



ISC Instituto de Salud Carlos III

ciberesp
Centro de Investigación Biomédica en Red
Epidemiología y Salud Pública

Estado de salud, determinantes y uso de servicios de la población inmigrada en España. Encuestas Nacionales de Salud 2006 y 2012

Subprograma de Inmigración y Salud CIBERESP

Mayo 2014

Coordinación del informe: Davide Malmusi^{1,2}

Análisis estadísticos: Mercè Gotsens^{1,2}

Coordinación del Subprograma de Inmigración y Salud: Elena Ronda Pérez^{1,3}, Jordi Casabona^{1,4}

Gestión del Subprograma de Inmigración y Salud: Cristina Hernando^{1,5}

1. Centro de Investigación Biomédica en Red en Epidemiología y Salud Pública (CIBERESP)
2. Agència de Salut Pública de Barcelona
3. Centro de Investigación en Salud Laboral (CISAL), Universidad de Alicante
4. Centre d'Estudis Epidemiològics sobre les Infeccions de Transmissió Sexual i Sida de Catalunya (CEEISCAT), Institut Català d'Oncologia, Generalitat de Catalunya. Fundació Institut d'Investigació Germans Trias i Pujol.
5. Doctorado en Pediatría, Obstetricia y Ginecología, Medicina Preventiva y Salud Pública, UAB

Cita sugerida: Davide Malmusi, Mercè Gotsens (coordinadores). Estado de salud, determinantes y uso de servicios de la población inmigrada en España. Encuestas Nacionales de Salud 2006 y 2012. CIBERESP, 2014.

El estudio ha sido parcialmente financiado por el Instituto de Salud Carlos III del Ministerio de Economía y Competitividad, a través del Centro de Investigación Biomédica en Red en Epidemiología y Salud Pública, y del Subprograma de proyectos de investigación en salud (PI13/00261), y por el Séptimo Programa Marco de la Unión Europea (FP7/2007-2013) bajo el acuerdo de financiación nº 278173 (proyecto SOPHIE).

Resumen

Tras el crecimiento exponencial de principios de la pasada década, la población inmigrada del extranjero se estabiliza en España, a la vez que sufre los efectos de la crisis económica. El análisis de la última Encuesta Nacional de Salud, de 2012, y su comparación con la anterior edición de 2006 brindan una oportunidad para estudiar la evolución de los determinantes, estado de salud y uso de servicios de la población inmigrada, en comparación con la población autóctona y en función de características como el sexo, el lugar de origen, el tiempo de residencia y la clase social, entre otras, y estandarizando por edad.

Las limitaciones de tamaño muestral no permiten un análisis pormenorizado por país de procedencia, perdiendo elementos de heterogeneidad de la población nacida en el extranjero. Sin embargo, para el conjunto de la población inmigrada de países de menor renta en comparación con la población autóctona se detectan algunos patrones consistentes en ambas encuestas. Tanto la evolución de 2006 a 2012 como la comparación entre personas inmigradas con mayor o menor tiempo de residencia indican un deterioro de algunos indicadores de salud, sobretodo mental y factores de riesgo cardiovascular, y la convergencia, en sentido a veces positivo y a veces negativo, de patrones de uso de servicios, cribados, fármacos y conductas de riesgo con la población autóctona. Los resultados muestran una tendencia a un menor uso de los servicios de salud, pero con diferencias que varían según el nivel asistencial, origen y sexo.

El nivel de desarrollo económico del país de nacimiento es un determinante fundamental, de manera que el grupo de inmigrantes de países de economía avanzada no presenta en general una situación desfavorecida en términos de condiciones de vida y salud. La clase social explica o modifica algunas de las asociaciones entre país de nacimiento e indicadores de salud, y marca diferencias también dentro de la población inmigrada. Lo mismo ocurre en el caso del género, observándose diferencias en las asociaciones entre los dos sexos y encontrándose en general mayor desigualdad por estatus migratorio entre las mujeres.

Las condiciones de vida y trabajo son determinantes fundamentales de la salud para los cuales la población inmigrada se encuentra en situación desfavorecida y muestra una evolución negativa. Las políticas activas de empleo y de protección social pueden prevenir el deterioro de la salud física y mental. En un contexto anterior a la implantación de los decretos de sostenibilidad del Sistema Nacional de Salud, se han reducido desigualdades en áreas como el cribado de cáncer, mientras que estas desigualdades persisten para aquellos servicios proveídos principalmente por la sanidad privada. Estos decretos pueden poner estos hitos en entredicho y hacer peligrar la equidad del sistema.

Summary

Following the exponential growth of the beginning of last decade, foreign immigrant population in Spain is getting stable, while suffering the effects of the economic crisis. Analysis of the latest National Health Survey in 2012, and its comparison with the previous edition of 2006 provide an opportunity to study the evolution of the determinants, health status and use of services of the immigrant population, compared with the native population and according to characteristics such as sex, place of origin, length of residence and social class, among others, and standardizing by age.

Sample size limitations do not allow a detailed analysis by country of origin, losing elements of heterogeneity of the foreign-born population. However, for the whole of the immigrant population from lower income countries some consistent patterns are detected in comparison with the native population in both surveys. Both evolution from 2006 to 2012 as the comparison between immigrants with varying residence time indicate deterioration in some health indicators, especially mental health and cardiovascular risk factors, and the convergence with the native population, with sometimes positive and sometimes negative consequences, in the patterns of use of care and screening services, medicines and risky behaviors. The results also show a trend towards less use of health services, but with differences that vary by level of care, origin and gender.

The level of economic development of the country of birth is a major determinant, so that the group of immigrants from countries with advanced economy is generally not disadvantaged in terms of living conditions and health. Social class explains or modifies some of the associations between country of birth and health indicators, and also marks differences within the immigrant population. The same goes for gender differences in associations observed between the two sexes, with generally larger migrant status inequalities among women.

The living and working conditions are key determinants of health for which the immigrant population is disadvantaged and shows a negative trend. Social protection and active labour market policies can prevent deterioration of physical and mental health. In a context previous to the implementation of governmental decrees of sustainability of the National Health System, inequalities in areas such as cancer screening were reduced, whereas these inequalities persisted for healthcare services poorly covered by the public system. These decrees can put these successes into question and endanger the fairness of the system.

Tabla de contenido

Resumen.....	3
Summary	4
Preámbulo	6
Metodología	7
Capítulo 1. Determinantes sociales de la salud.....	10
<i>Davide Malmusi, Mercè Gotsens</i>	
Capítulo 2. Estado de salud general y condiciones crónicas	20
<i>Davide Malmusi, Mercè Gotsens</i>	
Capítulo 3. Salud Mental	30
<i>Francisco Collazos, Adil Qureshi, Davide Malmusi</i>	
Capítulo 4. Salud laboral.....	38
<i>Elena Ronda Pérez</i>	
Capítulo 5. Factores de riesgo cardiovascular.....	46
<i>Cristina Hernando, Laia Ferrer, Mercè Gotsens</i>	
Capítulo 6. Cribado de cáncer y salud sexual y reproductiva.....	70
<i>Vanessa Rodríguez, Silvia de Sanjosé, Mercè Gotsens, Davide Malmusi</i>	
Capítulo 7. Utilización de fármacos.....	82
<i>Mónica Ballesta, Mercè Gotsens</i>	
Capítulo 8. Acceso y utilización de los servicios de salud	88
<i>Irene García Subirats, Ingrid Vargas, María Luisa Vázquez</i>	
Conclusiones.....	106
Referencias	109

Preámbulo

La población inmigrante en España ha experimentado en la última década un incremento que nunca antes se había producido. El último censo de población registra a 1 de noviembre de 2011 6.307.277 personas nacidas en el extranjero residentes en España, el 13,5% de la población total, y casi el triple de la registrada en el censo anterior de 2001 (2.172.201 personas, el 5,3% de la población de entonces). El padrón continuo registra cifras incluso superiores (2.594.052 a 1 de enero de 2002, 6.759.780 a 1 de enero de 2012, el 14,3% de la población).

En los últimos años, coherentemente con esta nueva realidad, los estudios realizados sobre migración en el Estado Español han aumentado considerablemente. La investigación epidemiológica ha tenido en los estudios transversales, y principalmente en la Encuesta Nacional de Salud (ENS), pero también en las encuestas de salud autonómicas y de ciudad, una fuente de información muy relevante para hacer un primer diagnóstico sobre la salud y el uso de servicios sanitarios de la población inmigrante.

En 2013 el Ministerio de Sanidad ha puesto a disposición los microdatos de la ENS 2011-12. Estos nuevos datos pueden ayudar a entender la evolución de las necesidades de salud de esta población así como el impacto de la crisis económica que la está golpeando con especial fuerza, como demuestra por ejemplo la tasa de paro por nacionalidad (el año 2011 según la Encuesta de Población Activa, 19,6% en españoles y 32,8% en extranjeros). Todavía son pocos los estudios publicados sobre la evolución de indicadores de salud en España en el contexto de la crisis que den cuenta del impacto diferencial en población inmigrante.

En este contexto, el Subprograma de Inmigración y Salud de CIBERESP, que agrupa los diversos grupos del consorcio que llevan a cabo actividad investigadora sobre población inmigrante, se ha propuesto analizar de manera sistemática los datos de las dos últimas ENS (la anterior fue en 2006) y dar a conocer los resultados con la redacción conjunta del presente informe.

Así pues, el informe tiene el objetivo de describir el estado de salud, acceso y uso de servicios sanitarios, factores de riesgo y determinantes socioeconómicos de la población inmigrante mayor de 15 años residente en España:

- en función de características como el sexo, el nivel de renta del país de nacimiento, el continente, el tiempo de residencia o la clase social;
- en comparación con la población nacida en España;
- estudiando la evolución entre los años 2006 y 2012.

Metodología

Diseño, población y fuente de datos

Los datos proceden de las ediciones 2006 y 2012 de la Encuesta Nacional de Salud (ENS), una encuesta transversal en población general realizada por el Instituto Nacional de Estadística y el Ministerio de Sanidad. La población de estudio está formada por todas las personas no institucionalizadas de 15 años o más residentes en España. Los individuos fueron seleccionados mediante un muestreo polietápico, estratificado y la información se recogió a través de entrevistas personales (MSPS, 2006, 2012). Se entrevistaron 29.478 personas en 2006 y 21.007 en 2012.

Variables

Las variables dependientes se describen en cada capítulo. El año de encuesta, el sexo, el país de nacimiento, la clase social y el tiempo de residencia se han utilizado como variables de estratificación, además del estado de salud percibido en el capítulo de servicios sanitarios.

El país de nacimiento ha sido agrupado en las siguientes categorías: a) nacidos en España, b) nacidos en otros países de renta alta (PRA), que son aquellos países clasificados como economías avanzadas por el Fondo Monetario Internacional (IMF, 2011), c) nacidos en el resto de países, de menor renta o países de renta baja (PRB). Además, estos últimos se han desagregado según continente de procedencia en: América Latina, Europa del Este, África y Asia. En la tabla 1.1 se observa la distribución de la población según sexo y país de nacimiento. Aproximadamente el 10% de la población entrevistada ha nacido en PRB, de éstos, la mayoría son de países de América Latina, aunque han disminuido respecto al año 2006. A nivel de país, se observa que la procedencia de las personas de América Latina es bastante heterogénea, destacando Ecuador y Colombia. Por otra parte, se observa que el 65% de los inmigrantes de Europa del Este proceden de Rumania, mientras que el 71% de los inmigrantes de África son de Marruecos.

Tabla 1.1. Personas entrevistadas según sexo y país de nacimiento. ENS 2006 y 2012.

País de nacimiento	2006		2012	
	Mujeres	Hombres	Mujeres	Hombres
España	13089	12701	9173	8812
Países renta baja	1600	1414	1326	1201
América Latina	1000	708	768	562
Ecuador	224	191	147	110
Colombia	176	112	138	96
Argentina	110	108	74	71
Bolivia	120	46	65	48
Perú	61	64	75	60
Europa del Este	310	283	306	256
Rumania	197	194	187	175
África	230	373	163	308
Marruecos	173	260	125	208
Asia	60	50	91	75
Países renta alta	288	303	256	239
Francia	50	53	39	29
Alemania	40	24	48	34
Reino Unido	53	75	73	66

En las tablas 1.2 y 1.3 se muestra la distribución por edad de la población de 15 años o más en los años 2006 y 2012 respectivamente. Se observa como la población inmigrante de PRB tiene una mediana de edad inferior a la de la población española y de PRA excepto los hombres asiáticos en la encuesta del año 2012 que presentan una mediana de edad similar a los españoles.

Tabla 1.2. Edad según sexo y país de nacimiento. Personas de 15 años o más. ENS 2006.

País de nacimiento	Mujeres			Hombres		
	P25	P50	P75	P25	P50	P75
España	33	47	64	31	44	60
Países renta baja	26	32	43	26	33	42
América Latina	27	34	44	27	33	43
Europa del Este	25	30	34	23	39	38
África	24	31	42	26	33	42
Asia	28	36	50	25	31	36
Países renta alta	32	43	57	32	39	55

P₂₅ percentil 25, P₅₀ percentil 50 (mediana), P₇₅ percentil 75

Tabla 1.3. Edad y tiempo de residencia según sexo y país de nacimiento. Personas de 15 años o más. ENS 2012.

País de nacimiento	Mujeres						Hombres					
	Edad			Tiempo de residencia			Edad			Tiempo de residencia		
	P ₂₅	P ₅₀	P ₇₅	P ₂₅	P ₅₀	P ₇₅	P ₂₅	P ₅₀	P ₇₅	P ₂₅	P ₅₀	P ₇₅
España	34	48	65	-	-	-	33	46	61	-	-	-
Países renta baja	28	35	43	5	8	10	28	35	44	6	9	12
América Latina	28	36	45	5	8	11	28	34	44	6	9	11
Europa del Este	30	37	42	6	7	10	27	34	41	6	8	10
África	24	30	38	6	9	15	31	38	47	7	10	15
Asia	25	32	43	4	10	13	33	43	46	7	10	12
Países renta alta	41	51	61	6	14	30	39	45	59	7	13	30

P₂₅ percentil 25, P₅₀ percentil 50 (mediana), P₇₅ percentil 75

En la tabla 1.3 también se muestra la distribución de la variable tiempo de residencia (sólo disponible en la ENS 2012), se observa que la mediana de tiempo de residencia para las mujeres de PRB es de 8 años y para los hombres de 9. Además, las mujeres presentan una mediana inferior que los hombres independientemente del país de nacimiento, salvo en PRA y Asia. Para los análisis del informe esta variable se ha categorizado en 2 grupos: inmigrantes de PRB con 10 años o menos de residencia e inmigrantes de PRB con más de 10 años de residencia y en el caso del capítulo de utilización de servicios sanitarios en 3 grupos: inmigrantes con menos de 5 años de residencia, inmigrantes con 5 a 10 años de residencia e inmigrantes con más de 10 años de residencia.

La clase social se ha determinado a partir de la actual o última ocupación de la persona de referencia (sustentadora principal del hogar). La clasificación sigue las propuestas de la Sociedad Española de Epidemiología, tanto para la CNO-1994 vigente en la ENS 2006, y la CNO-2011 introducida en la ENS 2012 (Domingo-Salvany et al., 2013). La clase social se ha agrupado en dos categorías, no manual (más favorecida, clases I-III en la clasificación antigua y I-IV en la nueva) y manual (más desfavorecida, IV-V y V-VII respectivamente).

La autovaloración del estado de salud general se ha utilizado para estratificar los análisis del capítulo 8 según necesidad. Se ha agrupado en buena (respuestas: excelente, muy buena o buena) y mala (regular o mala) salud percibida.

Análisis estadístico

Se han analizado las variables dependientes según país de nacimiento, clase social y tiempo de residencia estratificando todos los resultados por sexo y año de encuesta.

Se ha aplicado el coeficiente de ponderación para tener en cuenta el diseño muestral de las encuestas. Entre otros factores, el coeficiente construido por el INE tiene también en cuenta la nacionalidad española/extranjera, corrigiendo con un factor superior a 1 la baja participación de las personas extranjeras. Sin embargo, dicho factor es igual para todas las personas extranjeras, no corrigiendo por lo tanto por la participación diferencial de colectivos de distintas nacionalidades (González-Rábago et al., 2014).

Se presentan los porcentajes estandarizados por edad según el método directo con sus intervalos de confianza al 95% basados en una distribución gamma. Los porcentajes estandarizados permiten comparar la información obtenida entre inmigrantes y autóctonos, ya que las personas inmigrantes son más jóvenes (tabla 1.2 y 1.3) que la población española y determinados indicadores, sobre todo de salud, pueden variar según la edad de las personas. Se ha utilizado como población de referencia el conjunto de la población nacida en el extranjero y residente en España a 1 de enero del año 2012 según la información del Padrón continuo del Instituto Nacional de Estadística. De esta manera las prevalencias estandarizadas en la población inmigrada se mantienen similares a las crudas, mientras que su estructura de edad se aplica a la población autóctona modificándola de manera sustancial, como se puede ver en el ejemplo de la tabla 1.4.

Tabla 1.4. Porcentajes crudo y estandarizado por edad de la mala salud percibida según sexo y país de nacimiento. Personas de 15 años o más. ENS 2006 y 2012.

País de nacimiento	2006				2012			
	Hombres		Mujeres		Hombres		Mujeres	
	% crudo	%	% crudo	%	% crudo	%	% crudo	%
España	27,9	21,5	40,2	30,1	24,1	17,2	33,7	22,3
Países renta alta	25,7	24,3	29,0	26,3	19,5	19,6	19,2	10,1
Países renta baja	23,0	24,3	34,6	37,1	18,3	20,2	27,4	27,9

Por último, es importante tener en cuenta que algunos resultados deben ser interpretados con cierta prudencia debido al reducido número de casos analizados. Además, en alguna ocasión y debido a la misma causa no se han podido estimar dichos porcentajes.

Capítulo 1. Determinantes sociales de la salud

Davide Malmusi^{1,2}, Mercè Gotsens^{1,2}

1. Centro de Investigación Biomédica en Red en Epidemiología y Salud Pública (CIBERESP)

2. Agència de Salut Pública de Barcelona

En este capítulo se presentan los siguientes indicadores:

- Clase social
- Nivel de estudios
- Situación laboral
- Responsabilidad de las tareas del hogar
- Hacinamiento
- Apoyo social

Los indicadores se han seleccionado entre los disponibles en las dos ediciones de la ENS. En el momento de cerrar el informe, todavía no se dispone de la información sobre renta de las personas entrevistadas en la ENS 2012. Las condiciones de trabajo en personas con empleo se describen en el capítulo de Salud laboral.

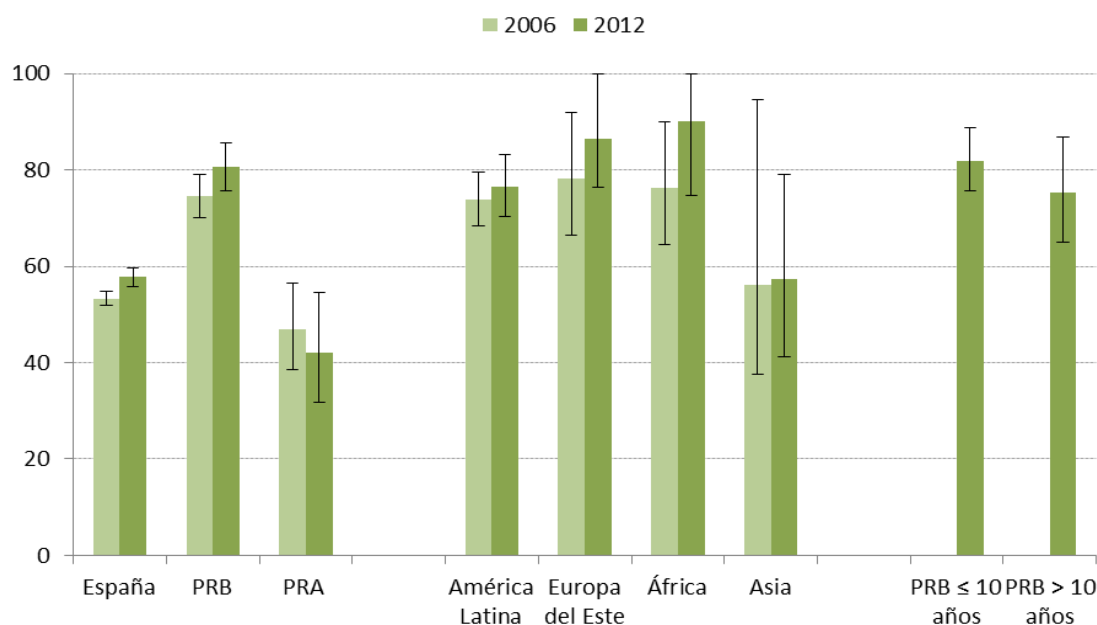
Clase social

Las personas inmigradas de países de renta baja se concentran en las ocupaciones más desfavorables, a la inversa de lo que ocurre en las que proceden de países de renta alta.

El aumento en la proporción de “manuales” se explica principalmente por el cambio de clasificación descrito en la Metodología.

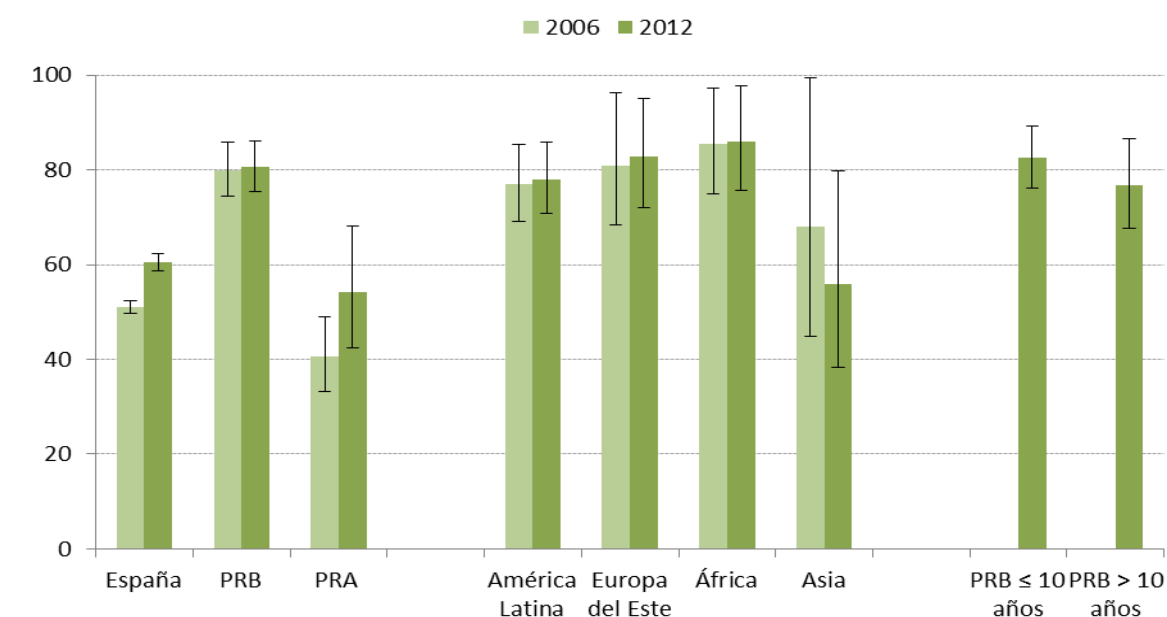
- En ambos sexos, 4 de cada 5 inmigrantes de países de renta baja (PRB) se encuentran en la clase manual, frente a poco más de la mitad de las personas autóctonas y algo menos de la mitad de personas de países de renta alta (PRA) (figuras 1.1 y 1.2).
- El hallazgo se repite para todos los continentes menos Asia.
- El porcentaje tiende a disminuir ligeramente en inmigrantes de PRB con mayor tiempo de residencia.

Figura 1.1. Clase social manual según país de nacimiento y años de residencia. Mujeres. ENS 2006 y 2012. Porcentajes estandarizados por edad.



PRB países de renta baja; PRA países de renta alta

Figura 1.2. Clase social manual según país de nacimiento y años de residencia. Hombres. ENS 2006 y 2012. Porcentajes estandarizados por edad.



PRB países de renta baja; PRA países de renta alta

Nivel de estudios

Las personas de países de renta baja tienen en mayor proporción que las autóctonas estudios secundarios, y en menor proporción estudios primarios o superiores.

El nivel de estudios también se considera una medida de posición socioeconómica, aunque en el caso de la población inmigrada suele obtenerse en el país de procedencia. En los gráficos, las categorías se han agrupado en tres: primarios o inferiores (incluyendo personas sin estudios), secundarios, superiores (universitarios).

- En comparación con las autóctonas, las personas de PRB tienen en mayor proporción estudios secundarios, y en menor proporción estudios superiores o estudios primarios o inferiores (figuras 1.3 y 1.4).
- En ambos años, las personas de PRA presentan un mayor nivel de estudios y las de Asia un menor.

Figura 1.3. Nivel de estudios finalizados según país de nacimiento y años de residencia. Mujeres. ENS 2006 y 2012. Porcentajes estandarizados por edad.

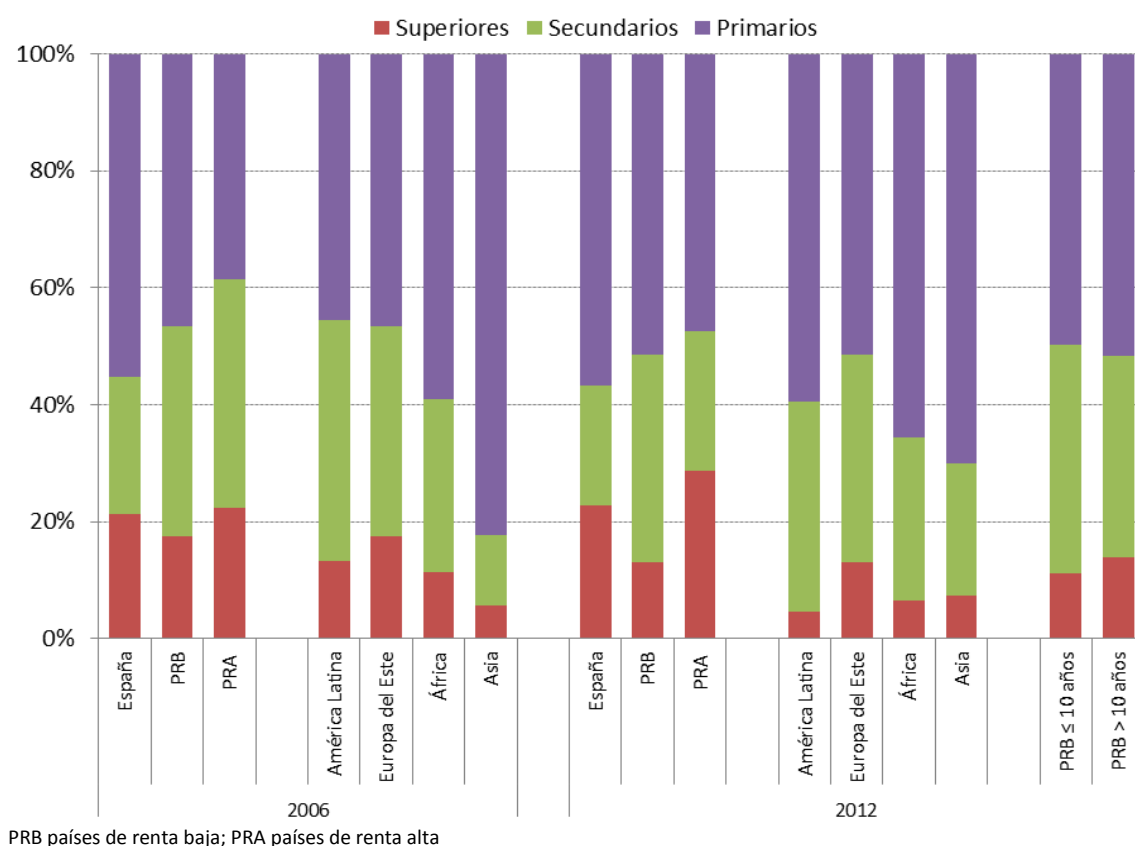
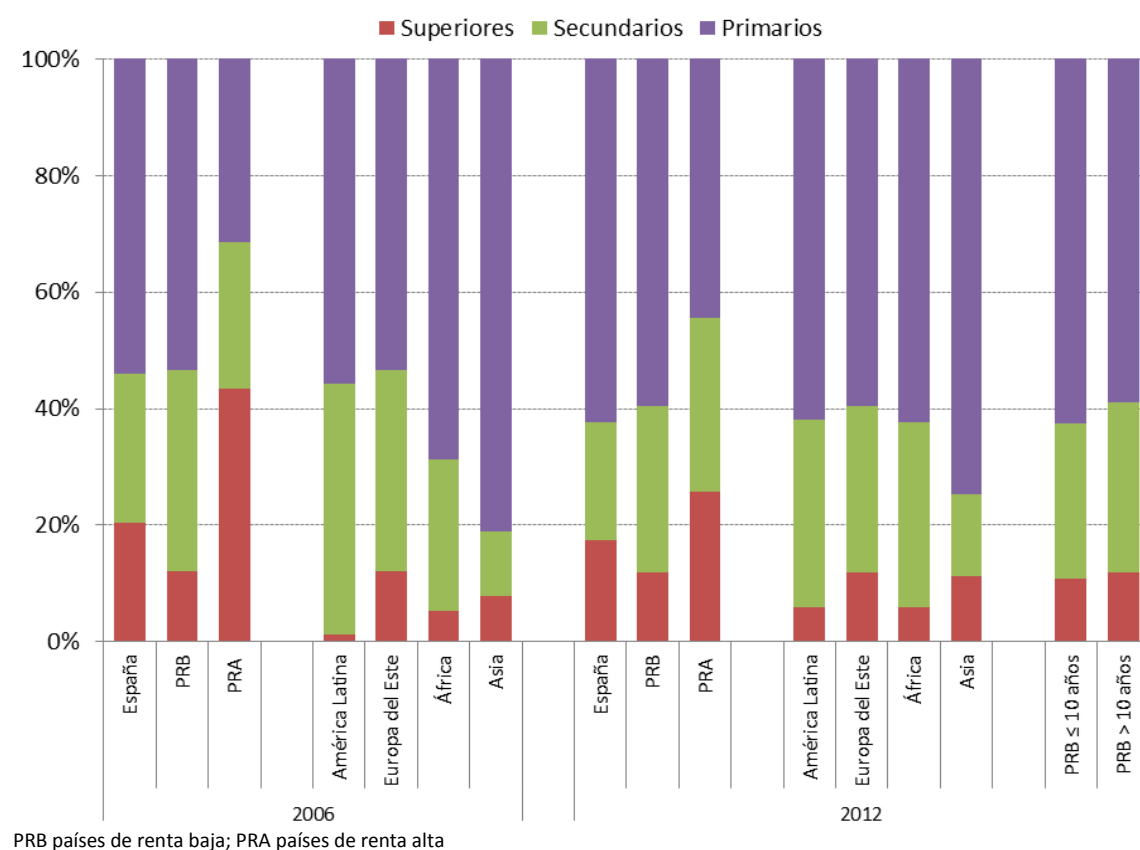


Figura 1.4. Nivel de estudios finalizados según país de nacimiento y años de residencia. Hombres. ENS 2006 y 2012. Porcentajes estandarizados por edad.



