

Original

Estado de salud de personas inmigrantes en Cataluña desde una perspectiva de género: Proyecto PELFI



Laia Ferrer^{a,b,c,*}, Florianne Gaillardin^{a,c}, Ana Cayuela^d, Cristina Hernando^{a,c}, Rafael Muñoz^{a,e}, Néstor Sánchez^f, Carlos G. Forero^f, Elena Ronda^{b,d} y Jordi Casabona^{a,b,c,g}

^a Centre d'Estudis Epidemiològics de les ITS/VIH/SIDA de Catalunya (CEEISCAT), Departament de Salut, Generalitat de Catalunya, Badalona, Barcelona, España

^b CIBER de Epidemiología y Salud Pública (CIBERESP), España

^c Institut d'Investigació Fundació Germans Trias i Pujol, Badalona, Barcelona, España

^d Área de Medicina Preventiva y Salud Pública, Universidad de Alicante, Alicante, España

^e Grupo de Investigación en Detección Precoz del Cáncer, Programa IDIBELL, Institut de Recerca Biomèdica de Bellvitge, L'Hospitalet de Llobregat, Barcelona, España

^f Facultad de Medicina, Universitat Internacional de Catalunya, Barcelona, España

^g Departamento de Pediatría, Obstetricia, Ginecología y Medicina Preventiva, Universitat Autònoma de Barcelona, Bellaterra, Cerdanyola, Barcelona, España

INFORMACIÓ DEL ARTÍCULO

Historia del artículo:

Recibido el 25 de septiembre de 2020

Aceptado el 13 de febrero de 2021

On-line el 23 de abril de 2021

Palabras clave:

Inmigración
Estado de salud
Determinantes sociales
Género
Familia
Factores socioeconómicos
Apoyo social
España

RESUMEN

Objetivo: Evaluar el estado de salud de hombres y mujeres inmigrantes extracomunitarios residentes en el Área Metropolitana de Barcelona (Cataluña, España) e identificar determinantes sociales de la salud desde una perspectiva de género.

Método: Análisis transversal de una cohorte de familias inmigrantes reclutadas en Badalona y Santa Coloma de Gramenet (cohorte PELFI). En 2015–2016, 167 inmigrantes respondieron al cuestionario epidemiológico basal y al instrumento EuroQol de cinco dimensiones (EQ-5D) que mide el estado de salud. Para identificar determinantes de la salud se construyeron modelos Tobit con el índice EQ-5D.

Resultados: Las mujeres declararon una peor salud percibida ($p = 0,005$). Tener una enfermedad diagnosticada se asoció con una peor percepción de la salud en los hombres ($p < 0,05$). El tiempo de estancia y las cargas familiares, en especial la doble jornada de trabajo, empeoraron la salud percibida de las mujeres. En el modelo ajustado por variables demográficas y determinantes sociales, la situación administrativa estable ($-0,136$; $p = 0,015$) y el apoyo social ($0,182$; $p = 0,02$) se asociaron con el índice EQ-5D en ambos sexos. Estar ocupado se asoció a mejor salud en los hombres.

Conclusiones: Las personas inmigrantes extracomunitarias residentes en el Área Metropolitana de Barcelona son una población vulnerable y presentan desigualdades en salud por sexo. El apoyo social y la ocupación son factores clave de su estado de salud. Las intervenciones para reducir las vulnerabilidades y desigualdades en salud de las personas inmigrantes deberían promover su inclusión y cohesión social, e incorporar la perspectiva de género.

© 2021 SESPAS. Publicado por Elsevier España, S.L.U. Este es un artículo Open Access bajo la licencia CC BY-NC-ND (<http://creativecommons.org/licenses/by-nc-nd/4.0/>).

Health status among immigrant in Catalonia from a gender perspective: PELFI project

ABSTRACT

Objective: The objective of the study is to assess the health status of immigrant men and women from non-EU countries living in the Metropolitan Area of Barcelona (Catalonia, Spain) and to identify the social determinants of health from a gender perspective.

Method: Cross-sectional analysis from a cohort of immigrant families recruited in Badalona and Santa Coloma de Gramenet, in Spain (PELFI cohort). In 2015–2016, 167 immigrants answered the baseline epidemiological questionnaire and the 5-level EuroQol instrument (EQ-5D) which measures health status. To identify health determinants, Tobit models were constructed to the EQ-5D index.

Results: Women rated poorer self-perceived health ($p = 0,005$). To be diagnosed with and illness was only associated with poor self-perceived health among men ($p < 0,05$). Length of residence, domestic work, and especially double workload deteriorated women's health. After adjusting models by demographics and social determinants, permanent administrative status ($-0,136$; $p = 0,015$) and social support ($0,182$; $p = 0,02$) were associated with health status in both sexes. To have a job was associated with better health only in men.

Keywords:

Immigration
Health status
Social determinants
Gender
Family
Socioeconomic factors
Social support
Spain

* Autora para correspondencia.

Correo electrónico: lf.serret@gmail.com (L. Ferrer).

Conclusions: Non-EU immigrants living in the Metropolitan Area of Barcelona are a socially vulnerable group of population and present inequalities in health by sex. Social support and occupation are key factors of their health status. Interventions to reduce immigrant vulnerabilities and inequalities in health should promote their social inclusion and cohesion from a gender perspective.

© 2021 SESPAS. Published by Elsevier España, S.L.U. This is an open access article under the CC BY-NC-ND license (<http://creativecommons.org/licenses/by-nc-nd/4.0/>).

Introducción

La inmigración en España representa el 14,4% de la población, con un peso importante de personas de países extracomunitarios (10,5%) que migran principalmente por razones laborales y reagrupación familiar, y se caracteriza por estar equilibrada por sexos¹.

La participación en la migración, así como las experiencias y el estado de salud de la población migrante, varían según el sexo²⁻⁷. Las mujeres presentan una mayor morbilidad y peor salud percibida que los hombres, y una pérdida más rápida de calidad de vida una vez en el país de acogida^{4,6,8,9}. La salud percibida es un buen predictor de morbilidad, de acceso a servicios y necesidades en salud de hombres y mujeres, y uno de los indicadores más utilizados en los estudios sobre inmigración en España⁸⁻¹⁰.

