

La salud de los hijos de los inmigrantes en España: ¿realmente tienen ventaja?

HÉCTOR CEBOLLA-BOADO Y LEIRE SALAZAR*

RESUMEN*

Este trabajo explora las diferencias en la salud perinatal entre los hijos de inmigrantes y autóctonos en España. La investigación conecta con la “paradoja del inmigrante sano”, que sugiere que la población nacida fuera de sus sociedades de origen obtiene mejores resultados en salud que los autóctonos. Este tipo de análisis es relevante en sí mismo, pero adquiere importancia por su impacto en la salud a lo largo de la vida, así como también en sus carreras educativas. Se demuestra que los bebés de origen inmigrante tienen menos riesgo de bajo peso patológico, más peso en el rango saludable de peso al nacer, pero también un mayor riesgo de macrosomía.

1. LA SALUD DE LOS INMIGRANTES¹

Los estudios sobre la incorporación de los inmigrantes en la sociedad española entran

* Universidad Nacional de Educación a Distancia (hcebolla@poli.uned.es y lsalazar@poli.uned.es).

* Este trabajo es una versión modificada y simplificada de un artículo de investigación publicado en la revista *Demographic Research* (volumen 35, artículo 7). Agradecemos la financiación recibida del Ministerio de Economía y Competitividad para llevar a cabo esta investigación (Proyecto CSO2014-58941-P). El orden de los autores es alfabético; ambos han contribuido por igual a la realización del artículo.

¹ A lo largo del trabajo comparamos el peso al nacer de bebés cuyas madres nacieron en España y de bebés cuyas madres, independientemente de su nacionalidad, nacieron fuera de España. Por economía expresiva, en ocasiones nos referimos simplemente a estos grupos como “niños nativos” y “niños inmigrantes”, y a sus madres, como “mujeres nativas” y “mujeres inmigrantes”.

en una fase de madurez. El tiempo en el que los sociólogos y los economistas se centraban prioritariamente en los problemas que surgían en la llegada de los extranjeros que tenían vocación de asentarse en España parece superado. Es hora de que los estudios sobre integración amplíen su foco sustantivo para proporcionar conocimientos sobre aquellos procesos que determinan en el medio y largo plazo los resultados de los inmigrantes, y aún más, de sus hijos y descendientes. Con el fin de contribuir a este cambio, este trabajo estudia aspectos poco conocidos para el lector interesado en migraciones en España, pero de gran trascendencia para el conocimiento de las oportunidades que tendrán los descendientes de los migrantes llegados durante el *boom* de entradas de la década pasada.

Existen dos paradojas que, contra lo que cabría esperar, muestran patrones de ventaja en el comportamiento de los inmigrantes con respecto al de los autóctonos. Se trata de fenómenos que la literatura académica ha descrito como inesperados en la medida en que los inmigrantes y sus descendientes obtienen mejores resultados que los que muestran en media los autóctonos. La primera de ellas es la llamada “paradoja del optimismo inmigrante” (Cebolla y Martínez de Lizarrondo, 2015; Fernández-Reino, 2016). Se trata de la idea según la cual, a pesar de que los hogares inmigrantes presentan perfiles socioeconómicos más bajos que los de los autóctonos y de que los estudiantes con origen inmigrante tienden a presentar peores resultados escolares, declaran expectativas educativas

más ambiciosas que los nativos. La otra paradoja es la del “inmigrante sano” (Kennedy *et al.*, 2015), consistente en que, a pesar de que su acceso al sistema de salud es más difícil que el de la población autóctona y de que cuentan con menos recursos socioeconómicos, los inmigrantes tienen mejor salud. Es en este segundo debate académico en el que se inserta este artículo.

Existe abundante evidencia empírica en distintos países desarrollados comparando la salud de los autóctonos con la de las personas de origen inmigrante. Para la población adulta se ha documentado ampliamente que, a pesar de que los inmigrantes ocupan, en general, posiciones sociales con menos ventajas que los nativos, a pesar de los riesgos asociados al proceso migratorio y de la pérdida de capital humano que este supone en muchas ocasiones (Friedberg, 1996), así como también a pesar de su acceso restringido a la atención sanitaria de calidad (en contextos como los Estados Unidos), presentan menores tasas de mortalidad (Palloni y Arias, 2004) y un mejor estado de salud que los nativos. Los expertos han acuñado el término “paradoja del inmigrante sano” para describir este fenómeno y se han ofrecido explicaciones diferentes sobre sus posibles causas (Abraido-Lanza *et al.*, 1999), muchas de las cuales pueden englobarse en comportamientos o hábitos de salud, factores genéticos, cuestiones culturales y la influencia protectora de las redes sociales. Algunos autores, a la vista de la paradoja, han sugerido que la explicación debe buscarse en el propio proceso migratorio (Palloni y Morenoff, 2001), algo que también se ha mencionado como explicación del mayor optimismo que declaran los inmigrantes respecto a los nativos (Czaika y Vothknecht, 2014).

Dentro del ámbito de la investigación sociológica en salud, la literatura se ha centrado en dos cuestiones fundamentales. En primer lugar, se ha intentado determinar si los inmigrantes son una muestra “seleccionada” de sus poblaciones de origen y, en consecuencia, presentan características que correlacionan positivamente con la salud (Riosmena *et al.*, 2013). La idea de que la migración impone un sesgo por la selección de los inmigrantes es, de hecho, una constante en la sociología y la economía de la inmigración (Feliciano, 2005). De ser cierto, la decisión de emigrar no se activaría aleatoriamente en toda la población residente en un país emisor, sino fundamentalmente en

aquellos individuos que son más capaces y más ambiciosos, o dicho de otra forma, más predisuestos para la movilidad social. Como consecuencia, quienes emigran no son una muestra representativa de quienes no emigran, sino una subpoblación seleccionada, con diferencias en aptitudes y actitudes de distinta naturaleza.

