa, inmigración e integración. Las migraciones internas y su aportación al desarrollo de Gipuzkoa (1950-1975)* (pp. 5-12). Fundación Ramón Rubial.
- Castells, L., Hernando Pérez, J., Izaola, A., Juaristi Galdós, F., López Romo, R. y Zubero, I. (2018). *Gipuzkoa, inmigración e integración. Las migraciones internas y su aportación al desarrollo de Gipuzkoa (1950-1975)*. Fundación Ramón Rubial.

- Castells, L., Pérez, J. A., Alonso Olea, E. J., Delgado, A., Izaola, A. y Zubero, I. (2020). *Migraciones internas y su aportación al desarrollo de Bizkaia (1950-1980)*. Fundación Ramón Rubial.
- Castles, S. y Miller, M. J. (1998). *The age of migration: International population movements in the modern world* (2.ª ed.). Macmillan.
- Ceppi, M., Vercelli, N., Decarli, A. y Puntoni, R. (1995). The mortality rate of the province of birth as a risk indicator for lung and stomach cancer mortality among Genoa residents born in other Italian provinces. *European Journal of Cancer*, 31(2), 193-197.
- Christensen, L. B., Twetman, S. y Sundby, A. (2010). Oral health in children and adolescents with different socio-cultural and socio-economic backgrounds. *Acta Odontologica Scandinavica*, 68(1), 34-42.
- Chung, H. y Muntaner, C. (2006). Political and welfare state determinants of infant and child health indicators: An analysis of wealthy countries. *Social Science & Medicine*, 63, 829-842.
- Clouston, S. A. P. y Link, B. G. (2021). A retrospective on fundamental cause theory: State of the literature, and goals for the future. *Annual Review of Sociology*, 47(1), 131-156.
- Coburn, D. (2004). Beyond the income inequality hypothesis: Class, neo-liberalism and health inequalities. *Social Science & Medicine*, 58(1), 41-56.
- Comisión para Reducir las Desigualdades en Salud en España. (2010). *Avanzando hacia la equidad. Propuesta de políticas e intervenciones para reducir las desigualdades sociales en salud en España*. Ministerio de Sanidad, Servicios Sociales e Igualdad.
- Commission on Social Determinants of Health. (2008). *Closing the gap in a generation: Health equity through action on the social determinants of health* [Final report]. World Health Organization.
- Connolly, S. y O'Reilly, D. (2007). The contribution of migration to changes in the distribution of health over time: Five-year follow-up study in Northern Ireland. *Social Science & Medicine*, 65(5), 1004-1011.
- Conselleria de Sanitat de la Generalitat Valenciana. (2007). *Encuesta de salud de la Comunidad Valenciana 2005*.  
[https://www.san.gva.es/documents/153218/167513/II\\_Plan\\_7escv05.pdf](https://www.san.gva.es/documents/153218/167513/II_Plan_7escv05.pdf)
- Cox, N., Boyle, P., Davey, P. y Morris, A. (2007). Does health-selective migration following diagnosis strengthen the relationship between type 2 diabetes and deprivation? *Social Science & Medicine*, 65(1), 32-42.
- Crimmins, E. y Cambois, E. (2003). Social inequalities in health expectancy. En J. M. Robine, C. Jagger, C. Mathers, E. Crimmins y R. Suzman (eds.), *Determining health expectancies* (pp. 111-125). Wiley.

- Dahlgren, G. y Whitehead, M. (1993). *Tackling inequalities in health: What can we learn from what has been tried?* [Working paper prepared for the King's Fund International Seminar on Tackling Inequalities in Health, Oxfordshire]. King's Fund.
- Darmon, N. y Khlat, M. (2001). An overview of the health status of migrants in France, in relation to their dietary practices. *Public Health Nutrition*, 4(2), 163-172.
- De Maio, F. G. (2010). Immigration as pathogenic: A systematic review of the health in immigrants in Canada. *International Journal of Equity Health*, 9(27), 1-20.
- De Wind, J. y Holdaway, J. (2008). *Migration and development within and across borders: Research and policy perspectives on internal and international migration*. Hammersmith Press.
- Departamento de Igualdad, Justicia y Políticas Sociales del Gobierno Vasco. (2020). *Encuesta de Pobreza y Desigualdades Sociales*. <https://bit.ly/3Pw6aWR>
- Departamento de Salud del Gobierno Vasco. (2014). *Metodología. Encuesta de Salud del País Vasco 2013*. <https://bit.ly/3Fthw9z>
- Departamento de Sanidad del Gobierno Vasco. (2002). *Políticas de Salud para Euskadi. Plan de Salud 2002-2010*. Servicio Central de Publicaciones del Gobierno Vasco.