Algunos autores que han estudiado los determinantes sociales de la salud¹¹ en las personas inmigrantes han propuesto el término «vulnerabilidad estructural», que pone el foco en cómo la posición social de los/las inmigrantes en la sociedad incrementa su vulnerabilidad y subraya cómo la interacción de los ejes de género y migración genera formas específicas de vulnerabilidad². Las desigualdades de poder, la división sexual del trabajo y la socialización de género, vectores de las desigualdades de género en salud^{12,13}, son rearticuladas a través de la migración^{2,3,5}.

Entre los factores sociales que explican las diferencias de salud entre hombres y mujeres inmigrantes se encuentran la clase social y las condiciones laborales y de vida, normalmente peores entre las mujeres^{3,6,14}. Las condiciones socioeconómicas son uno de los principales factores explicativos de la salud. Sin embargo, de acuerdo con algunos autores, estas predicen mejor la salud de los hombres, mientras que el estatus social subjetivo explica mejor la salud de las mujeres^{9,15-18}. El rol de la familia como protectora de la salud tiene un sesgo de género³. Las mujeres son, normalmente, las responsables del bienestar de las familias, lo que condiciona su participación en el mercado de trabajo e impacta de manera negativa sobre su salud^{3,13,19,20}. Entre las amas de casa a tiempo completo se produce un mayor aislamiento social que contribuye a una erosión del lenguaje, sentimientos de exclusión y menor soporte social, que sabemos que se relacionan con un peor estado de salud y un menor acceso a los servicios sanitarios^{13,17,21-23}. Existen resultados contradictorios sobre el impacto de las cargas familiares en las personas empleadas sobre el estado de salud, y esto ha sido poco explorado en población inmigrante¹³. Un estudio realizado en España concluyó que la doble carga de trabajo no explicaba las desigualdades de salud entre hombres y mujeres inmigrantes²⁴. Otro factor que afecta el estado de salud en el país de acogida es la percepción de discriminación²⁵, y las mujeres se enfrentan a una doble discriminación por el hecho de ser mujer e inmigrante⁴.

La Plataforma de Estudios Longitudinales de Familias Inmigrantes (PELFI) es un estudio multicéntrico de cohortes de familias en Alicante, Barcelona y Badalona/Santa Coloma de Gramenet financiado por el Instituto de Salud Carlos III, los Fondos Europeos de Desarrollo Regional y el CIBERESP. Este estudio fue, diseñado para estudiar el impacto del proceso migratorio en la salud de la población inmigrante española y nos permitió plantear nuestra principal hipótesis de trabajo: las cargas familiares afectarían negativamente la salud percibida de las mujeres, especialmente cuando están ocupadas, pero no la de los hombres. El objetivo de

Tabla 1

Distribución de la muestra según el sexo y el país de origen. Subcohorte PELFI de Badalona y Santa Coloma de Gramenet

	Hombres n (%)	Mujeres n (%)	Total n (%)
Paquistán	36 (48,6)	40 (43)	76 (45,5)
Marruecos	27 (36,5)	39 (41,9)	66 (39,5)
América Latina	8 (10,8)	11 (11,8)	19 (11,4)
China	3 (4,1)	3 (3,2)	6 (3,6)
Total	74 (100)	93 (100)	167 (100)

este estudio fue analizar el estado de salud de los miembros adultos de familias inmigrantes residentes en el Área Metropolitana de Barcelona y en qué medida los determinantes sociales tienen un impacto en su salud desde una perspectiva de género.

Método

Diseño y población de estudio

Se trata de un análisis transversal a partir de un estudio de cohortes prospectivo (cohorte PELFI).

La población de PELFI está constituida por familias monoparentales o biparentales, inmigrantes o autóctonas, con al menos un/una hijo/a conviviendo. Los progenitores tenían que haber nacido en el mismo país de origen (Ecuador, Bolivia, Perú, Colombia, Pakistán, Marruecos, China o España) y haber convivido 6 meses o más.

Para este estudio se seleccionaron los datos basales de los 167 miembros adultos de las familias inmigrantes de la subcohorte PELFI en el Área Metropolitana de Barcelona (Badalona/Santa Coloma de Gramenet). En la [tabla 1](#) se presenta la distribución de la muestra según sexo y país de origen.

Recogida de datos

El reclutamiento se llevó a cabo en 2015-2016 mediante una estrategia muestral comunitaria y de bola de nieve. El día de la entrevista, el/la participante firmaba el consentimiento informado y respondía un cuestionario creado *ad hoc*, disponible en español y en los idiomas propios de la población de estudio, que recogía información epidemiológica, conductual y social, y el estado de salud percibido. La madre era considerada la persona de referencia del hogar y respondía un cuestionario más largo, con preguntas sobre la estructura y la situación socioeconómica familiar. La metodología de la subcohorte PELFI se describe con detalle en una publicación anterior²⁶ y los cuestionarios pueden consultarse en <http://www.ciberesp.es/programas-de-investigacion/subprogramas-estrategicos/subprograma-inmigracion-y-salud-ciberesp-sis-ciberesp>.

El protocolo de este estudio fue aprobado por el Comité de Ética del Hospital Germans Trias i Pujol (Núm PI-14-092).