En segundo lugar, se ha apuntado también hacia los procesos de retorno selectivo: si los inmigrantes menos sanos retornan a sus lugares de origen en mayor medida que los sanos, la buena salud del grupo inmigrante en el país receptor estaría sobreestimada. De alguna manera, este argumento remite asimismo a la idea de selección. El flujo de retorno de los inmigrantes que deciden volver hacia sus países de origen también selecciona a la población que permanece en destino. Esta selección opera a favor de los más “resilientes” y de quienes han experimentado un proceso de inserción más exitoso. En el terreno de la epidemiología social, esta selección por el flujo de retorno se ha denominado “sesgo del salmón” (Turra y Elo, 2008; Lu y Qin, 2014), en referencia al viaje que los salmones hacen río arriba. En resumen, las dos explicaciones más comunes a la “paradoja del inmigrante sano” sugieren que los datos de registro o encuesta en los que se miden los diferenciales entre inmigrantes y autóctonos no permiten observar a poblaciones perfectamente comparables. Los inmigrantes, por la selección que supone la emigración y la que implica el flujo de retorno, constituyen una población más dispuesta para el éxito condicional, es decir, descontando las desventajas que, por su posición en la estructura social, se imponen a los autóctonos de su mismo origen o extracción socioeconómica.

La literatura americana y europea ha desarrollado estos argumentos estudiando sobre todo diferencias en los indicadores de salud de la población adulta y prestando una atención muy particular a las diferencias en sus tasas de mortalidad (Turra y Elo, 2008; Arias *et al.*, 2010; Boulogne *et al.*, 2012; Singh y Siahpush, 2002). Sin embargo, la paradoja se ha documentado también entre la población infantil (Hummer *et al.*, 2007; Mendoza, 2009), incluso en el momento del nacimiento, utilizando para ello indicadores de salud perinatal (Cervantes *et al.*, 1999). Por ejemplo, algunos autores (Hummer *et al.*, 2007) han hallado

una menor mortalidad o un menor riesgo de prematuridad (Howard *et al.*, 2006) entre los bebés de madres inmigrantes.

El estudio de las desigualdades en salud entre los menores de origen inmigrante y autóctono en España no es un terreno inexplorado (Marsiglia *et al.*, 2008; Pantzer *et al.*, 2006), aunque sí está infradesarrollado en comparación con otros países europeos o con Estados Unidos. La investigación que se presenta en este artículo intenta contribuir al conocimiento de estas cuestiones, y lo hace explotando datos españoles, con el fin de averiguar en qué medida la supuesta “paradoja del inmigrante sano” es aplicable al caso español y, más en concreto, a la salud en el momento del nacimiento. Para ello se selecciona específicamente como principal variable el peso al nacer. En los siguientes apartados se explica con detalle por qué este indicador es especialmente relevante y se apuntan las razones de la idoneidad del caso español para el análisis. Seguidamente se ofrecen distintos tipos de evidencia, de tipo descriptivo y también analítico, antes de concluir con una breve reflexión sobre las posibles implicaciones de los resultados en la elaboración de políticas públicas.

2. EL BAJO PESO AL NACER COMO INDICADOR DE SALUD Y SUS DETERMINANTES

La Organización Mundial de la Salud define el peso al nacer como aquel que se encuentra por debajo de los 2.500 gramos, independientemente de la edad gestacional del bebé. El bajo peso al nacer es uno de los indicadores más populares en el ámbito de la salud infantil en general y de la salud perinatal (en torno al nacimiento) en concreto. Mientras desde la medicina se han estudiado con detalle los factores genéticos, relacionados con el desarrollo del embarazo, con enfermedades de la madre o con sus estilos de vida que se relacionan con el bajo peso al nacer, desde la sociología, la demografía y la epidemiología el estudio se ha centrado fundamentalmente en determinar su prevalencia en distintos grupos de la población (sus “determinantes sociales”) y en analizar sus potenciales consecuencias.

En los estudios existentes sobre el tema para otros países se ha documentado con mucho detalle que existen grandes diferencias en la incidencia del bajo peso al nacer en función de un buen número de factores. En términos generales se puede afirmar que los mayores recursos de las madres se relacionan con mejores resultados perinatales. Estos recursos pueden ser el nivel educativo (Boardman *et al.*, 2002), la clase social (Pattenden *et al.*, 1999) o un entorno social y emocional favorable (Hohmann-Marriott, 2009). La evidencia disponible para el caso español se encuentra en la misma línea. El riesgo de presentar bajo peso al nacer es mayor en los bebés nacidos en hogares más vulnerables, tanto si se considera la ocupación como la educación (Juárez y Revuelta, 2013). También los niños nacidos de madres no casadas experimentan mayor riesgo de bajo peso al nacer (Castro-Martín, 2010) a pesar de la amplia aceptación social que tienen en España las parejas que no contraen matrimonio y de la mayor heterogeneidad del perfil de este tipo de uniones. Una regularidad interesante en la literatura internacional, especialmente abundante para el caso estadounidense, consiste en que los hijos nacidos de madres inmigrantes tienden a presentar resultados perinatales superiores a los hijos de madres nacidas en el país receptor (Guendelman *et al.*, 1999). Volveremos más adelante a discutir este fenómeno.

Respecto a sus potenciales consecuencias, en el ámbito de la salud existe evidencia que apunta a que el bajo peso al nacer correlaciona con riesgos graves después del nacimiento, incluyendo mayor mortalidad, y que sus efectos son duraderos. Las personas que nacen con bajo peso tienen peor estado de salud general (Johnson y Schoeni, 2011) y sufren en mayor medida afecciones como asma, diabetes, enfermedades coronarias, síndrome metabólico y elevada tensión arterial (Barker, 1995). También en el ámbito educativo el bajo peso se ha asociado con resultados negativos: los niños que nacieron con bajo peso muestran peores aptitudes en el momento en que comienzan la educación formal (Reichman, 2005), más hiperactividad hasta la edad de 18 años (McCormick *et al.*, 1990), menor probabilidad de completar la educación secundaria a la edad recomendada, menor nivel educativo final (Conley y Bennett, 2000) y salarios más bajos en la edad adulta (Black *et al.*, 2007).