- Deschak, C. I., Infante, C., Mundo-Rosas, V., Orjuela-Grimm, M. y Aragón-Gama, A. C. (2022). Food insecurity and coping strategies in international migrants in transit through Mexico. *Journal of Migration and Health*, 5, artículo 100099. <https://doi.org/10.1016 %2Fj.jmh.2022.100099>
- Díaz Olalla, J. M., Aerny, N., Antona, A., Esteban, M., Malmusi, D., Martín, U. y Bacigalupe, A. (2011). *Desigualdades en salud entre la población de Madrid nacida en la ciudad y en el resto de España* [comunicación oral]. XXIX Reunión Científica de la Sociedad Española de Epidemiología. XIV Congreso de la Sociedad Española de Salud Pública. Sociedad Española de Epidemiología; Sociedad Española de Salud Pública y Administración Sanitaria.
- Díaz Olalla, J. M., Esteban Peña, M. (2008). *Estudio de salud de la ciudad de Madrid*. <http://madridsalud.es>
- Diderichsen, F., Evans, T. y Whitehead, M. (2001). The social basis of disparities in health. En T. Evans, M. Whitehead, F. Diderichsen, A. Bhuiya y M. Wirth (eds.), *Challenging inequities in health: From ethics to action* (pp. 12-23). Oxford University Press.
- Domingo-Salvany, A., Bacigalupe, A., Carrasco, J. M., Espelt, A., Ferrando, J. y Borrell, C. (2013). Proposals for social class classification based on the Spanish National Classification of Occupations 2011 using neo-Weberian and neo-Marxist approaches. *Gaceta Sanitaria*, 27(3), 263-272.
- Domínguez-Berjón, M. F., Borrell, C., Cano-Serral, G., Esnaola, S., Nolasco, A., Pasarín, M. I., Ramis, R., Saurina, C. y Escolar-Pujolar, A. (2008). Construcción de un índice de privación a partir de datos censales (proyecto MEDEA). *Gaceta Sanitaria*, 22(3), 179-187.



- Domnich, A., Panatto, D., Gasparini, R. y Amicizia, D. (2012). The 'healthy immigrant' effect: Does it exist in Europe today? *Italian Journal of Public Health*, 9(3), artículo 7532.
- Dooley, D., Fielding, J. y Levi, L. (1996). Health and unemployment. *Annual Review of Public Health*, 17, 449-465.
- Dudley, M., Steel, Z., Mares, S. y Newman, L. (2012). Children and young people in immigration detention. *Current Opinion in Psychiatry*, 25(4), 285-292.
- Duncan, O. y Duncan, B. (1955). Residential distribution and occupational stratification. *American Journal of Sociology*, 60, 493-503.
- Eustat. (2011). *Encuesta de Condiciones de Vida 2009*. <https://bit.ly/3BFk8jD>
- Fascioli, S., Capocaccia, R. y Mariotti, S. (1995). Cancer mortality in migrant populations within Italy. *International Journal of Epidemiology*, 24(1), 8-18.
- Ferro, R., Besostri, A., Meneghetti, B., Olivieri, A., Benacchio, L., Tabaccanti, S., Mazzoleni, S., Favero, G. y Stellini, E. (2007). Oral health inequalities in preschool children in North-Eastern Italy as reflected by caries prevalence. *European Journal of Paediatric Dentistry*, 8(1), 8-13.
- Fusi, J. P. (1984). *El País Vasco. Pluralismo y nacionalidad*. Alianza.
- Gaber, T. J., Bouyrakhen, S., Herpertz-Dahlmann, B., Hagenah, U., Holtmann, M., Freitag, C. M., Wöckel, L., Poustka, F. y Zepf, F. D. (2013). Migration background and juvenile mental health: A descriptive retrospective analysis of diagnostic rates of psychiatric disorders in young people. *Global Health Action*, 6, artículo 20187. <https://doi.org/10.3402/gha.v6i0.20187>
- Galdós, R. (1985). El declinar de la inmigración y el crecimiento de la migración interior en el País Vasco: 1971-1981. *Lurralde*, 8, 183-188.
- García Barbancho, A. (1967). *Las migraciones interiores españolas*. Instituto de Desarrollo Económico.
- García Barbancho, A. (1975). *Las migraciones interiores españolas en 1961-1970*. Instituto de Estudios Económicos.
- Ginsburg, C., Bocquier, P., Bégué, D., Afolabi, S., Augusto, O., Derra, K., Herbst, K., Lankoande, B., Odhiambo, F., Otiende, M., Soura, A., Wamukoya, M., Zabré, P., White, M. J. y Collinson, M. A. (2016). Healthy or unhealthy migrants? Identifying internal migration effects on mortality in Africa using health and demographic surveillance systems of the INDEPTH network. *Social Science & Medicine*, 164, 59-73.