Los datos utilizados para este estudio están, protegidos por las leyes actuales de protección de datos personales, y se obtuvieron con el consentimiento explícito que dio cada una de las personas interesadas. En este consentimiento no se contempló el acceso abierto a los datos. El proceso de anonimización que garantizaría poder ponerlos a disposición sin ninguna restricción

Tabla 2
Características demográficas, familiares y socioeconómicas de hombres y mujeres de familias inmigrantes. Subcohorte PELFI de Badalona y Santa Coloma de Gramenet

	Hombres (n = 74) n (%)	Mujeres (n = 93) n (%)	Total n (%)	p
Edad media, años (DE)	45 (8,5)	39 (7,5)	42 (41,6)	< 0,001
Tiempo medio en España, años (DE)	14,7 (4,3)	10,3 (5,8)	12,3 (5,6)	< 0,001
Situación administrativa estable	67 (90,5)	80 (86)	147 (88)	0,37
Motivos de emigración				
Oportunidades económicas o educativas	67 (91,8)	29 (31,5)	96 (58,2)	< 0,001
Problemas sociales o políticos en origen	2 (2,7)	0 (0)	2 (1,2)	0,11
Reagrupación familiar	4 (5,5)	63 (68,5)	67 (40,6)	< 0,001
Tratamiento médico	0 (0)	3 (3,3)	3 (1,8)	0,12
Otros	7 (9,6)	6 (6,5)	13 (7,9)	0,5
Nivel educativo				0,9
Primario o menos	33 (45,2)	40 (43)	73 (44)	
Secundario	30 (41,1)	41 (44,1)	71 (42,8)	
Universitario o más	10 (13,7)	12 (12,9)	22 (13,3)	
Ocupado actualmente	47 (65,3)	21 (23,1)	68 (41,7)	< 0,001
Tiempo medio de trabajo remunerado a la semana, horas (DE)	42,6 (13,4)	29,1 (12,9)	38,9 (14,5)	0,002
Situación y convivencia con pareja				0,004
Con pareja y conviviente	73 (98,6)	78 (83,9)	151 (90,4)	
Con pareja y no conviviente	1 (1,4)	5 (5,4)	6 (3,6)	
Sin pareja	0 (0)	10 (10,8)	10 (6)	
Ingresos en euros				0,8
600 o menos	18 (36)	25 (36,8)	43 (36,4)	
601-900	20 (40)	30 (44,1)	50 (42,4)	
Más de 900	12 (24)	13 (19,1)	25 (21,2)	
N.º medio de personas viviendo de los ingresos (DE)	6 (2,4)	5 (2,4)	6 (2,4)	0,2
Titularidad de la vivienda				0,9
Compra	7 (10,0)	11 (11,8)	18 (11,0)	
Alquiler	59 (84,3)	76 (81,7)	135 (82,8)	
Otra	4 (5,7)	6 (6,5)	10 (6,1)	
Convivencia en el hogar				0,9
Otros familiares	10 (14,3)	15 (16,3)	25 (15,4)	
Personas ajenas a la familia	6 (8,6)	9 (9,8)	15 (9,3)	
Solo familia nuclear	54 (77,1)	68 (73,9)	122 (75,3)	
Media de personas en el hogar (DE)	5 (1,6)	5 (1,6)	5 (1,6)	0,3
Media de hijos/as en el hogar (DE)	3 (1,0)	2 (1,0)	2 (1,0)	0,5
Carga de cuidado de menores en el hogar ^a				0,04
Exclusiva	37 (56,1)	56 (65,9)	93 (61,6)	
Compartida	19 (28,8)	26 (30,6)	45 (29,8)	
Pocas veces o nada	10 (15,2)	3 (3,5)	13 (8,6)	

DE: desviación estándar.

^a Entre quienes tienen hijos/as menores de 16 años en el hogar.

impediría replicar los análisis actuales. Los datos están disponibles a petición en el Centre d'Estudis Epidemiològics sobre les ITS i Sida de Catalunya (CEEISCAT)/Institut d'Investigació Fundació Germans Trias i Pujol (correo electrónico de contacto: emuntada@iconcologia.net).

Variables

- Estado de salud: instrumento EuroQol de cinco dimensiones (EQ-5D) que recoge salud física, social y emocional, y ha demostrado su fiabilidad y validez en encuestas de salud en población general²⁷. El EQ-5D incluye una escala visual analógica que permite puntuar la percepción de la salud de 0 a 100 (desde el peor estado de salud imaginable al mejor) y un sistema descriptivo formado por cinco dimensiones de salud (movilidad, autocuidado, realización de actividades cotidianas, dolor/molestias y ansiedad/depresión), para cada una de las cuales la persona debe considerar tres niveles de gravedad (desde nada a mucho/incapacidad). A partir de las dimensiones de salud se construye el índice EQ-5D como indicador sintético del estado de salud en una escala entre 0 (muerte) y 1 (salud completa).
- Características demográficas, del hogar y situación socioeconómica: edad, nivel educativo, convivencia con la pareja, situación laboral actual, sector de ocupación, horas semanales dedicadas al trabajo remunerado, ingresos percibidos por la unidad familiar, número de personas viviendo de los ingresos, titularidad de

la vivienda, personas convivendo en el hogar (familia nuclear, otros familiares, personas ajenas).

- Cargas familiares: tamaño del hogar (número de personas viviendo en el hogar), número de hijos/as en el hogar, carga de cuidado de menores de 16 años (exclusiva o casi exclusiva frente a compartida, pocas veces o nunca) y doble carga de trabajo (construida a partir de la situación laboral y el tamaño del hogar, considera una persona ocupada viviendo en un hogar de 6 o más miembros)¹³.
- Proceso migratorio: motivo de emigración, nacionalidad, situación administrativa («estable» incluye personas con nacionalidad española o permiso de residencia permanente) y tiempo de residencia en España.
- Aspectos psicosociales: percepción de inseguridad por perder el trabajo (escala Likert de 10 puntos), satisfacción con las condiciones de habitabilidad de la vivienda («satisfactorias» incluye desde aceptables hasta muy satisfactorias) y con los recursos económicos («suficientes» si los recursos son aceptables o permiten vivir bien o muy bien), expectativas de cumplir con los objetivos de vida en España (nada o poco frente a bastante/totalmente), frecuencia de las relaciones sociales con personas autóctonas o inmigrantes, calidad de las relaciones intrafamiliares (ERI), apoyo social (Duke-UNC), discriminación (*The every day discrimination scale*) y habilidades lingüísticas («dominio del español» supone entender y hablar bastante o correctamente).