2.1. Otros indicadores relevantes de salud perinatal

Si bien la mayor parte de la atención por parte de los investigadores en el ámbito de la salud ha recaído en el bajo peso al nacer, en los últimos años ha aumentado el interés por indicadores alternativos (mejor, complementarios) de salud perinatal. Uno que resulta especialmente importante para nuestro análisis es el alto peso al nacer, normalmente conocido en la literatura médica como macrosomía. Al contrario de lo que ocurre con el umbral de 2.500 gramos para el bajo peso, en el caso de este indicador existe cierto debate sobre la conveniencia de utilizar el umbral de los 4.000 o de los 4.500 gramos. El alto peso al nacer también suele tener su origen en factores genéticos, algunas enfermedades de la madre como la diabetes o la hipertensión, una edad avanzada o factores relacionados con estilos de vida sedentarios. Los “determinantes sociales”, sin embargo, se han estudiado en mucha menor medida que para el bajo peso al nacer. Solamente existe alguna evidencia en torno a la correlación positiva entre una edad avanzada y niveles bajos de formación de la madre, por una parte, y el riesgo de dar a luz un niño con alto peso (Frank *et al.*, 2000).

El análisis de las consecuencias de la macrosomía fetal se ha centrado fundamentalmente en el ámbito de la salud. Al margen de las mayores complicaciones durante el parto e inmediatamente después (Stotland *et al.*, 2004), que incluyen una mayor mortalidad (Zhang *et al.*, 2008), los niños con alto peso al nacer experimentan también un mayor riesgo de padecer enfermedades en la edad adulta que los niños nacidos dentro del rango normal de peso. Por ejemplo se ha asociado la macrosomía con un riesgo mayor de padecer diabetes de tipo 2 entre los hombres y de presentar obesidad en ambos sexos (Johnsson *et al.*, 2015).

3. LA RELEVANCIA DEL CASO ESPAÑOL

El español es especialmente pertinente como caso de estudio por varias razones. Por una parte, una relacionada con la tendencia experi-

mentada por los indicadores de salud infantil en las últimas décadas. La prevalencia del bajo peso al nacer es sistemáticamente más alta en España que la media de la Unión Europea y de la OCDE. Si bien es cierto que desde mediados de los años noventa el indicador ha empeorado en la mayor parte de países europeos, España es el país que registra un mayor aumento del porcentaje de bebés nacidos con bajo peso en ese periodo de entre todos los que disponen de datos para analizar la tendencia (OCDE 2009, 2014). Sin duda este espectacular aumento está relacionado con al menos tres factores: la mayor proporción de nacimientos que procede de mujeres de mayor edad como consecuencia del aplazamiento de la maternidad (Fernández, 2008), el creciente recurso a los tratamientos de fertilidad que, como se sabe, está relacionado con el aumento de los embarazos múltiples (Blondel *et al.*, 2002) y la mayor supervivencia de los niños vulnerables (por ejemplo, grandes prematuros) estimulada por las mejoras tecnológicas. Es asimismo probable que el mayor peso que han ido adquiriendo los nacimientos de madres no casadas (Castro-Martín, 2010) en el total de nacimientos, así como la mayor participación laboral de las mujeres y la expansión de ocupaciones que puedan suponer riesgos para la gestación (Ronda *et al.*, 2005) hayan podido contribuir al aumento de las tasas de niños nacidos con peso bajo. En el extremo opuesto, España también presenta niveles de sobrepeso y obesidad muy notables tanto en la población adulta, que registra niveles entre los más altos de Europa (OMS, 2013) como entre la población infantil (INE, 2012).

Por otro lado, las características del fenómeno de la inmigración en España son también óptimas para el estudio de la salud perinatal. Como es bien conocido, la inmigración en España ha ocurrido en un breve lapso de tiempo (comenzó a tener lugar de manera sustancial en torno al año 2000), a un ritmo muy intenso y sin precedentes en los países de nuestro entorno y con un perfil demográfico, especialmente por lo que respecta a la edad, muy homogéneo. Esto permite pensar que la mayor parte de los niños nacidos en la actualidad de madres de origen inmigrante pertenecen a la primera generación, llamada habitualmente generación 1,5. También es relevante para nuestro análisis el hecho de que los nacimientos de madres nacidas fuera de España constituyen una parte muy sustancial del total de nacimientos registrados en España.

4. UN BREVE APUNTE SOBRE LOS DATOS

España carece de infraestructuras estadísticas para el estudio de los procesos de desigualdad perinatal y desarrollo temprano. Mientras que en otros países existen datos de panel o encuestas longitudinales que siguen a cohortes de recién nacidos hasta la adolescencia o incluso hasta la edad adulta, en España no existe aún ni siquiera la iniciativa de invertir en este tipo de operaciones.

Sin embargo, el Instituto Nacional de Estadística (INE) pone a disposición de los investigadores enormes bases de datos hechas a partir de registros administrativos. En este trabajo utilizamos los datos del Movimiento Natural de la Población, concretamente del *Boletín Estadístico del Parto* del INE para el año 2013. No se trata, por tanto, de una base de datos con base muestral sino de un registro de todos los nacimientos acontecidos en España a lo largo de dicho año que ofrece información sobre las características del parto, el estado del bebé y alguna información socioeconómica de la madre y el padre.

En resumen, nuestros análisis utilizan el universo de referencia, aunque, por razones ana-

líticas excluimos los partos múltiples (que, como se sabe, presentan mayor riesgo de bajo peso) y los partos de un feto sin vida.

5. ¿CÓMO SE DISTRIBUYE EL PESO AL NACER ENTRE LOS NIÑOS CON MADRES NACIDAS EN ESPAÑA Y FUERA DE ESPAÑA?

En el cuadro 1 se muestra la distribución del peso al nacer para el total de los nacimientos, para los nacidos de madres autóctonas y para los nacidos de madres de origen inmigrante. Consideramos primero la distribución haciendo uso de los principales umbrales que se utilizan en la literatura médica, epidemiológica y demográfica. Tenemos de este modo todos los nacimientos que tuvieron lugar en 2013 divididos en seis tramos: niños nacidos por debajo del kilo de peso (extremadamente bajo), entre un kilo y un kilo y medio (muy bajo), entre 1.500 y 2.500 gramos (bajo), entre 2.500 y 4.000 gramos (normal o normopeso), de más de 4 kilos pero menos de 4,5 (alto) y de más de cuatro kilos y medio (muy alto).