- Gobierno Vasco. (2015, noviembre). *Sociómetro Vasco 59: Desigualdades sociales y prestaciones* [nota de prensa]. Gabinete de Prospección Sociológica. <https://bit.ly/3FOdBEI>
- González de Landarica, A. (2007). *La ciudad revolucionada. Industrialización, inmigración, urbanización (Vitoria, 1946-1965)*. Ayuntamiento de Vitoria-Gasteiz.

- González Durán, S. (2017). *Lo postindustrial desde los habitantes de la Margen Izquierda del Nervión*. Servicio Central de Publicaciones del Gobierno Vasco.
- González-Rábago, Y., La Parra, D., Puigpinós, R. y Pons, M. (2021). ¿Cómo medir el estatus migratorio de la población infantil y juvenil? Estudios sobre salud y desigualdades en salud en Europa. *Gaceta Sanitaria*, 35(1), 81-90.
- Gotsens, M., Malmusi, D., Villarroel, N., Vives-Cases, C., García-Subirats, I., Hernando, C. y Borrell, C. (2015). Health inequality between immigrants and natives in Spain: The loss of the healthy immigrant effect in times of economic crisis. *European Journal of Public Health*, 25(6), 923-929.
- Green, J. P. y Eagar, K. (2010). The health of people in Australian immigration detention centres. *The Medical Journal of Australia*, 192(2), 65-70.
- Green, M., Subramanian, S. V., Vickers, D. y Dorling, D. (2015). Internal migration, area affects and health: Does where you move to impact upon your health? *Social Science & Medicine*, 136-137, 27-34.
- Grineski, S. E. (2011). Why parents cross for children's health care: Transnational cultural capital in the United States-Mexico border region. *Social Theory and Health*, 9(3), 256-274.
- Hernández-Quevedo, C. y Jiménez- Rubio, D. (2009). A comparison of the health status and health care utilization patterns between foreigners and the national population in Spain: New evidence from the Spanish National Health Survey. *Social Science & Medicine*, 69(3), 370-378.
- Holmes, S. M. (2011). Structural vulnerability and hierarchies of ethnicity and citizenship on the farm. *Medical Anthropology*, 30(4), 425-449.
- Horton, S. B. (2013). Medical returns as class transformation: Situating migrants' medical returns within a framework of transnationalism. *Medical Anthropology*, 32(5), 417-432.
- Hurrelmann, K., Rathmann, K. y Richter, M. (2011). Health inequalities and welfare state regimes. A research note. *Journal of Public Health*, 19, 3-13.
- Hyde, A., Lohan, M. y McDonnell, O. (2004). *Sociology for health professionals in Ireland*. Institute of Public Administration.
- Idler, E. y Benyamini, Y. (1997). Self-related health and mortality: A review of twenty-seven community studies. *Journal of Health and Social Behaviour*, 38(1), 21-37.
- Iglesias, E., Robertson, E., Johansson, S. E., Engfeldt, P. y Sundquist, J. (2003). Women, international migration and self-reported health. A population-based study of women of reproductive age. *Social Science & Medicine*, 56(1), 111-124.
- Illich, I. (1976). *Limits to medicine. Medical nemesis: The exploration of health*. Penguin.
- Infante, C., Leyva-Flores, R., Gutiérrez, J. P., Quintino-Pérez, F., Torres-Robles, C. A. y Gómez-Zaldívar, M. (2020). Rape, transactional sex and related factors among migrants in transit through Mexico to the USA. *Culture, Health & Sexuality*, 22(10), 1145-1160.

- Iraola, I., Mateos, T. y Zabalo, J. (2011). Discursos sobre la integración. La inmigración al País Vasco en los años 1950-1970. *Revista de Investigaciones Políticas y Sociológicas*, 10(3), 115-130.
- Izaola, A. y Zubero, I. (2018). Las migraciones internas y su aportación al desarrollo de Gipuzkoa (1950-1975). Sistematización y actualización. En L. Castells, J. Hernando Pérez, A. Izaola, F. Juaristi Galdós, R. López Romo e I. Zubero, *Gipuzkoa, inmigración e integración. Las migraciones internas y su aportación al desarrollo de Gipuzkoa (1950-1975)* (pp. 15-146). Fundación Ramón Rubial.
- Izaola, A. y Zubero, I. (2020). Empresa, trabajo, migración y desarrollo económico en Bizkaia: discursos y experiencias. En L. Castells Arteche, J. A. Pérez, E. J. Alonso Olea, A. Delgado, A. Izaola e I. Zubero, *Migraciones internas y su aportación al desarrollo de Bizkaia (1950-1980)* (pp. 183-286). Fundación Ramón Rubial.
- Janlert, U., Winefield, A. H. y Hammarström, A. (2015). Length of unemployment and health-related outcomes: A life-course analysis. *European Journal of Public Health*, 25(4), 662-667.