Tabla 3
Características psicosociales de hombres y mujeres de familias inmigrantes. Subcohorte PELFI de Badalona y Santa Coloma de Gramenet

	Hombres (n = 74) n (%)	Mujeres (n = 93) n (%)	Total n (%)	p
<i>Percepción de seguridad de mantener el trabajo (puntuación media)</i>	4,8 (3,1)	6,4 (2,6)	5,4 (3,0)	0,04
<i>Satisfacción con los recursos económicos para vivir</i>				0,6
Suficiente	21 (28,8)	23 (25,6)	44 (27)	
Insuficiente	52 (71,2)	67 (74,4)	119 (73)	
<i>Satisfacción con las condiciones de habitabilidad de la vivienda</i>				0,6
Satisfactorias	51 (69,9)	62 (66,7)	113 (68,1)	
Insatisfactorias	22 (30,1)	31 (33,3)	53 (31,9)	
<i>Apoyo social</i>				0,3
Bajo	44 (62)	63 (69,2)	107 (66)	
Normal	27 (38)	28 (30,8)	55 (34)	
<i>Apoyo familiar total</i>				0,003
Bajo	9 (13,0)	34 (36,6)	43 (26,5)	
Medio	53 (76,8)	50 (53,8)	103 (63,6)	
Alto	7 (10,1)	9 (9,7)	16 (9,9)	
<i>Discriminación por origen</i>				0,65
Sí	26 (45,6)	43 (49,4)	69 (47,9)	
No	31 (54,4)	44 (50,6)	75 (52,1)	
<i>Habilidades lingüísticas</i>				<0,001
Domina el español	59 (79,7)	42 (45,2)	101 (60,5)	
No domina el español	15 (20,3)	51 (54,8)	66 (39,5)	
<i>Relaciones sociales</i>				0,6
Más con gente de otros países	34 (45,9)	51 (55,4)	85 (51,2)	
Igual	34 (45,9)	27 (29,3)	61 (36,7)	
Más con autóctonos	6 (8,1)	14 (15,2)	20 (12)	
<i>Cumplimiento del proyecto de vida en España</i>				0,5
Nada o poco	41 (57,7)	47 (52,2)	88 (54,7)	
Bastante o totalmente	30 (42,3)	43 (47,8)	73 (45,3)	

- Acceso al sistema sanitario: visita al médico de cabecera o a urgencias en el último año²⁶.

Análisis

Se usaron las pruebas de ji al cuadrado, exacta de Fisher y ANOVA para las comparaciones en los análisis bivariados. Para identificar los determinantes de la salud y el impacto del género se construyeron tres modelos Tobit con el índice EQ-5D (variable dependiente). Los efectos marginales se obtuvieron como promedio de los efectos marginales individuales para restablecer el rango original del índice EQ-5D. Los modelos anidados se construyeron para evaluar el rol mediador de las variables seleccionadas: el primer modelo, que incluyó la variable sexo, se ajustó por edad, tiempo de residencia y tener alguna enfermedad diagnosticada el último año (modelo 1); a continuación, de manera consecutiva, se añadieron variables demográficas, familiares y socioeconómicas en el modelo 2 (educación, situación administrativa, situación laboral e ingresos, número de hijos/as conviviendo), y en el modelo 3 se añadieron variables psicosociales (habilidades lingüísticas, discriminación, apoyo social, relaciones sociales y familiares, satisfacción con las condiciones de habitabilidad y con los recursos económicos, y acceso a la atención sanitaria). Cada modelo anidado se comparó con el modelo previo utilizando la prueba de razón de log-verosimilitudes. Se incluyeron parámetros de interacción con la variable sexo y se mostraron cuando había significación estadística.

Los valores perdidos se trataron mediante imputación múltiple mediante Markov Chain Monte Carlo²⁸. Se consideró aceptable una pérdida de eficiencia del 1%. El parámetro final fue el promedio de los parámetros estimados y el error estándar final, el promedio de los errores estándar de parámetros y la varianza de estimación interrreplicas. Los análisis descriptivos se realizaron con el programa estadístico SPSS v20, y los modelos Tobit y la imputación múltiple con el programa MPlus v8.0.

Resultados

Características demográficas y determinantes sociales de la salud en hombres y mujeres de familias inmigrantes

Las características demográficas, familiares y socioeconómicas se describen en la [tabla 2](#). La edad media de los hombres y las mujeres fue de 45 y 39 años, respectivamente, y la mayoría tenían un nivel educativo secundario o menos (87%), sin diferencias estadísticamente significativas por sexos. Los hombres estaban más ocupados que las mujeres (65% frente a 23,1%) y el sector de ocupación más frecuente era la construcción en el caso de los hombres (28,3%), seguido de la hostelería (15,1%), y el sector de la limpieza en las mujeres (33,3%). La situación de pareja difería según el sexo: los hombres convivían más con la pareja y solo encontramos familias monoparentales entre las mujeres (10,8%). Respecto al proceso migratorio, el tiempo medio de residencia en España era de 15 años en los hombres y 10 años en las mujeres. Si bien una minoría tenía la nacionalidad española, el 87,8% presentaba una situación administrativa estable y no se observaron diferencias por sexos. La gran mayoría de los hombres emigraron para mejorar sus oportunidades económicas, mientras que la razón más frecuente entre las mujeres fue la reagrupación familiar (68,5%). En relación con las condiciones de vida y las cargas familiares, tres cuartas partes de los hombres y de las mujeres vivían en familias que tenían ingresos menores de 1000€ al mes, y una media de seis personas vivían de esos ingresos. El 65,9% de las mujeres se encargaba de manera exclusiva o casi exclusiva del cuidado de los menores del hogar.

En la [tabla 3](#) se muestran las condiciones psicosociales. El miedo a perder el trabajo era mayor en los hombres, pero ambos sexos consideraban insuficientes los recursos económicos disponibles (73%). Más de la mitad de los hombres y de las mujeres declaraban tener un apoyo social bajo, y alrededor de la mitad habían vivido discriminación por razón de origen (47,9%), sin que se observaran diferencias según el sexo. Las mujeres declararon una peor calidad en las relaciones familiares (36,6% frente a 13,2%) y los hombres tenían más