Como se aprecia en el cuadro, mientras casi el 89 por ciento de los niños con madres nativas se encuentra en el rango de peso nor-

CUADRO 1

DISTRIBUCIÓN DE LOS NACIMIENTOS POR CATEGORÍAS ANALÍTICAS DE PESO AL NACER

<i>Tramos de peso al nacer</i>	<i>Autóctonos</i>	<i>Inmigrantes</i>
<1.000grs.	0,19	0,27
1.001/1.500grs.	0,46	0,54
1.501/2.500grs.	5,77	4,98
2.501/4.000grs.	88,77	86,28
4.001/4.500grs.	4,34	6,85
>4.500grs.	0,46	1,08
Total	100,00	100,00

Fuente: Elaboración propia a partir de las estadísticas del Movimiento Natural de la Población.

mal, entre los hijos de inmigrantes el porcentaje es algo menor, el 86 por ciento. La incidencia del bajo peso en las categorías de extremadamente bajo, muy bajo y bajo peso son bastante similares en los dos grupos y, aunque el grupo de madres inmigrantes tiene una incidencia ligeramente inferior en las dos categorías más extremas de bajo peso, la pauta se revierte en la categoría, mucho más relevante en términos de su peso cuantitativo en el total de nacimientos, de peso bajo (1.500 a 2.500). En el extremo opuesto de la distribución, los hijos de mujeres de origen inmigrantes que nacen con alto y muy alto peso también son más numerosos que los hijos de madres autóctonas. Aunque tradicionalmente ha tenido más reflejo en el debate público sobre salud el problema del bajo peso al nacer, un simple vistazo a la distribución en estos seis tramos permite apreciar que el peso alto representa un problema de al menos la misma magnitud que el bajo si atendemos exclusivamente a cuánto representa respecto al total de nacimientos.

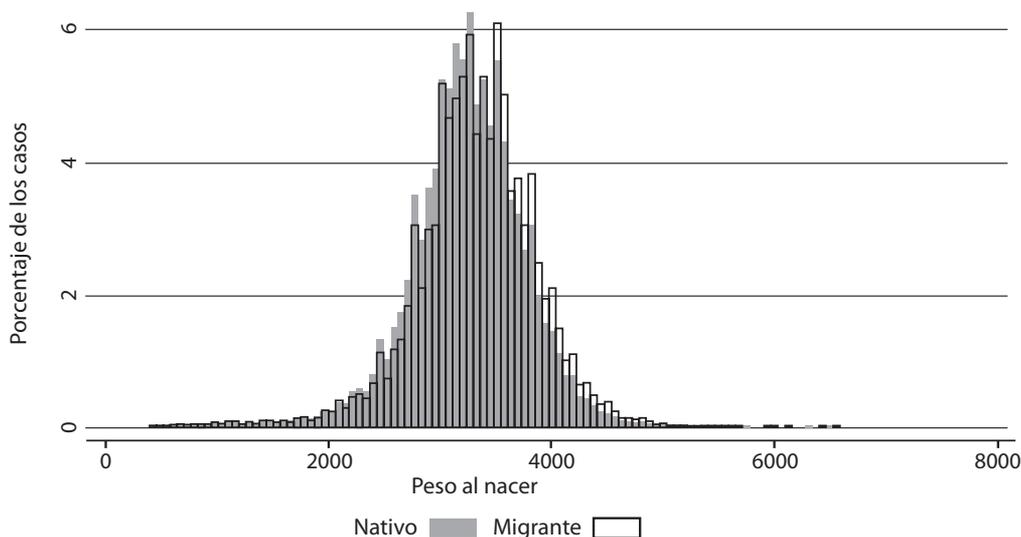
Obviamente, el correlato más evidente del bajo peso al nacer (por debajo de 2.500 gramos) es la prematuridad. En el cuadro 2 mostramos cómo en más de la mitad del total de nacimientos con bajo peso en España, en

concreto en un 54 por ciento, el parto fue prematuro. Esta cifra es marcadamente distinta si nos fijamos en nuestros dos subgrupos de madres nativas e inmigrantes. Entre las madres nacidas en España, el 52 por ciento de los casos de bajo peso se debe a la prematuridad; este porcentaje se dispara hasta el 61 por ciento en el caso de las madres nacidas fuera de España. Este hallazgo puede tener importantes implicaciones para afrontar la atención durante la gestación en los distintos grupos de madres.

En el gráfico 1 mostramos, al margen ya de las categorías habitualmente utilizadas en la literatura, la distribución completa del peso al nacer en los dos grupos de interés. Se presentan en blanco las barras correspondientes al peso de niños de madres inmigrantes y en color las barras que representan el peso de niños de madres nacidas en España. Hay dos diferencias llamativas entre las dos distribuciones que ya se apreciaban en el cuadro 1. En primer lugar, una mayor incidencia entre los nativos de los pesos bajos pero no extremadamente bajos. En segundo lugar, una concentración significativamente más intensa de pesos al nacer por encima de la mediana en la submuestra de inmigrantes.

GRÁFICO 1

DISTRIBUCIÓN DEL PESO AL NACER ENTRE HIJOS DE INMIGRANTES Y AUTÓCTONOS



Fuente: Elaboración propia a partir de las estadísticas del Movimiento Natural de la Población.

CUADRO 2

DISTRIBUCIÓN DE LA PREMATURIDAD POR ESTATUS MIGRATORIO

	<i>A término</i>	<i>Prematuros</i>
Nativos	47,70	52,30
Inmigrantes	39,20	60,80
Total	46,13	53,87

Fuente: Elaboración propia a partir de las estadísticas del Movimiento Natural de la Población.

No obstante, las diferencias presentadas hasta el momento no tienen en cuenta otros factores que pueden estar relacionados con el peso al nacer. En el siguiente apartado abordamos estas diferencias controlando por el efecto de las variables que la literatura especializada ha señalado como determinantes del peso al nacer.