- Jansà, J. M. y García de Olalla, P. (2004). Salud e inmigración: Nuevas realidades y nuevos retos. *Gaceta Sanitaria*, 18(supl. 1), 207-213.
- Kawachi, I., Kennedy, B. P., Lochner, K. y Prothrow-Stith, D. (1997). Social capital income inequality and mortality. *American Journal of Public Health*, 87(9), 1491-1498.
- Kershaw, K. N., Robinson, W. R., Gordon-Larsen, P., Hicken, M. T., Goff, D. C., Carnethon, M. R., Kiefe, C. I., Sidney, S. y Roux, A. V. D. (2017). Association of changes in neighborhood-level racial residential segregation with changes in blood pressure among black adults: The CARDIA study. *Journal of the American Medical Association Internal Medicine*, 177(7), 996-1002.
- Kolcic, I. y Polasek, O. (2009). Healthy migrant effect withing Croatia. *Collegium Antropologicum*, 33(1), 141-145.
- Koupil, I., Rahu, K., Rahu, M., Karro, H. y Vägerö, D. (2007). Major improvements, but persisting inequalities in infant survival in Estonia 1992-2002. *European Journal of Public Health*, 17(1), 8-16.
- Krieger, N. (2014). Discrimination and health inequities. *International Journal of Social Determinants of Health and Health Services*, 44(4), 643-710.
- Leao, T. S., Sundquist, J. y Johansson S. E. (2009). The influence of age at migration and length of residence on self-rated health among Swedish immigrants: A cross-sectional study. *Ethnicity and Health*, 14(1), 93-105.
- Lee, A. y Maheswaran, R. (2011). The health benefits of urban green spaces: A review of the evidence. *Journal of Public Health*, 32(2), 212-222.
- Leyva-Flores, R., Infante, C., Gutiérrez, J. P., Quintino-Pérez, F., Gómez-Saldivar, M., Torres-Robles, C. (2019). Migrants in transit through Mexico to the US: Experiences with violence and related factors, 2009-2015. *PLoS One*, 14(8), artículo 0220775.

- Lindström, M., Sundquist, J. y Ostergren, P. O. (2001). Ethnic differences in self-reported health in Malmö in southern Sweden. *Journal of Epidemiology and Community Health*, 55(2), 97-103.
- Link, B. G. y Phelan, J. (1995). Social conditions as fundamental causes of disease. *Journal Health of Social Behaviour*, 80-94. <https://doi.org/10.2307/2626958>
- López, I. (2021). *Bilboko etxola batean*. Elkar.
- Lu, Y. (2008). Test of the 'healthy migrant hypothesis': A longitudinal analysis of health selectivity of internal migration in Indonesia. *Social Science & Medicine*, 67(8), 1331-1339.
- Lu, Y. y Qin, L. (2014). Healthy migrant and salmon bias hypotheses: A study of health and internal migration in China. *Social Science & Medicine*, 102, 41-48.
- Luxan, M. y Martín, U. (2012). *Demografía*. Eustat. <https://bit.ly/3UYLicc>
- Macinko, J. y Starfield, B. (2001). The utility of social capital in research on social determinants. *The Milbank Quarterly*, 79(3), 387-427.
- Malmusi, D., Borrel, C. y Benach, J. (2010). Migration-related health inequalities: Showing the complex interactions between gender, social class and place or origin. *Social Science & Medicine*, 71(9), 1610-1619.
- Marmot, M. G., Adelstein, M. A. y Bulusu, L. (1984). Lessons from the study of immigrant mortality. *Lancet*, 1(8392), 1455-1457.
- Martín, U. (2012). *Salud y desigualdades sociales en salud en la C. A. del País Vasco en el cambio de siglo* [tesis doctoral, Universidad del País Vasco/Euskal Herriko Unibertsitatea]. Digital Archive Learning Researching. <http://hdl.handle.net/10810/11328>
- Martín, U., Malmusi, D., Bacigalupe, A. y Esnaola, S. (2012). Migraciones internas en España durante el siglo xx: un nuevo eje para el estudio de las desigualdades sociales en salud. *Gaceta Sanitaria*, 26(1), 9-15.
- McDonald, J. T. y Kennedy, S. (2004). Insights into the 'healthy immigrant effect': Health status and health service use of immigrants to Canada. *Social Science & Medicine*, 59(8), 1613-1627.
- McHorney, C. A., Ware, J. E. y Raczek, A. E. (1993). The MOS 36-item short-form health survey (SF-36): II. Psychometric and clinical tests of validity in measuring physical and mental health constructs. *Medical Care*, 31(3), 247-263.
- McKay, L., Macintyre, S. y Ellaway, A. (2003). *Migration and health: A review of the international literature* [MRC Occasional Paper, 12]. MRC/CSO Social and Public Health Sciences Unit.