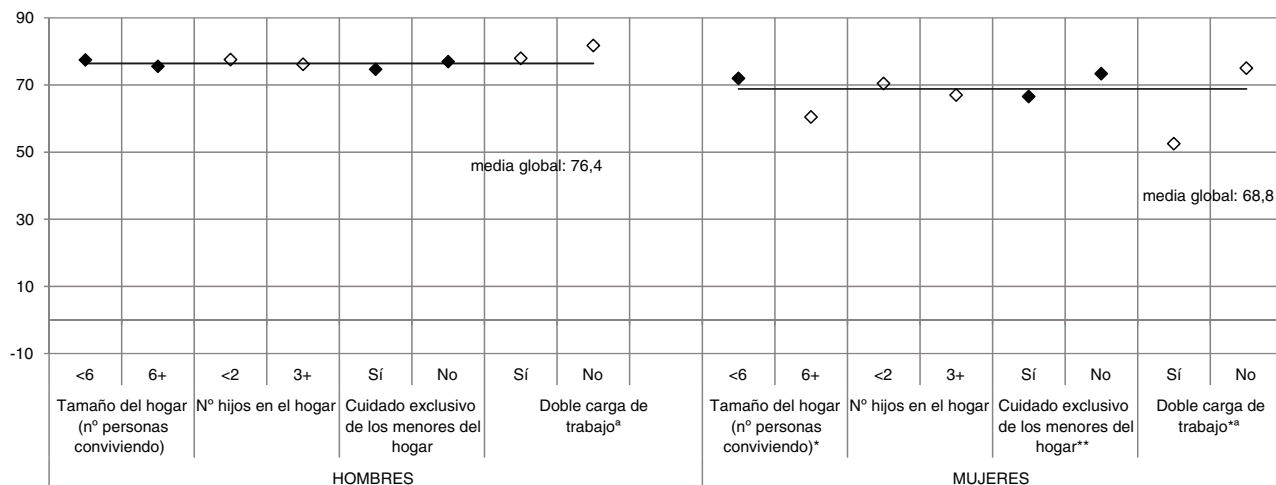


Figura 1. Salud percibida de las personas adultas inmigrantes según las cargas de trabajo doméstico y el sexo.

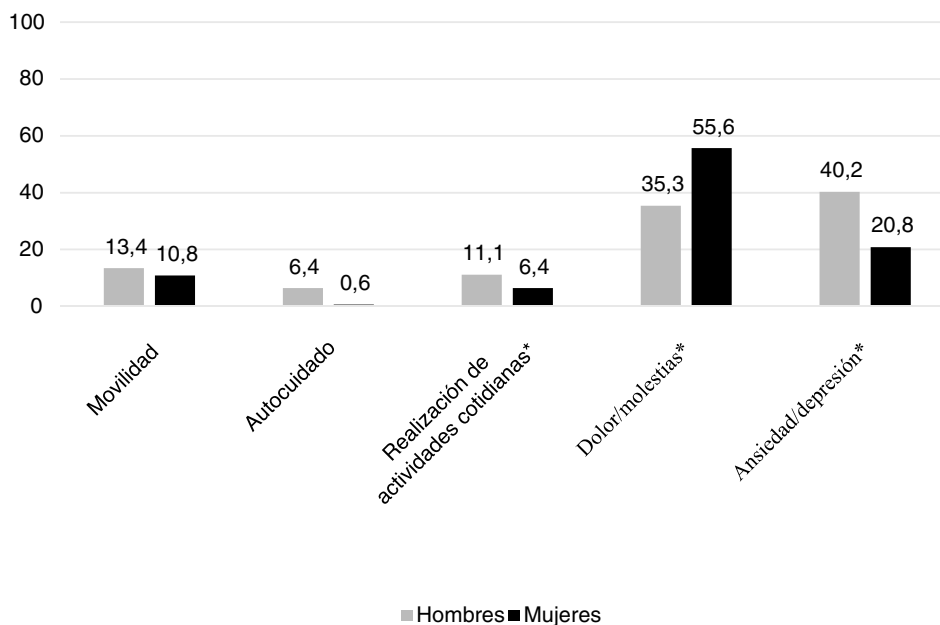


Figura 2. Prevalencia de problemas (moderados o incapacidad) en las dimensiones de salud (EQ-5D) de las personas adultas inmigrantes según el sexo. *p<0,05.

dominio del español (79,7% frente a 45,2%). Alrededor de la mitad de los hombres y de las mujeres se relacionaban más con gente de otros países y tenían pocas expectativas de poder cumplir su proyecto de vida en España.

El 99,4% de los hombres y de las mujeres tenían la tarjeta sanitaria, y en el último año habían visitado un servicio sanitario más de la mitad de ellos/ellas, especialmente el médico de cabecera (82,8%). No se observaron diferencias estadísticamente significativas según el sexo.

Estado de salud de hombres y mujeres inmigrantes

Las mujeres puntuaron peor su salud que los hombres (68,8 puntos en la escala visual analógica frente a 76,4; $p=0,005$), y esta empeoraba a partir del tercer año de residencia en España (85,9 y 67,9; $p > 0,04$), deterioro que no se observó en los hombres. Tres cuartas partes de los hombres y de las mujeres fueron diagnosticados/as de alguna enfermedad en el último año (77,2%), pero solo

se asoció con una peor percepción de la salud en los hombres (75,3 frente a 84,2; $p < 0,05$).

La figura 1 muestra cómo se ve afectada la percepción de la salud de hombres y mujeres en función de las cargas familiares. La salud de las mujeres empeoraba cuanto mayor era el tamaño del hogar (71,9 frente a 60,4), y especialmente en las que estaban ocupadas (75 frente a 52,5). En cambio, en los hombres no se observó ningún impacto en su salud en función de las cargas familiares.

Las mujeres tenían más dolor (55,6% frente a 35,3%), mientras que los hombres doblaban a las mujeres en problemas de ansiedad (40,2% frente a 20,8%) (fig. 2). Ellos también declararon más dificultades para realizar actividades diarias y en los cuidados personales que las mujeres.