6. LAS DIFERENCIAS NETAS EN EL PESO AL NACER: ¿REALMENTE SER INMIGRANTE SUPONE UNA VENTAJA?

En el gráfico 2 se muestran las diferencias netas (controlando por los factores relevantes que se han considerado determinantes del peso al nacer como el nivel formativo de la madre, el número de hijos antes del nacimiento que se analiza, el sexo del bebé o el origen concreto de la madre) entre los dos grupos, nativos e inmigrantes. Cuando la madre tiene origen inmigrante su bebé nace con más de 50 gramos de peso más, en media, que una mujer autóctona de similares características. Aunque existe cierta heterogeneidad en las diferencias entre los nativos y los hijos de los orígenes con mayor presencia en los datos (sobre todo a favor de los hijos de nacidos de padres o madres chinos o marroquíes, y en menor medida ecuatorianos), ninguna de sus pautas específicas se aleja de la tendencia

general que apunta a un mayor peso medio de los niños de origen inmigrante².

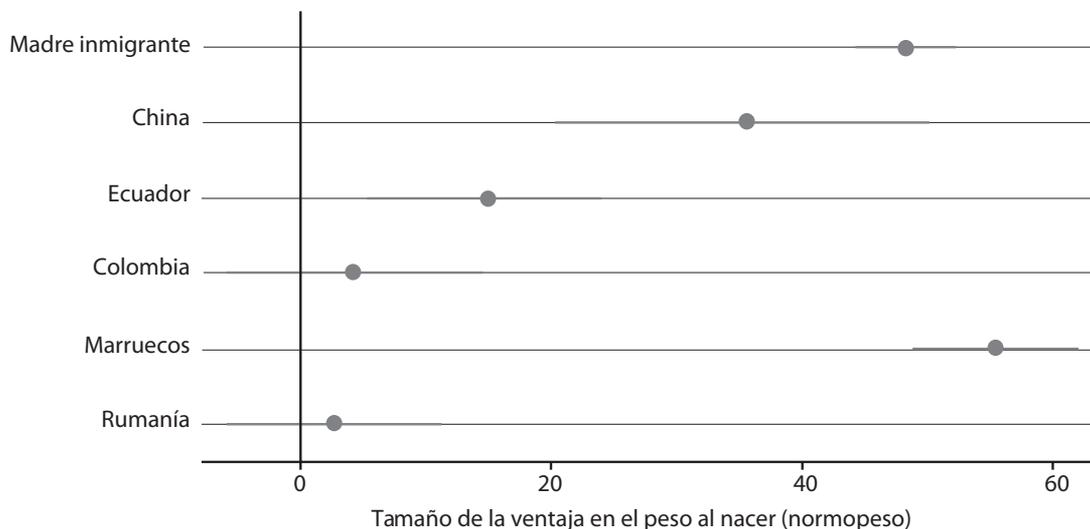
Los hallazgos de este análisis son en principio coherentes con la “paradoja del inmigrante saludable” que describíamos antes. No obstante, las evidentes diferencias en peso medio pudieran en realidad estar ocultando diferencias en los extremos de la distribución del peso al nacer. En nuestros siguientes análisis abordamos esta cuestión.

Examinemos en primer lugar si la probabilidad de presentar pesos fuera de los márgenes saludables (bajo y alto peso al nacer, respectivamente) son similares en los dos grupos de interés, cuando se controla además de nuevo por el potencial efecto de otros factores relevantes. El gráfico 3 presenta estos resultados. En la parte izquierda comparamos las probabilidades de tener un niño con bajo peso (frente a un niño con normopeso) que, como se aprecia, son superiores en el caso de las madres nativas. Si bien en términos absolutos la diferencia no parece de gran magnitud, las diferencias son significativas desde el punto de vista estadístico (los intervalos de confianza no se solapan). Incluso teniendo en cuenta el efecto mediador de otros factores que se asocian con el bajo peso, ser inmigrante parece proteger en cierta medida de este riesgo.

² Estas variables se han construido utilizando el país de origen del padre y/o la madre de los recién nacidos con el fin de modelizar el efecto de diferencias fenotípicas.

GRÁFICO 2

DIFERENCIALES EN EL PESO AL NACER ENTRE INMIGRANTES DE DISTINTO ORIGEN Y AUTÓCTONOS
(PESO MEDIO EN LA LÍNEA NEGRA VERTICAL)

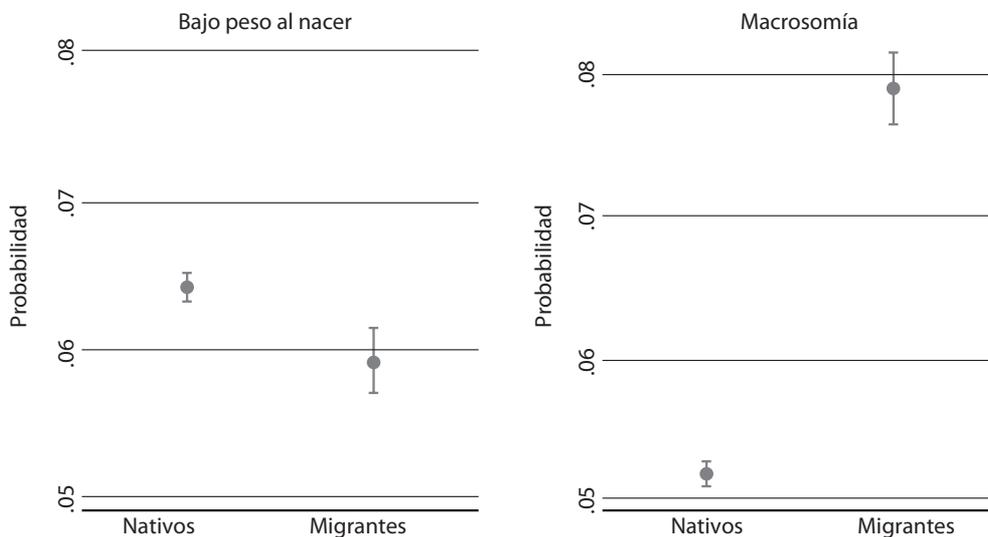


Nota: Estimadores obtenidos a partir de una regresión lineal controlando por el sexo del recién nacido, la educación de la madre, y el número de hijos. Intervalos de confianza 95 por ciento.

Fuente: Elaboración propia a partir de las estadísticas del Movimiento Natural de la Población.

GRÁFICO 3

RIESGO DE BAJO PESO AL NACER Y DE MACROSOMÍA ENTRE LOS HIJOS DE INMIGRANTES Y AUTÓCTONOS



Nota: Estimadores obtenidos a partir de una regresión logística binaria controlando por el sexo del recién nacido, la educación de la madre, y el número de hijos. Intervalos de confianza 95 por ciento.