Situación laboral

Las personas de países de renta baja han pasado de tener las mayores tasas de empleo en 2006 a las mayores tasas de paro en 2012, año en que menos de la mitad tenía un empleo.

La situación laboral también se presenta en tres categorías: personas con empleo remunerado, que se declaran en desempleo, y otra situación, que incluye personas jubiladas, estudiantes, personas dedicadas a labores del hogar, o con incapacidad permanente.

- En 2006, la proporción de personas empleadas era superior en PRB (figuras 1.5 y 1.6, izquierda).
- Entre ellas, en mujeres destacaban las de América y África, mientras que la mayoría de asiáticas se encontraba fuera del mercado laboral.
- Las diferencias respecto a las autóctonas eran mayores en mujeres de clase manual (figura 1.7, izquierda)
- La subida del paro de 2012 es común a todos los sexos y orígenes (figura 1.5 y 1.6, derecha), destacando sobretodo en hombres de PRB, y dentro de estos, de África, y de clase manual (figura 1.7, derecha).
- El crecimiento del paro es más moderado en las personas autóctonas de clase no manual.

Figura 1.5. Situación laboral según país de nacimiento y años de residencia. Mujeres. ENS 2006 y 2012. Porcentajes estandarizados por edad.

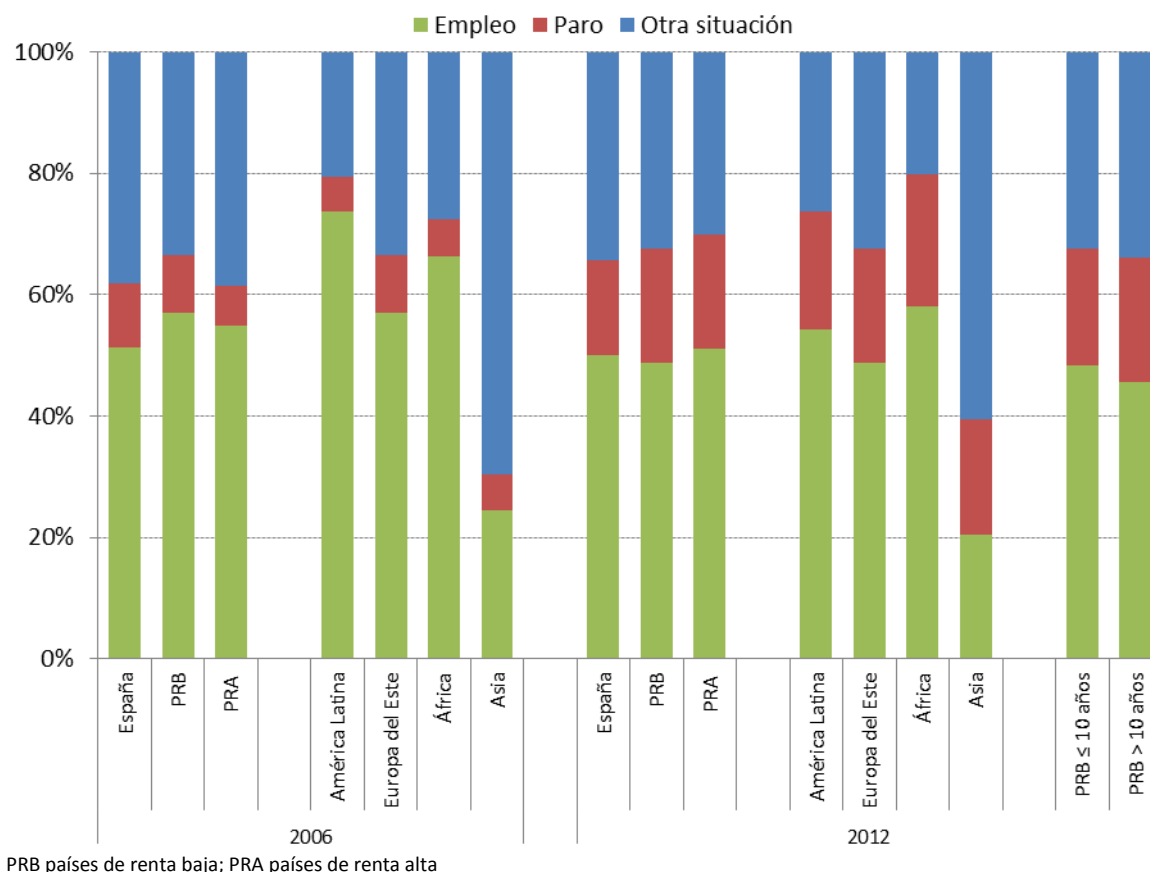


Figura 1.6. Situación laboral según país de nacimiento y años de residencia. Hombres. ENS 2006 y 2012. Porcentajes estandarizados por edad.

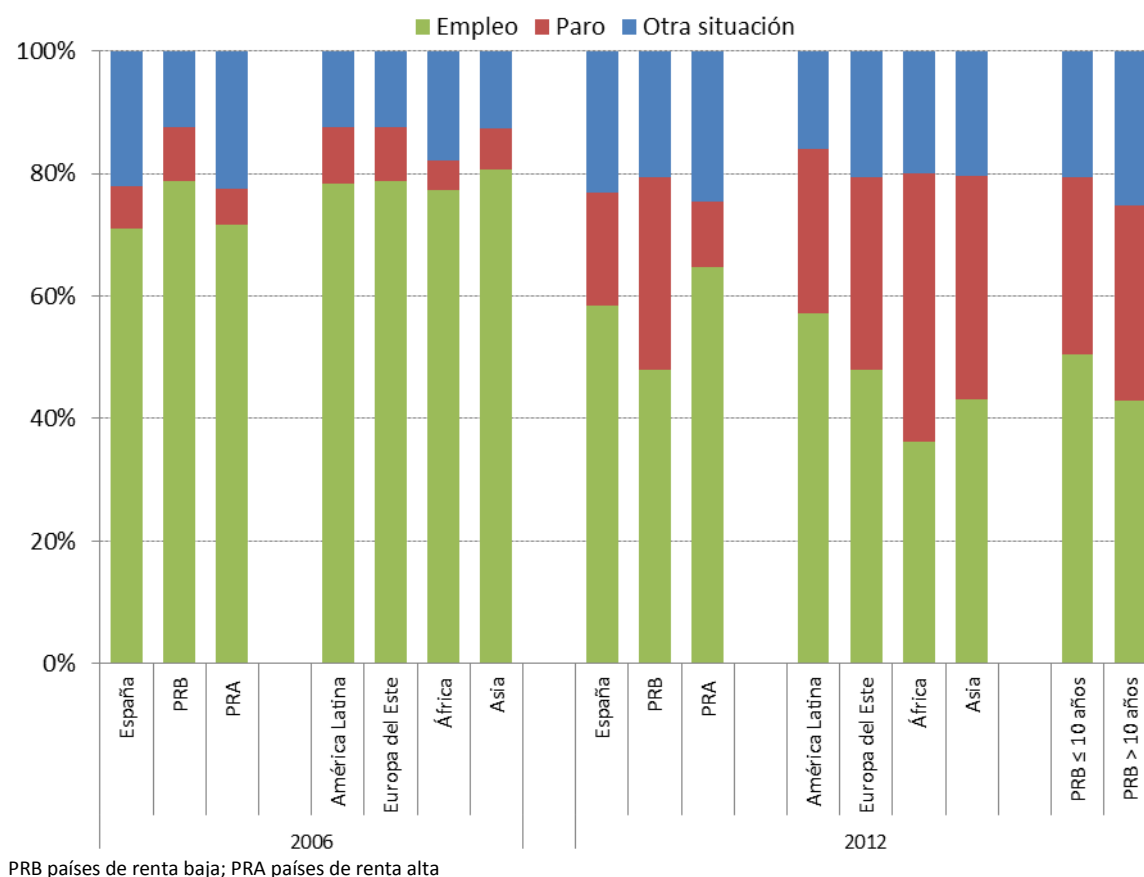
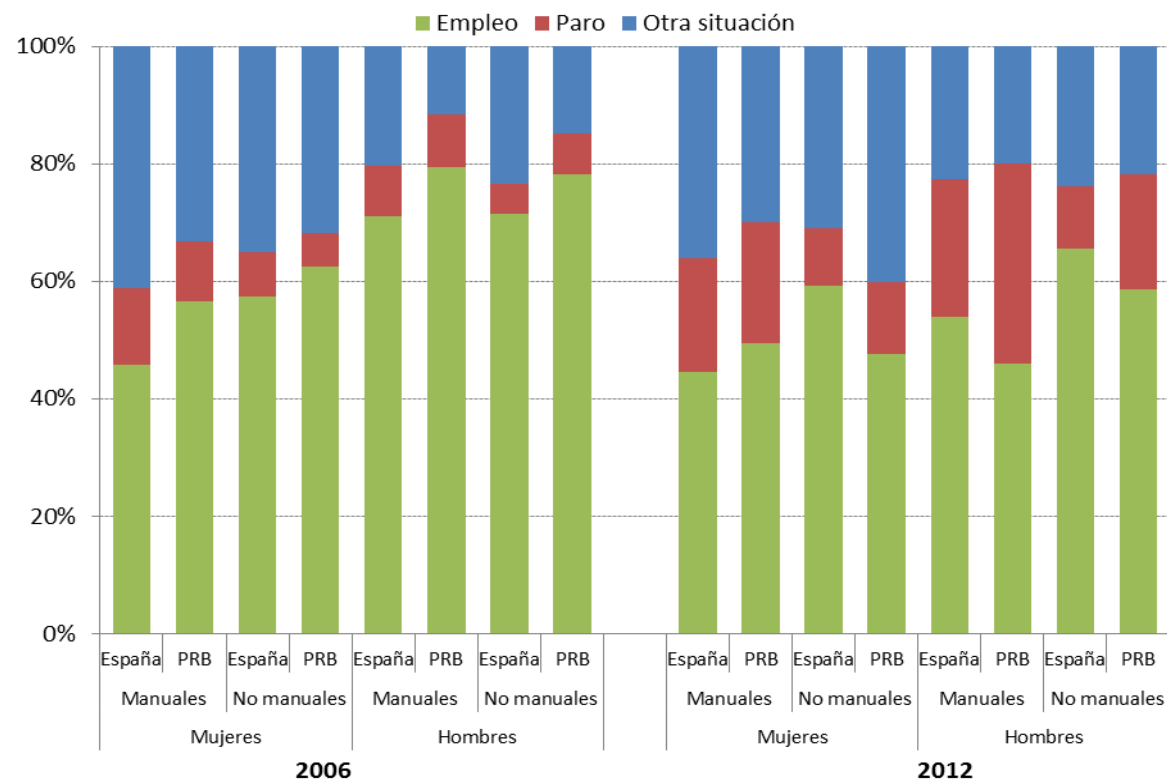


Figura 1.7. Situación laboral según sexo, clase social y país de nacimiento. ENS 2006 y 2012. Porcentajes estandarizados por edad.

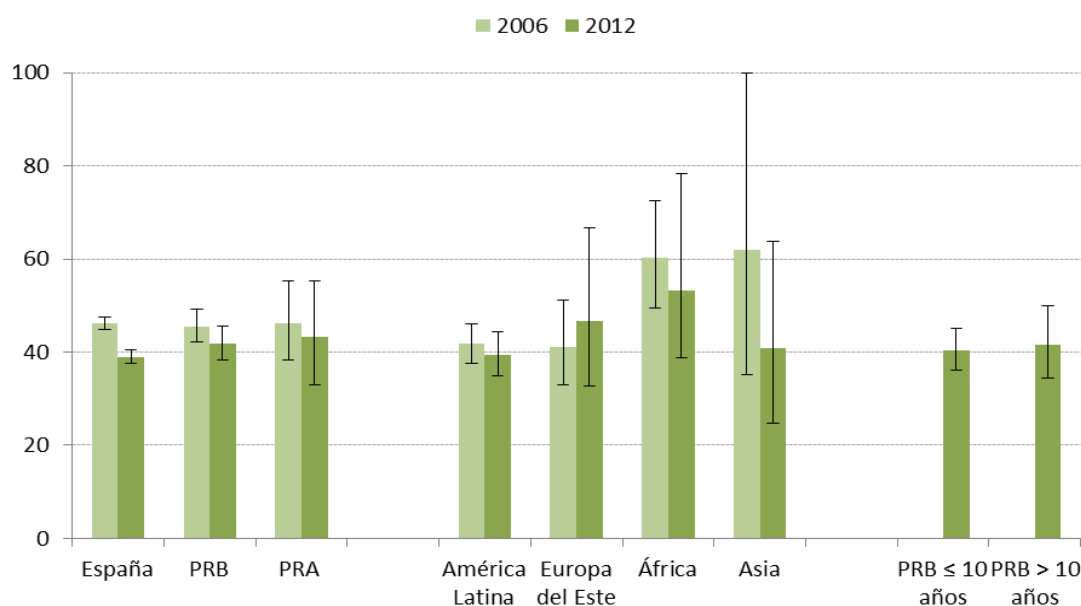


Trabajo doméstico no remunerado

Para resumir la información sobre trabajo doméstico no remunerado, se ha construido, a partir de la pregunta de opciones múltiples “En su casa ¿quién se ocupa principalmente de las tareas del hogar, como fregar, cocinar, planchar, etc.?”, seleccionando las personas que declaran realizarlas solas.

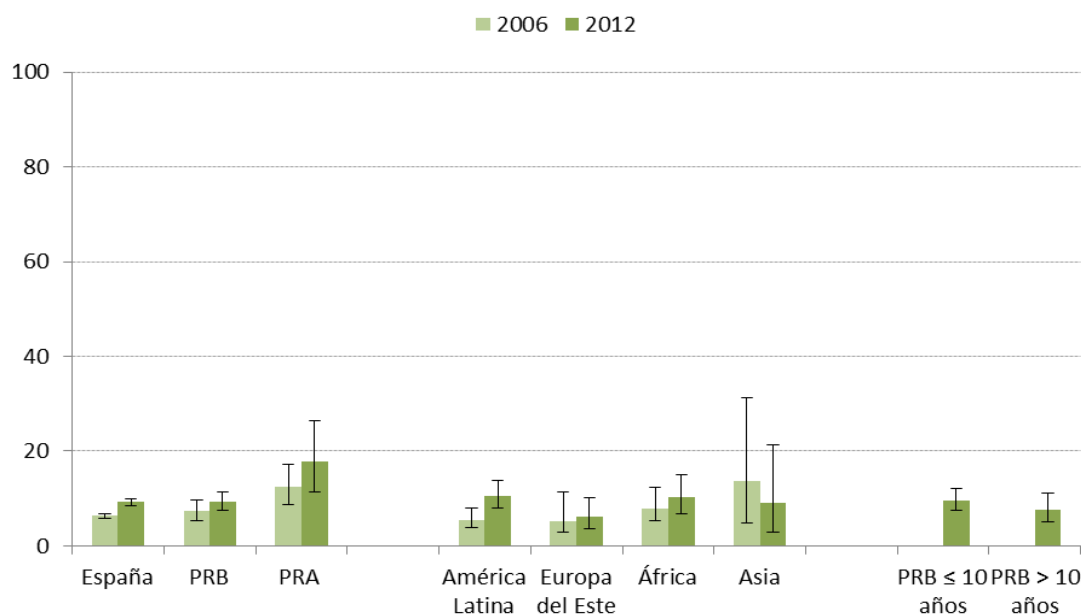
- Alrededor del 40% de las mujeres y menos del 10% de los hombres realizan solas las tareas domésticas.
- No se aprecian diferencias relevantes por origen, salvo un mayor porcentaje en mujeres africanas (figura 1.8) y hombres de PRA (figura 1.9).
- En las mujeres autóctonas, la proporción es superior en clase manual. Esto no ocurre, o es incluso al revés en 2012, en mujeres de PRB (figura 1.10).

Figura 1.8. Personas que realizan solas las tareas del hogar según país de nacimiento y años de residencia. Mujeres. ENS 2006 y 2012. Porcentajes estandarizados por edad.



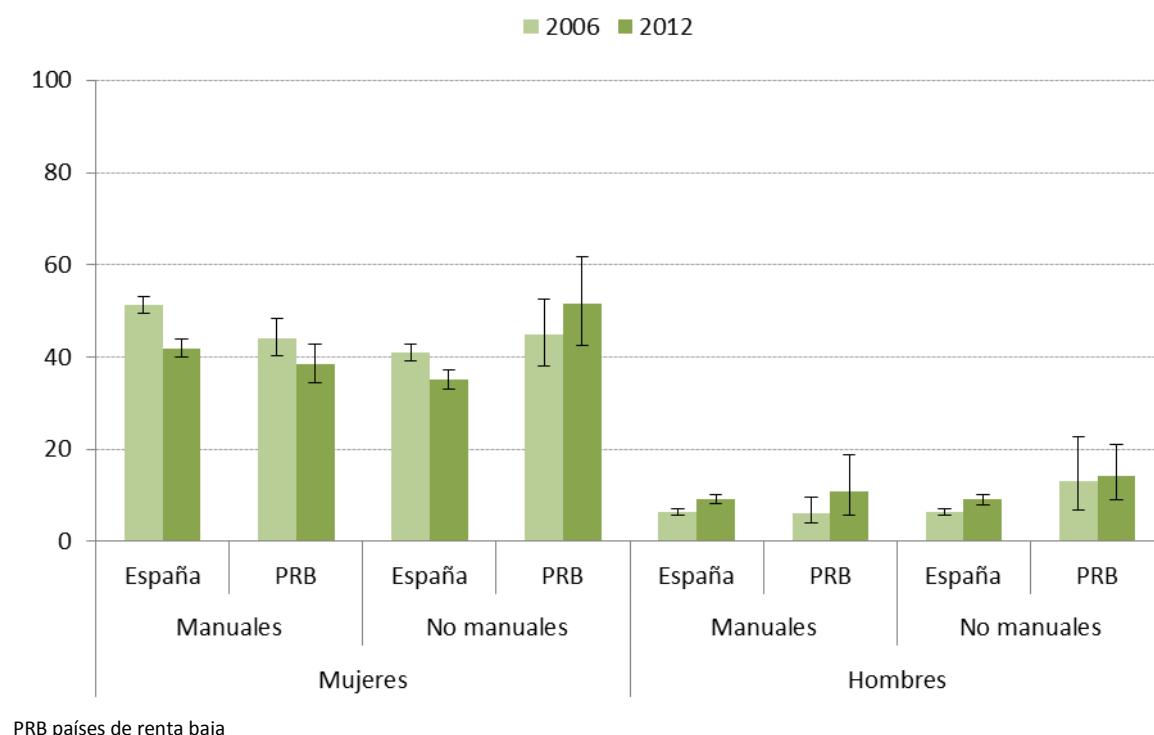
PRB países de renta baja; PRA países de renta alta

Figura 1.9. Personas que realizan solas las tareas del hogar según país de nacimiento y años de residencia. Hombres. ENS 2006 y 2012. Porcentajes estandarizados por edad.



PRB países de renta baja; PRA países de renta alta

Figura 1.10. Personas que realizan solas las tareas del hogar según sexo, clase social y país de nacimiento. ENS 2006 y 2012. Porcentajes estandarizados por edad.



Hacinamiento

Menos del 1% de personas autóctonas, más del 5% de inmigrantes de países de renta baja y más del 10% de inmigrantes de África viven en situación de hacinamiento.

Se han considerado como situación de hacinamiento el residir en viviendas con tres o más personas por dormitorio o menos de 10 metros cuadrados por persona.

- En 2012, más del 5% de inmigrantes de PRB viven en situación de hacinamiento, frente a menos del 1% de personas autóctonas (figuras 1.11 y 1.12).
- Destaca el porcentaje en inmigrantes de África, más del 10% en 2012. El porcentaje es superior en clases manuales (figura 1.13) y en personas de PRB con mayor tiempo de residencia.

Figura 1.11. Hacinamiento según país de nacimiento y años de residencia. Mujeres. ENS 2006 y 2012. Porcentajes estandarizados por edad.

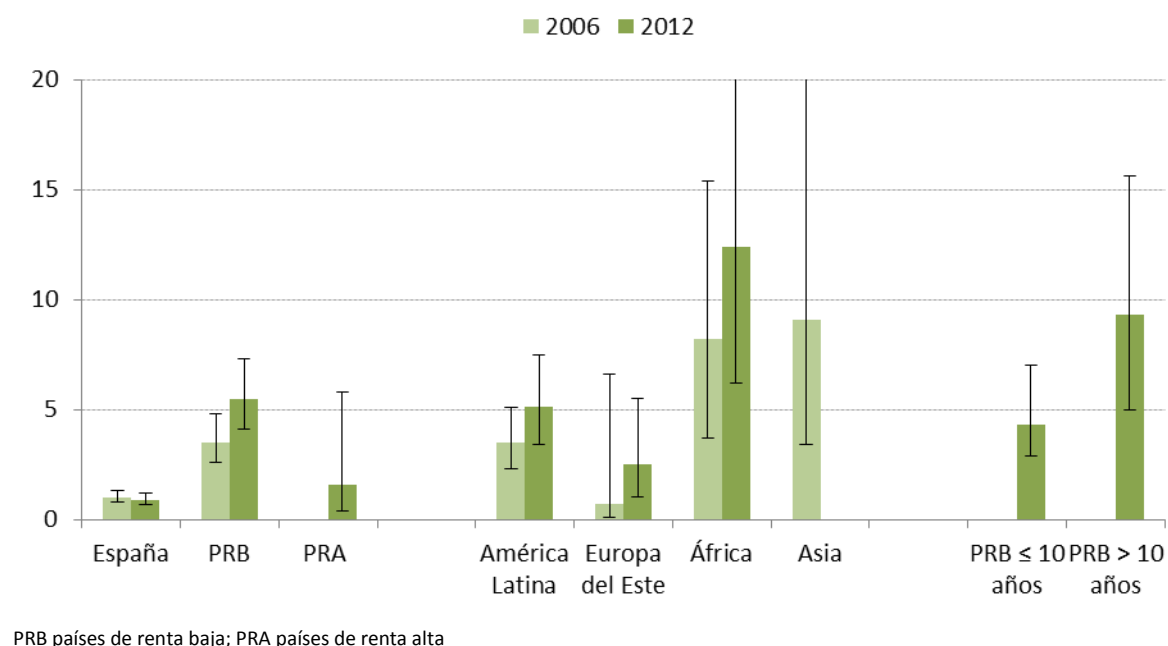


Figura 1.12. Hacinamiento según país de nacimiento y años de residencia. Hombres. ENS 2006 y 2012. Porcentajes estandarizados por edad.

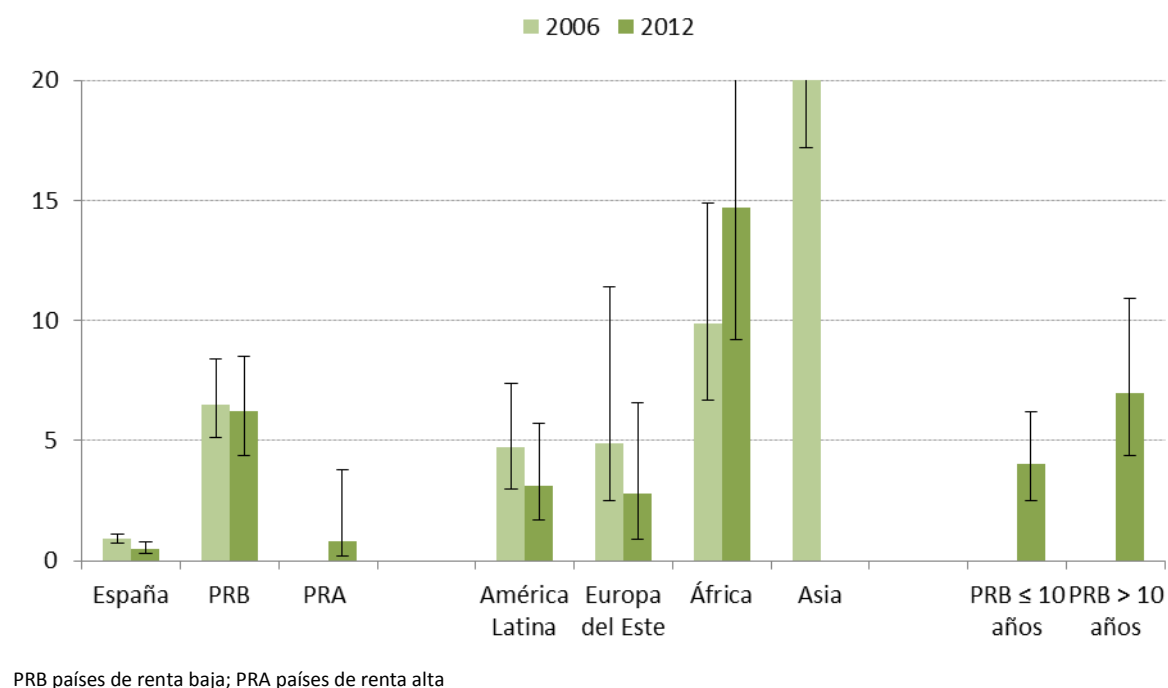
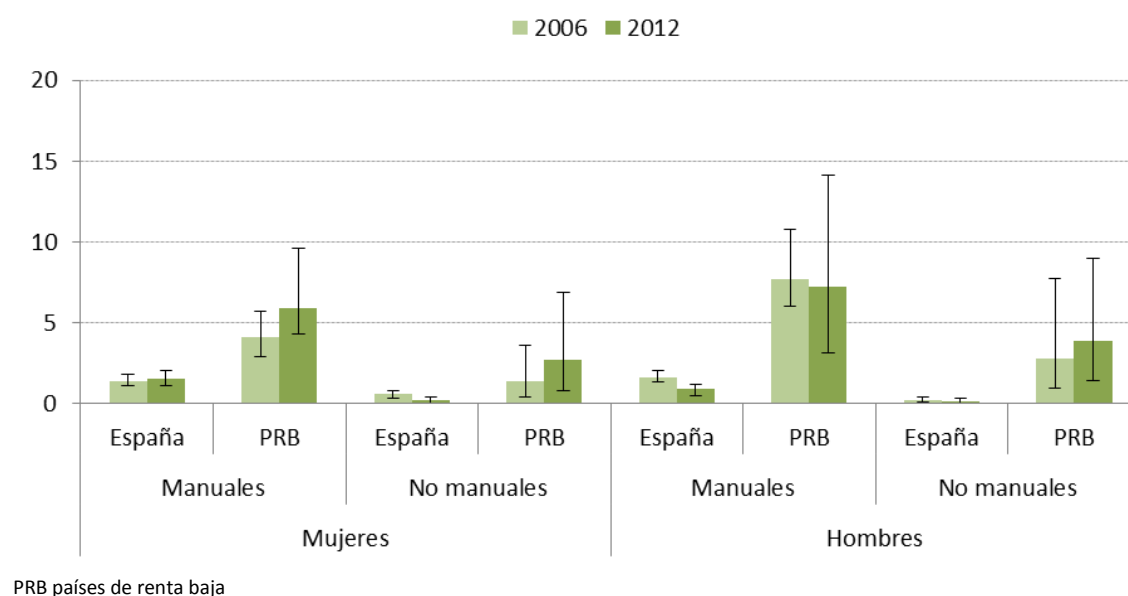


Figura 1.13. Hacinamiento según sexo, clase social y país de nacimiento. ENS 2006 y 2012. Porcentajes estandarizados por edad.



Apoyo social

El bajo apoyo social es más frecuente en personas de países de renta baja, sobretodo de clase manual, pero se reduce en la ENS 2012 en comparación a 2006.

El apoyo social se estudia a través de la escala de Duke. Se ha considerado bajo apoyo social una puntuación por debajo del percentil 15 de la muestra del conjunto de las dos encuestas.

- En ambos sexos (figuras 1.14 y 1.15) el bajo apoyo social es más frecuente en personas de PRB. Destaca sobretodo en hombres africanos. Sin embargo, parece disminuir en la última encuesta.
- En inmigrantes de PRA, fue superior a autóctonas en mujeres en 2006 y hombres en 2012.
- Entre personas de España como de PRB, el bajo apoyo social es un poco más frecuente en clases manuales (figura 1.16), siendo la diferencia más marcada en mujeres de PRB.

Figura 1.14. Bajo apoyo social según país de nacimiento y años de residencia. Mujeres. ENS 2006 y 2012. Porcentajes estandarizados por edad.