En la tabla 4 se detallan los determinantes del estado de salud según el índice EQ-5D. La edad se asoció negativamente con el estado de salud en el modelo 1 ($-0,21$; $p=0,039$). Después de ajustar por variables demográficas y socioeconómicas, la situación administrativa estable apareció asociada negativamente con la

Tabla 4
Factores asociados al índice EQ-5D en inmigrantes. Modelos Tobit

	Modelo 1 ^a		Modelo 2 ^b		Modelo 3 ^c	
	Estimador ^d	p	Estimador ^d	p	Estimador ^d	p
<i>Interceptor</i>	4,653	<0,001	4,649	<0,001	4,648	<0,001
<i>Sexo</i>						
Hombre	0,519	0,161	–0,08	0,841	–0,289	0,481
Mujer	–	–	–	–	–	–
<i>Edad</i>	–0,21	0,039	–0,171	0,105	–0,169	0,096
<i>Tiempo de residencia</i>	–0,086	0,269	–0,076	0,372	–0,136	0,148
<i>Enfermedad diagnosticada último año</i>						
Sí	–0,138	0,088	–0,111	0,164	–0,082	0,304
No	–	–	–	–	–	–
<i>Nivel educativo</i>						
Secundaria o más	–	–	–	–	–	–
Primaria o menos	–	–	–0,139	0,085	–0,112	0,272
<i>Situación administrativa estable</i>						
Sí	–	–	–0,112	0,026	–0,136	0,015
No	–	–	–	–	–	–
<i>Ocupado/a</i>						
Sí	–	–	–0,109	0,357	–0,135	0,239
No	–	–	–	–	–	–
<i>Convivencia con pareja</i>						
Sí	–	–	0,019	0,766	0,032	0,609
No	–	–	–	–	–	–
<i>N.º de hijos/as en el hogar</i>	–	–	0,07	0,389	0,072	0,347
<i>Dominio del español</i>						
Sí	–	–	–	–	0,1	0,420
No	–	–	–	–	–	–
<i>Discriminación por origen</i>						
Sí	–	–	–	–	0,017	0,843
No	–	–	–	–	–	–
<i>Apoyo social</i>						
Normal	–	–	–	–	0,182	0,020
Bajo	–	–	–	–	–	–
<i>Relaciones sociales</i>						
Solo con inmigrantes	–	–	–	–	0,039	0,686
Con españoles e inmigrantes	–	–	–	–	–	–
<i>Recursos suficientes</i>						
Sí	–	–	–	–	–0,007	0,942
No	–	–	–	–	–	–
<i>Visita a un servicio médico en el último año</i>						
Sí	–	–	–	–	–0,016	0,796
No	–	–	–	–	–	–
<i>Relaciones intrafamiliares</i>						
Medias-altas	–	–	–	–	0	0,998
Bajas	–	–	–	–	–	–
<i>Condiciones de habitabilidad</i>						
Satisfactorias	–	–	–	–	–0,027	0,733
Insatisfactorias	–	–	–	–	–	–
<i>Emigración por reagrupación familiar</i>						
Sí	–	–	–	–	–0,04	0,700
No	–	–	–	–	–	–
<i>Emigración por trabajo</i>						
Sí	–	–	–	–	–0,077	0,341
No	–	–	–	–	–	–
<i>Sexo * ocupación</i>	–	–	0,429	0,005	0,340	0,029
<i>Log-likelihood</i>	20,803	–	29,537	–	39,129	–
<i>Df</i>	7	–	15	–	28	–
<i>R-cuadrado</i>	–27,944	–	–29,796	–	–23,606	–
<i>P</i>	<0,001	–	<0,001	–	<0,001	–

^a Interacciones en el modelo 1: edad.^b Interacciones con el sexo en el modelo 2: nivel educativo, situación laboral, número de hijos/as en el hogar.^c Interacciones con el sexo en el modelo 3: satisfacción con los ingresos, apoyo social, relaciones sociales.^d Estimador: diferencia del índice EQ-5D.

salud en ambos sexos (–0,112; $p = 0,026$), y estar ocupado se asoció con un mejor estado de salud solo en los hombres. Por último, después de ajustar por las condiciones psicosociales, se observó una asociación del apoyo social con una mejor salud en ambos sexos (0,182; $p = 0,02$), y se mantenía el efecto de la situación administrativa estable y de la situación laboral.

Discusión

La subcohorte PELFI ha mostrado que las mujeres perciben peor su salud y tienen más dolor que los hombres, mientras que ellos presentan más problemas de salud física y ansiedad. En estudios previos sobre calidad de vida, las mujeres, inmigrantes o

autóctonas, declaraban más problemas en cualquiera de las dimensiones físicas y emocionales, y en la percepción de la salud^{15,18,22,27}, especialmente peor situación psicosocial, que los hombres^{9,10,12,29}. La percepción de mala salud se asoció a tener un diagnóstico solo en los hombres, lo que corrobora la sensibilidad de género de este indicador, porque capta problemas de salud no necesariamente visibilizados en el sistema de salud y que con más frecuencia afectan a las mujeres¹².

La población adulta en PELFI experimentaba vulnerabilidad estructural². La proporción de desocupados era elevada, en especial entre las mujeres, y ocupaban sectores poco cualificados^{14,30}. Se hace evidente la división sexual del trabajo, ya que las mujeres dedicaban menos horas al trabajo remunerado y se encargaban principalmente del cuidado de menores, un patrón que se observa en los hogares españoles formados por una pareja e hijos³¹ y, en particular, en la organización de las familias inmigrantes^{6,20,30}. Las cargas familiares se asociaron con un deterioro de la salud percibida de las mujeres, en particular entre las ocupadas, como ya se ha visto entre las clases sociales más desfavorecidas y en países con modelos familiares tradicionales, con baja participación femenina en el mercado de trabajo^{17,32}. Una posible explicación sería el estrés generado por la sobrecarga de trabajo y la dificultad de conciliar los roles en este contexto^{13,20,32}.