Fuente: Elaboración propia a partir de las estadísticas del Movimiento Natural de la Población.

En la parte derecha del gráfico 3 se comparan en cambio las distintas probabilidades de tener alto peso al nacer (frente a nacer con normopeso) en los dos grupos, de nuevo destacando la posible influencia de otras variables intervinientes. Las diferencias en este caso son mucho más marcadas y van en el sentido opuesto al caso del bajo peso. Si tener una madre de origen inmigrante parece representar una ventaja para evitar el bajo peso, tiende, sin embargo, a incrementar de manera muy notable el riesgo de experimentar macrosomía fetal. Ofrecemos, en consecuencia, evidencia rigurosa sobre la falta de adecuación completa de la llamada “paradoja del inmigrante sano” en la salud perinatal en España.

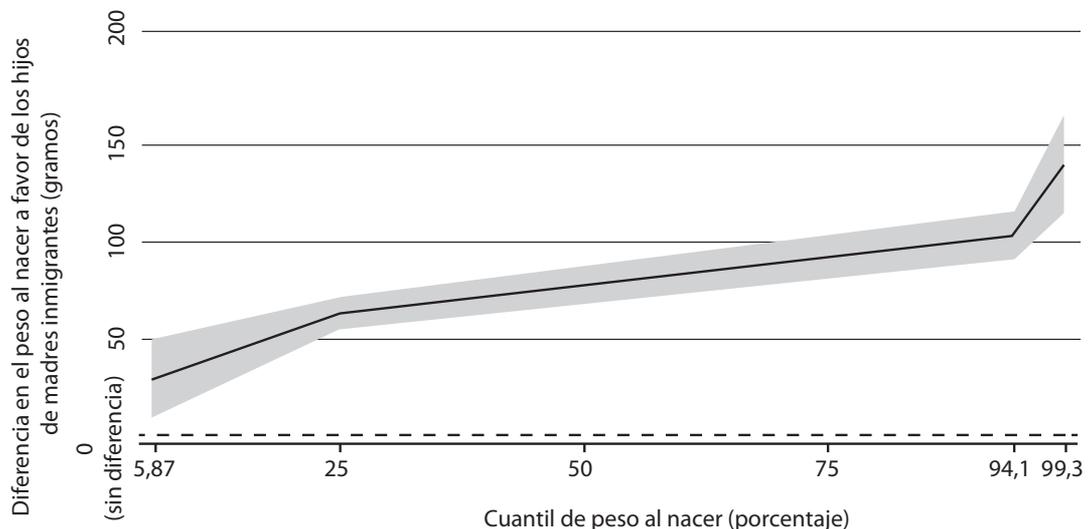
Analizamos por último las diferencias entre los dos grupos sobre el peso medio pero esta vez nos interesa determinar si la ventaja media que antes habíamos detectado se mantiene en distintos tramos de la distribución controlando una vez más (pero esta vez para cada tramo concreto de la distribución de nuestra variable a explicar) por el posible efecto de otros correlatos del peso al nacer. De este modo, las diferencias que presentamos son netas y se permite que las rela-

ciones entre nuestra característica explicativa (nativo/inmigrante), la variable explicada (peso al nacer) y los factores intervinientes puedan ser diferentes en distintas partes de la distribución. En el gráfico 4 mostramos cómo cambia el efecto de la inmigración a lo largo de la variable peso.

La línea negra discontinua que se presenta en horizontal marca el caso en el que, para un determinado percentil de peso, el peso medio de los hijos de los inmigrantes y los autóctonos es igual. El tramo que incluye los pesos considerados como bajos (por debajo de 2,5 kilos) incluye desde el peso mínimo al percentil 5,87. Aquí, el origen inmigrante se asocia con una ventaja neta de 29 gramos. En otros tramos interesantes de la distribución (por ejemplo, en aquellos por debajo de cuyo peso se encuentra el 25 por ciento, 50 por ciento y 75 por ciento de los nacidos) la ventaja inmigrante neta asciende a 63, 75 y 88 gramos respectivamente. Esta pauta, que en principio podríamos interpretar como evidencia a favor de la paradoja a la que aludíamos anteriormente, adquiere el máximo interés en el extremo más alto de la distribución. En el tramo de peso alto, por encima de los cuatro kilos (por

GRÁFICO 4

EVOLUCIÓN DEL DIFERENCIAL DE PESO AL NACER ENTRE LOS HIJOS DE INMIGRANTES Y AUTÓCTONOS



Nota: Estimadores obtenidos a partir de una regresión cuantílica controlando por el sexo del recién nacido, la educación de la madre, y el número de hijos. Intervalos de confianza 95 por ciento.

Fuente: Elaboración propia a partir de las estadísticas del Movimiento Natural de la Población.

encima del percentil 94,1), el peso de los niños de origen inmigrante es 104 gramos superior y en el tramo de peso muy alto, por encima de 4,5 kilos (por encima del percentil 99,3), esta diferencia llega hasta los 140 gramos. Como es fácil entender, la diferencia a favor de los niños de origen inmigrante supone una clara ventaja en los tramos bajos y normales de la distribución pero implica una seria desventaja en el extremo de pesos altos. Este importante resultado pone de manifiesto la incompleta visión que hasta ahora se había ofrecido sobre la paradoja y la necesidad de prestar más atención a indicadores alternativos de salud perinatal.

7. CONCLUSIONES E IMPLICACIONES PARA LAS POLÍTICAS PÚBLICAS

Los resultados de esta investigación suponen una contribución importante a la literatura sobre salud perinatal y a la discusión sobre sus “determinantes sociales”. La evidencia internacional, que se ha basado abrumadoramente en el caso estadounidense, lleva años apuntando la existencia de un resultado contraintuitivo: mientras sus inmigrantes, especialmente los procedentes de Latinoamérica, ocupan, en términos generales, posiciones sociales menos favorables que los autóctonos, su salud es mejor, y sus tasas de mortalidad, menores. Esta paradoja se había mostrado también en ese contexto para la salud infantil y, en concreto, para la salud perinatal. En este trabajo se ha seleccionado uno de los indicadores más importantes de salud perinatal, el peso al nacer, comparando, para el caso español, las diferencias en este indicador entre niños con madres nacidas en España y niños con madres de origen inmigrante. Esta comparación permite aportar evidencia sobre la validez de la paradoja en un contexto migratorio muy especial.