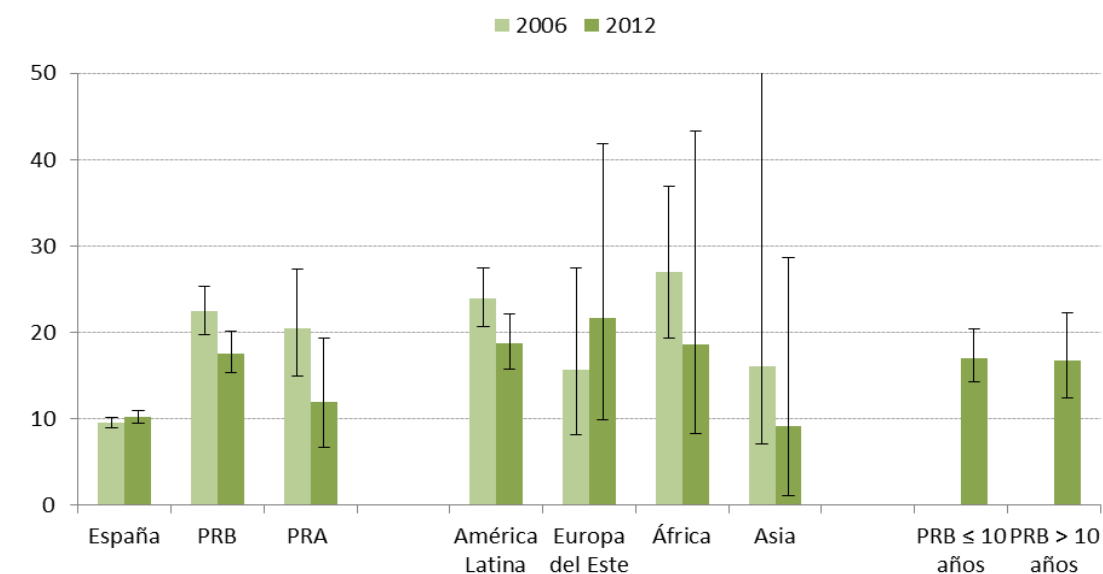
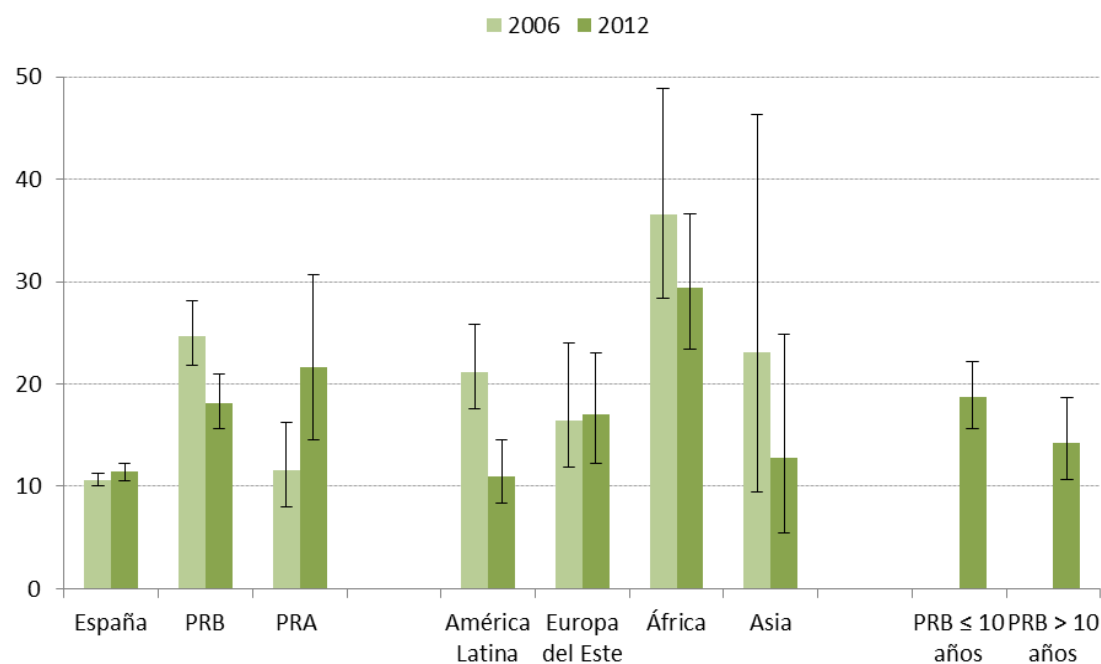
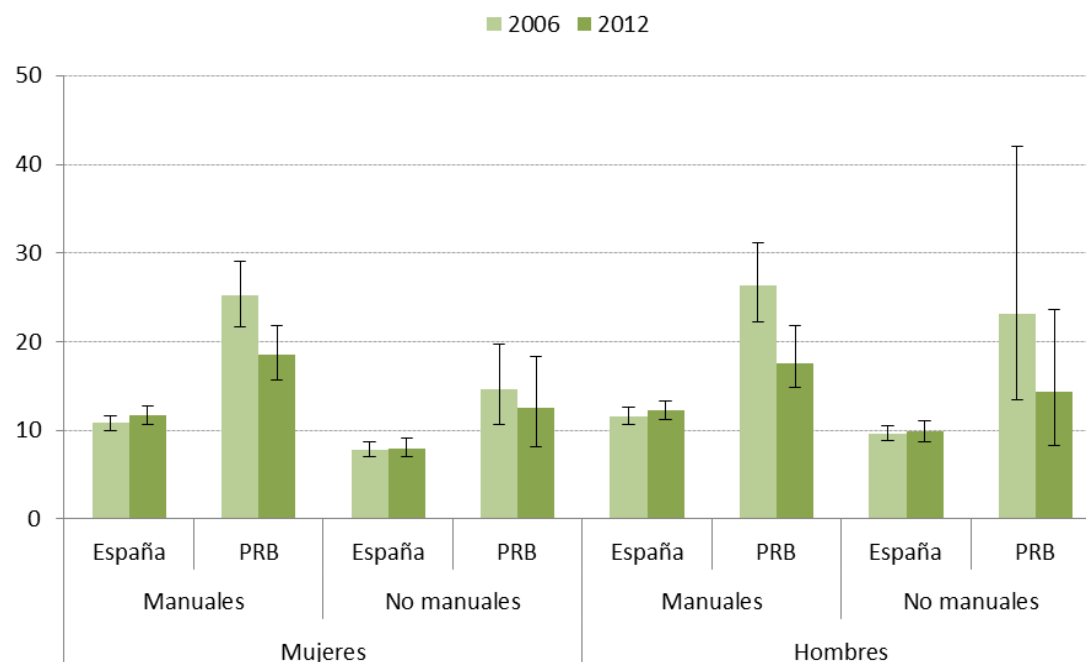


Figura 1.15. Bajo apoyo social según país de nacimiento y años de residencia. Hombres. ENS 2006 y 2012. Porcentajes estandarizados por edad.



PRB países de renta baja; PRA países de renta alta

Figura 1.16. Bajo apoyo social según sexo, clase social y país de nacimiento. ENS 2006 y 2012. Porcentajes estandarizados por edad.



PRB países de renta baja

Capítulo 2. Estado de salud general y condiciones crónicas

Davide Malmusi^{1,2}, Mercè Gotsens^{1,2}

1. Centro de Investigación Biomédica en Red en Epidemiología y Salud Pública (CIBERESP)

2. Agència de Salut Pública de Barcelona

En este capítulo se presentan los siguientes indicadores:

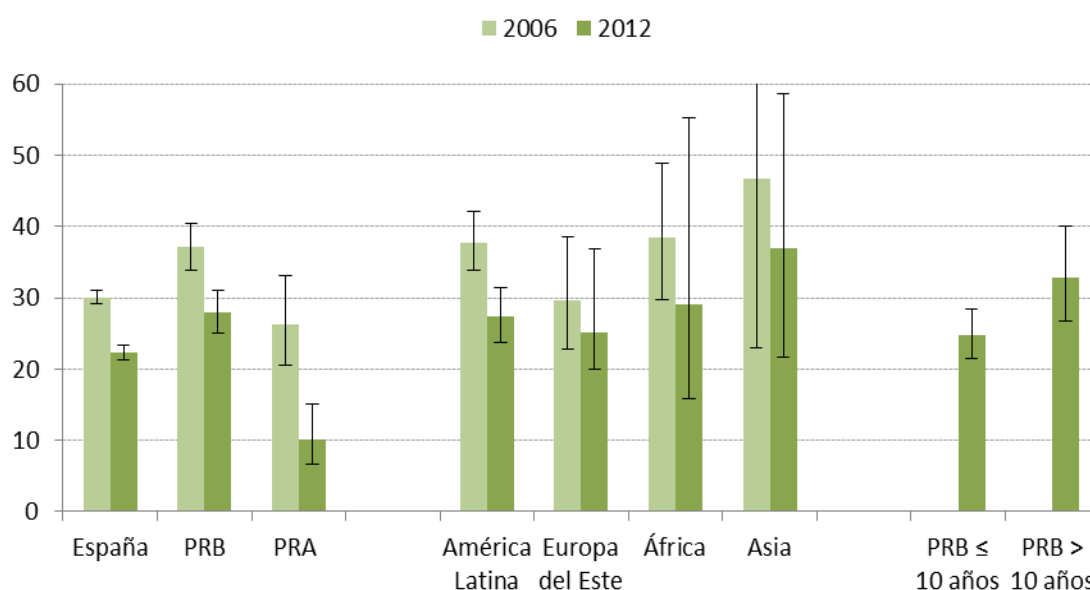
- Autovaloración del estado de salud
- Autodeclaración de enfermedad o problema de salud crónico limitante
- Presencia de trastornos múltiples
- Trastornos crónicos más frecuentes
- Restricción aguda de la actividad
- Lesiones

Autovaloración de la salud

Las personas de países de renta baja declaran un peor estado de salud que las nacidas en España, sobre todo en mujeres. El estado de salud es peor a mayor tiempo de residencia.

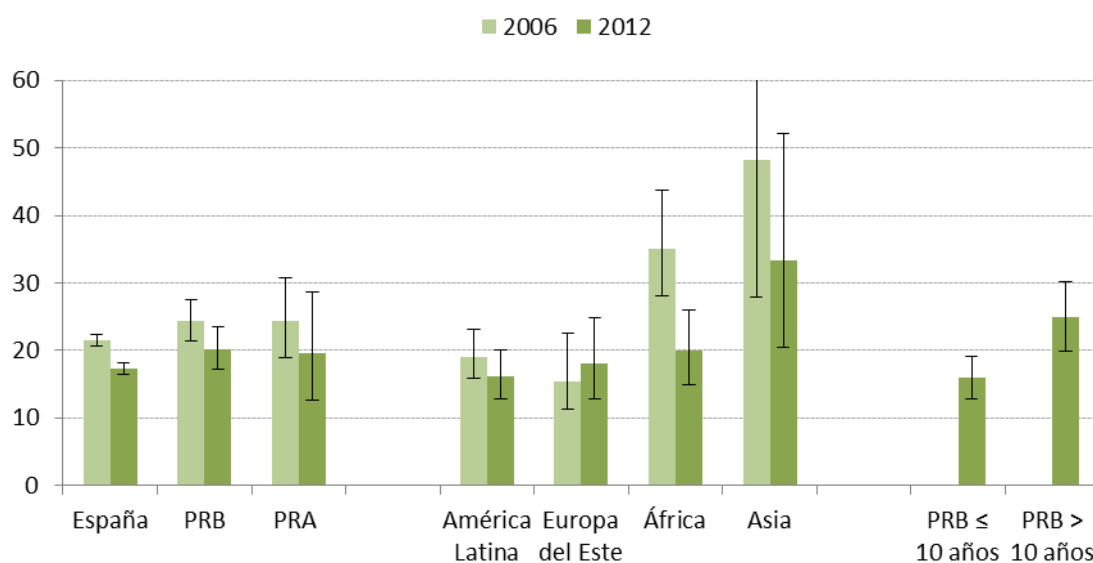
- Tanto en mujeres (figura 2.1) como en hombres (figura 2.2), y en 2006 como en 2012, las personas nacidas en países de renta baja (PRB) declaran una peor salud percibida que las personas nacidas en España de igual edad, siendo la diferencia significativa en mujeres del conjunto de PRB y de América Latina.
- Las personas de Asia tienen las mayores prevalencias de mala salud percibida. Las mujeres de países de renta alta (PRA) presentan mejor salud que los demás grupos.
- La salud percibida es peor en inmigrantes de PRB con mayor tiempo de residencia que con menor.
- Entre 2006 y 2012, disminuye la prevalencia de mala salud percibida en la mayoría de grupos.
- En hombres, la estratificación por clase social (figura 2.3) elimina las diferencias entre PRB y España, mientras que se mantienen en mujeres.

Figura 2.1. Regular, mala o muy mala salud percibida según país de nacimiento y años de residencia. Mujeres. ENS 2006 y 2012. Porcentajes estandarizados por edad.



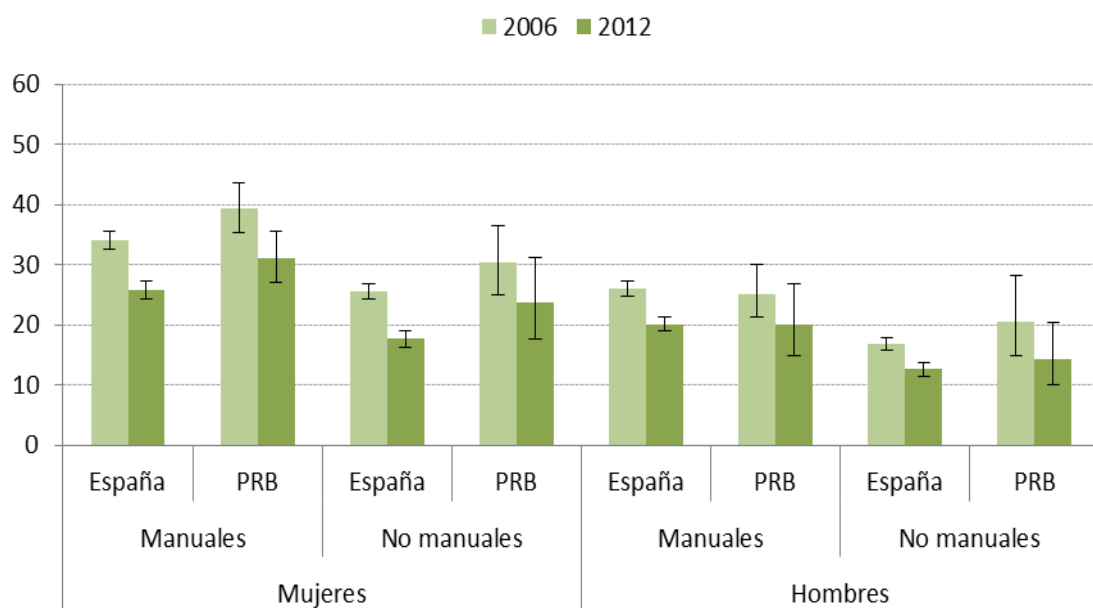
PRB países de renta baja; PRA países de renta alta

Figura 2.2. Regular, mala o muy mala salud percibida según país de nacimiento y años de residencia. Hombres. ENS 2006 y 2012. Porcentajes estandarizados por edad.



PRB países de renta baja; PRA países de renta alta

Figura 2.3. Regular, mala o muy mala salud percibida según sexo, clase social y país de nacimiento. ENS 2006 y 2012. Porcentajes estandarizados por edad



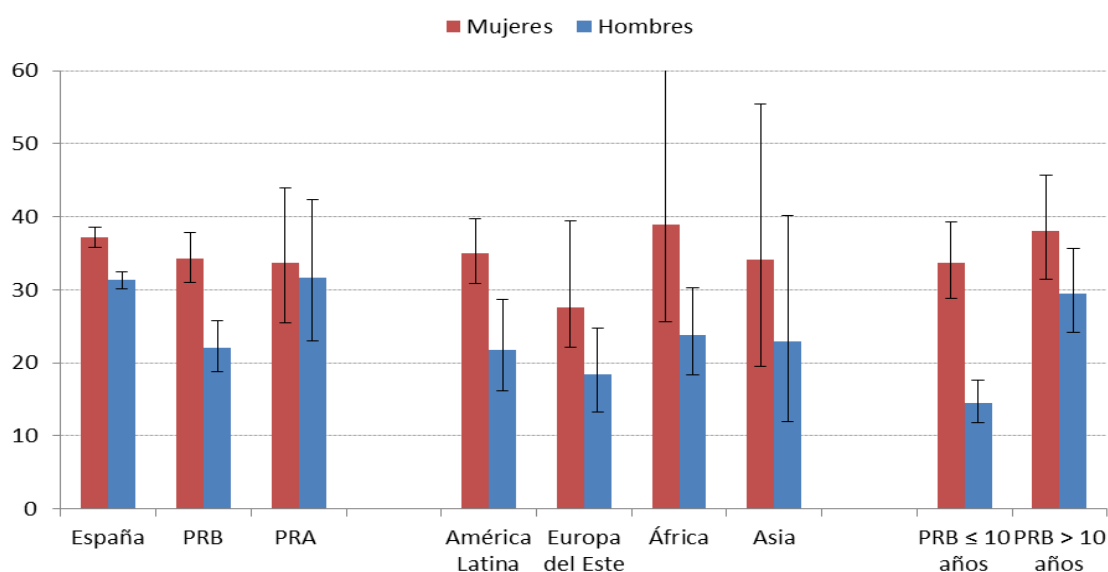
PRB países de renta baja

Enfermedad o problema de salud de larga duración

En 2012 se pregunta a las personas entrevistadas si tienen alguna enfermedad o problema de salud crónicos o de larga duración.

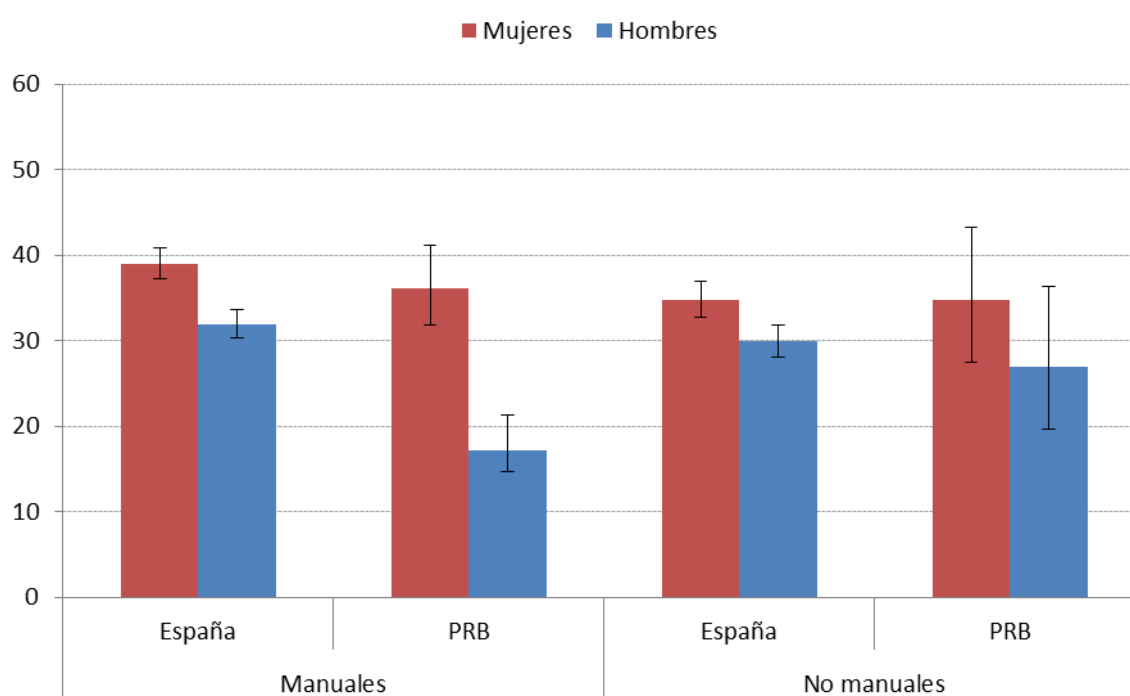
- La proporción de personas que contesta afirmativamente es menor en personas de PRB, en ambos sexos pero especialmente en hombres, y dentro de estos, los con menor tiempo de residencia (figura 2.4) y clase social manual (figura 2.5).

Figura 2.4. Enfermedad o problema de salud de larga duración según sexo, país de nacimiento y años de residencia. ENS 2012. Porcentajes estandarizados por edad.



PRB países de renta baja; PRA países de renta alta

Figura 2.5. Enfermedad o problema de salud de larga duración según sexo, clase social y país de nacimiento. ENS 2012. Porcentajes estandarizados por edad.



PRB países de renta baja

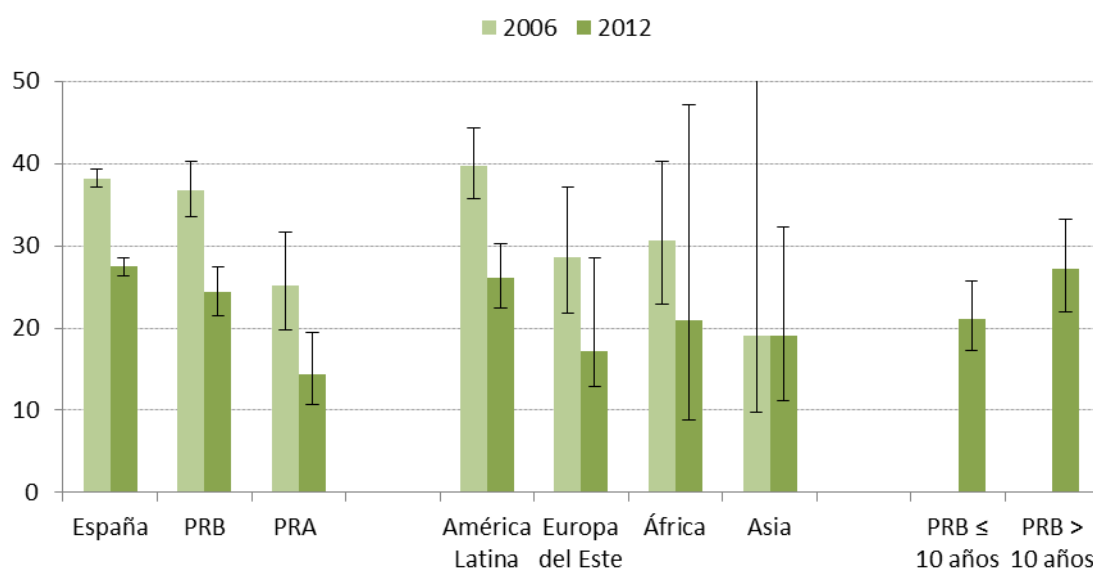
Trastornos crónicos múltiples

Las personas inmigradas de países de renta baja, y especialmente los hombres, de clase social manual y recién llegados, presentan menos trastornos crónicos que las autóctonas.

Esta variable se basa en un listado de 30 trastornos crónicos, presentes en ambas ediciones de la ENS, que se leen a las personas entrevistadas preguntando si los han padecido en el último año.

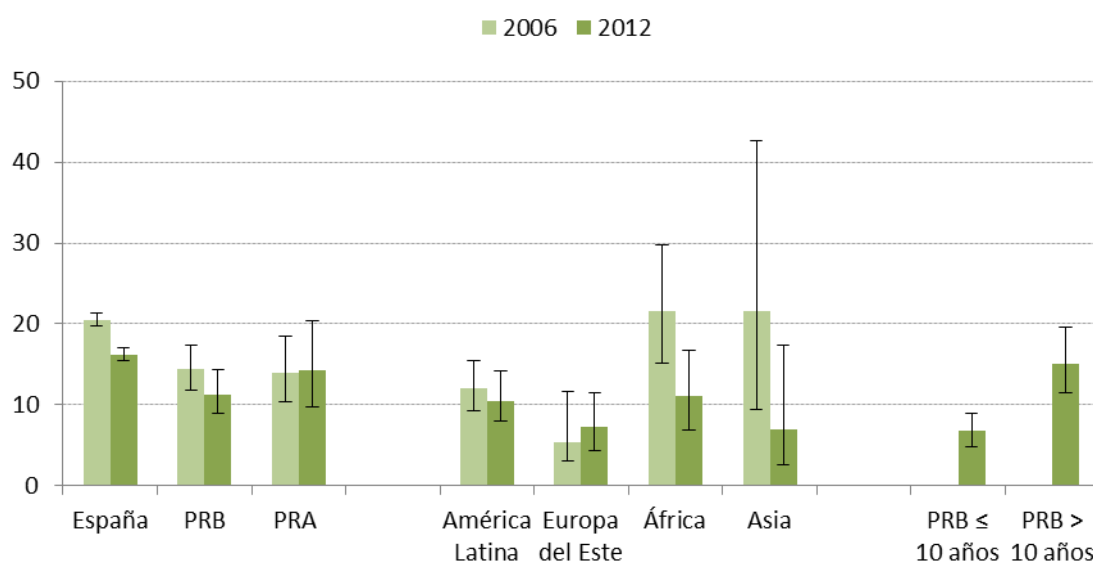
- La proporción de personas que declaran tener al menos tres trastornos es menor en personas de PRB tanto en mujeres (figura 2.6) como en hombres (figura 2.7), pero de forma más marcada y significativa en estos últimos.
- Las mujeres nacidas en PRA también presentan menos trastornos respecto a las mujeres nacidas en España. Dentro de los PRB, la prevalencia tiende a ser superior en mujeres de América Latina.
- Presentan más trastornos los inmigrantes de PRB con mayor que con menor tiempo de residencia, siendo la diferencia más destacada en hombres.
- Entre 2006 y 2012, disminuye la prevalencia de trastornos crónicos en la mayoría de grupos.
- Las diferencias entre PRB y España son más marcadas en las clases sociales manuales, de especial modo en hombres (figura 2.8).

Figura 2.6. Tres o más trastornos crónicos autodeclarados según país de nacimiento y años de residencia. Mujeres. ENS 2006 y 2012. Porcentajes estandarizados por edad.



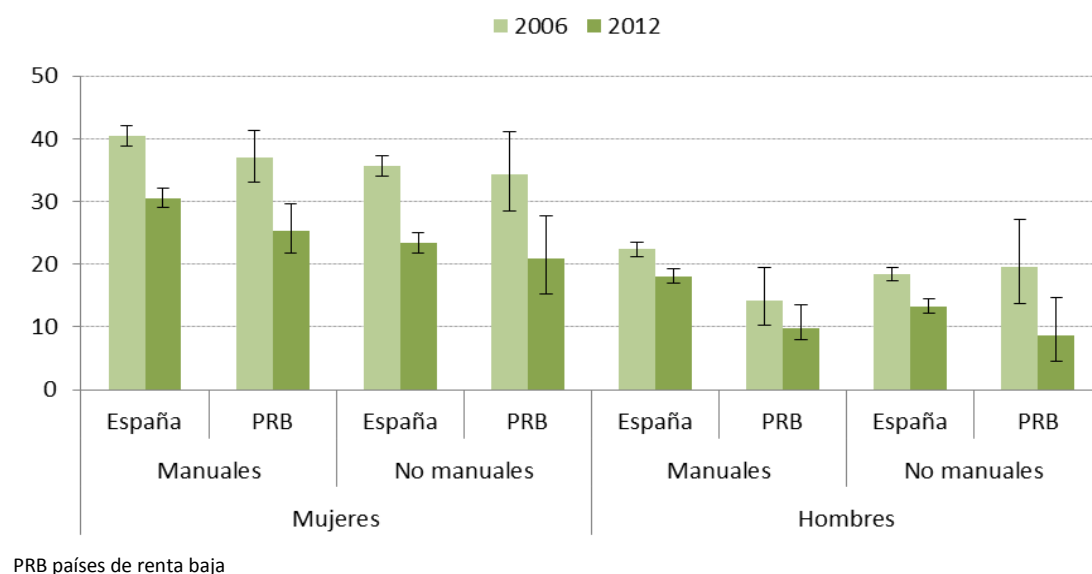
PRB países de renta baja; PRA países de renta alta

Figura 2.7. Tres o más trastornos crónicos autodeclarados según país de nacimiento y años de residencia. Hombres. ENS 2006 y 2012. Porcentajes estandarizados por edad.



PRB países de renta baja; PRA países de renta alta

Figura 2.8. Tres o más trastornos crónicos autodeclarados según sexo, clase social y país de nacimiento. ENS 2006 y 2012. Porcentajes estandarizados por edad



Trastornos crónicos más frecuentes

Los trastornos crónicos más frecuentes son los mismos en población autóctona e inmigrante, con prevalencias similares o algo inferiores en inmigrantes.

Las figuras 2.9 y 2.10 describen para los seis trastornos más frecuentes en inmigrantes de PRB dentro del listado de 30 (una vez excluidos tanto los trastornos mentales que se describen en el capítulo 3 y las condiciones de riesgo cardiovascular que se describen en el capítulo 5), las prevalencias para España y el conjunto de PRB.

- Igual que en las mujeres autóctonas, los trastornos más frecuentes en mujeres de PRB son el dolor crónico cervical, lumbar y las varices. Las prevalencias son similares o algo inferiores en PRB.
- En hombres, las prevalencias en PRB respecto a España son similares para dolor lumbar (eran superiores en 2006), artrosis (inferior en 2012) y migraña, e inferiores para dolor cervical, alergia y varices.
- Entre las dos encuestas bajan las prevalencias de todos los trastornos, salvo alergia.

Figura 2.9. Trastornos crónicos más frecuentes según país de nacimiento. Mujeres. ENS 2006 y 2012. Porcentajes estandarizados por edad.

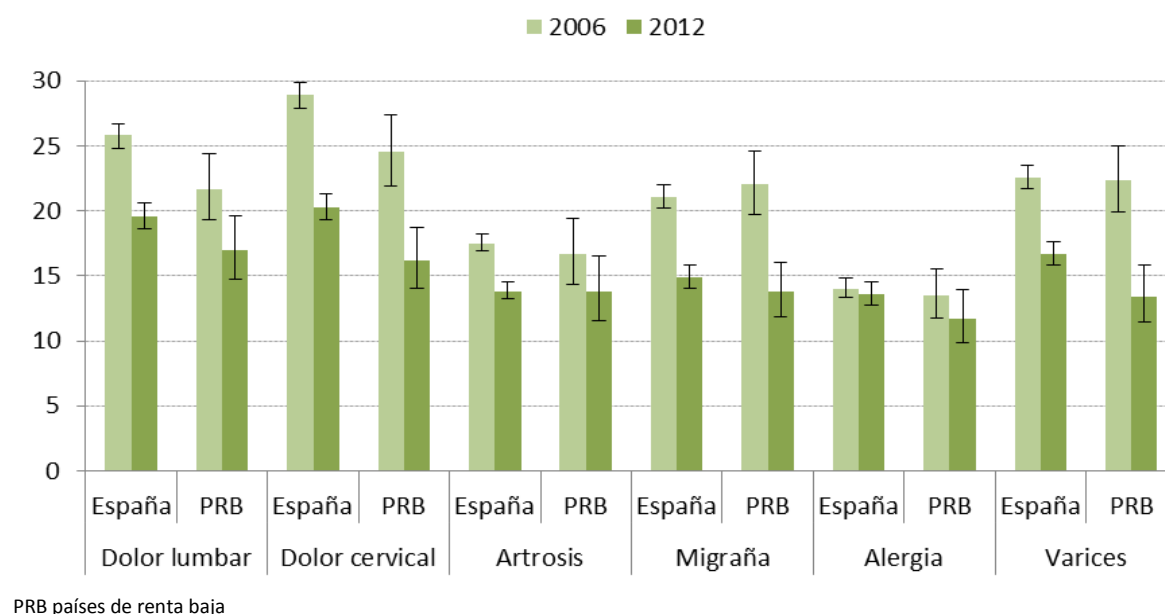
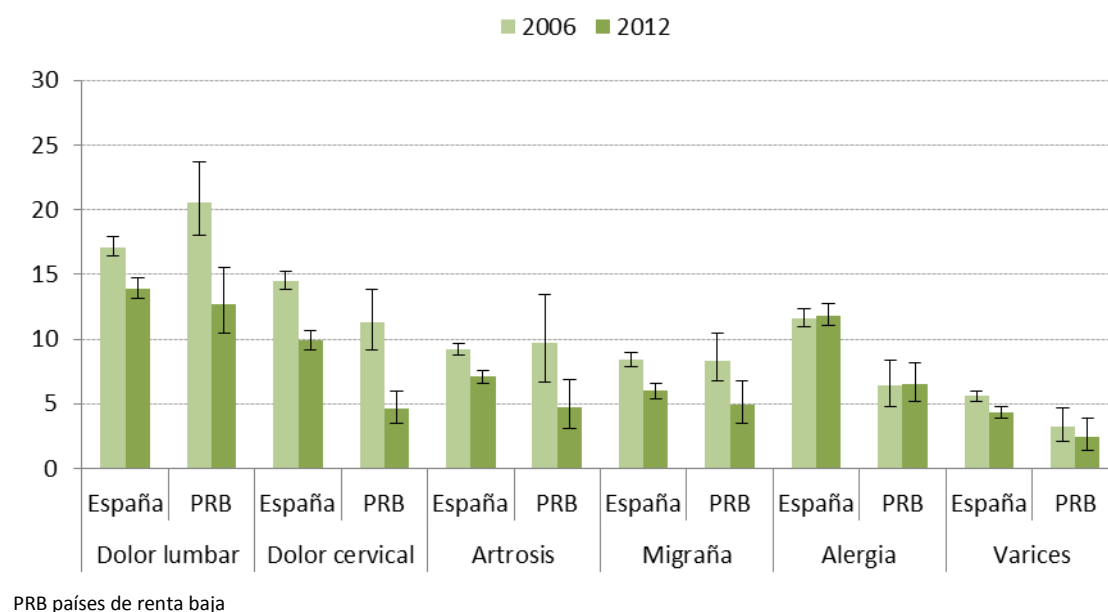


Figura 2.10. Trastornos crónicos más frecuentes según país de nacimiento. Hombres. ENS 2006 y 2012. Porcentajes estandarizados por edad.