La edad se asoció con un peor estado de salud tanto en hombres como en mujeres, independientemente del tiempo de residencia en España, lo cual concuerda con estudios previos^{18,22}. Por otro lado, sorprende la asociación negativa entre la situación administrativa estable que disfrutaban la mayoría de las personas y la salud. Nuestra hipótesis es que la estabilidad administrativa, en personas con larga estancia en España, podría estar generando unas expectativas sociales y de ocupación que no se estarían cumpliendo y que generarían una peor salud^{19,33}. En el análisis multivariante no se identificaron las cargas familiares como un determinante de la salud, ni en los hombres ni en las mujeres. Sin embargo, los resultados mostraron algunos mecanismos de género a través de los que operan las desigualdades en salud. Como ya se ha visto en otros estudios con personas inmigrantes y autóctonas, la falta de ocupación afecta negativamente la salud de los hombres, quienes en un país «familiarista» como es España asumen el rol de sustentador de la familia^{4,15,17,18,22,32}; una posible explicación que vendría reforzada por el miedo declarado por los hombres a perder el trabajo¹⁷. Finalmente, nuestros resultados corroboran el rol central del apoyo social para proteger la salud tanto en los hombres como en las mujeres^{21,22}. Los lazos sociales reducen el estrés y aumentan la autoestima, lo que protege a las personas de las experiencias negativas de la migración^{4,21,22}, e incluso podrían haber ocultado el impacto de factores psicosociales que afectarían más a las mujeres, relacionados con las cargas familiares o con un cierto aislamiento social, que habían mostrado los análisis bivariados y están documentados en la literatura^{12,15,21,22}.

Por último, las intervenciones para reducir las vulnerabilidades y las desigualdades en salud de las personas inmigrantes deberían promover su inclusión y cohesión social, e incorporar la perspectiva de género. En particular, podrían ir dirigidas a aquellas mujeres que, por su baja participación en el mercado laboral y aislamiento en el hogar, requieren un mayor apoyo, y a los colectivos de hombres y mujeres que buscan trabajo.

El estudio presenta algunas limitaciones. La muestra no era representativa de los/las inmigrantes de toda el Área Metropolitana de Barcelona, aunque sí lo fue de las dos ciudades de estudio²⁶, y su tamaño no permitió estratificar los modelos por sexo y origen, ni por tanto profundizar en el rol de la cultura en la experiencia de la salud. Sin embargo, teniendo en cuenta que se trata de inmigración de larga estancia, asumimos que las características socioeconómicas podían tener un peso más importante que la cultura de origen en los resultados. Para compensar la falta de estratificación por sexo,

se introdujeron distintos términos de interacción. El tamaño de la muestra podría explicar, también, por qué algunos factores no tuvieron el impacto esperado en la salud de nuestra población. La falta de diferencias en el índice EQ-5D entre sexos nos hizo pensar en un posible sesgo en la medida por ser una población pequeña y diversa, pero no pudimos compararlo porque no encontramos ningún estudio en inmigrantes que mostrara los resultados de este indicador desagregados por sexo^{29,34}.

A pesar de las limitaciones, este estudio ha permitido corregir debilidades de estudios previos, no solo por introducir indicadores de género y mejorar la caracterización de la esfera doméstica y laboral, sino también por considerar la intersección del género con la migración¹³. La investigación futura deberá seguir asegurando muestras equilibradas entre sexos e incluir muestras más grandes y diversas en términos de clase social y origen, para disponer de mayor evidencia científica.

¿Qué se sabe sobre el tema?

La interacción del género y el estatus migratorio determina las experiencias, la frecuencia y la percepción de los problemas de salud. Las mujeres inmigrantes presentan mayor morbilidad, peor salud percibida y una pérdida más rápida de calidad de vida en el país de acogida que los hombres. Las condiciones socioeconómicas predicen mejor la salud de los hombres.

¿Qué añade el estudio realizado a la literatura?

Las cargas familiares empeoran la salud de las mujeres inmigrantes. Ellas tienen más dolor y los hombres más problemas físicos y ansiedad. El apoyo social tiene un rol central en proteger la salud en ambos sexos, y la ocupación en los hombres.

¿Cuáles son las implicaciones de los resultados obtenidos?

Las intervenciones dirigidas a reducir la vulnerabilidad de las personas inmigrantes deberían promover la cohesión social, así como incluir la perspectiva de género y la interseccionalidad en el diseño.

Editor responsable del artículo

Juan Alguacil.

Declaración de transparencia

La autora principal (garante responsable del manuscrito) afirma que este manuscrito es un reporte honesto, preciso y transparente del estudio que se remite a GACETA SANITARIA, que no se han omitido aspectos importantes del estudio, y que las discrepancias del estudio según lo previsto (y, si son relevantes, registradas) se han explicado.

Contribuciones de autoría

J. Casabona, E. Ronda, A. Cayuela, C. Hernando, F. Gaillardin, R. Muñoz y L. Ferrer han contribuido en la concepción y el diseño del estudio. R. Muñoz participó en la recogida de datos. L. Ferrer, C.G. Forero y N. Sánchez realizaron el análisis y la interpretación de los resultados. L. Ferrer redactó el manuscrito. F. Gaillardin, E. Ronda y J. Casabona revisaron la primera versión del manuscrito e

hicieron importantes contribuciones intelectuales. Todas las personas firmantes revisaron críticamente y discutieron distintos aspectos de las versiones posteriores del manuscrito, contribuyendo en la mejora de la versión final, que aprobaron para su publicación.

Agradecimientos

A los/las encuestadores/as y a todo el equipo de campo formado por sociólogas especialistas del Colectivo de Analistas Sociales (D-CAS), que realizaron el reclutamiento, las entrevistas y el seguimiento de las familias inmigrantes. Asimismo, a las familias participantes en la cohorte PELFI.

Financiación

El presente trabajo ha sido financiado por el Instituto de Salud Carlos III y los Fondos Europeos de Desarrollo Regional (FEDER) a través de la convocatoria de investigación FIS (PI13/01962), y por el Centro de Investigación Biomédica en Red de Epidemiología y Salud Pública (CIBERESP) a través del Subprograma de Inmigración y Salud, España.

Conflictos de intereses

Ninguno.