- McKeigue, P. (1997). Cross sectional analysis of mortality by country of birth in England and Wales, 1970-1992. *British Medical Journal*, 314(7082), 705-710.
- Mckeown, T. (1976). *The modern rise of population*. Edward Arnold.
- Mckeown, T. (1979). *The role of medicine: Dream, mirage, or nemesis*. Basil Blackwell.

- Médicos sin Fronteras. (2010). *Violencia sexual y migración. La realidad oculta de las mujeres subsaharianas atrapadas en Marruecos de camino a España.*
- Médicos sin Fronteras. (2013). *Violencia, vulnerabilidad y migración: atrapados a las puertas de Europa.*
- Menrath, I., Prüssmann, M., Müller-Godeffroy, E., Prüssmann, C., Ravens-Sieberer, U., Ottova-Jordan, V. y Thyen, U. (2015). Subjective health, school victimization, and protective factors in a high-risk school sample. *Journal of Developmental and Behavioral Pediatrics*, 36(5), 305-312.
- Miguel, A. de. (1974). Estructura social e inmigración en el País Vasconavarro. *Papers*, 3, 249-273. <https://doi.org/10.5565/rev/papers/v3n0.883>
- Miranda, J. J., Gilman, R. H. y Smeeth, L. (2011). Differences in cardiovascular risk factors in rural, urban and rural-to-urban migrants in Peru. *Heart*, 97(10), 787-796.
- Mompart, A., Medina, A., Brugulat, P. y Tresserras, R. (2007). Encuesta de Salud de Catalunya 2006. Un instrumento de planificación sanitaria. *Revista Índice*, 25, 19-22.
- Morganstern, H. (1982). Uses of ecological analysis in epidemiological research. *American Journal of Public Health*, 72(12), 1336-1344.
- Muntaner, C., Borrell, C., Ng, E., Chung, H., Espelt, A., Rodríguez Sanz, M., Benach, J. y O'Campo, P. (2011). Politics, welfare regimes, and population health: Controversies and evidence. *Sociology of Health & Illness*, 33(6), 946-964.
- Nagi, S. Z. y Haavio-Mannila, E. (1980). Migration, health status and utilization of health services. *Sociology of Health & Illness*, 2(2), 174-193.
- Namer, Y. y Razum, O. (2018). Convergence theory and the salmon effect in migrant Health. En *Oxford Research Encyclopedia of Global Public Health*. Oxford University Press. <https://doi.org/10.1093/acrefore/9780190632366.013.17>
- Navarro, V. (1990). Race or class versus race and class: Mortality differentials in the United States. *Lancet*, 336(8725), 1238-1240.
- Navarro, V. y Shi, L. (2001). The political context of social inequalities and health. *Social Science & Medicine*, 52(3), 481-491.
- Newbold, K. B. (2005). Self-rated health within the Canadian immigrant population: Risk and healthy immigrant effect. *Social Science & Medicine*, 60(6), 1359-1370.
- Nielsen, S. S. y Krasnik, A. (2010). Poorer self-perceived health among migrants and ethnic minorities versus the majority population in Europe: A systematic review. *International Journal of Public Health*, 55(5), 357-371.
- O'Reilly, D. y Stevenson, M. (2003). Selective migration from deprived areas in Northern Ireland and spatial distribution of inequalities: Implications for monitoring health and inequalities in health. *Social Science & Medicine*, 57(8), 1455-1462.

- Palloni, A. y Morenoff, J. D. (2001). Interpreting the paradoxical in the Hispanic paradox: Demographic and epidemiologic approaches. *Annals of the New York Academy of Sciences*, 95(1), 140-174.
- Patrick, D. L. y Bergner, M. (1990). Measurement of health status in the 1990's. *Annual Review of Public Health*, 11, 165-183.
- Pedersen, G. S., Mortensen, L. H. y Andersen, A. M. N. (2011). Ethnic variations in mortality in pre-school children in Denmark, 1973-2004. *European Journal of Epidemiology*, 26(7), 527-536.
- Pérez, J. A. (2020). Del desarrollismo a la crisis. En L. Castells Arteché, J. A. Pérez, E. J. Alonso Olea, A. Delgado, A. Izaola e I. Zubero, *Migraciones internas y su aportación al desarrollo de Bizkaia (1950-1980)* (pp. 13-66). Fundación Ramón Rubial.
- Peters, F. y Evans, T. (2001). Ethical dimensions of health equity. En T. Evans, M. Whitehead, F. Diderichsen, A. Bhuiya y M. Wirth (eds.), *Challenging inequities in health: From ethics to action* (pp. 24-33). Oxford University Press.
- Pheiffer, C. F. (2021). Internal migration, urban living, and non-communicable disease risk in South Africa. *Social Science & Medicine*, 274, artículo 113785.