Las tablas 2.1 (mujeres) y 2.2 (hombres) resumen las prevalencias (sin intervalos de confianza) de estos seis trastornos por continente, y por tiempo de residencia en PRB.

- Salvo la alergia en hombres, las personas de PRA presentan prevalencias inferiores a las autóctonas.
- Destaca de manera consistente en las dos encuestas las bajas prevalencias en hombres de Europa del Este.
- Las prevalencias siempre son superiores en personas con mayor que con menor tiempo de residencia.

Tabla 2.1. Prevalencias de trastornos crónicos más frecuentes según país de nacimiento y años de residencia. Mujeres. ENS 2006 y 2012. Porcentajes estandarizados por edad.

País de nacimiento	Dolor lumbar		Dolor cervical		Artrosis		Migraña		Alergia		Varices	
	2006	2012	2006	2012	2006	2012	2006	2012	2006	2012	2006	2012
España	25,8	19,6	28,9	20,3	17,5	13,8	21,1	14,9	14,0	13,6	22,6	16,7
PRA	15,2	11,4	17,5	12,1	11,1	12,2	13,5	8,0	12,5	14,6	13,9	7,6
América Latina	21,5	18,0	25,0	17,7	17,2	13,7	22,5	13,9	14,8	12,4	25,0	15,1
Europa del Este	19,9	18,2	23,6	11,6	9,9	9,1	15,6	16,0	8,5	9,1	19,3	13,8
África	23,1	12,5	23,1	15,9	16,2	10,3	21,1	13,9	15,6	9,7	14,3	13,2
Asia	14,5	6,2	10,5	11,4	15,5	10,6	24,5	11,7	19,7	11,1	11,2	14,4
PRB < 10 años		14,8		13,3		10,2		11,7		12,1		11,6
PRB > 10 años		17,6		18,2		16,4		15,2		13,8		19,8

PRB países de renta baja; PRA países de renta alta

Tabla 2.2. Prevalencias de trastornos crónicos más frecuentes según país de nacimiento y años de residencia. Hombres. ENS 2006 y 2012. Porcentajes estandarizados por edad.

País de nacimiento	Dolor lumbar		Dolor cervical		Artrosis		Migraña		Alergia		Varices	
	2006	2012	2006	2012	2006	2012	2006	2012	2006	2012	2006	2012
España	17,1	13,9	14,5	9,9	9,2	7,1	8,4	6,0	11,6	11,8	5,6	4,3
PRA	17,0	11,5	9,1	8,0	11,8	4,1	6,8	3,6	7,6	19	1,3	3,0
América Latina	20,7	11,1	10,5	6,6	8,1	4,8	6,3	5,5	6,4	9,9	2,8	3,0
Europa del Este	8,6	11,8	6,2	3,7	5,4	2,1	3,2	4,1	1,4	4,6	5,3	0,5
África	23,6	13,6	12,7	2,7	9,8	4,5	13,3	3,5	9,2	2,8	1,2	3,1
Asia	44,4	6,9	19,1	0,0	9,8	3,7	25,3	2,3	4,3	0,0	3,3	0,0
PRB < 10 años		9,9		4,4		3,8		4,1		4,7		1,5
PRB > 10 años		15,0		4,7		4,6		5,4		11,0		2,8

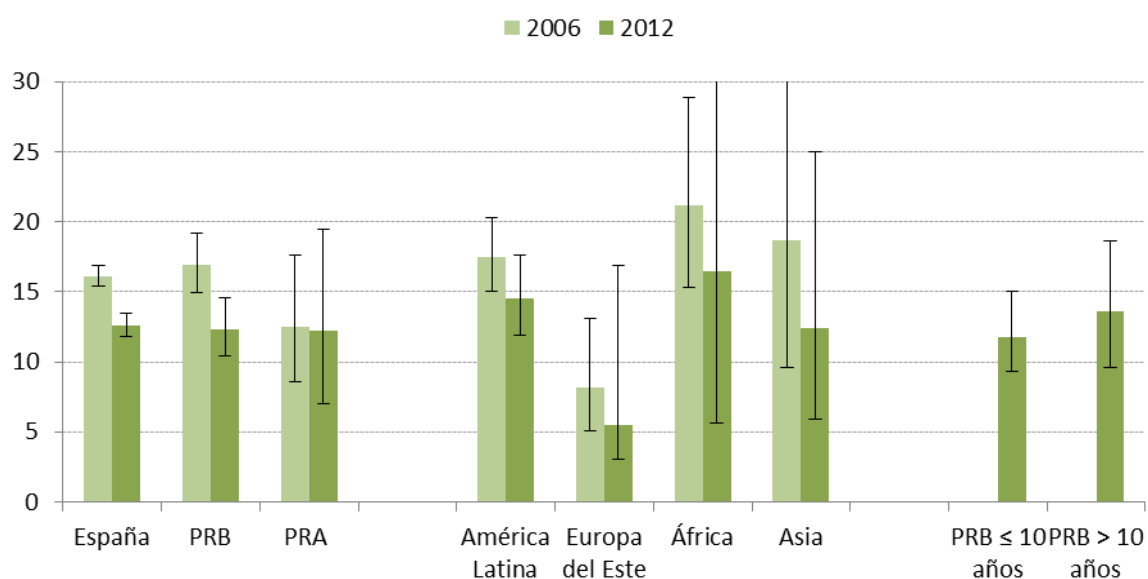
PRB países de renta baja; PRA países de renta alta

Restricción aguda de la actividad

Este indicador se basa en la pregunta “Durante las últimas dos semanas, ¿ha tenido que reducir o limitar sus actividades habituales al menos la mitad de un día, por alguno o varios dolores o síntomas?”.

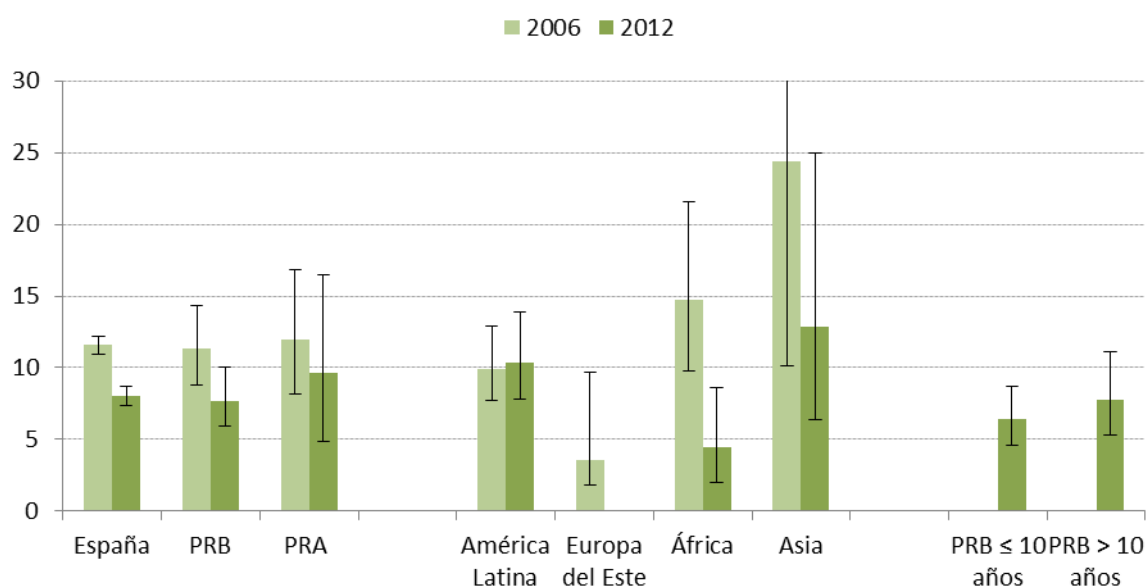
- No se aprecian diferencias relevantes según origen, salvo la baja prevalencia en personas de Europa del Este en ambos sexos (figuras 2.11 y 2.12).
- La prevalencia desciende entre 2006 y 2012 en la mayoría de grupos (figuras 2.11-2.13).

Figura 2.11. Restricción de la actividad en los últimos 15 días según país de nacimiento y años de residencia. Mujeres. ENS 2006 y 2012. Porcentajes estandarizados por edad.



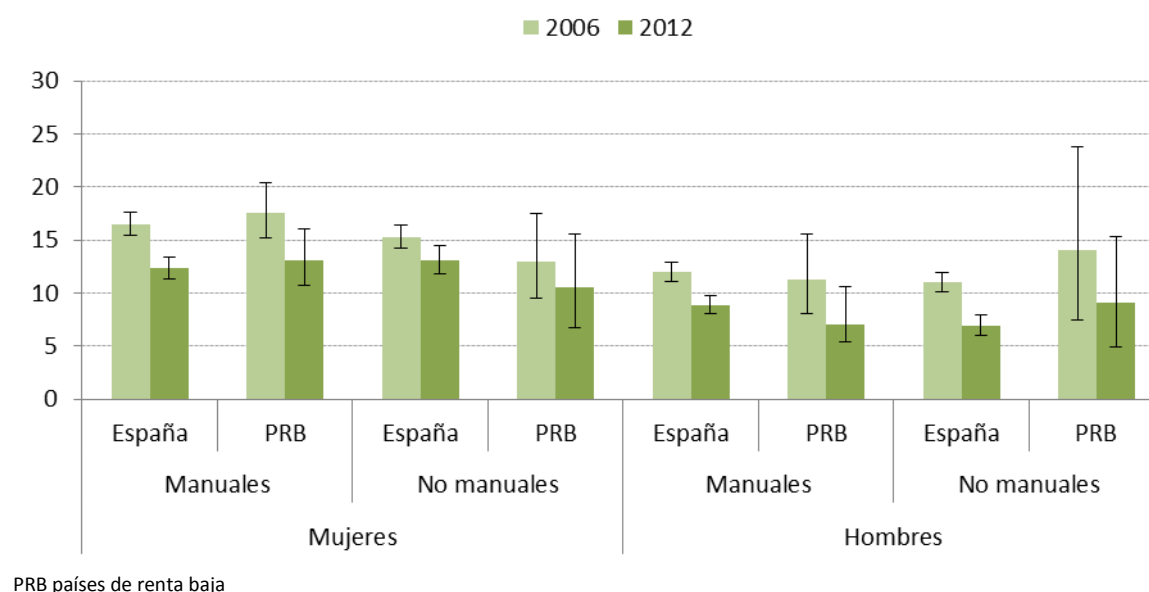
PRB países de renta baja; PRA países de renta alta

Figura 2.12. Restricción de la actividad en los últimos 15 días según país de nacimiento y años de residencia. Hombres. ENS 2006 y 2012. Porcentajes estandarizados por edad.



PRB países de renta baja; PRA países de renta alta

Figura 2.13. Restricción de la actividad en los últimos 15 días según sexo, clase social y país de nacimiento. ENS 2006 y 2012. Porcentajes estandarizados por edad.



Lesiones

La prevalencia de lesiones aumenta a mayor tiempo de residencia, y el patrón de desigualdad por lugar de origen difiere según sexo.

Este indicador se basa en la pregunta “¿ha tenido algún accidente de cualquier tipo incluido intoxicación o quemadura?”.

- Los hombres de PRA refieren menos lesiones que los autóctonos, y los de PRB con más de 10 años de residencia refieren más (figura 2.15).
- Las mujeres de PRB con menos de 10 años de residencia y de clase manual refieren menos lesiones que las autóctonas, mientras que las con mayor tiempo de residencia, de clase no manual y de PRA no muestran diferencias (figuras 2.14 y 2.16).

Figura 2.14. Lesiones en los últimos 12 meses según país de nacimiento y años de residencia. Mujeres. ENS 2006 y 2012. Porcentajes estandarizados por edad.

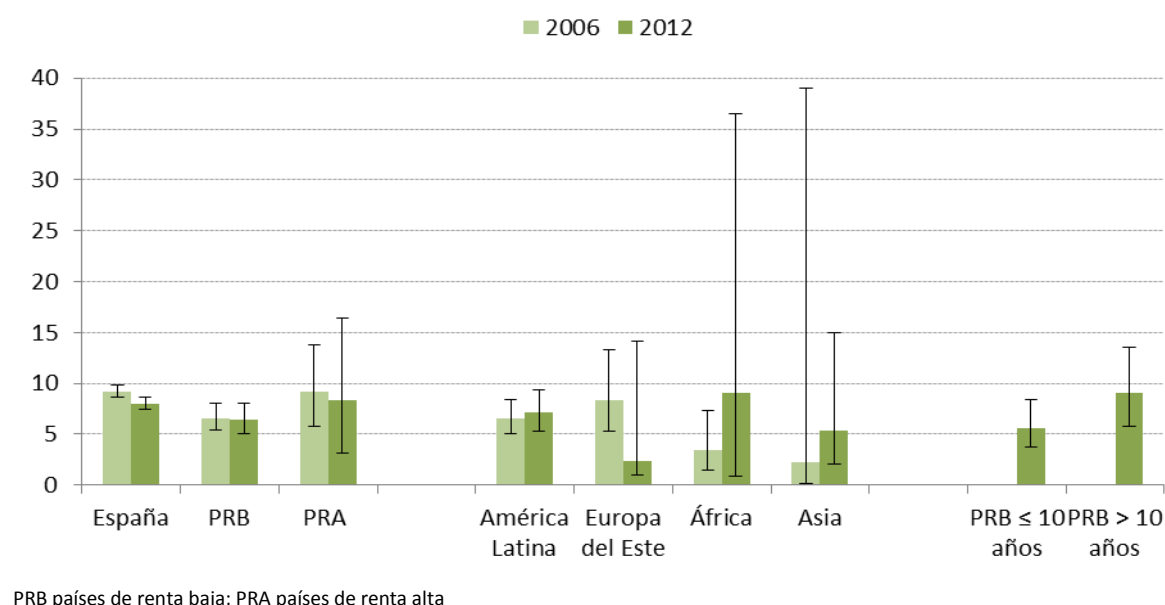
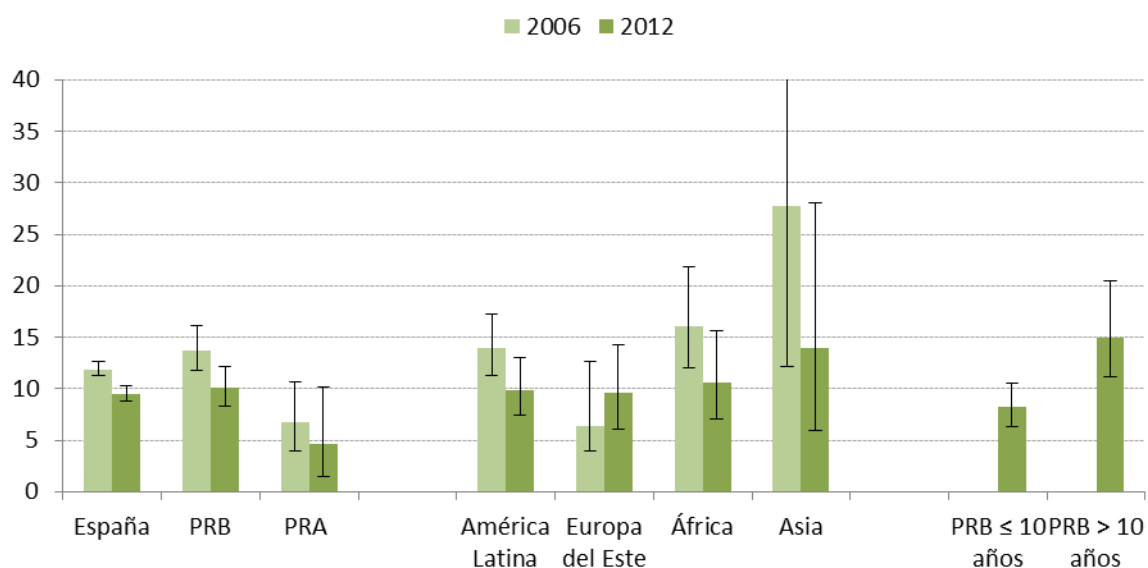
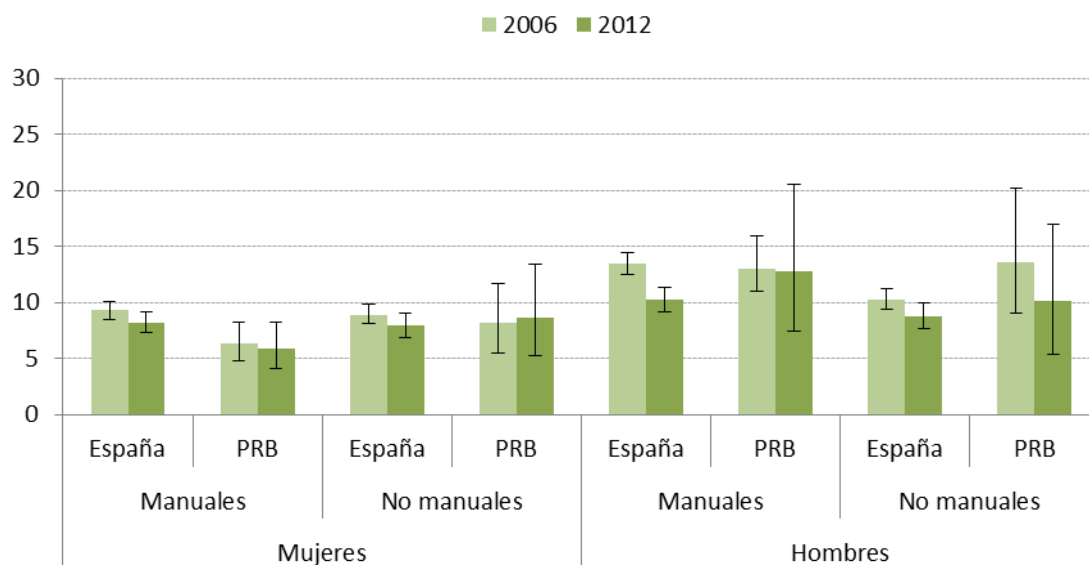


Figura 2.15. Lesiones en los últimos 12 meses según país de nacimiento y años de residencia. Hombres. ENS 2006 y 2012. Porcentajes estandarizados por edad.



PRB países de renta baja; PRA países de renta alta

Figura 2.16. Lesiones en los últimos 12 meses según sexo, clase social y país de nacimiento. ENS 2006 y 2012. Porcentajes estandarizados por edad.



PRB países de renta baja

Capítulo 3. Salud Mental

Francisco Collazos^{1,2}, Adil Qureshi^{1,2}, Davide Malmusi^{3,4}

1. *Servei de Psiquiatria, Hospital Universitari Vall d'Hebron, Universitat Autònoma de Barcelona*
2. *Centro de Investigación Biomédica en Red en Salud Mental (CIBERSAM)*
3. *Centro de Investigación Biomédica en Red en Epidemiología y Salud Pública (CIBERESP)*
4. *Agència de Salut Pública de Barcelona*

En este capítulo se presentan los siguientes indicadores:

- Riesgo de mala salud mental (Goldberg GHQ-12)
- Depresión, ansiedad u otros trastornos mentales
- Consumo de tranquilizantes, relajantes, pastillas para dormir
- Consumo de antidepresivos o estimulantes
- Visitas al psicólogo o terapeuta

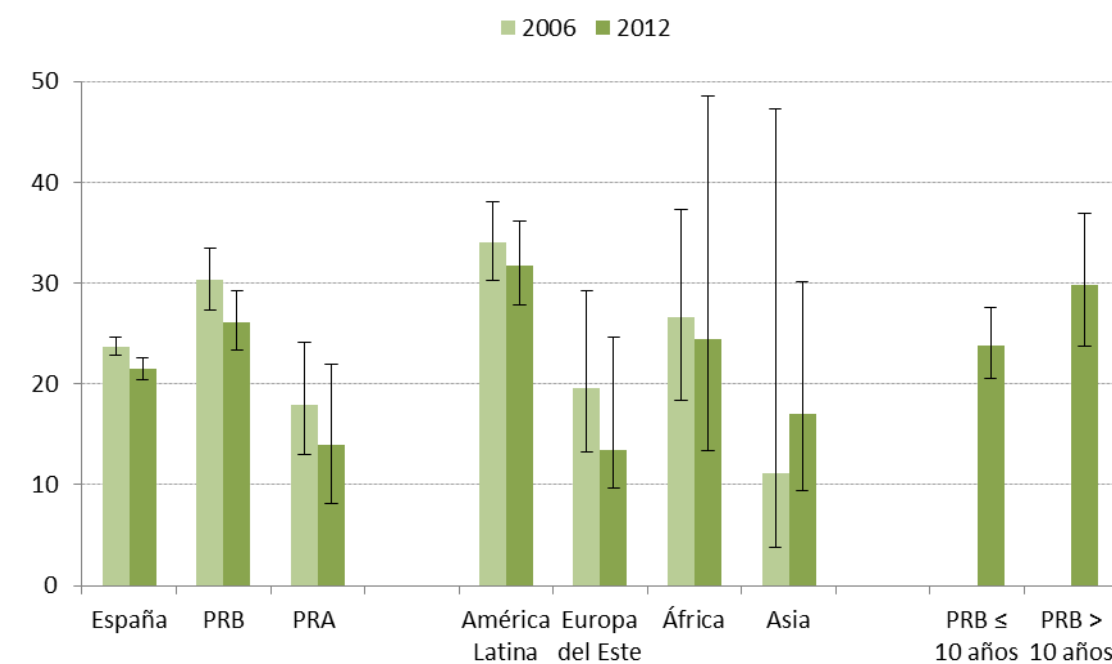
Riesgo de mala salud mental (Goldberg GHQ-12)

La salud mental de los hombres ha empeorado entre 2006 y 2012, y más aún en inmigrantes, mientras que la de las mujeres ha mejorado.

La salud mental es peor a mayor tiempo de residencia.

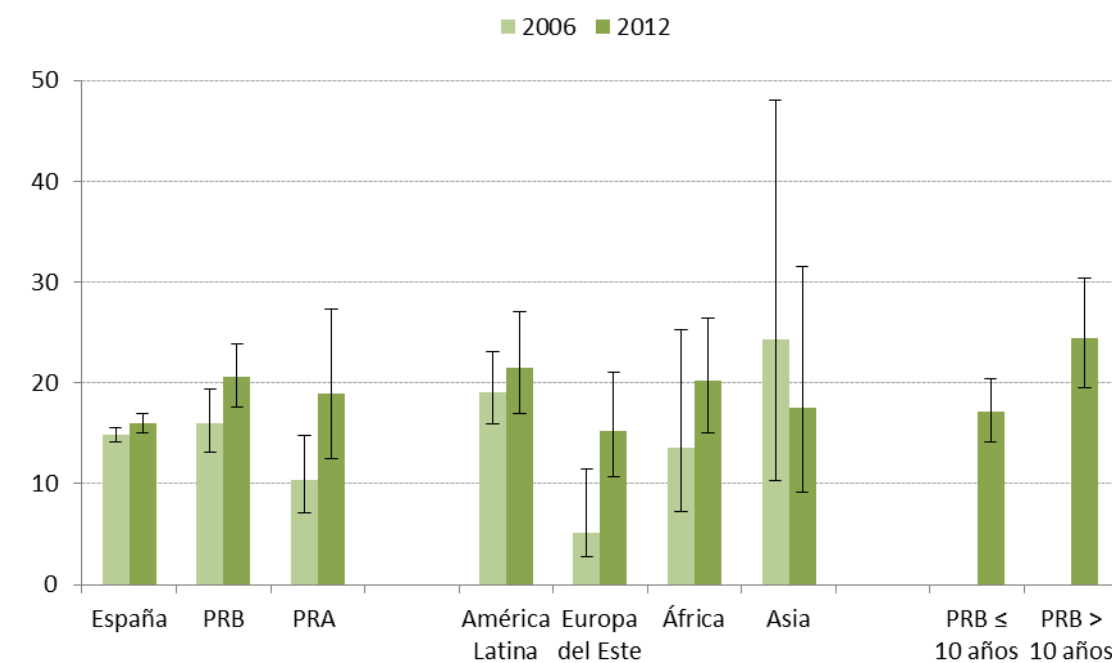
- Tanto en mujeres (figura 3.1) como en hombres (figura 3.2), y en 2006 como en 2012, las personas nacidas en países de renta baja (PRB) declaran un mayor riesgo de mala salud mental que las personas nacidas en España, siendo destacable la mala salud mental de las personas procedentes de América Latina, sobre todo mujeres. Las mujeres de países de renta alta (PRA) presentan mejor salud mental que los demás grupos.
- El riesgo de salud mental es menor en los hombres que en las mujeres de todos los grupos. Sin embargo, la evolución de la salud mental de los hombres entre 2006 y 2012 ha sido negativa, mientras que la de todos los grupos de mujeres ha sido positiva, a excepción de las personas de Asia, donde ocurre al revés.
- El riesgo de mala salud mental tiende a ser mayor en inmigrantes de PRB con mayor que con menor tiempo de residencia.
- El empeoramiento en los hombres en 2012 se concentra en las clases sociales manuales, tanto en autóctonos como en inmigrantes de PRB (figura 3.3).

Figura 3.1. Riesgo de mala salud mental según país de nacimiento y años de residencia. Mujeres. ENS 2006 y 2012. Porcentajes estandarizados por edad.



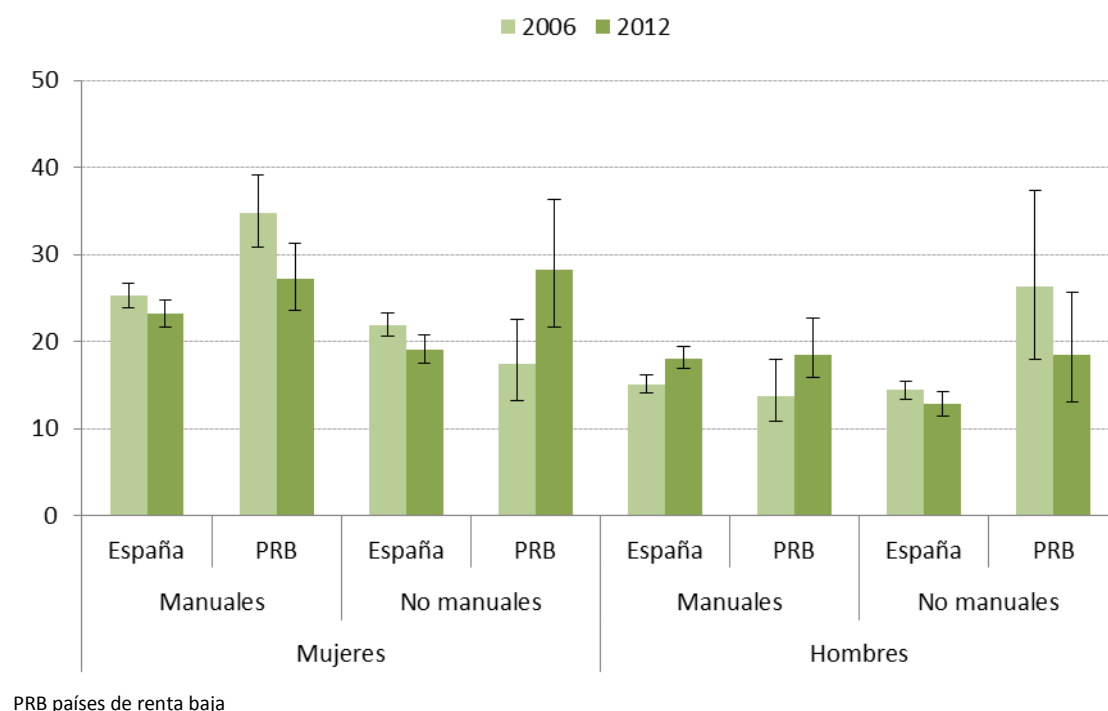
PRB países de renta baja; PRA países de renta alta

Figura 3.2. Riesgo de mala salud mental según país de nacimiento y años de residencia. Hombres. ENS 2006 y 2012. Porcentajes estandarizados por edad.



PRB países de renta baja; PRA países de renta alta

Figura 3.3. Riesgo de mala salud mental según sexo, clase social y país de nacimiento. ENS 2006 y 2012. Porcentajes estandarizados por edad



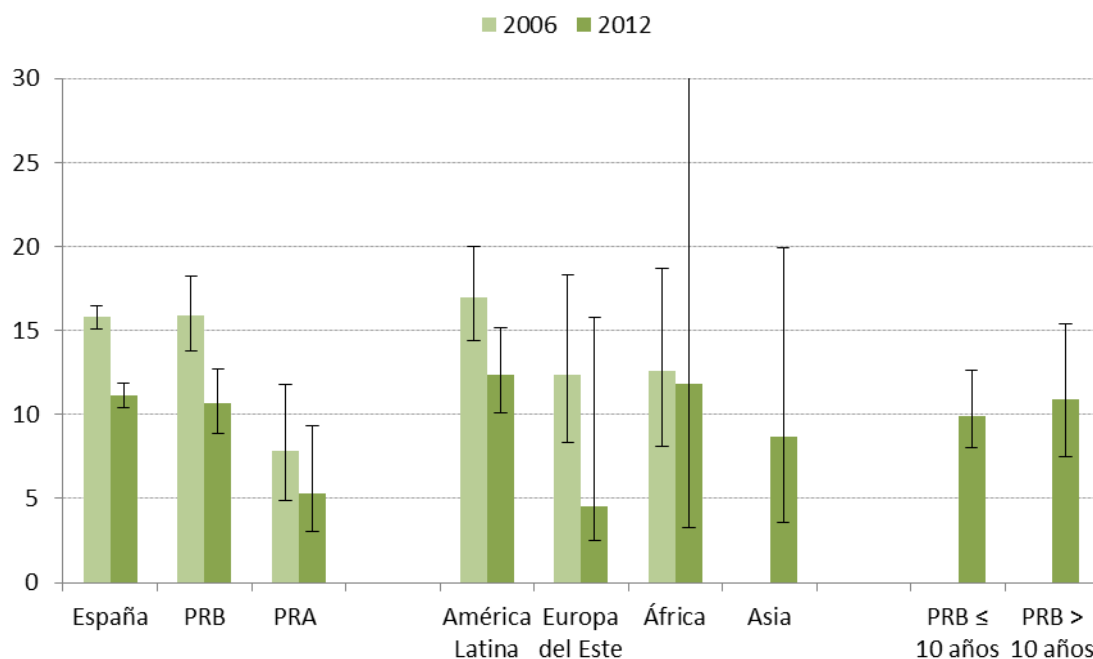
Depresión, ansiedad u otros trastornos mentales

Las personas inmigrantes de países de renta baja que llevan más tiempo de residencia refieren con mayor frecuencia haber padecido depresión, ansiedad u otros trastornos mentales en el último año.