Los hallazgos de este trabajo ponen en cuestión la adecuación de la paradoja para el caso español y, muy posiblemente, también en términos generales. El excesivo énfasis en el peso medio y, sobre todo, en el bajo peso al nacer, indicadores para los que claramente se aprecia una ventaja del grupo inmigrante, oculta la existencia de una importante desventaja del grupo de inmigrantes en el extremo alto de la distribución. Las madres nacidas fuera de España muestran una

mayor probabilidad de tener hijos con alto y muy alto peso. Las diferencias con los hijos de madres nativas son más amplias a medida que nos movemos hacia pesos superiores. La supuesta ventaja que alimentaba la validez de la paradoja debe ser, pues, cuestionada.

Estos resultados tienen implicaciones relevantes para el debate público. Como aspecto más novedoso, el trabajo ofrece información útil para documentar la creciente presencia de sobrepeso y obesidad en la población infantil y adulta. Es sabido que el alto peso al nacer está relacionado con pesos problemáticos en la infancia y la vida adulta, y con enfermedades vinculadas. Dado que la macrosomía fetal es un problema más acuciante entre la población inmigrante, cabe esperar que estos niños estén asimismo sobrerrepresentados en los indicadores de excesivo peso y enfermedades asociadas, como la diabetes de tipo 2. La intervención en los determinantes de la macrosomía, especialmente en lo que respecta a la obesidad materna y los estilos de vida (nutrición inadecuada y falta de actividad física durante la gestación) puede reducir su prevalencia y disminuir de manera indirecta los problemas asociados al sobrepeso en la población infantil y adulta. Algunos analistas han sugerido ya que se debe prestar atención a los flujos migratorios para entender el aumento de los casos de sobrepeso y obesidad en los países receptores de cantidades significativas de inmigrantes (Riosmena *et al.*, 2013).

Finalmente, conviene recalcar que, lamentablemente, las implicaciones de las regularidades identificadas en este trabajo, así como las causas últimas de este proceso, no pueden ser estudiadas en España, toda vez que carece de las herramientas estadísticas necesarias para aplicar los avances sustantivos y metodológicos que se están produciendo en la literatura internacional sobre desarrollo infantil, entre ella, la que estudia la desventaja temprana de los menores de origen inmigrante. La producción de los datos apropiados debería convertirse en una prioridad en el ámbito de la salud pública.

BIBLIOGRAFÍA

ABRAIDO-LANZA, A. F.; DOHRENWEND, B. P.; NG-MAK, D. S., y J. BLAKE TURNER (1999), “The Latino

mortality paradox: A test of the 'Salmon Bias' and healthy migrant hypotheses", *American Journal of Public Health*, 89 (10): 1543–48.

ARIAS, E.; ESCHBACH, K.; SCHAUMAN, W. S.; BACKLUND, E. L., y P. D. SORLIE (2010), "The Hispanic mortality advantage and ethnic misclassification on US death certificates", *American Journal of Public Health*, 100 (S1): S171–77.

BARKER, D. J. (1995), "Fetal origins of coronary heart disease", *BMJ: British Medical Journal*, 311 (6998): 171.

BLONDEL, B.; KOGAN, M. D.; ALEXANDER, G. R.; DATTANI, N.; KRAMER, M. S.; MACFARLANE, A., y S. WU WEN (2002), "The impact of the increasing number of multiple births on the rates of preterm birth and low birthweight: An international study", *American Journal of Public Health*, 92 (8): 1323–30.

BOARDMAN, J. D.; POWERS, D. A.; PADILLA, Y. C., y R. A. HUMMER (2002), "Low birth weight, social factors, and developmental outcomes among children in the United States", *Demography*, 39 (2): 353–68.

BOULOGNE, R.; JOUGLA, E.; BREEM, Y.; KUNST, A. E., y G. REY (2012), "Mortality differences between the foreign-born and locally-born population in France (2004–2007)", *Social Science & Medicine*, 74 (8): 1213–23.

CASTRO-MARTÍN, T. (2010), "Single motherhood and low birthweight in Spain: Narrowing social inequalities in health?", *Demographic Research*, 22: 863–90.

CEBOLLA, H., y A. MARTÍNEZ DE LIZARRONDO (2015), "Las expectativas educativas de la población inmigrante en Navarra. ¿Optimismo inmigrante o efectos de escuela?", *Revista Internacional de Sociología*, 73 (1): e007.

CERVANTES, A.; KEITH, L., y G. WYSHAK (1999), "Adverse birth outcomes among native-born and immigrant women: Replicating national evidence regarding Mexicans at the local level", *Maternal and Child Health Journal*, 3 (2): 99–109.

CONLEY, D., y N. G. BENNETT (2000), "Is biology destiny? Birth weight and life chances", *American Sociological Review*, 65: 458–67.

CZAIKA, M. y M. VOTHKNECHT (2014), "Migration and aspirations – are migrants trapped on a

hedonic treadmill?", *IZA Journal of Migration*, 3 (1): 1–21.

FELICIANO, C. (2005), "Educational selectivity in US immigration: How do immigrants compare to those left behind?", *Demography*, 42 (1): 131–52.

FERNÁNDEZ-REINO, M. (2016), "Immigrant optimism or anticipated discrimination? Explaining the first educational transition of ethnic minorities in England", *Research in Social Stratification and Mobility*, 46: 141–56.

FRANK, R.; FRISBIE, W. P., y S. G. PULLUM (2000), "Race/ethnic differentials in heavy weight and cesarean births", *Population Research and Policy Review*, 19 (5): 459–75.

FRIEDBERG, R. M. (1996), "You can't take it with you? Immigrant assimilation and the portability of human capital", National Bureau of Economic Research, <http://www.nber.org/papers/w5837>.