- Pheiffer, C. F., McGarvey, S. T., Ginsburg, C., Collinson, M., Gómez-Olivé, F. X., Tollman, S. y White, M. J. (2019). Dimensions of internal migration and their relationship to blood pressure in South Africa. *Journal of Biosocial Science*, 51(6), 827-842.
- Phelan, J. C. y Link, B. G. (2015). Is racism a fundamental cause of inequalities in health? *Annual Review of Sociology*, 41, 311-330.
- Picavea Salbide, P. (1983). La población del País Vasco: origen y desarrollo del proceso demográfico actual. *Vascoina*, 1, 225-250.
- Pinilla de las Heras, E. (1973). *Inmigració i mobilitat social a Catalunya*. Institut Catòlic d'Estudis Socials de Barcelona.
- Piñones Rivera, C., Nanette, C. y Gómez, S. (2021). Perspectivas teóricas sobre salud y migración: determinantes sociales, transnacionalismo y vulnerabilidad estructural. *Saúde e Sociedade*, 30(1). <https://doi.org/10.1590/S0104-12902021200310>
- Popham, F., Boyle, P., O'Reilly, D. y Leyland, A. (2011). Selective internal migration. Does it explain Glasgow's worsening mortality record? *Health & Place*, 17(6), 1212-1217.
- Pryor, R. J. (1981). Integrating international and internal migration theories. En M. M. Kritz, C. B. Keely y S. M. Tomasi (eds.), *Global trends in migration: Theory and research of international population movement* (pp. 110-129). Center for Migration Studies.
- Pudaric, S., Sundquist, J. y Johansson, S. E. (2003). Country of birth, instrumental activities of daily living, self-rated health and mortality: A Swedish population-based survey of people aged 55-74. *Social Science & Medicine*, 56(12), 2493-2503.
- Putnam, R. D. (1995). Bowling Alone: America's declining social capital. *Journal of Democracy*, 61, 65-78.

- Quesada, J., Hart, L. K. y Bourgois, P. (2011). Structural vulnerability and health: Latino migrant laborers in the United States. *Medical Anthropology*, 30(4), 339-362.
- Racape, J., De Spiegelaere, M. Alexander, S., Dramaix, M., Buekens, P. y Haelterman, E. (2010). High perinatal mortality rate among immigrants in Brussels. *European Journal of Public Health*, 20(5), 536-542.
- Racape, J., Schoenborn, C., Sow, M., Alexander, S. y De Spiegelaere, M. (2016). Are all immigrant mothers really at risk of low birth weight and perinatal mortality? The crucial role of socio-economic status. *BMC Pregnancy Childbirth*, 16, artículo 75.
- Raftery, J., Jones, D. R. y Rosato, M. (1990). The mortality of first and second generation Irish immigrants in the U. K. *Social Science & Medicine*, 31(5), 577-584.
- Recaño, J. (1998). La emigración andaluza en España. *Boletín de la Consejería de Economía de la Junta de Andalucía*, 24, 75-95.
- Recaño, J. (2002). El papel de las redes en procesos de migraciones internas. *Revista de Demografía Histórica*, 20(1), 15-20.
- Recaño, J. (2004). Las migraciones internas de retorno en España durante la primera mitad de la década de los noventa: implicaciones demográficas y territoriales. *Scripta Nova*, 8, 157-180.
- Recaño, J. (2006). Los intercambios poblacionales entre las regiones españolas. En J. A. Fernández Cordón y J. Leal Maldonado (coords.), *Análisis territorial de la demografía española 2006* (pp. 273-318). Fundación Abril Martorell.
- Recaño, J. (2010). Las migraciones internas de retorno en España. De la óptica individual a la dimensión familiar. *Papers*, 95(3), 701-729.
- Recaño, J. y Cabré, A. (2003). Migraciones interregionales y ciclos económicos en España (1988-2001). *Papeles de Geografía*, 37, 179-197.
- Recaño, J. y Roig Vila, M. (2003). Internal migration and inequalities. the influence of migrant origin on educational attainment in Spain. *European Sociological Review*, 19(3), 299-317.
- Rechel, B., Mladovsky, P., Ingleby, D., Mackenbach, J. P. y McKee, M. (2013). Migration and health in an increasingly diverse Europe. *Lancet*, 381, 1235-1245.
- Regidor, E., Sanz, B., Pascual, C., Lostao, L., Sánchez, E. y Díaz Olalla, J. M. (2009). La utilización de los servicios sanitarios por la población inmigrante en España. *Gaceta Sanitaria*, 23(supl. 1), 4-11.
- Reijneveld, S. A. (1998). Reported health, lifestyles, and use of health care of first-generation immigrants in The Netherlands: Do socioeconomic factors explain their adverse position? *Journal of Epidemiology and Community Health*, 52(5), 298-304.