A las personas entrevistadas en la ENS se les lee un listado de trastornos y se les pregunta si los han padecido en los últimos doce meses. En 2006 existía un único ítem para depresión, ansiedad u otros trastornos mentales, por los que se preguntaba si los habían presentado en algún momento de su vida; mientras que en 2012 se separaron en tres (depresión crónica, ansiedad crónica, otros problemas mentales), se combinaron las respuestas y se preguntó sobre su presencia en el último año.

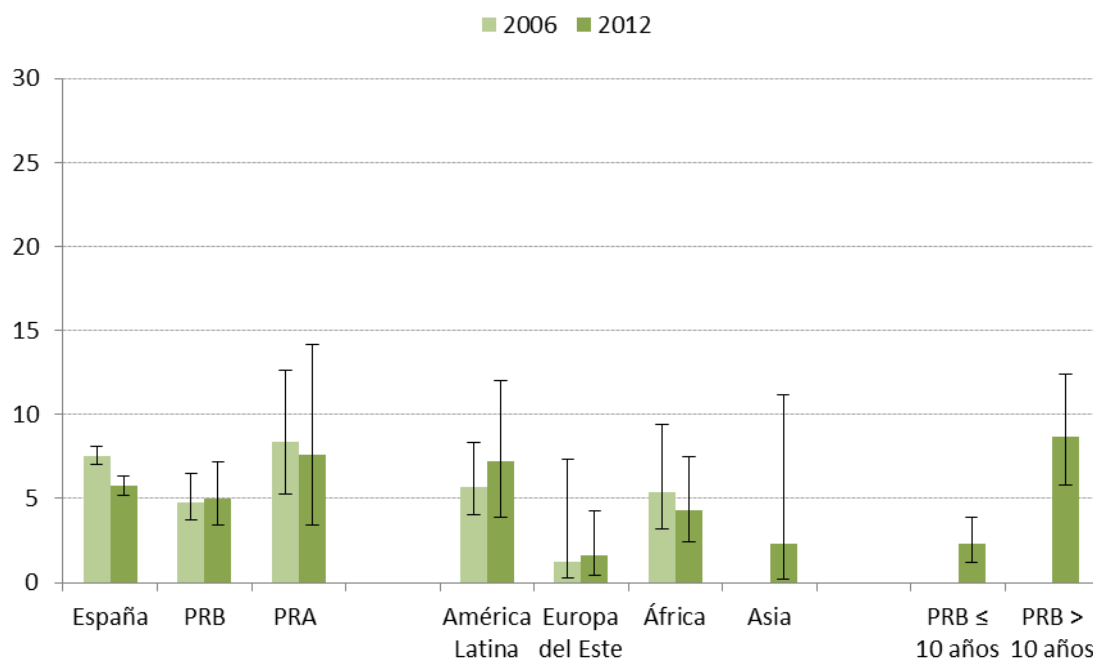
- Las mujeres (figura 3.4) de PRA presentan una prevalencia de depresión, ansiedad u otros trastornos mentales en el último año menor que los otros grupos de mujeres. Esta diferencia no aparecen entre los hombres (figura 3.5).
- Entre las personas de PRB, la prevalencia es mayor en los que llevan más tiempo de residencia, siendo la diferencia significativa en los hombres.
- La estratificación por clase social (figura 3.6) entre 2006 y 2012 indica una disminución significativa entre 2006 y 2012 de la prevalencia de depresión, ansiedad u otros trastornos mentales en españoles de ambos sexos y estratos; mientras que esta disminución solo aparece, y de manera significativa, en las mujeres inmigrantes de clase social manual.
- Esta disminución en la prevalencia de los trastornos mentales podría deberse, por un lado, a la modificación de la pregunta entre las dos encuestas y, por otro, al cambio en la temporalidad de los síntomas.

Figura 3.4. Mujeres que han padecido depresión, ansiedad u otros trastornos mentales en el último año según país de nacimiento y años de residencia. ENS 2006 y 2012. Porcentajes estandarizados por edad.



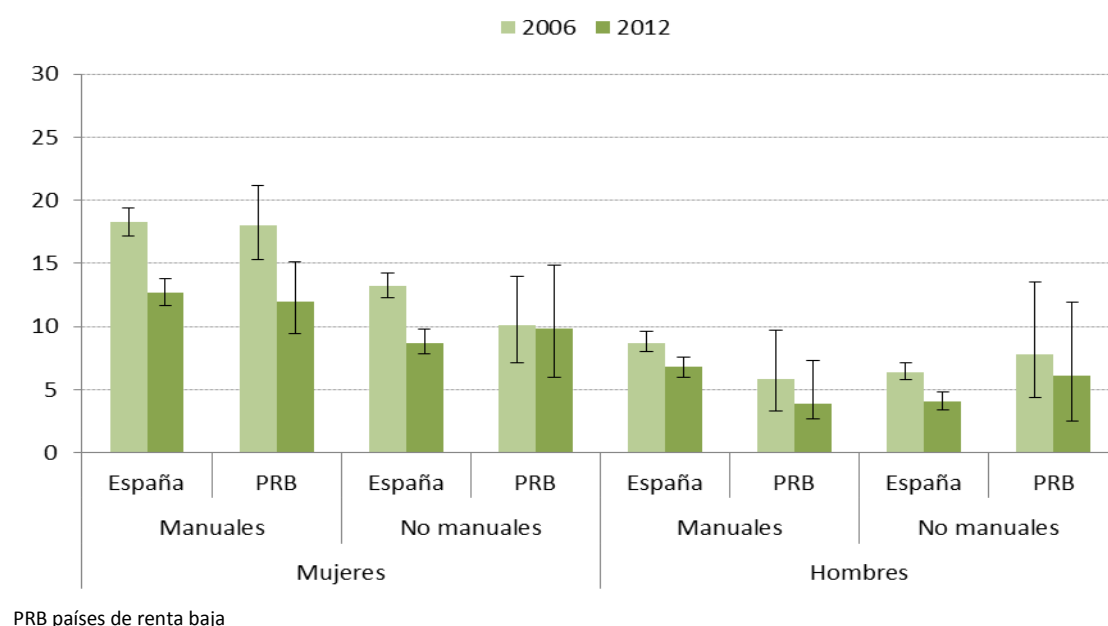
PRB países de renta baja; PRA países de renta alta

Figura 3.5. Hombres que han padecido depresión, ansiedad u otros trastornos mentales en el último año según país de nacimiento y años de residencia. ENS 2006 y 2012. Porcentajes estandarizados por edad.



PRB países de renta baja; PRA países de renta alta

Figura 3.6. Personas que han padecido depresión, ansiedad u otros trastornos mentales en el último año según sexo, clase social y país de nacimiento. ENS 2006 y 2012. Porcentajes estandarizados por edad



Consumo de tranquilizantes, relajantes, pastillas para dormir

El consumo de tranquilizantes en personas de países de renta baja era inferior respecto a las autóctonas pero ha aumentado entre 2006 y 2012.

- El consumo de tranquilizantes en las dos últimas semanas entre 2006 y 2012 ha aumentado entre las personas de PRB; siendo más marcado entre los hombres de América Latina (figuras 2.7 y 2.8).
- El incremento del consumo de tranquilizantes sólo aparece entre las mujeres de clase social no manual y hombres de clase social manual (figura 3.9).
- El consumo es mayor en personas de PRB con mayor tiempo de residencia, sobretudo en mujeres.

Figura 3.7. Mujeres que han consumido tranquilizantes en las últimas 2 semanas según país de nacimiento y años de residencia. ENS 2006 y 2012. Porcentajes estandarizados por edad.

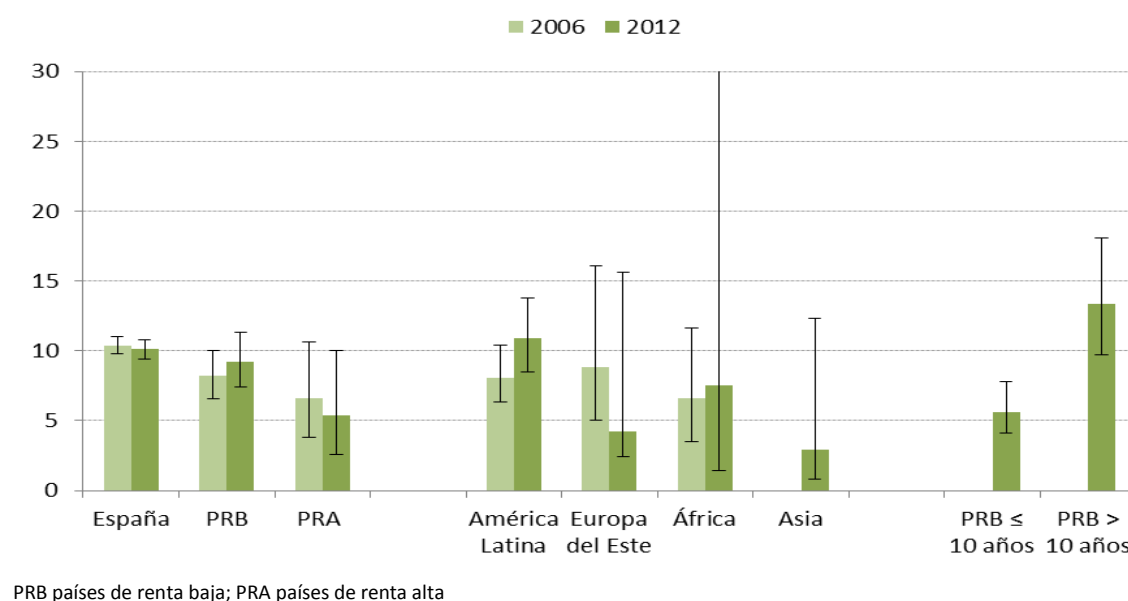
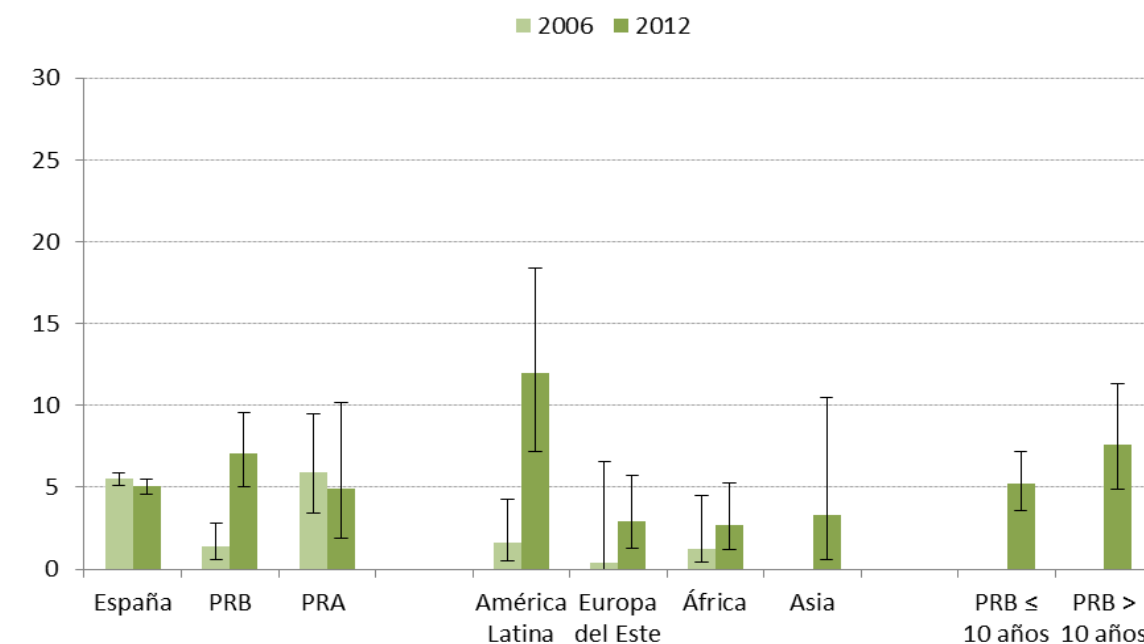
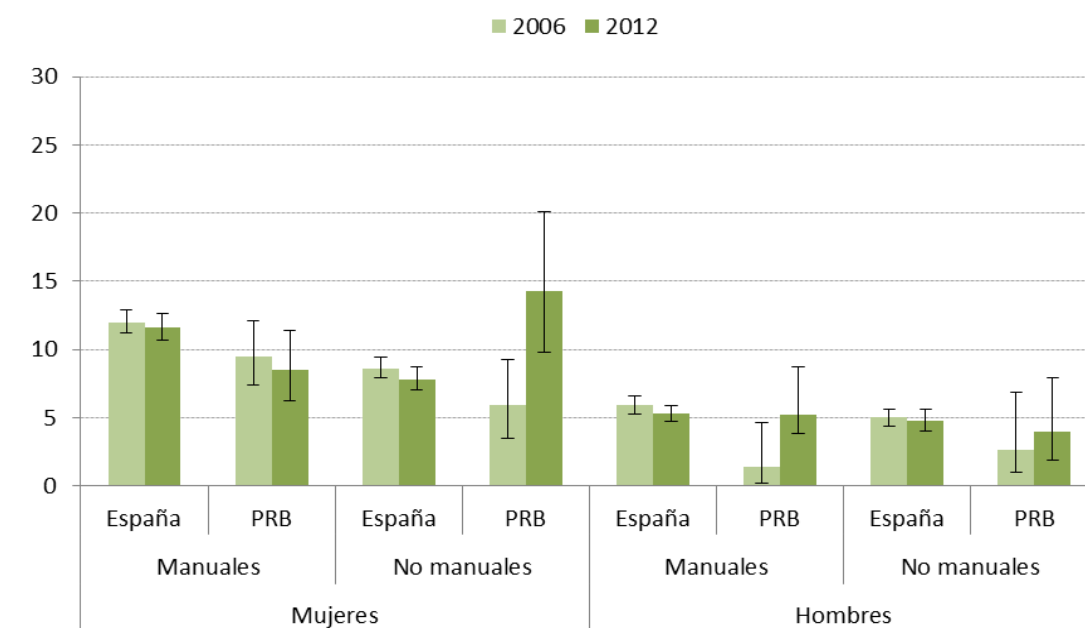


Figura 3.8. Hombres que han consumido tranquilizantes en las últimas 2 semanas según país de nacimiento y años de residencia. ENS 2006 y 2012. Porcentajes estandarizados por edad.



PRB países de renta baja; PRA países de renta alta

Figura 3.9. Personas que han consumido tranquilizantes en las últimas 2 semanas según sexo, clase social y país de nacimiento. ENS 2006 y 2012. Porcentajes estandarizados por edad



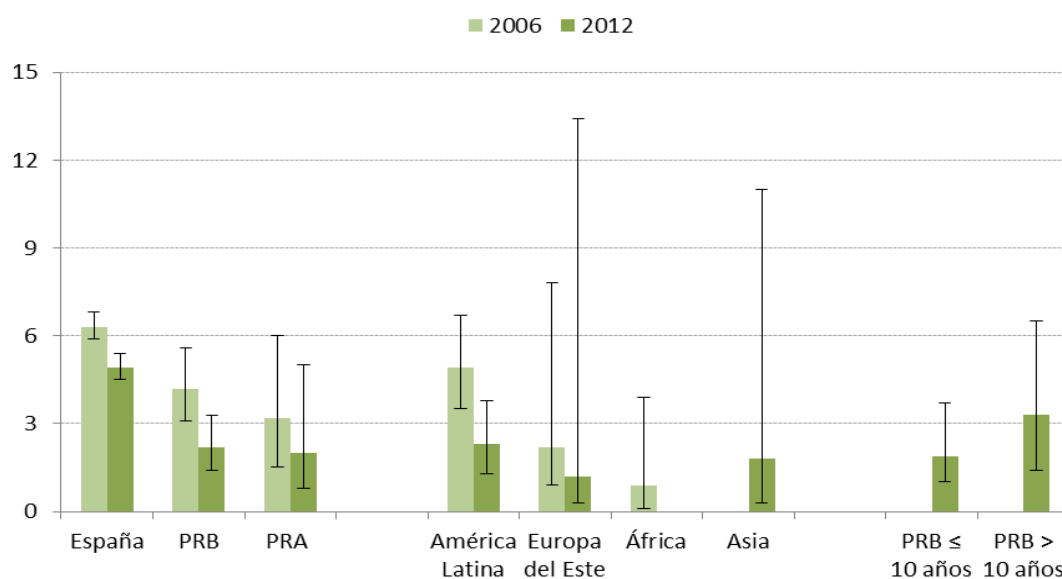
PRB países de renta baja

Consumo de antidepresivos o estimulantes

El consumo de antidepresivos ha disminuido en las mujeres de todos los grupos, mientras que ha aumentado entre los hombres inmigrantes.

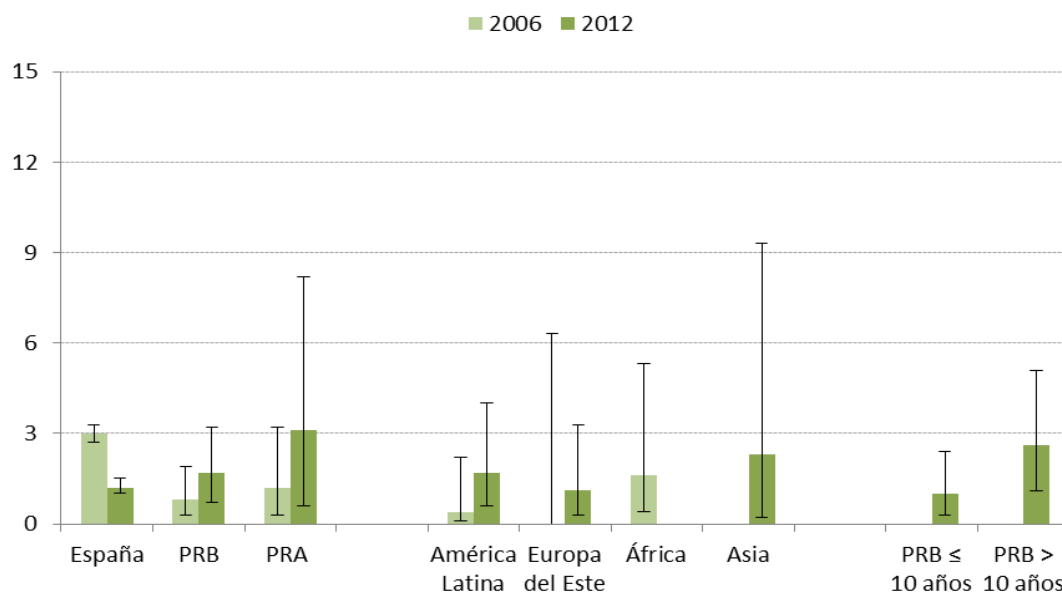
- El consumo de antidepresivos ha disminuido entre todos los grupos de mujeres, tanto españolas como inmigrantes, y en ambos años es inferior en inmigrantes respecto a autóctonas (figura 3.10).
- El consumo de antidepresivos ha aumentado entre todos los grupos de hombres inmigrantes, no así en españoles, dejando de ser inferior en inmigrantes (figura 3.11).
- En personas autóctonas, el consumo es mayor en la clase social manual, mientras que en personas de PRB no se aprecian diferencias significativas (figura 3.12).

Figura 3.10. Mujeres que han consumido antidepresivos en las últimas 2 semanas según país de nacimiento y años de residencia. ENS 2006 y 2012. Porcentajes estandarizados por edad.



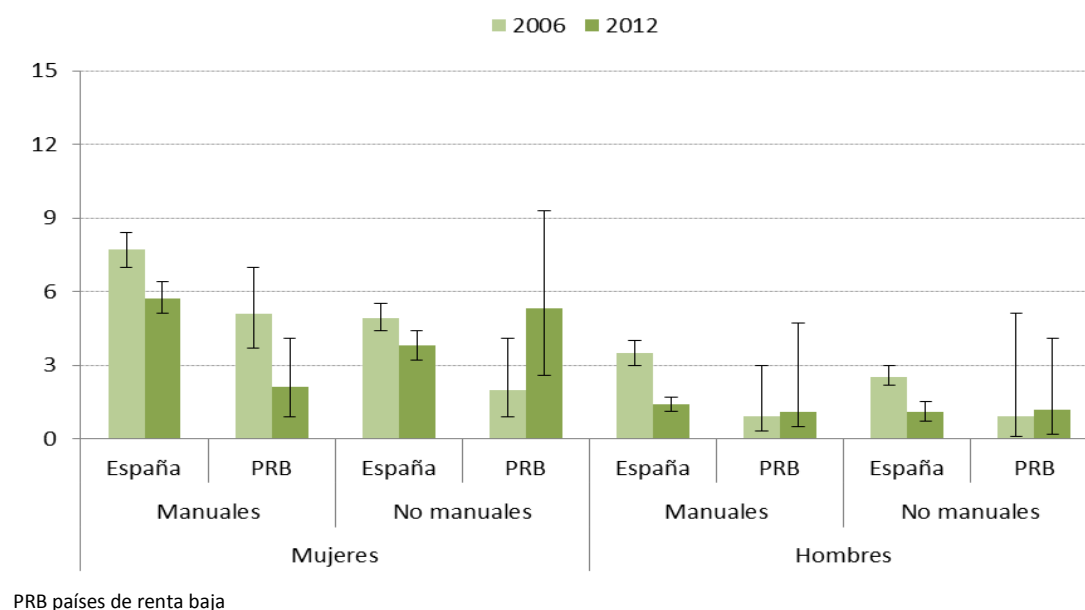
PRB países de renta baja; PRA países de renta alta

Figura 3.11. Hombres que han consumido antidepresivos en las últimas 2 semanas según país de nacimiento y años de residencia. ENS 2006 y 2012. Porcentajes estandarizados por edad.



PRB países de renta baja; PRA países de renta alta

Figura 3.12. Personas que han consumido antidepresivos en las últimas 2 semanas según sexo, clase social y país de nacimiento. ENS 2006 y 2012. Porcentajes estandarizados por edad



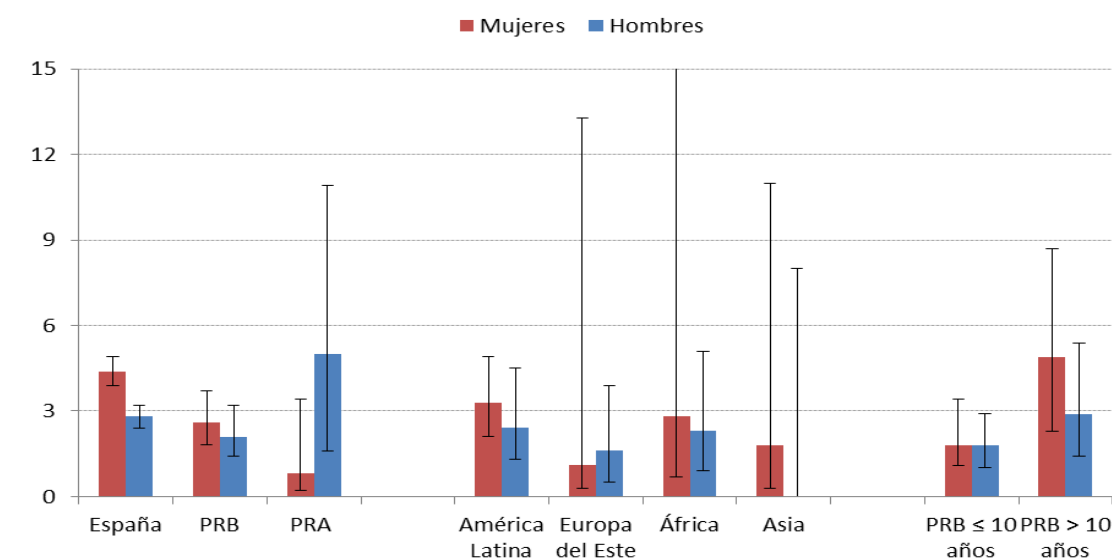
Visitas al psicólogo o psicoterapeuta

Los inmigrantes recientes visitan menos al psicólogo o terapeuta, mientras que los de mayor tiempo de residencia lo hacen en igual proporción que las personas autóctonas.

- Las mujeres españolas y las de PRB, especialmente latinoamericanas y africanas, acuden más al psicólogo o al terapeuta que las de PRA. (figura 3.13)
- En los hombres, es al revés, siendo los de PRA los que acuden con más frecuencia al psicólogo o terapeuta.
- Las mujeres y hombres de PRB con menor tiempo de residencia acceden menos al psicólogo o terapeuta que las autóctonas, mientras que por encima de los 10 años igualan su frecuentación.

La baja prevalencia de este indicador, disponible en 2012, no ha permitido estimar los datos según clase social.

Figura 3.13. Personas que han acudido al psicólogo o psicoterapeuta en el último año según sexo, años de residencia y país de nacimiento. ENS 2012. Porcentajes estandarizados por edad



PRB países de renta baja; PRA países de renta alta

Capítulo 4. Salud laboral

Elena Ronda Pérez^{1,2}

1. Centro de Investigación Biomédica en Red en Epidemiología y Salud Pública (CIBERESP)

2. Centro de Investigación en Salud Laboral (CISAL), Universidad de Alicante

En este capítulo se analizan los datos de la población empleada y se presentan los siguientes indicadores:

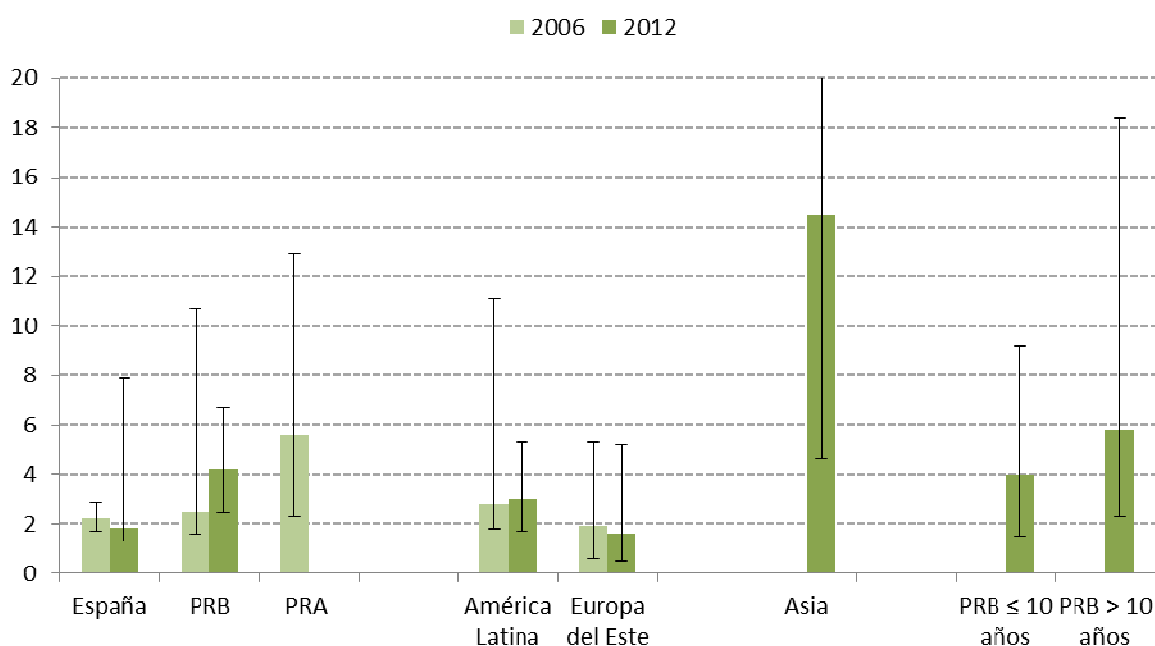
- Accidentes en el trabajo
- Estrés laboral
- Carga física de origen laboral
- Relación laboral

Accidentes en el trabajo

Los trabajadores procedentes de países de renta baja declararon una mayor frecuencia de accidentes laborales que los nacidos en España, aunque en 2012 dicha frecuencia se ha reducido.

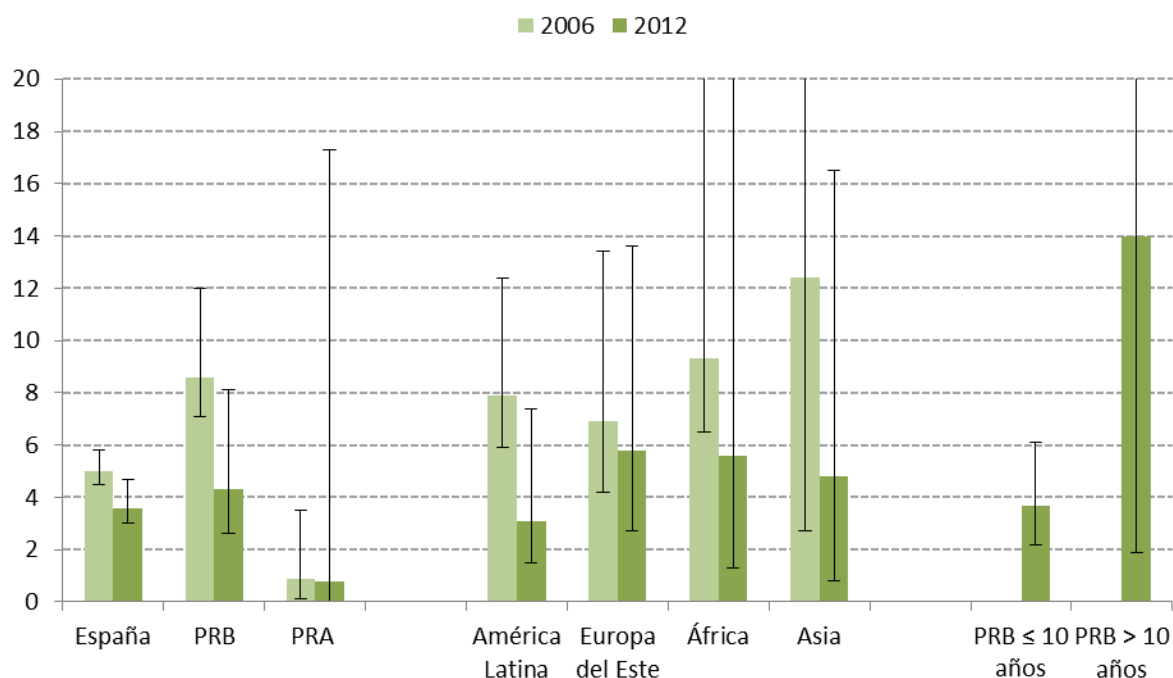
- En las trabajadoras no se observan diferencias en la prevalencia de autodeclaración de accidentes ocurridos en el lugar de trabajo en relación al país de nacimiento (figura 4.1). En 2012, se produce un aumento de la prevalencia respecto a 2006 en las trabajadoras procedentes de países de renta baja (PRB), especialmente en mujeres asiáticas.
- En los trabajadores en 2006, (figura 4.2) la prevalencia fue mayor en los procedentes de PRB. En 2012 disminuyen las prevalencias en todos los grupos, y desaparecen las diferencias con los nacidos en España.
- La accidentabilidad es más alta en trabajadores, hombres y mujeres, inmigrantes de PRB con mayor que con menor tiempo de residencia.
- La estratificación por clase social (figura 4.3) mantiene las diferencias entre PRB y España en 2006 en hombres en ambos grupos –manuales y no manuales– y en 2012 en las trabajadoras manuales.