Bibliografía

- Portal de inmigración. Observatorio Permanente de la Inmigración. Estadísticas. 2019. (Consultado el 13/3/2020.) Disponible en: <http://extranjeros.inclusion.gob.es/es/Estadisticas/index.html>.
- Núñez L. Migration, gender and health. En: Gideon J, editor. Handbook on gender and health. London: Edward Elgar Publishing; 2016. p. 251–67.
- Spitzer D. Engendered movements: migration, gender and health in a globalized world. En: Gideon J, editor. Handbook on gender and health. London: Edward Elgar Publishing; 2016. p. 223–34.
- Llácer A, Zunzunegui MV, Del Amo J, et al. The contribution of a gender perspective to the understanding of migrants' health. *J Epidemiol Community Health*. 2007;61(Suppl 2):ii4.
- Zimmerman C, Kiss L, Hossain M. Migration and health: a framework for 21st century policy-making. *PLoS Med*. 2011;8:e1001034.
- Malmusi D, Borrell C, Benach J. Migration-related health inequalities: showing the complex interactions between gender, social class and place of origin. *Soc Sci Med*. 2010;71:1610–9.
- Gregorio Gil C. Análisis de las migraciones transnacionales en el contexto español, revisitando la categoría de género desde una perspectiva etnográfica y feminista. *Nueva Antropol*. 2011;24:39–71.
- Nielsen SS, Krasnik A. Poorer self-perceived health among migrants and ethnic minorities versus the majority population in Europe: a systematic review. *Int J Public Health*. 2010;55:357–71.
- Toselli S, Gualdi-Russo E, Marzouk D, et al. Psychosocial health among immigrants in Central and Southern Europe. *Eur J Public Health*. 2014;24 Suppl:26–30.
- Malmusi D, Ortiz-Barreda G. Desigualdades sociales en salud en poblaciones inmigradas en España. Revisión de la literatura. *Rev Esp Salud Publica*. 2014;88:687–701.
- Borrell C, Malmusi D, Artazcoz L, et al. Propuesta de políticas e intervenciones para reducir las desigualdades sociales en salud en España. *Gac Sanit*. 2012;26:182–9.
- Valls Llobet C. *Mujeres Invisibles*. s. 4.ª Barcelona: Debolsillo; 2006.
- Artazcoz L. Aspectos metodológicos en la investigación sobre trabajo, género y salud. *AREAS Revista Internacional de Ciencias Sociales*. 2014;33:139–53.
- Cayuela A, Malmusi D, López-Jacob MJ, et al. The impact of education and socioeconomic and occupational conditions on self-perceived and mental health inequalities among immigrants and native workers in Spain. *J Immigr Minor Health*. 2015;17:1906–10.
- Arcas MM, Novoa AM, Artazcoz L. Gender inequalities in the association between demands of family and domestic life and health in Spanish workers. *Eur J Public Health*. 2013;23:883–8.
- Sanchón-Macias MV, Prieto-Salceda D, Bover-Bover A, et al. Relationship between subjective social status and perceived health among Latin American immigrant women. *Revista Latino Americana Enfermagem*. 2013;21:1353–9.
- Borrell C, Muntaner C, Benach J, et al. Social class and self-reported health status among men and women: what is the role of work organisation, household material standards and household labour? *Soc Sci Med*. 2004;58:1869–87.
- Serrano-Gallardo P, Díaz-Olalla JM, Otero A, et al. Self-perceived health among migrant and native populations in Madrid: a gender perspective. *Int J Migr Health Soc Care*. 2009;5:43–57.
- González-Ferrer A. Explaining the labour performance of immigrant women in Spain: the interplay between family, migration and legal trajectories. *Int J Comp Sociol*. 2011;52:63–78.
- Escrivá Chordá A. Inmigrantes peruanas en España. Conquistando el espacio laboral extradoméstico. *Rev Int Sociol*. 2003;61:59–83.
- Gallicchio L, Hoffman SC, Helzlsouer KJ. The relationship between gender, social support, and health-related quality of life in a community-based study in Washington County, Maryland. *Qual Life Res*. 2007;16:777–86.
- Salinero-Fort MA, Gómez-Campelo P, Bragado-Alvárez C, et al. Health-related quality of life of Latin-American immigrants and Spanish-born attended in Spanish primary health care: socio-demographic and psychosocial factors. *PLoS One*. 2015;10:e0122318.
- Vázquez ML, Vargas I, Jaramillo DL, et al. Was access to health care easy for immigrants in Spain? The perspectives of health personnel in Catalonia and Andalusia. *Health Policy (New York)*. 2016;120:396–405.
- López ABM, Ruiz MB, Martínez DS, et al. Influencia de la doble carga de trabajo en el estado de salud percibida y utilización de servicios sanitarios de las poblaciones inmigrante y autóctona de la región de Murcia. *Rev Esp Salud Publica*. 2013;87:351–66.
- Rodríguez-Álvarez E, González-Rábago Y, Borrell LN, et al. Discriminación y salud percibida en la población inmigrante del País Vasco (España). *Gac Sanit*. 2017;31:390–5.
- Hernando Rovirola C, Gaillardin F, Ferrer Serret L, et al. Facilitators of participation and implementation of the immigrant families' PELFI sub-cohort. *Gac Sanit*. 2019;33:45–52.
- Badia X, Schiaffino A, Alonso J, et al. Using the EuroQoL 5-D in the Catalan general population: feasibility and construct validity. *Qual Life Res*. 1998;7:311–22.
- Asparouhov T, Muthén B. Multiple imputation with Mplus. 2010. Disponible en: <https://www.statmodel.com/download/Imputations7.pdf>.
- García-Gómez P, Oliva J. Calidad de vida relacionada con la salud en población inmigrante en edad productiva. *Gac Sanit*. 2009;23(Supl 1):38–46.
- Gómez-Quintero JD, Fernando-Romero C. Familias inmigrantes en España: estructura sociodemográfica, roles de género y pautas culturales de los hijos adolescentes. *Papeles de Población*. 2014;20:87–118.
- García Román J, Cortina C. Family time of couples with children: shortening gender differences in parenting? *Rev Econ Househ*. 2016;14:921–40.
- Artazcoz L, Cortès I, Puig-Barrachina V, et al. Combining employment and family in Europe: the role of family policies in health. *Eur J Public Health*. 2014;24:649–55.
- Sousa E, Agudelo-Suárez A, Benavides FG, et al. Immigration, work and health in Spain: the influence of legal status and employment contract on reported health indicators. *Int J Public Health*. 2010;55:443–51.
- Lahana E, Niakas D. Investigating differences in health-related quality of life of Greeks and Albanian immigrants with the generic EQ-5D questionnaire. *Biomed Res Int*. 2013;2013:127389.