- Riva, M., Curtis, S. y Norman, P. (2011). Residential mobility within England and urbanrural inequalities in mortality. *Social Science & Medicine*, 73(12), 1698-1706.

- Rivera, B., Casal, B. y Currais, L. (2013). *Healthy immigrant effect: trayectoria de salud de la población inmigrante a partir de la ENSE 2011-2012. Estudios de Economía Aplicada*, 31, 339-358.
- Robinson, W. S. (1950). Ecological correlations and the behaviour of individuals. *American Sociological Reviews*, 15(3), 351-357.
- Ródenas, C. y Martí Sempere, M. (2005). El nuevo mapa de las migraciones interiores en España: los cambios en el patrón de los sesenta. *Investigaciones Regionales*, 6, 21-40.
- Rodríguez Álvarez, E., González Rábago, Y., Borrell, L. N. y Lanborena, N. (2017). Perceived discrimination and self-rated health in the immigrant population of the Basque Country. Spain. *Gaceta Sanitaria*, 31(5), 390-395.
- Rodríguez Álvarez, E., Lanborena Elordui, N., Errami, M., Rodríguez Rodríguez, A., Pereda Riguera, C., Vallejo de la Hoz, G. y Moreno Márquez, G. (2009). Relación del estatus migratorio y del apoyo social con la calidad de vida de los marroquíes en el País Vasco. *Gaceta Sanitaria*, 23(supl. 1), 29-37.
- Romero, J. M. (2003). Migraciones. En A. Arroyo Pérez (coord.), *Tendencias demográficas durante el siglo XX en España* (pp. 209-253). Instituto Nacional de Estadística.
- Ruiz, J. M., Steffen, P. y Smith, T. B. (2013). Hispanic mortality paradox: A systematic review and meta-analysis of the longitudinal literature. *American Journal of Public Health*, 103(3), 52-60.
- Ruiz Olabuénaga, J. I. y Blanco, C. (1994). *La inmigración vasca. Análisis trigeneracional de 150 años de inmigración*. Universidad de Deusto.
- Rumbaut, R. G. (2010). Ages, life stages, and generational cohorts: Decomposing the immigrant first and second generations in the United States. *International Migration Review*, 38(3), 1160-1205.
- Saarela, J. y Finnäs, F. (2006). Regional mortality variation in Finland: A study of two population groups. *Genus*, 62(2), 169-211.
- Saarela, J. y Finnäs, F. (2008). Internal migration and mortality: The case of Finland. *Environmental Health Insights*, 2, 1-12. <https://doi.org/10.4137/2FEHL.S831>
- Sanjuán, L. (2015). *Antropología, epidemiología y asistencia sanitaria. Propuestas para el estudio interdisciplinar de las desigualdades sociales en salud y la inmigración* [tesis doctoral, Universidad Autónoma de Barcelona]. Tesis Doctorals en Xarxa. <http://hdl.handle.net/10803/368187>
- Sermet, C. y Cambois, E. (2006). Measuring the state of health. En G. Caselli, J. Vallin y G. Wunsch (eds.), *Demography: Analysis and synthesis*. (vol. II, pp. 13-27). Elsevier.
- Smaje, C. (1994). *Health and ethnicity: A review of the literature*. King's Fund Institute.
- Solar, O. y Irwin, A. (2010). *A conceptual framework for action on the social determinants of health*. *Social determinants of health* [Discussion Paper, 2]. World Health Organization.



- Solé, C. (1988). *Catalunya: Societat receptora d'inmigrants. Anàlisi comparativa de dues enquestes*. Institut d'Estudis Catalans.
- Stronks, K. y Kunst, A. E. (2009). The complex interrelationship between ethnic and socio-economic inequalities in health. *Journal of Public Health*, 31(3), 324-325.
- Susino, J. (2011). La evolución de las migraciones interiores en España: una evaluación de las fuentes demográficas disponibles. *Papers*, 96(3), 853-881.
- Swerdlow, A. J. (1991). Mortality and cancer incidence in Vietnamese refugees in England and Wales: A follow-up study. *International Journal of Epidemiology*, 20(1), 13-19.
- Taylor, S. (2007). Approaches to health and health care. En S. Taylor y D. Field (eds.), *Sociology of Health and Health Care* (capítulo 2). Blackwell.
- Tunstall, H., Pickett, K. E. y Johnson, S. (2010). Residential mobility in the UK during pregnancy and infancy: Are pregnant women, new mothers and infants «unhealthy migrants»? *Social Science & Medicine*, 71(4), 786-798.
- Uitenbroek, D. G. y Verhoeff, A. P. (2002). Life expectancy and mortality differences between migrant groups living in Amsterdam, the Netherlands. *Social Science & Medicine*, 54(9), 1379-1388.