Figura 4.1. Accidentes en el trabajo. Mujeres. ENS 2006 y 2012. Porcentajes estandarizados por edad.



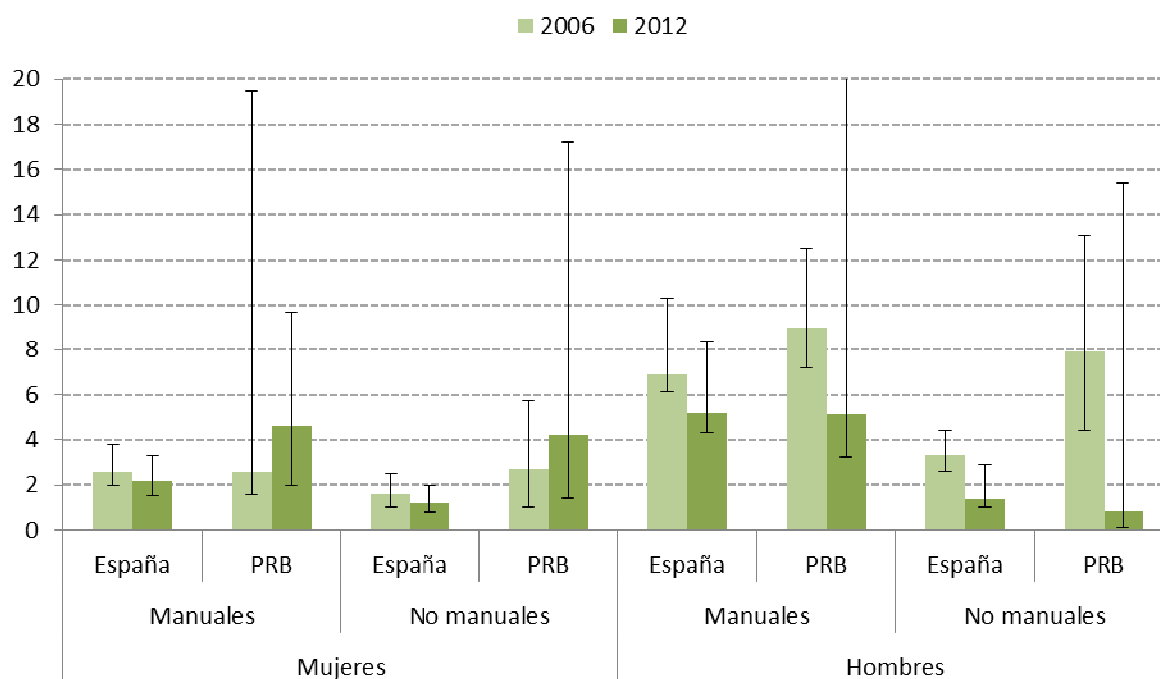
PRB países de renta baja; PRA países de renta alta

Figura 4.2. Accidentes en el trabajo Hombres. ENS 2006 y 2012. Porcentajes estandarizados por edad.



PRB países de renta baja; PRA países de renta alta

Figura 4.3. Accidentes en el trabajo según sexo, clase social y país de nacimiento. ENS 2006 y 2012. Porcentajes estandarizados por edad



PRB países de renta baja

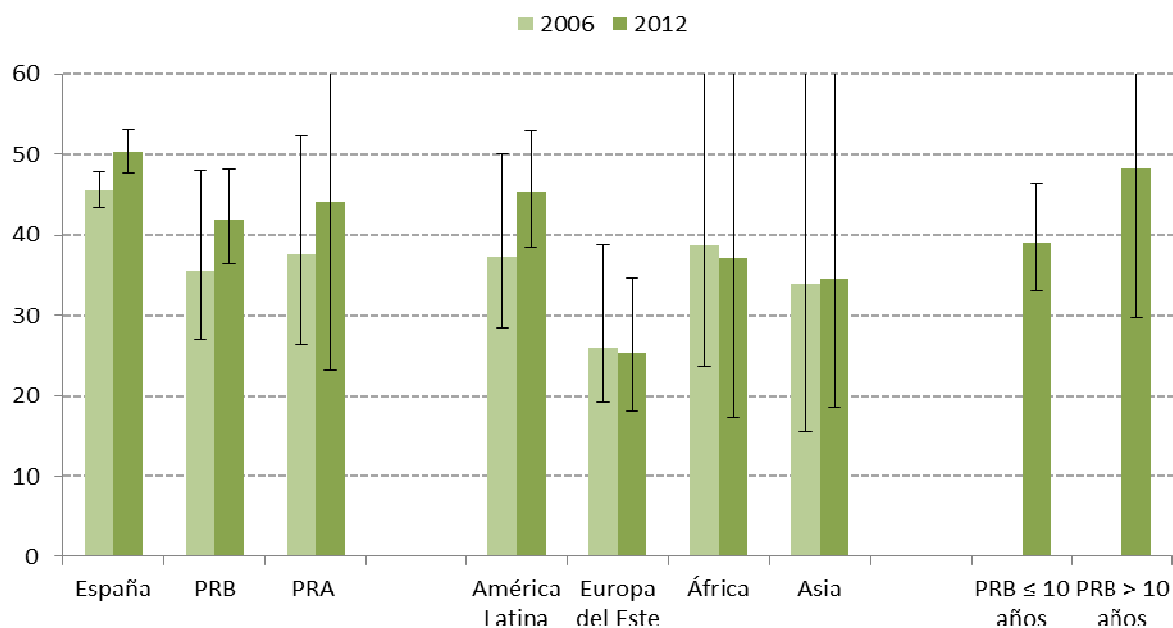
Estrés laboral

Los trabajadores nacidos en España y procedentes de países de renta alta presentan cifras más altas de estrés laboral que los de países de renta baja.

La prevalencia de estrés laboral aumenta entre 2006 y 2012 en todos los grupos.

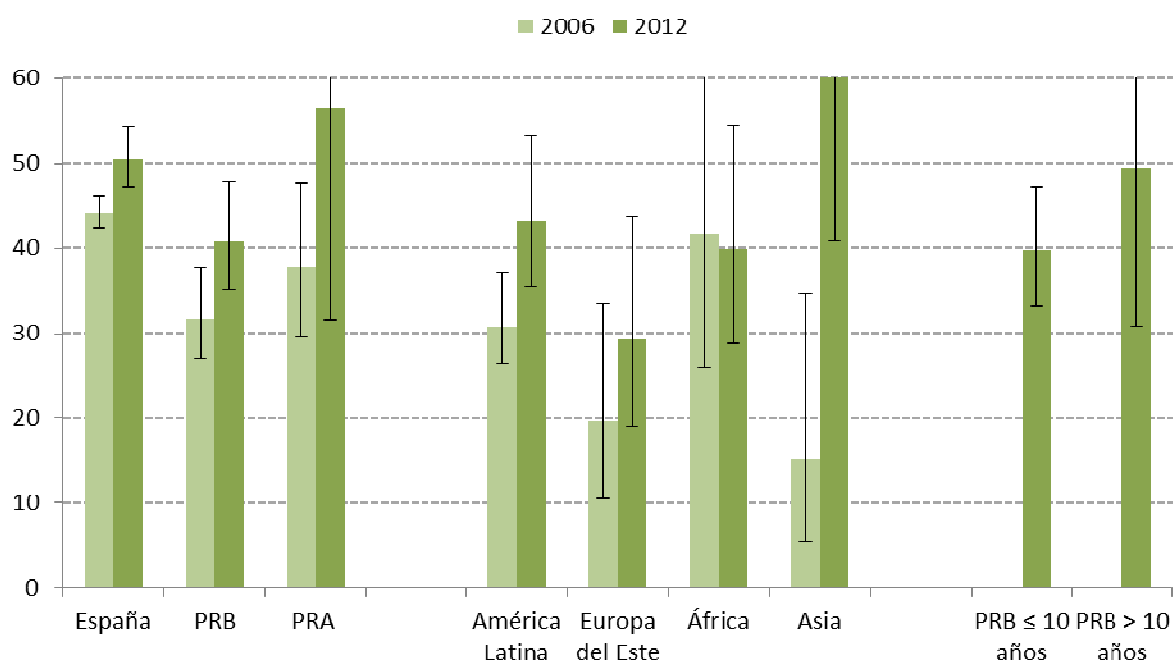
- Las mujeres españolas presentan las cifras más altas de estrés laboral (figura 4.4). En general, las prevalencias aumentan en todos los grupos en 2012 respecto a 2006.
- La proporción más alta de trabajadores que declara niveles altos de estrés en 2012 corresponde a los inmigrantes de países de renta alta (PRA) seguidos de los nacidos en España (figura 4.5). Por continentes, destaca el colectivo de asiáticos. Las prevalencias aumentan en todos los grupos en 2012 respecto a 2006, especialmente en PRA y Asia.
- En los trabajadores de más de 10 años la prevalencia es mayor que en los de menos tiempo de residencia.
- Los trabajadores y trabajadoras nacidos en España, tanto en ocupaciones manuales como no manuales, declaran más estrés que los inmigrantes procedentes de PRB, siendo las diferencias menores en 2012 en no manuales (figura 4.6).

Figura 4.4. Estrés laboral según país de nacimiento y años de residencia. Mujeres. ENS 2006 y 2012. Porcentajes estandarizados por edad.



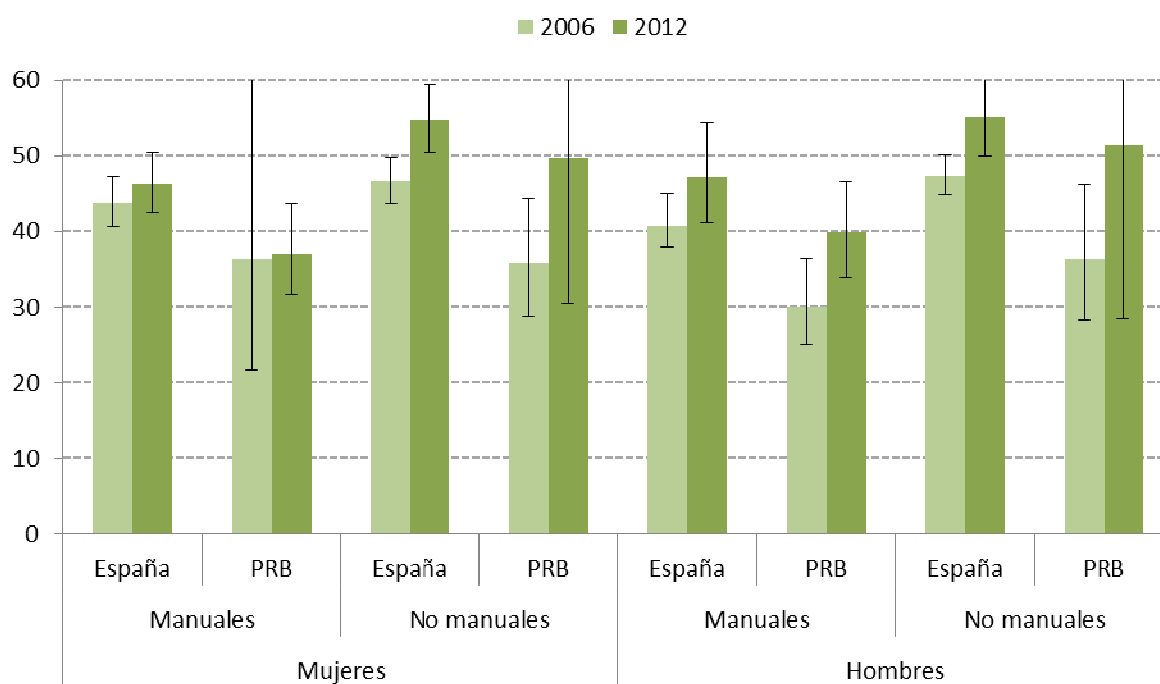
PRB países de renta baja; PRA países de renta alta

Figura 4.5. Estrés laboral según país de nacimiento y años de residencia. Hombres. ENS 2006 y 2012. Porcentajes estandarizados por edad.



PRB países de renta baja; PRA países de renta alta

Figura 4.6. Estrés laboral según sexo, clase social y país de nacimiento. ENS 2006 y 2012. Porcentajes estandarizados por edad



PRB países de renta baja

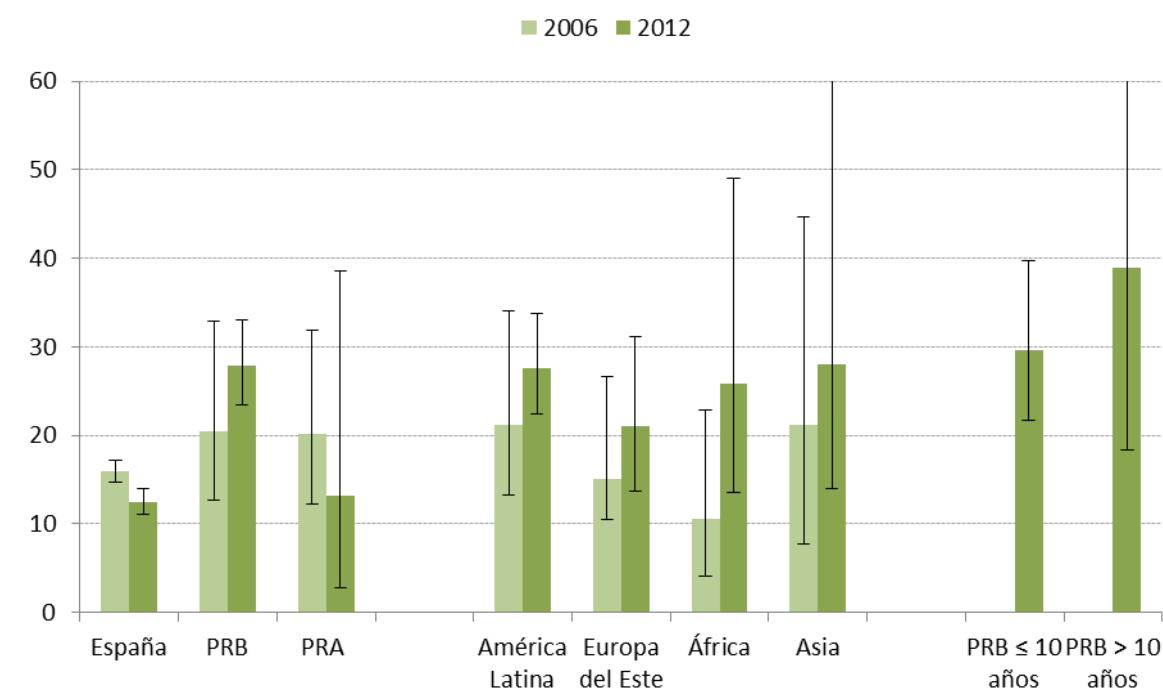
Carga física de origen laboral

La exposición laboral a carga física es mayor en los trabajadores, hombres y mujeres, procedentes de países de renta baja, sobre todo en ocupaciones manuales.

Este indicador se basa en la pregunta sobre qué describe mejor su actividad principal en el centro de trabajo. Las categorías de respuesta eran “sentado/a la mayor parte de la jornada” “de pie la mayor parte de la jornada sin efectuar grandes desplazamientos o esfuerzos” “caminando, llevando algún peso, efectuando desplazamientos frecuentes” “realizando tareas que requieren gran esfuerzo físico”. Se considera expuesto a carga física las dos últimas.

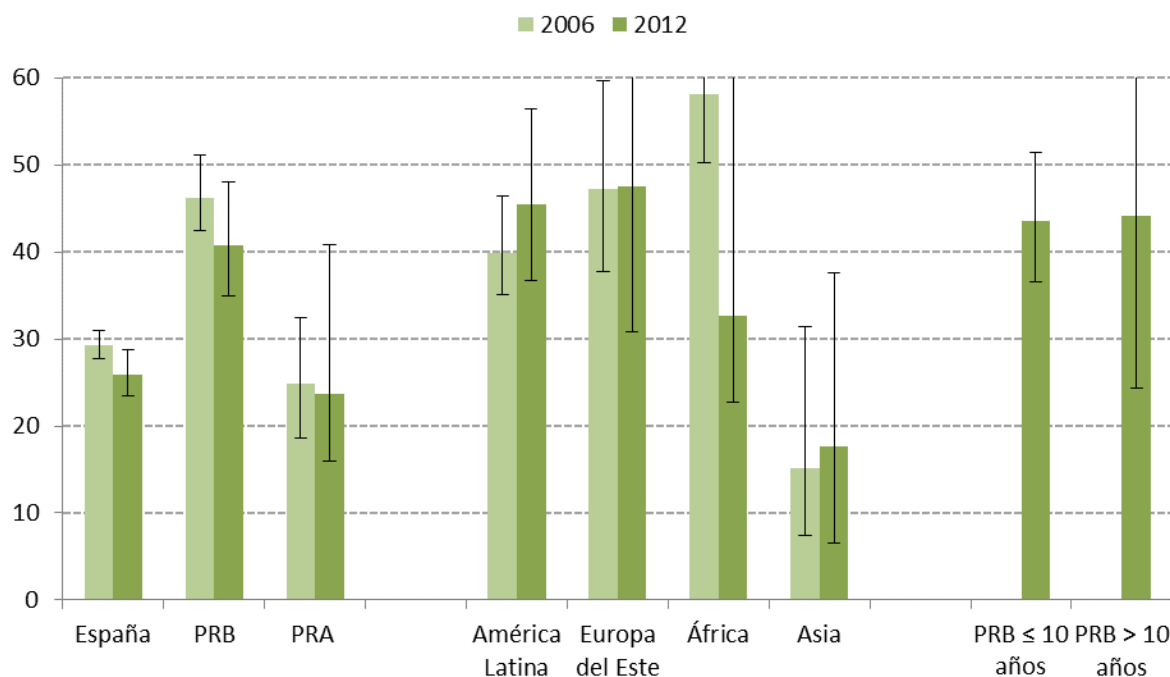
- En las mujeres, las cifras más altas de exposición en 2006 y 2012, se observan en las trabajadoras procedentes de PRB (figura 4.7). En 2012 las diferencias se observan tanto en manuales como no manuales, (Figura 4.9). Este patrón se mantiene independiente del tiempo de estancia en España.
- En hombres, la proporción de trabajadores expuestos a carga física es mayor en los procedentes de PRB (figura 4.8). En 2006, la cifra más alta se observa en africanos y en 2012 en europeos del Este. Los trabajadores manuales presentan las cifras más altas.
- Entre las dos encuestas disminuyen las prevalencias en los trabajadores y trabajadoras nacidos en España y trabajadores de PRB, y aumentan en las trabajadoras de PRB.

Figura 4.7. Exposición a carga física de origen laboral según país de nacimiento y años de residencia. Mujeres. ENS 2006 y 2012. Porcentajes estandarizados por edad.



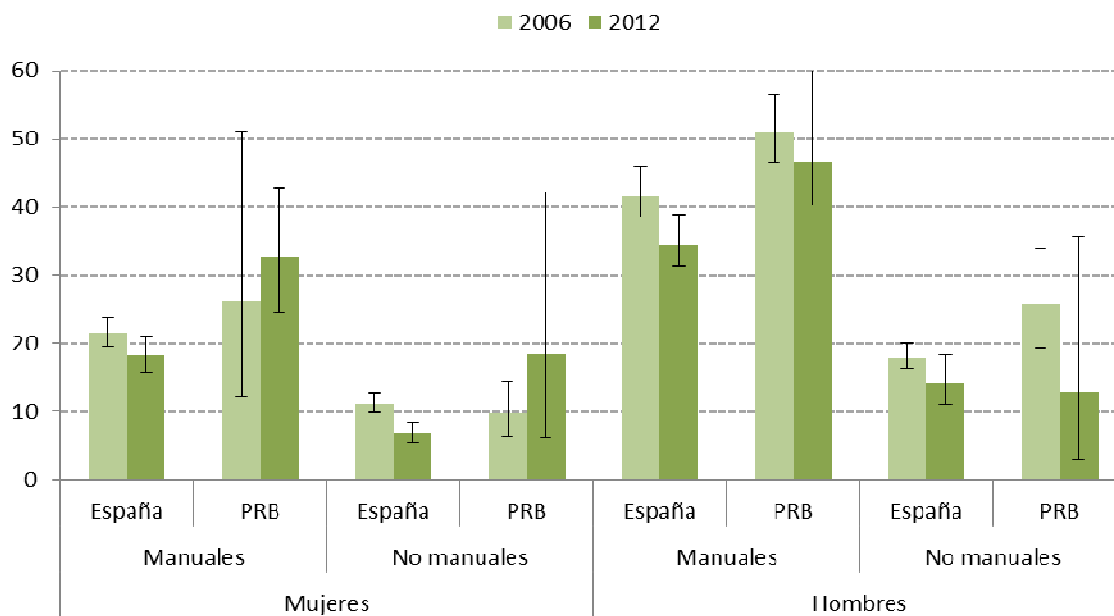
PRB países de renta baja; PRA países de renta alta

Figura 4.8. Exposición a carga física de origen laboral según país de nacimiento y años de residencia. Hombres ENS 2006 y 2012. Porcentajes estandarizados por edad



PRB países de renta baja; PRA países de renta alta

Figura 4.9. Exposición a carga física de origen laboral según sexo, clase social y país de nacimiento. ENS 2006 y 2012. Porcentajes estandarizados por edad.



PRB países de renta baja

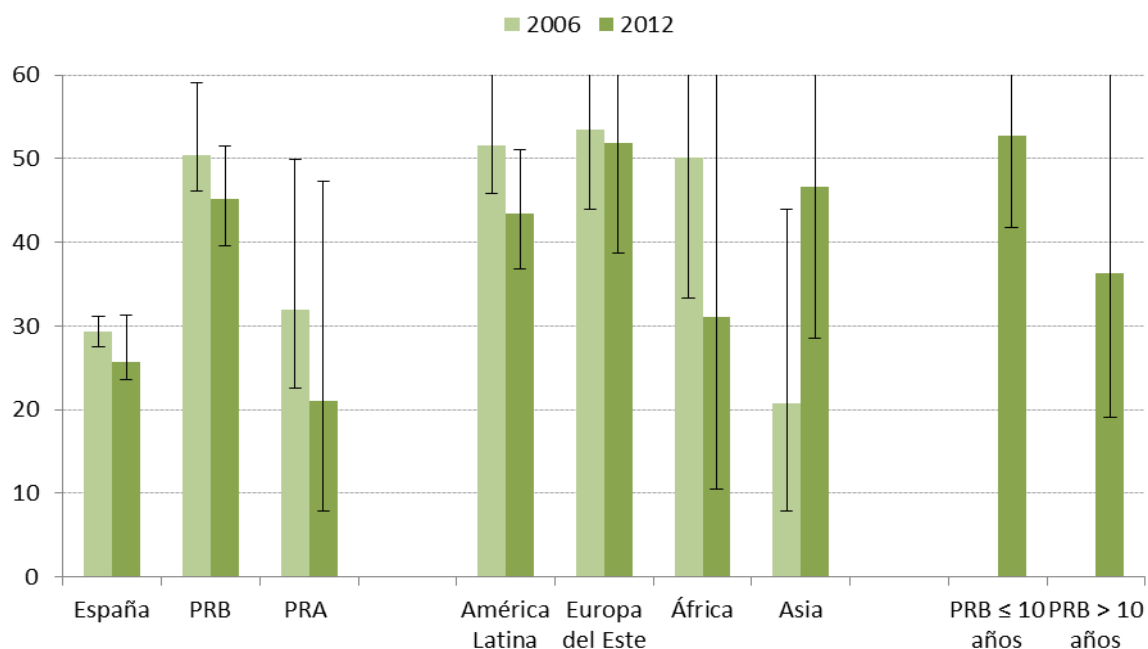
Relación laboral

Las cifras más altas de tener un contrato precario se observan en trabajadores y trabajadoras de países de renta baja donde se asocia a un menor tiempo de residencia y clase social manual.

Este indicador se basa en la pregunta sobre el tipo de relación laboral. Los *contratos precarios* incluyen las categorías de “contrato verbal o sin contrato” y “contrato temporal”.

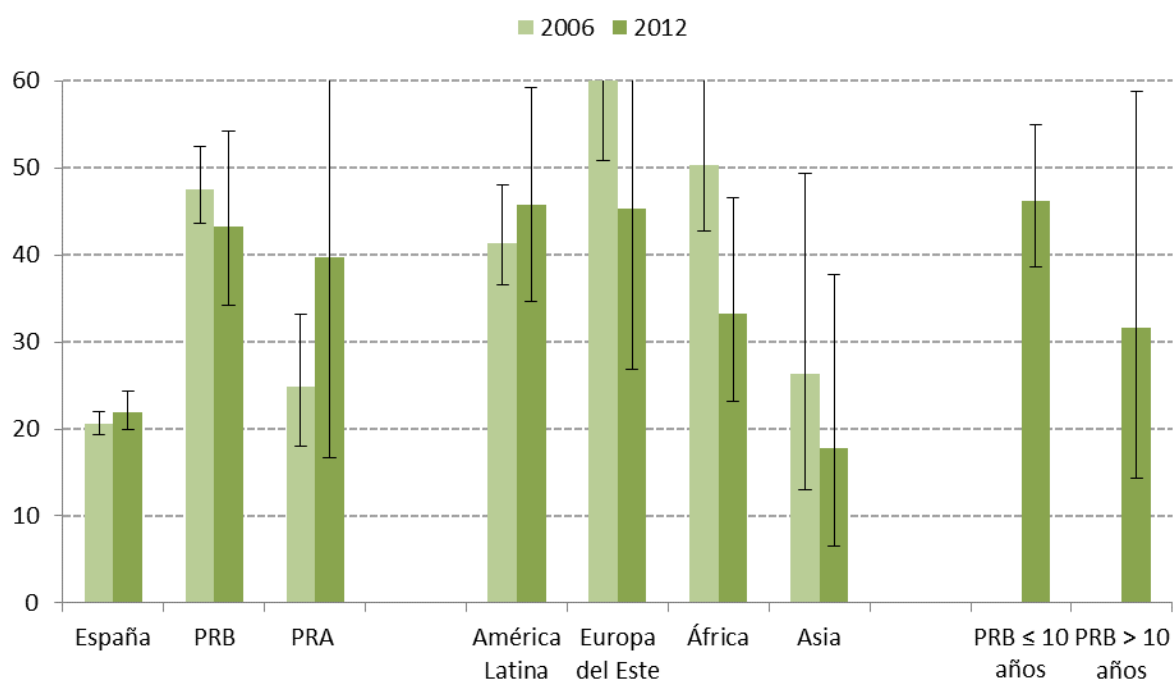
- Tanto en mujeres (figura 4.10) como en hombres (figura 4.11), la proporción más alta de trabajos con contrato precario se observan en los trabajadores procedentes de PRB. Las diferencias con los nacidos en España disminuyen en 2012 pero se mantienen en las ocupaciones manuales (figura 4.12). Este patrón se asocia a un menor tiempo de residencia en España sobre todo en las mujeres.

Figura 4.10. Contratos precarios según país de nacimiento y años de residencia. Mujeres. ENS 2006 y 2012. Porcentajes estandarizados por edad.



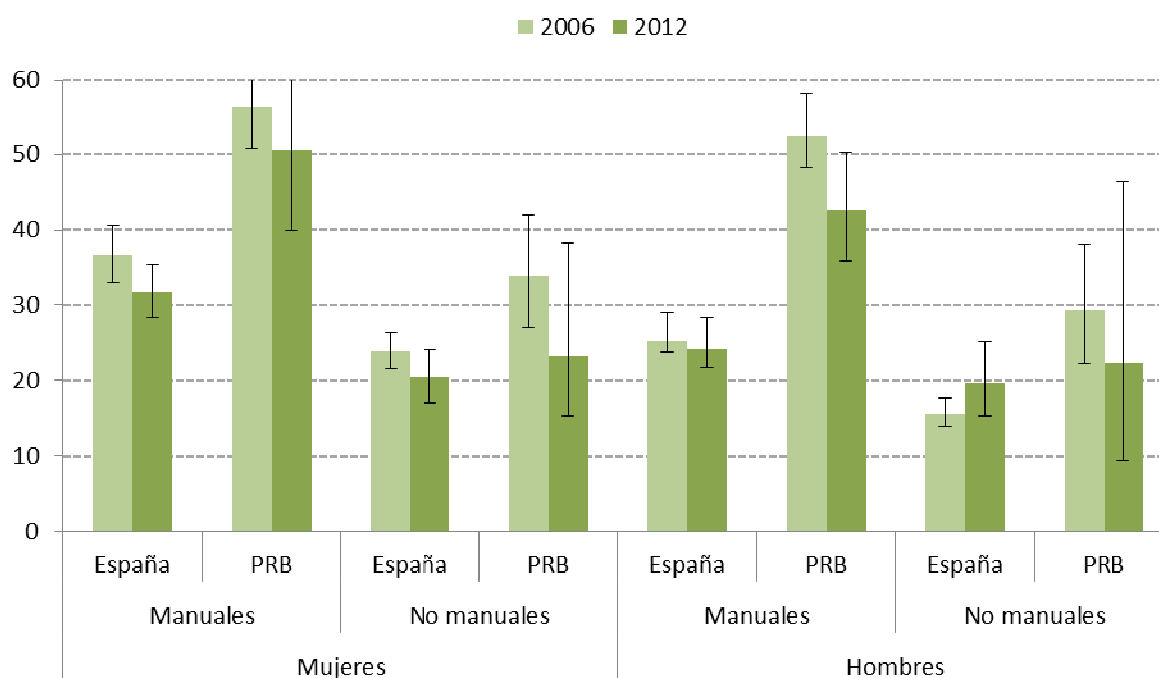
PRB países de renta baja; PRA países de renta alta

Figura 4.11. Contratos precarios según país de nacimiento y años de residencia. Hombres. ENS 2006 y 2012. Porcentajes estandarizados por edad.



PRB países de renta baja; PRA países de renta alta

Figura 4.12. Contratos precarios según sexo, clase social y país de nacimiento. ENS 2006 y 2012. Porcentajes estandarizados por edad.