GUENDELMAN, S.; BUEKENS, P.; BLONDEL, B.; KAMINSKI, M.; NOTZON, F. C., y G. MASUY-STROOBANT (1999), "Birth outcomes of immigrant women in the United States, France, and Belgium", *Maternal and Child Health Journal*, 3 (4): 177–87.

HOHMANN-MARRIOTT, B. (2009), "The couple context of pregnancy and its effects on prenatal care and birth outcomes", *Maternal and Child Health Journal*, 13 (6): 745–54.

HOWARD, D. L.; MARSHALL, S. S.; KAUFMAN, J. S., y D. A. SAVITZ (2006), "Variations in low birth weight and preterm delivery among blacks in relation to ancestry and nativity: New York City, 1998–2002", *Pediatrics*, 118 (5): e1399–1405.

HUMMER, R. A.; POWERS, D. A.; PULLUM, S. G.; GOSSMAN, G. L., y W. PARKER FRISBIE (2007), "Paradox found (again): Infant mortality among the Mexican-origin population in the United States", *Demography*, 44 (3): 441–57.

INSTITUTO NACIONAL DE ESTADÍSTICA (2012), Encuesta Nacional de Salud de España 2011/12. Tablas, disponible en http://www.msc.es/estadEstudios/estadisticas/encuestaNacional/encuestaNac2011/DeterminantesSalud_DistribucionPorcentual.pdf

JOHANSSON, I. W.; HAGLUND, B.; AHLSSON, F., y J. GUSTAFSSON (2015) "A high birth weight is associated with increased risk of type 2 diabetes and obesity", *Pediatric Obesity*, 10 (2): 77–83.

JOHNSON, R. C., y R. F. SCHOENI (2011), "Early-Life origins of adult disease: National longitudinal population-based study of the United States", *American Journal of Public Health*, 101 (12): 2317–24.

JUÁREZ, S., y B. REVUELTA (2013), "Socio-economic differences in low birth weight: Revisiting epidemiological approaches", *Revista Española de Investigaciones Sociológicas*, 144: 73–96.

KENNEDY, S.; KIDD, M. P.; McDONALD, J. T., y N. BIDDLE (2015), "The healthy immigrant effect: Patterns and evidence from four countries", *Journal of International Migration and Integration*, 16 (2): 317–32.

LU, Y., y L. QIN (2014), "Healthy migrant and salmon bias hypotheses: A study of health and internal migration in China", *Social Science & Medicine*, 102: 41–48.

LUQUE, M. A. (2008), "Evolución del riesgo de mortalidad fetal tardía, prematuridad y bajo peso al nacer, asociado a la edad materna avanzada, en España (1996-2005)", *Gaceta Sanitaria*, 22 (5): 396–403.

MARSIGLIA, F. F.; KULIS, S.; LUENGO, M. A., y T. NIERI (2008), "Immigrant advantage? substance use among Latin American immigrant and native-born youth in Spain", *Ethnicity and Health* 13, (2): 149–70.

MCCORMICK, M. C.; GORTMAKER, S. L. y A. M. SOBOL (1990), "Very low birth weight children: Behavior problems and school difficulty in a national sample", *The Journal of Pediatrics*, 117 (5): 687–93.

MENDOZA, F. S. (2009), "Health disparities and children in immigrant families: A research agenda", *Pediatrics*, 124 (Supplement 3): S187–95.

OCDE (2009), *Health at a glance 2009, OECD Indicators*, OECD Publishing.

— (2014), *Health at a glance: Europe 2014*. OECD Publishing.

ORGANIZACIÓN MUNDIAL DE LA SALUD (2013), *Nutrition, physical activity and obesity: Spain*, disponible en http://www.euro.who.int/__data/assets/pdf_file/0020/243326/Spain-WHO-Country-Profile.pdf

PALLONI, A., y E. ARIAS (2004), "Paradox lost: explaining the Hispanic adult mortality advantage", *Demography*, 41 (3): 385–415.

PALLONI, A., y J. D. MORENOFF (2001), "Interpreting the paradoxical in the Hispanic paradox", *Annals of the New York Academy of Sciences*, 954 (1): 140–74, doi:10.1111/j.1749-6632.2001.tb02751.x.

PANTZER, K.; RAJMIL, L.; TEBÉ, C.; CODINA, F.; SERRA-SUTTON, V.; FERRER, M.; RAVENS-SIEBERER, U.; SIMEONI, M-C., y J. ALONSO (2006), "Health related quality of life in immigrants and native school aged adolescents in Spain", *Journal of Epidemiology and Community Health*, 60 (8): 694–98.

PATTENDEN, S.; DOLK, H., y M. VRIJHEID (1999), "Inequalities in low birth weight: Parental social class, area deprivation, and 'lone mother' status", *Journal of Epidemiology and Community Health*, 53 (6): 355–58.

REICHMAN, N. E. (2005), "Low Birth weight and school readiness", *The Future of Children*, 15 (1): 91–116.

RIOSMENA, F.; WONG, R., y A. PALLONI (2013), "Migration selection, protection, and acculturation in health: A binational perspective on older adults", *Demography*, 50 (3): 1039–64.

RONDA, E.; REGIDOR, E.; GARCÍA, A. M., y V. DOMÍNGUEZ (2005), "Association between congenital anomalies and paternal exposure to agricultural pesticides depending on mother's employment status", *Journal of Occupational and Environmental Medicine*, 47 (8): 826–28.

SINGH, G. K., y M. SIAHPUSH (2002), "Ethnic-immigrant differentials in health behaviors, morbidity, and cause-specific mortality in the United States: An analysis of two national data bases", *Human Biology*, 74 (1): 83–109.

STOTLAND, N. E.; CAUGHEY, A. B.; BREED, E. M., y G. J. ESCOBAR (2004), "Risk factors and obstetric complications associated with macrosomia", *International Journal of Gynecology & Obstetrics*, 87 (3): 220–26.

TURRA, C. M., e I. T. ELO (2008), "The impact of salmon bias on the Hispanic mortality advantage: New Evidence from social security data", *Population Research and Policy Review*, 27 (5): 515–30.

ZHANG, X.; DECKER, A.; PLATT, R. W., y M. S. KRAMER (2008), "How big is too big? The perinatal consequences of fetal macrosomia", *American Journal of Obstetrics and Gynecology*, 198 (5): 517-e1.