- Unceta, K. (1999, 4 de marzo). Coreanos. *El País*. <https://bit.ly/3WpByJz>
- Urrutia, V. (1994). Transformaciones demográficas y urbanización en el País Vaco. *Papers*, 22, 27-61.
- Utzet, M., Valero, E., Mosquera, I. y Martín, U. (2020). Employment precariousness and mental health, understanding a complex reality: A systematic review. *International Journal of Occupational Medicine and Environmental Health*, 33(5), 569-598.
- Vaalavuo, M. y Sihvola, M. W. (2020). Are the sick left behind at the peripheries? Health selection in migration to growing urban centres in Finland. *European Journal of Population*, 37(2), 341-366.
- Valero, E., Martín, U., Bacigalupe, A. y Utzet, M. (2021). The impact of precarious jobs on mental health: A gender-sensitive literature review. *International Archives of Occupational and Environmental Health*, 94(4), 577-589.
- Vázquez, M. L., Vargas, I. y Aller, M. B. (2014). Reflexiones sobre el impacto de la crisis en la salud y la atención sanitaria de la población inmigrante [Informe SESPAS 2014]. *Gaceta Sanitaria*, 28(supl. 1), 142-146.
- Verheij, R. A., Mackenbach, J. P., Van de Mheen, H. D., De Bakker, D. H. y Groenewegen, P. P. (1998). Urban-rural variations in health in the Netherlands: Does selective migration play a part? *Journal of Epidemiology and Community Health*, 52(8), 487-493.
- Vidal, T. y Recaño, J. (1996). Les migracions interiors (1960-1975). En C. Carreraas (dir.), *Geografia General dels Països Catalans*. Vol. III. *La Població* (pp. 164-177). Enciclopèdia Catalana.

- Vigotti, M. A., Cislighi, C., Balzi, D., Giorgi, D., La Vecchia, C., Marchi, M., Decarli, A. y Zanetti, R. (1988). Cancer mortality in migrant populations within Italy. *Tumori*, 74(2), 107-128.
- Villa Torres, L., González Vázquez, T., Fleming, P. J., González González, E. L., Infante Xibille, C., Chávez, R. y Barrington, C. (2017). Transnationalism and health: A systematic literature review on the use of transnationalism in the study of the health practices and behaviors of migrants. *Social Science & Medicine*, 183, 70-79.
- Viruell-Fuentes, E. A., Miranda, P. Y. y Abdulrahim, S. (2012). More than culture: Structural racism, intersectionality theory, and immigrant health. *Social Science & Medicine*, 75(12), 2099-2106.
- Wallace, M. y Kulu, H. (2014a). Low immigrant mortality in England and Wales: A data artefact? *Social Science & Medicine*, 120, 100-109.
- Wallace, M. y Kulu, H. (2014b). Migration and health in England and Scotland: A study of migrant selectivity and salmon bias. *Population, Space and Place*, 20(8), 694-708.
- Weiss, G. L. y Lonnquist, L. E. (2009). *The sociology of health, healing and illness* (6.<sup>a</sup> ed.). Pearson Prentice Hall.
- Westman, J, Martelin, T., Harkanen, T., Koskinen, S. y Sundquist, K. (2008). Migration and self-rated health: A comparison between Finns living in Sweden and Finns living in Finland. *Scandinavian Journal of Public Health*, 36(7), 698-705.
- Whitehead, M. y Dahlgren, G. (2007). *Concepts and principles for tackling social inequities in health: Levelling up* (parte 1). World Health Organization.
- Wild, S. y McKeigue, P. (1997). Cross sectional analysis of mortality by country of birth in England and Wales, 1970-92. *British Medical Journal*, 314(7082), 705-710.
- Williams, D. R., Lawrence, J. A., Davis, B. A. y Vu, C. (2019). Understanding how discrimination can affect health. *Health Services Research*, 54(supl. 2), 1374-1388.
- Williams, D. R. y Sternthal, M. (2010). Understanding racial-ethnic disparities in health: Sociological contributions. *Journal of Health and Social Behavior*, 51(supl.), S15-S27.
- Wingate, M. S. y Alexander, G. R. (2006). The healthy migrant theory: Variations in pregnancy outcomes among US-born migrants. *Social Science & Medicine*, 62(2), 491-498.
- World Health Organization (WHO). (2003). *International migration, health & human rights*. <https://bit.ly/3GkpweL>
- World Health Organization (WHO). (2018). *Housing and Health guidelines*. <https://www.who.int/publications/i/item/9789241550376>
- Yang, W., Qeadan, F. y Smith-Gagen, J. (2011). Examination of health behaviours in a dynamic population. *Journal of Epidemiology and Community Health*, 65(12), 1140-1144.

Zimmerman, C., Kiss, L. y Hossain, M. (2011). Migration and health: A framework for 21st century policy-making. *PLoS Medicine*, 8(5), artículo e1001034.