PRB países de renta baja

Capítulo 5. Factores de riesgo cardiovascular

Cristina Hernando^{1,2}, Laia Ferrer^{1,3}, Mercè Gotsens^{1,4}

1. Centro de Investigación Biomédica en Red en Epidemiología y Salud Pública (CIBERESP)

2. Doctorado en Pediatría, Obstetricia y Ginecología, Medicina Preventiva y Salud Pública, UAB

3. Centre d'Estudis Epidemiològics sobre les Infeccions de Transmissió Sexual i Sida de Catalunya (CEEISCAT), Institut Català d'Oncologia, Generalitat de Catalunya. Fundació Institut d'Investigació Germans Trias i Pujol.

4. Agència de Salut Pública de Barcelona

En este capítulo se presentan los siguientes indicadores:

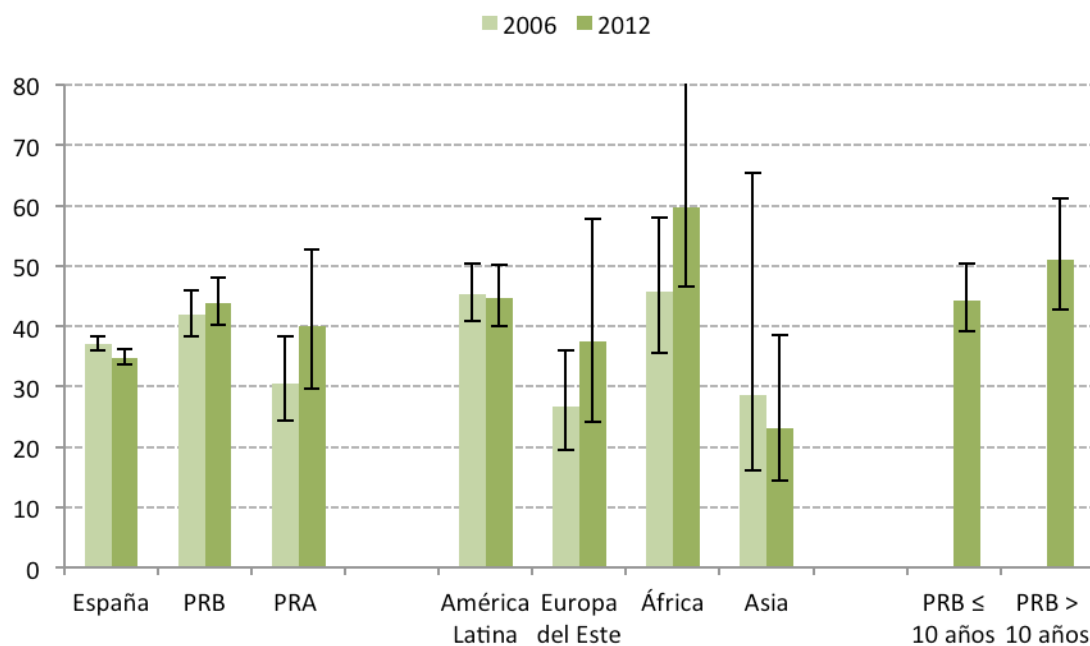
- Obesidad y sobrepeso
- Hipertensión arterial
- Hipercolesterolemia
- Hábito tabáquico
- Consumo de alcohol
- Actividad física
- Hábitos dietéticos

Obesidad y sobrepeso

La prevalencia de obesidad y sobrepeso es mayor en mujeres de países de renta baja que en mujeres españolas. Las procedentes de América Latina y África declaran las frecuencias más elevadas.

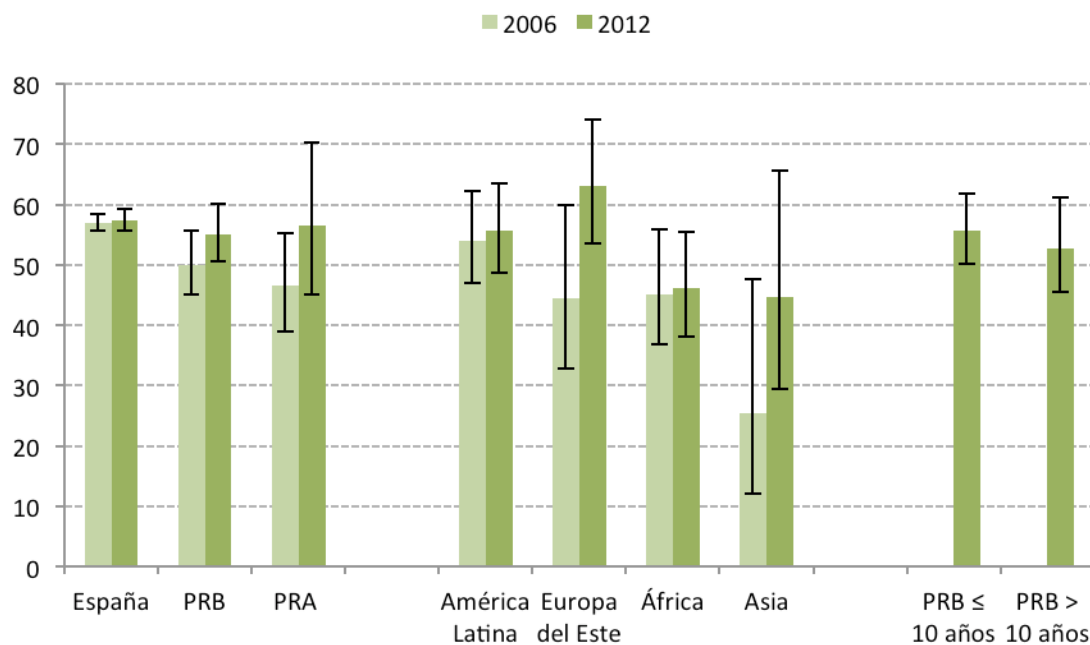
- Las mujeres inmigrantes declaran obesidad y sobrepeso con mayor frecuencia que las mujeres autóctonas, sobre todo las mujeres de países de renta baja (PRB). En las mujeres de PRB la mayor frecuencia de obesidad y sobrepeso se observa en las procedentes de América Latina y África (figura 5.1).
- Las diferencias en mujeres desaparecen al estratificar por clase social (figura 5.3).
- Los hombres de PRB y de países de renta alta (PRA) presentan frecuencias inferiores de obesidad y sobrepeso que los autóctonos en la encuesta de 2006, dichas diferencias dejan de observarse en 2012 (figura 5.2).

Figura 5.1. Obesidad y sobrepeso según país de nacimiento y años de residencia. Mujeres. ENS 2006 y 2012. Porcentajes estandarizados por edad.



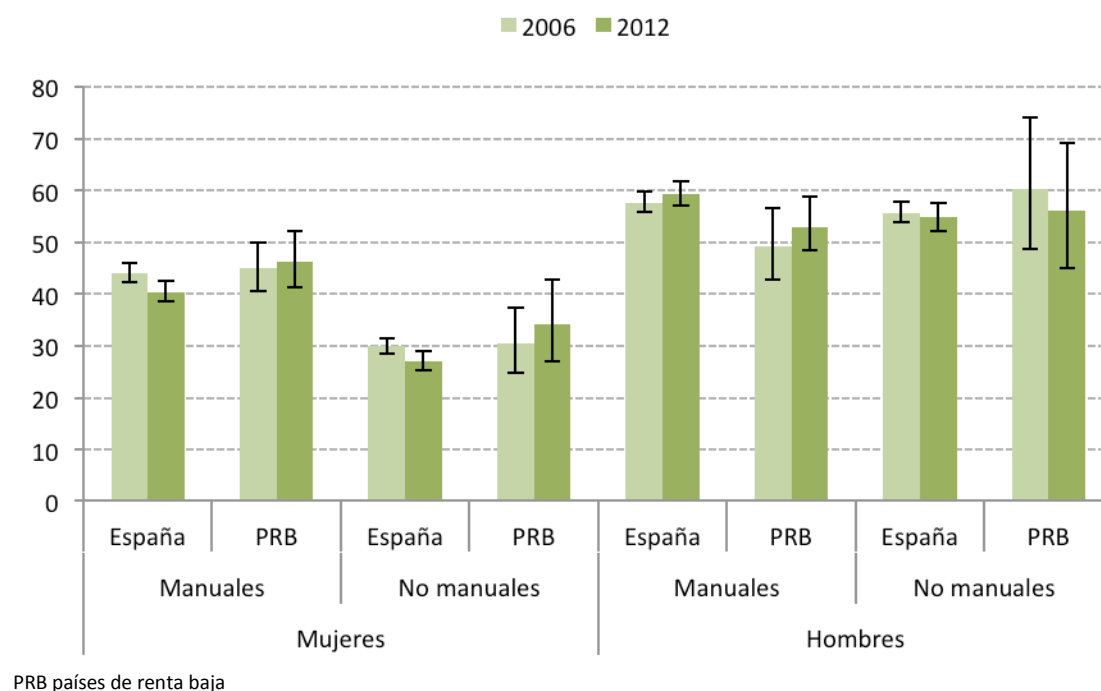
PRB países de renta baja; PRA países de renta alta

Figura 5.2. Obesidad y sobrepeso según país de nacimiento y años de residencia. Hombres. ENS 2006 y 2012. Porcentajes estandarizados por edad.



PRB países de renta baja; PRA países de renta alta

Figura 5.3. Obesidad y sobrepeso según sexo, clase social y país de nacimiento. ENS 2006 y 2012. Porcentajes estandarizados por edad



Hipertensión arterial

Prevalencia de hipertensión arterial (HTA)

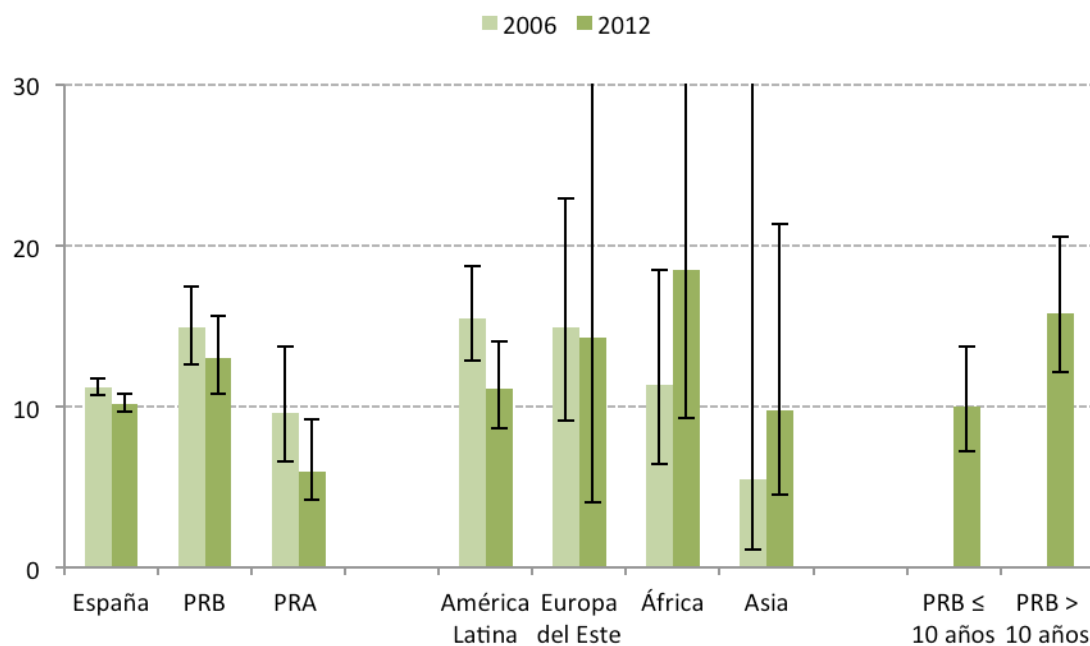
Las mujeres de países de renta baja presentan mayor prevalencia de HTA que el resto de mujeres. La prevalencia de HTA en los hombres de países de renta baja de clase social manual y con 10 años o menos residiendo en España es inferior a la de los españoles.

En hombres y mujeres países de renta baja la prevalencia de HTA y el control de la HTA aumenta cuando el tiempo de residencia es superior a los 10 años.

Las mujeres de PRB presentan mayor prevalencia de HTA que el resto de mujeres, y las mujeres de PRA la menor (figura 5.4). Los hombres inmigrantes presentan menor prevalencia que los españoles (figura 5.5).

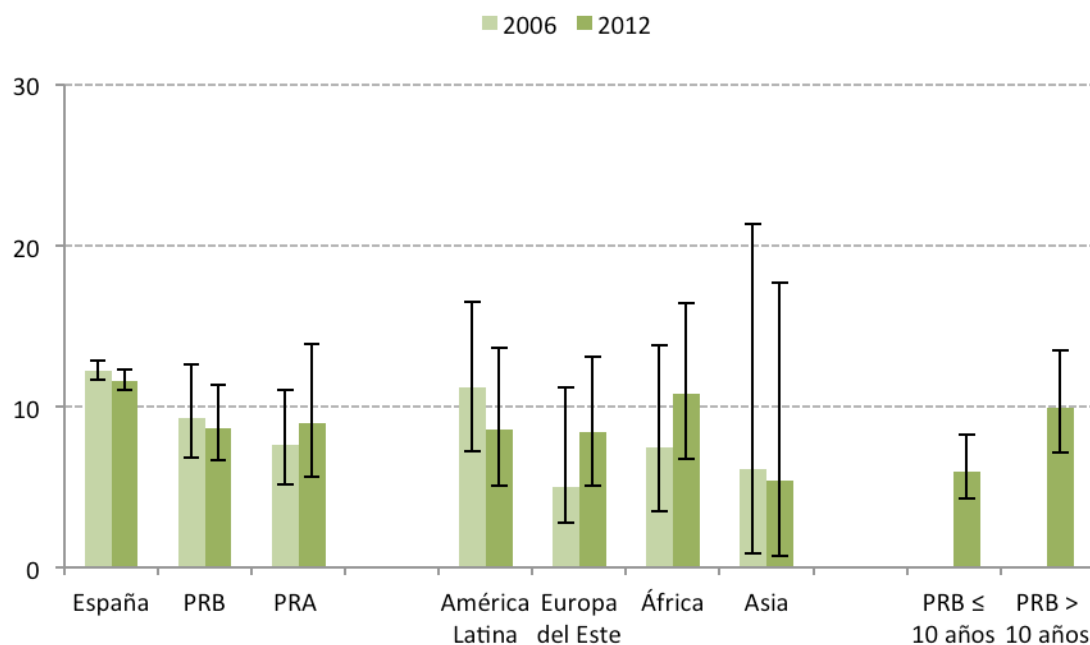
- En las mujeres de PRB no existen diferencias según la clase social, aunque las prevalencias de HTA son superiores en las mujeres de clase manual (figura 5.6). Según el tiempo de residencia, la prevalencia de HTA es mayor en las mujeres de PRB con más de 10 años de residencia que en las españolas (figura 5.4).
- En los hombres, la prevalencia de HTA de los procedentes de PRB se mantiene inferior a la de los españoles en la clase social manual (figura 5.6) y en inmigrantes recientes (figura 5.5).
- Españoles y PRB de ambos sexos presentan prevalencias de HTA inferiores en 2012 que en 2006. Por el contrario, en los hombres PRA la prevalencia aumenta.

Figura 5.4. Personas que padecen HTA en los últimos doce meses según país de nacimiento y años de residencia. Mujeres. ENS 2006 y 2012. Porcentajes estandarizados por edad.



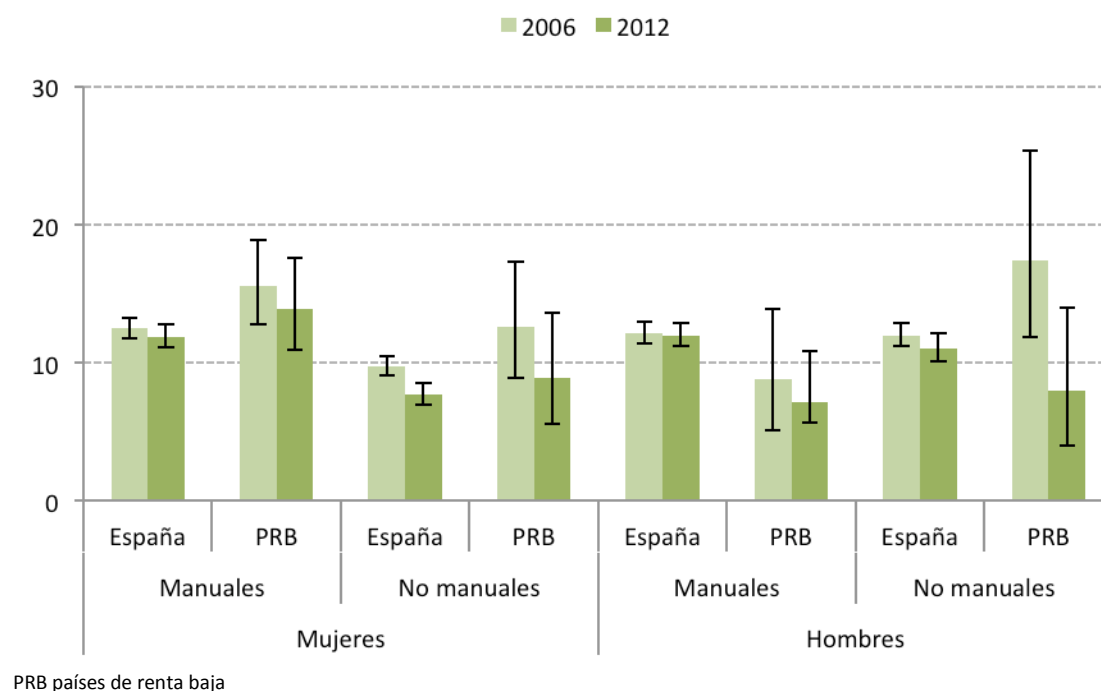
PRB países de renta baja; PRA países de renta alta

Figura 5.5. Personas que padecen HTA en los últimos doce meses según país de nacimiento y años de residencia. Hombres. ENS 2006 y 2012. Porcentajes estandarizados por edad.



PRB países de renta baja; PRA países de renta alta

Figura 5.6. Personas que padecen HTA en los últimos doce meses según sexo, clase social y país de nacimiento. ENS 2006 y 2012. Porcentajes estandarizados por edad



Control de la tensión arterial (TA)

- Hombres y mujeres de PRA y PRB tienden a controlar menos su TA que los españoles. Entre los PRB, los hombres y mujeres asiáticos son los que menos controles de la TA realizan (figura 5.7).
- El control de la TA aumenta a medida que aumenta el tiempo de residencia muy levemente en mujeres y más claramente en hombres de PRB. En hombres de PRB con menos de 10 años de residencia el control es claramente inferior que el realizado por los hombres españoles (figura 5.7).
- El control de la TA no está influenciado por la clase social (figura 5.8)

Figura 5.7. Personas que controlan la TA según sexo, país de nacimiento y años de residencia. ENS 2012. Porcentajes estandarizados por edad.

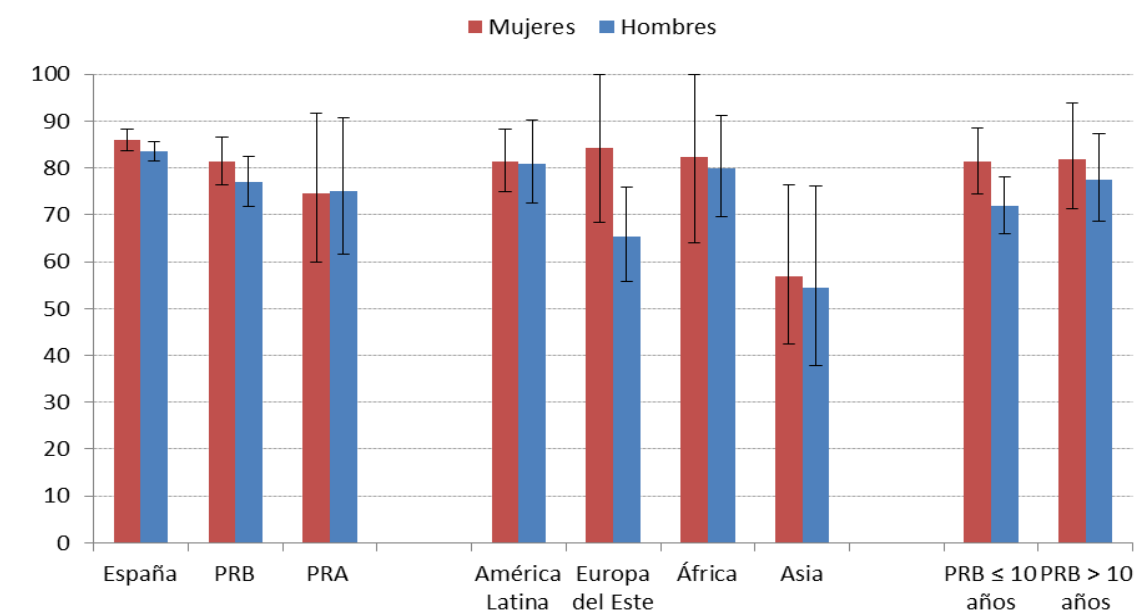
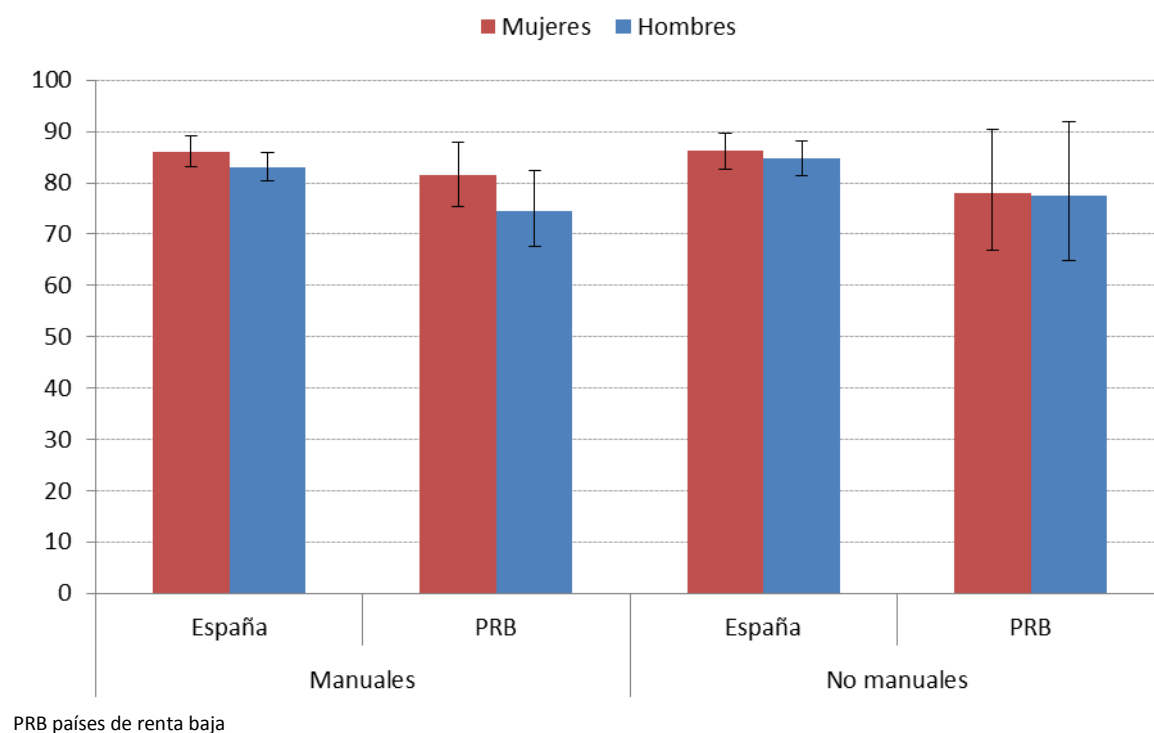


Figura 5.8. Personas que controlan la TA según sexo, clase social y país de nacimiento. ENS 2012. Porcentajes estandarizados por edad.



Hipercolesterolemia

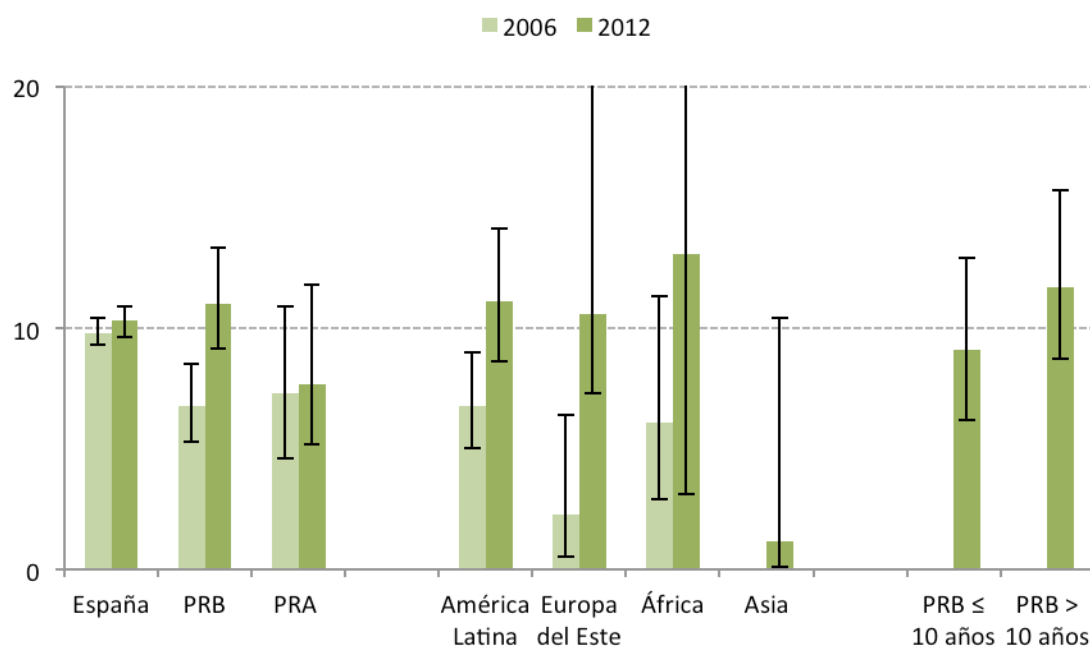
La prevalencia de hipercolesterolemia en los hombres de países de renta baja es inferior a la de los españoles en ambas clases sociales pero aumenta a mayor tiempo de estancia.

Los controles de hipercolesterolemia aumentan proporcionalmente con el tiempo de residencia de los inmigrantes.

Hipercolesterolemia en el último año (DLP)

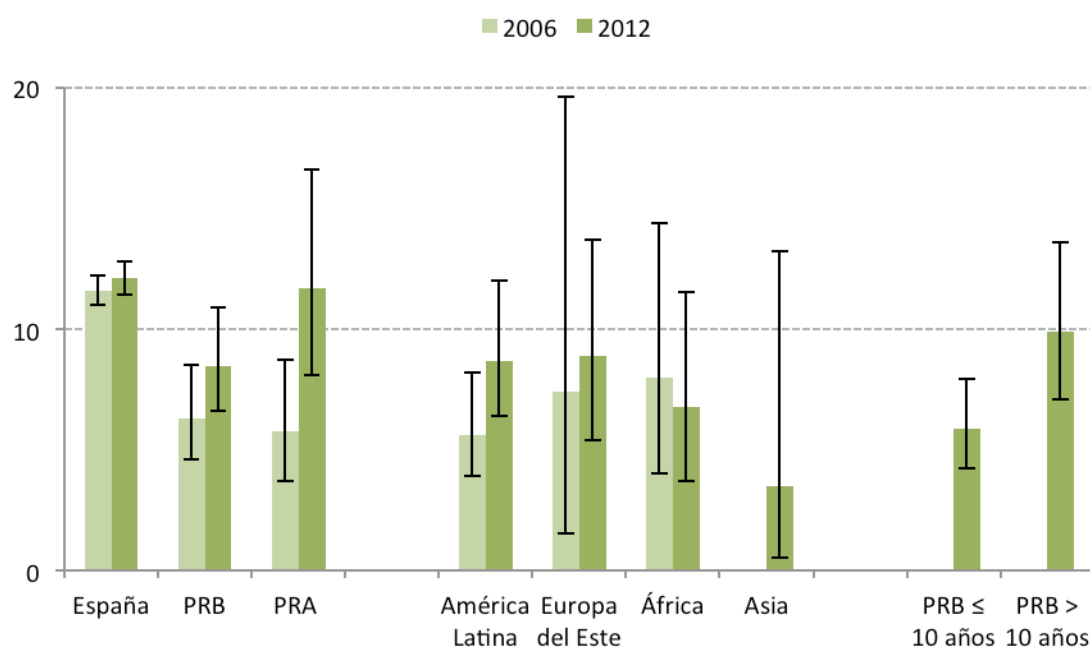
- La prevalencia de DLP en las mujeres inmigrante es similar a la de las mujeres españolas (figura 5.9)
- La prevalencia de DLP en los hombres españoles es superior que en los de PRB (figura 5.10).
- La prevalencia de DLP en los hombres de PRB es superior en aquellos con tiempo de residencia superior a los 10 años y desaparecen las diferencias con los españoles (figura 5.10).
- En las mujeres de PRB la prevalencia de DLP prácticamente no depende de la clase social, mientras que en los hombres de PRB de clase social alta es ligeramente superior que en los hombres de PRB de clase social baja (figura 5.11).
- La prevalencia de colesterol alto es mayor en hombres y mujeres en 2012 que en 2006, independientemente del origen. El mayor incremento se observa en mujeres de PRB de ambas clases sociales (figura 5.11).

Figura 5.9. Personas que padecen colesterol alto en los últimos 12 meses según país de nacimiento y años de residencia. Mujeres. ENS 2006 y 2012. Porcentajes estandarizados por edad.



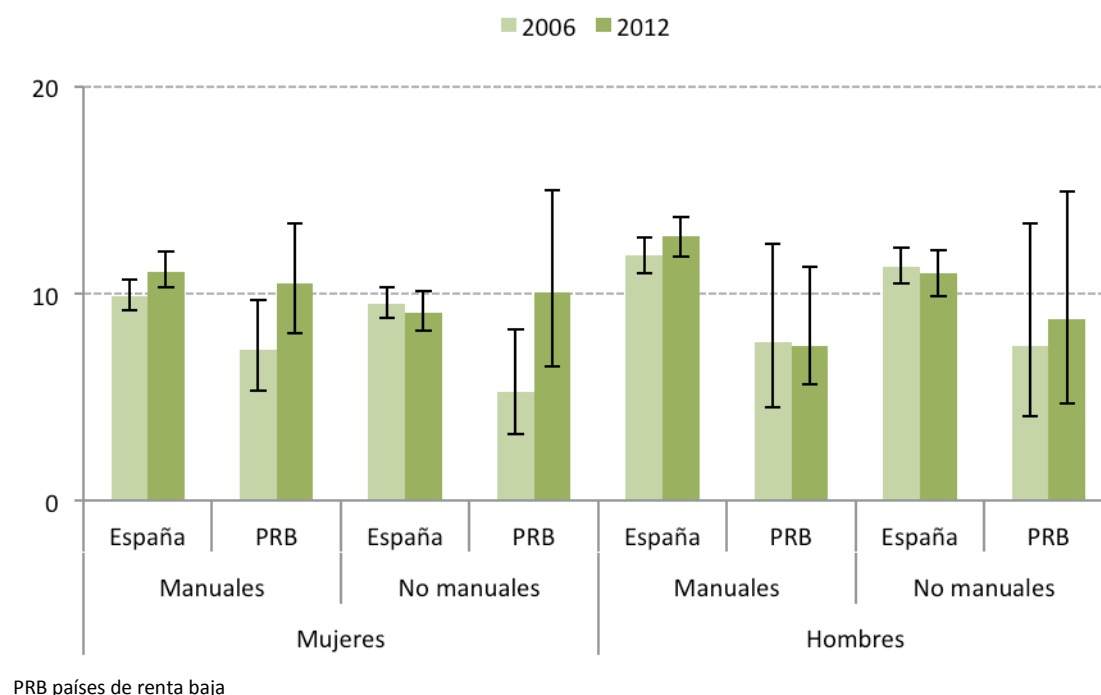
PRB países de renta baja; PRA países de renta alta

Figura 5.10. Personas que padecen colesterol alto en los últimos 12 meses según país de nacimiento y años de residencia. Hombres. ENS 2006 y 2012. Porcentajes estandarizados por edad.



PRB países de renta baja; PRA países de renta alta

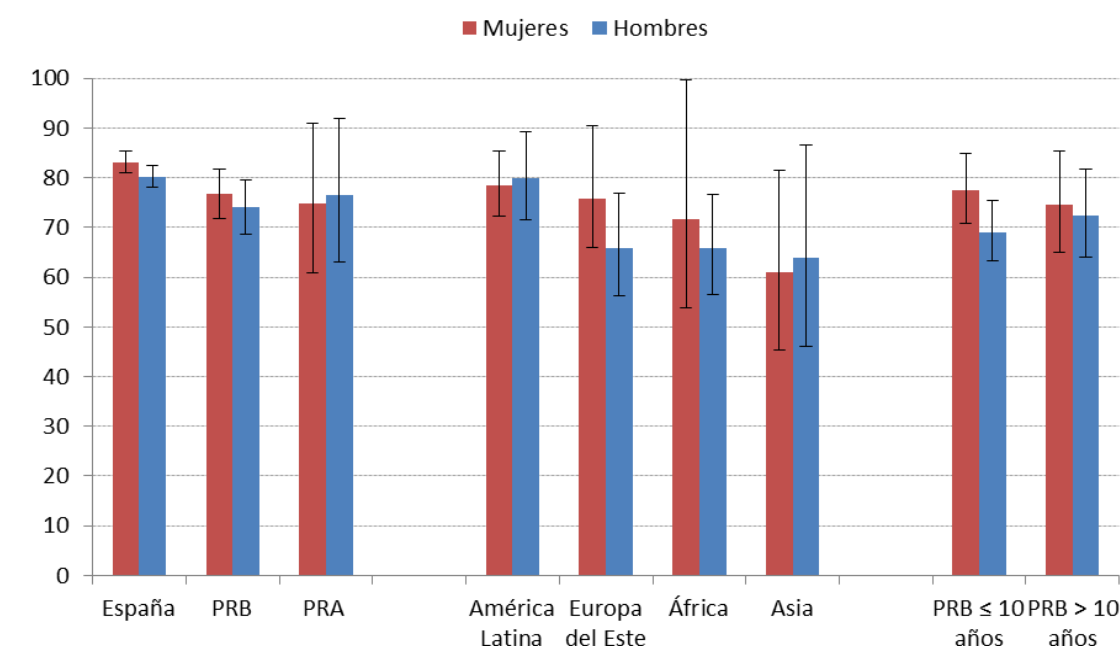
Figura 5.11. Personas que padecen colesterol alto en los últimos doce meses según sexo, clase social y país de nacimiento. ENS 2006 y 2012. Porcentajes estandarizados por edad



Control del colesterol

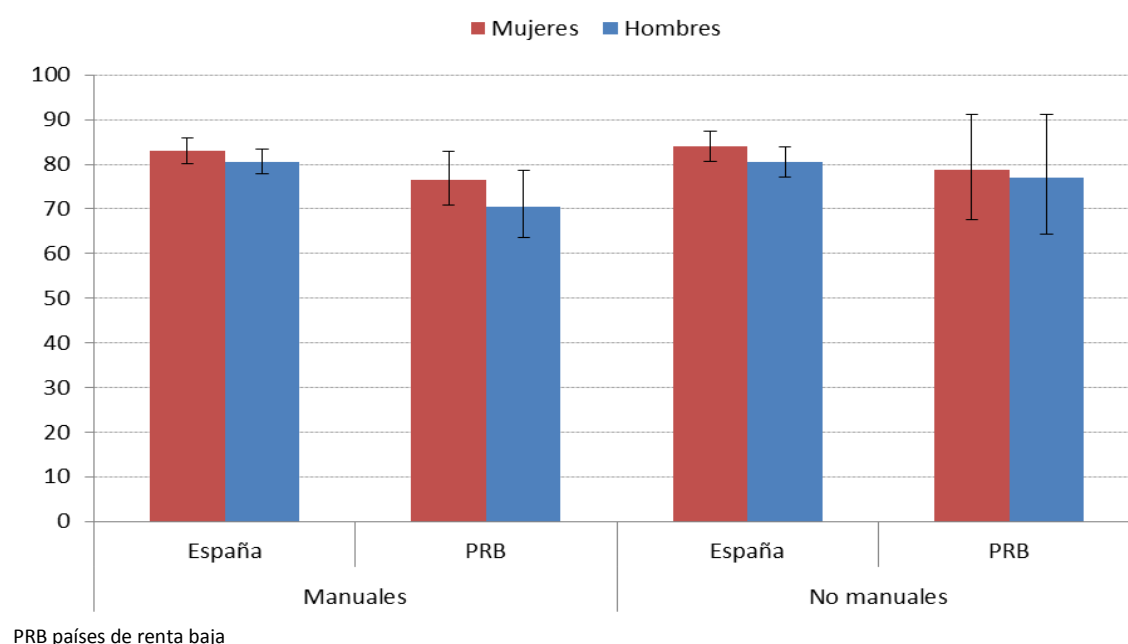
- Hombres y mujeres procedentes de PRB y PRA declaran ligeramente menor frecuencia de controles de colesterol respecto a los españoles. Entre los PRB, los que realizan menos controles son los hombres y mujeres asiáticos (figura 5.12).
- Según el tiempo de residencia, se observa un ligero descenso de los controles de colesterol en mujeres y un ligero aumento en hombres de PRB respecto a los españoles (figura 5.12). La clase social no afecta este indicador (figura 5.13).

Figura 5.12. Personas que realizan controles de colesterol según sexo, país de nacimiento y años de residencia. ENS 2012. Porcentajes estandarizados por edad.



PRB países de renta baja; PRA países de renta alta

Figura 5.13. Personas que realizan controles de colesterol según sexo, clase social y país de nacimiento. ENS 2012. Porcentajes estandarizados por edad.



Hábito tabáquico

La prevalencia de mujeres fumadoras de países de renta baja es inferior a la de las españolas. En hombres, el tabaquismo aumenta con el tiempo de residencia, igualándose con los españoles.

- Las mujeres y los hombres de PRB fuman menos que las personas autóctonas o de PRA. En ambos sexos, la mayor proporción de fumadores entre las personas de PRB se observa en los procedentes de Europa del Este y la menor proporción en los procedentes de América latina (figura 5.14 y 5.15).
- La menor frecuencia de fumadoras en las mujeres de PRB respecto las españolas se mantiene independientemente de la clase social (figura 5.16) y del tiempo de residencia. La prevalencia de fumadores es menor entre los hombres de PRB con menos de 10 años de residencia en comparación con los españoles, desapareciendo estas diferencias en los hombres con mayor tiempo de residencia (figura 5.15).
- La prevalencia de fumadores en 2012 es inferior a la de 2006 en españoles y PRB de ambos sexos, mientras que en PRA se observa un aumento importante, sobre todo en mujeres (figuras 5.13 y 5.14).

Figura 5.14. Personas fumadoras según país de nacimiento y años de residencia. Mujeres. ENS 2006 y 2012. Porcentajes estandarizados por edad.

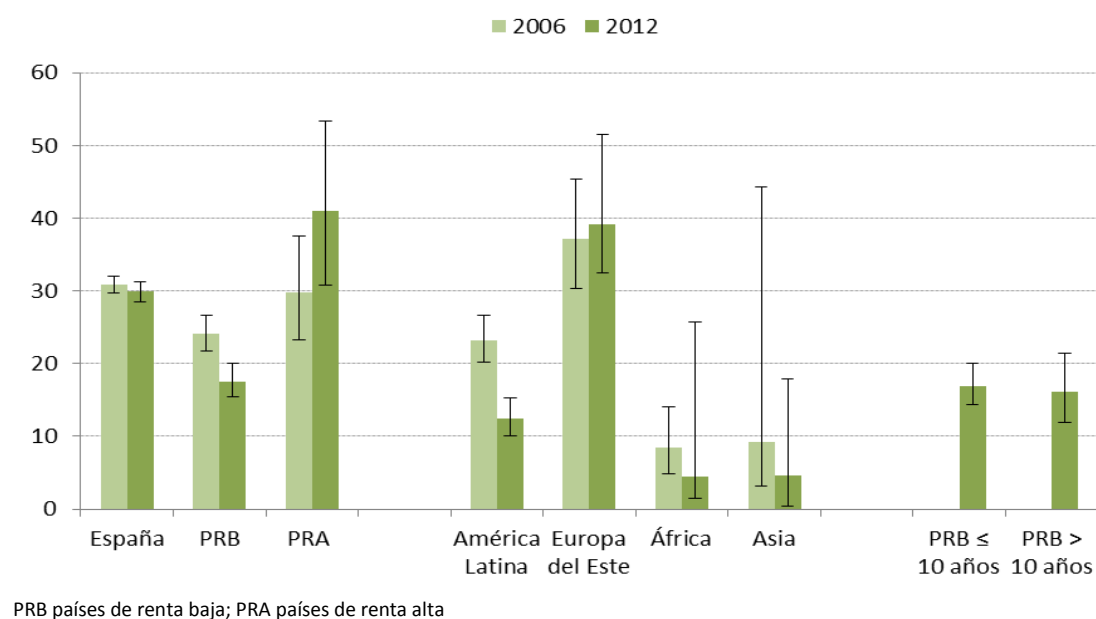


Figura 5.15. Personas fumadoras según país de nacimiento y años de residencia. Hombres. ENS 2006 y 2012. Porcentajes estandarizados por edad.

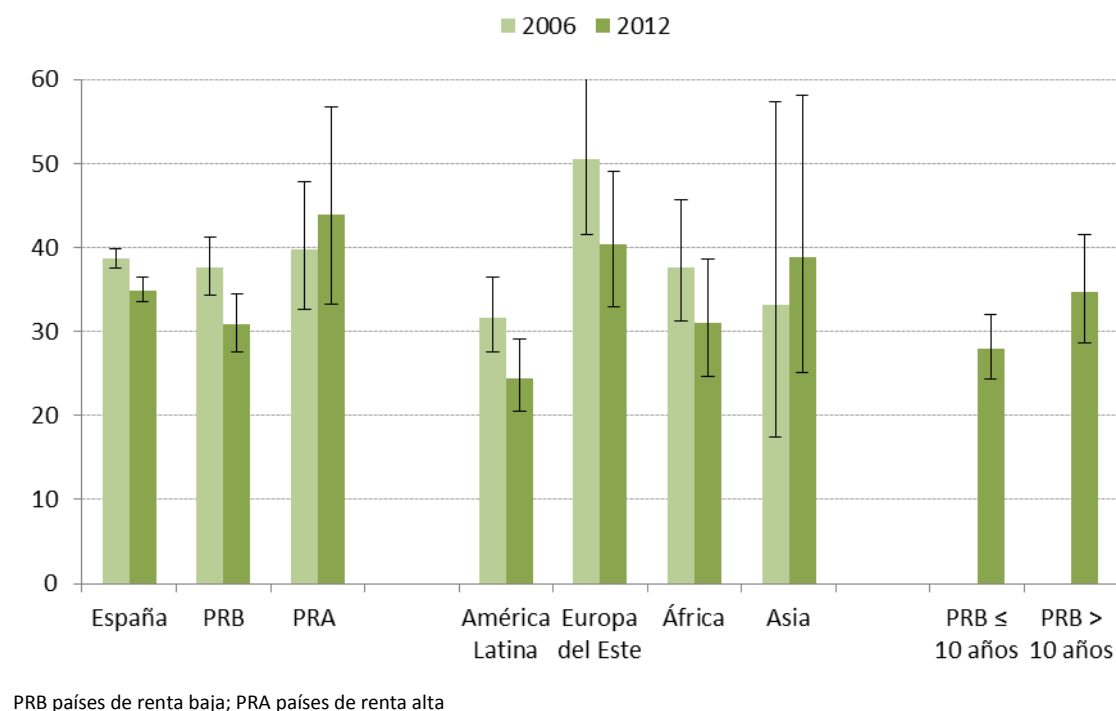
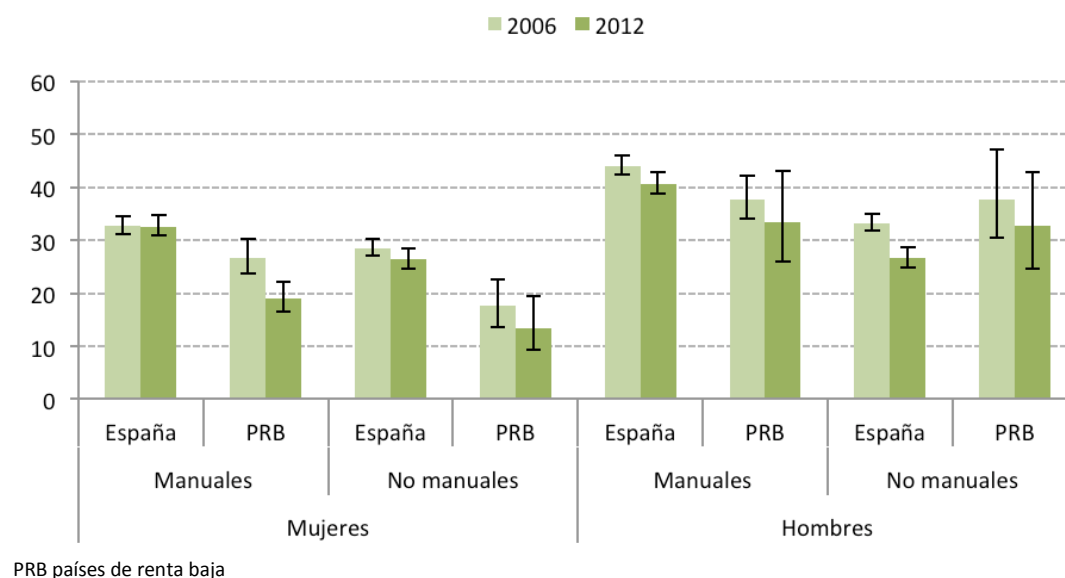


Figura 5.16. Personas fumadoras según sexo, clase social y país de nacimiento. ENS 2006 y 2012. Porcentajes estandarizados por edad



Consumo de alcohol

El consumo diario de las personas de países de renta baja es inferior al de las autóctonas, salvo el de los hombres de Europa del Este que es superior. El mayor consumo diario e intensivo de alcohol se observa en hombres y mujeres procedentes de países de renta alta.

El consumo intensivo de alcohol de las mujeres de países de renta baja aumenta con el tiempo de residencia.

Consumo diario de alcohol en el último año

- Hombres y mujeres de PRA refieren mayor y los de PRB menor consumo diario de alcohol que los españoles. En los hombres de Europa del Este el consumo es superior (figura 5.16 y 5.17).
- Al estratificar por clase social, el menor consumo declarado por las personas de PRB respecto a las personas autóctonas se mantiene en los hombres de clase no manual, y en las mujeres de clase manual (figura 5.18).

Figura 5.17. Consumo diario de alcohol en el último año según sexo, país de nacimiento y años de residencia.. ENS 2012. Porcentajes estandarizados por edad.

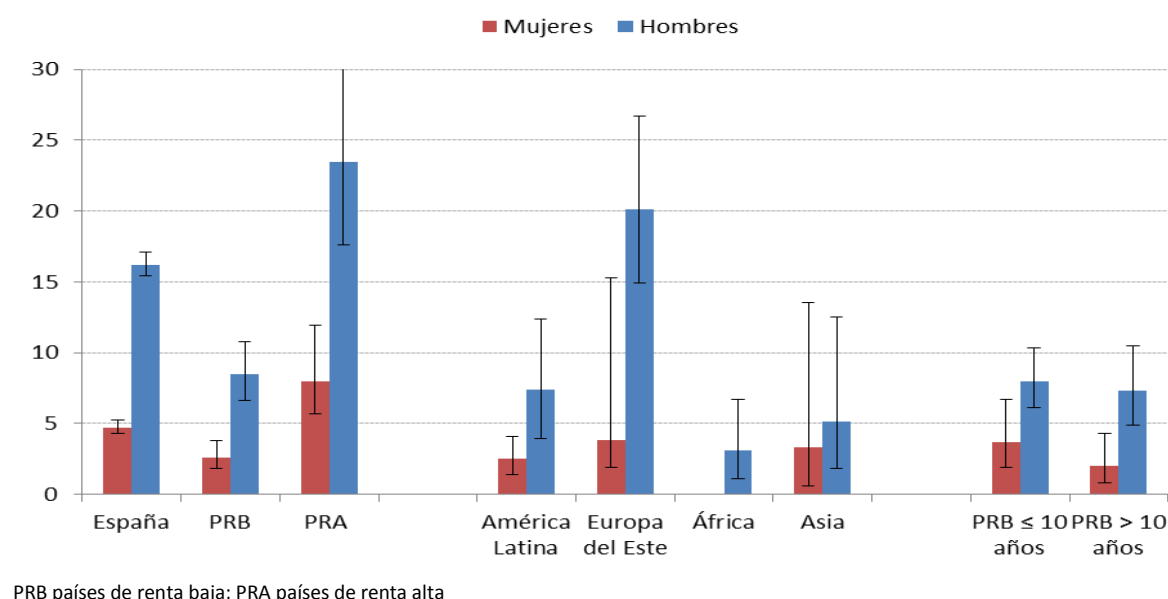
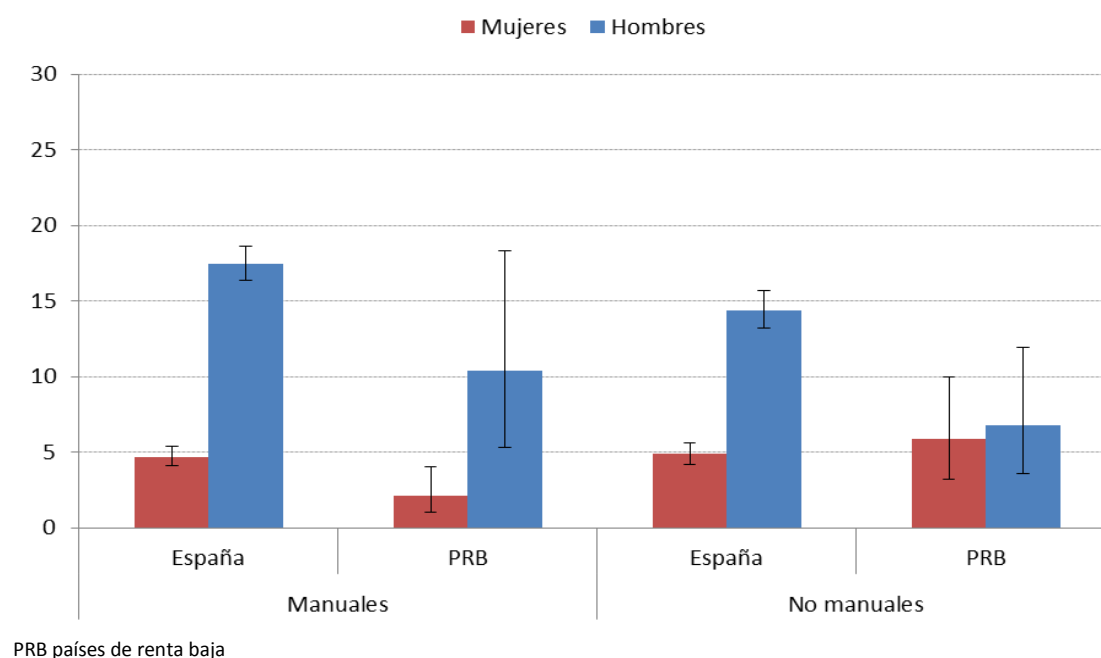


Figura 5.18. Consumo diario de alcohol en el último año según sexo, clase social y país de nacimiento. ENS 2012. Porcentajes estandarizados por edad.



Consumo intensivo de alcohol

- El consumo intensivo de alcohol se observa con más frecuencia en ambos sexos de PRA (figura 5.19).
- Las mujeres PRB con residencias inferiores a los 10 años declaran un consumo intensivo de alcohol claramente menor que el de las españolas, pero a mayor tiempo de residencia el consumo intensivo de alcohol de las mujeres PRB aumenta de manera importante, superando al consumo de las mujeres españolas cuando el tiempo de residencia supera los 10 años (figura 5.19).
- No se observan diferencias estratificando por clase social (figura 5.20).

Figura 5.19. Consumo intensivo de alcohol según sexo, país de nacimiento y años de residencia. ENS 2012. Porcentajes estandarizados por edad.

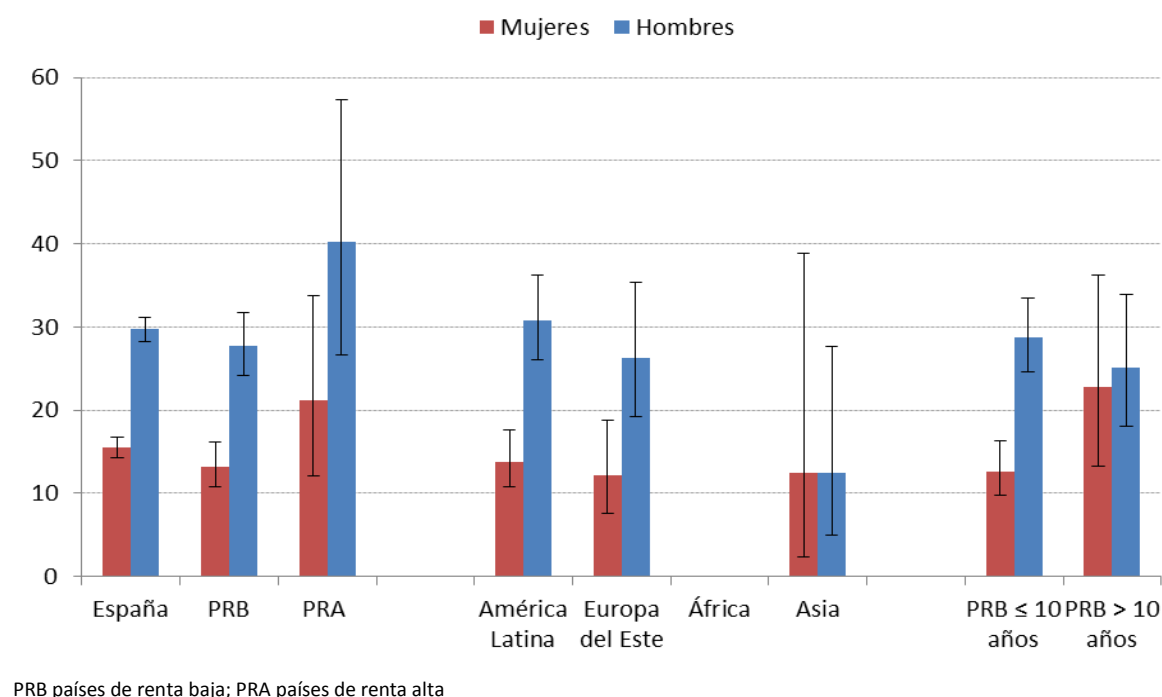
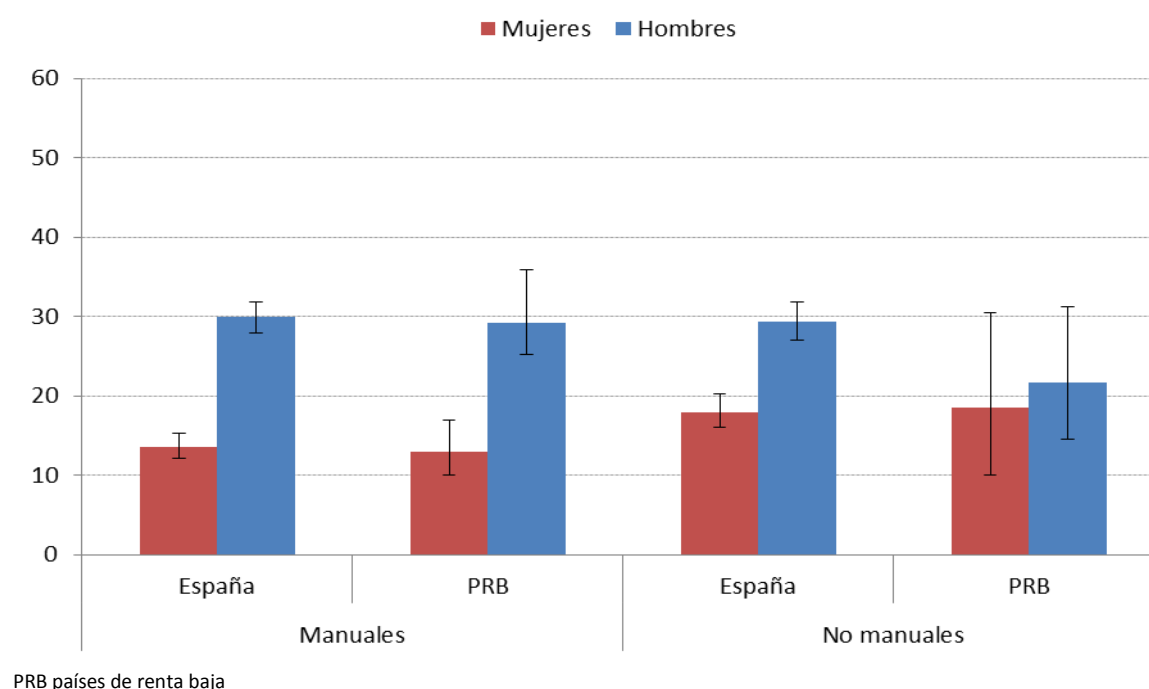


Figura 5.20. Consumo intensivo de alcohol según sexo, país de nacimiento y años de residencia. ENS 2012. Porcentajes estandarizados por edad.



Consumo de alcohol en fin de semana

- La media de consumo medio de alcohol en fin de semana es más elevada que el consumo medio entre semana, en ambos sexos e independientemente del origen geográfico. Hombres españoles y mujeres de PRA son los que presentan mayor consumo de fin de semana (Datos no mostrados).

Actividad física

Las personas procedentes de países de renta baja son menos sedentarias que las autóctonas, pero en períodos de residencia superiores a los 10 años dejan de observarse diferencias. Sin embargo, las personas de países de renta baja realizan menos actividad física en su tiempo libre que las personas autóctonas.

Las mujeres de países de renta alta realizan actividad física en su tiempo libre con más frecuencia que el resto de mujeres.

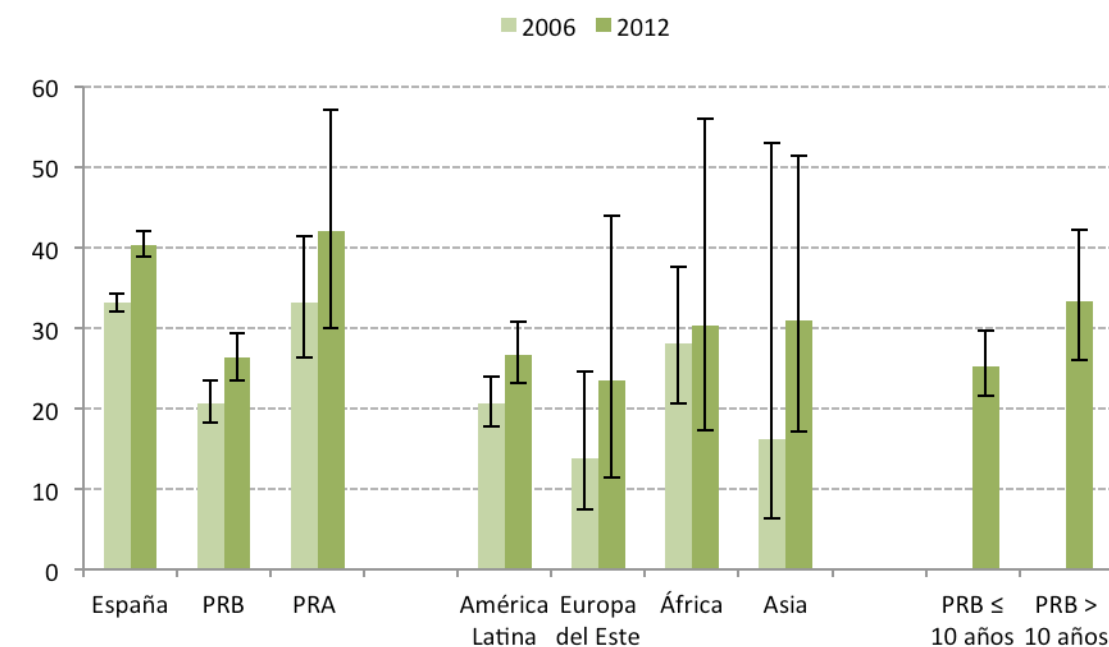
Sedentarismo

Esta variable se basa en la pregunta "Cuál de estas posibilidades describe mejor su actividad principal en el centro de trabajo, centro de enseñanza, hogar", considerando como sedentarias las personas que declaran estar sentadas la mayor parte de la jornada.

- Independientemente del sexo, los procedentes de PRB son menos sedentarios que los españoles en su actividad principal. Dentro de los de PRB, hombres y mujeres de Europa del Este presentan los menores porcentajes de sedentarismo (figura 5.21 y 5.22).
- Las prevalencias de sedentarismo aumentan con el tiempo de residencia, de modo que Dichas diferencias se mantienen entre los que llevan 10 años o menos de residencia, pero desaparecen cuando el tiempo es superior a los 10 años (figura 5.21 y 5.22).
- Según clase social, se observa que las personas de PRB son menos sedentarias que las personas autóctonas independientemente de la clase social. Estas diferencias son más pronunciadas en las mujeres (figura 6.23).

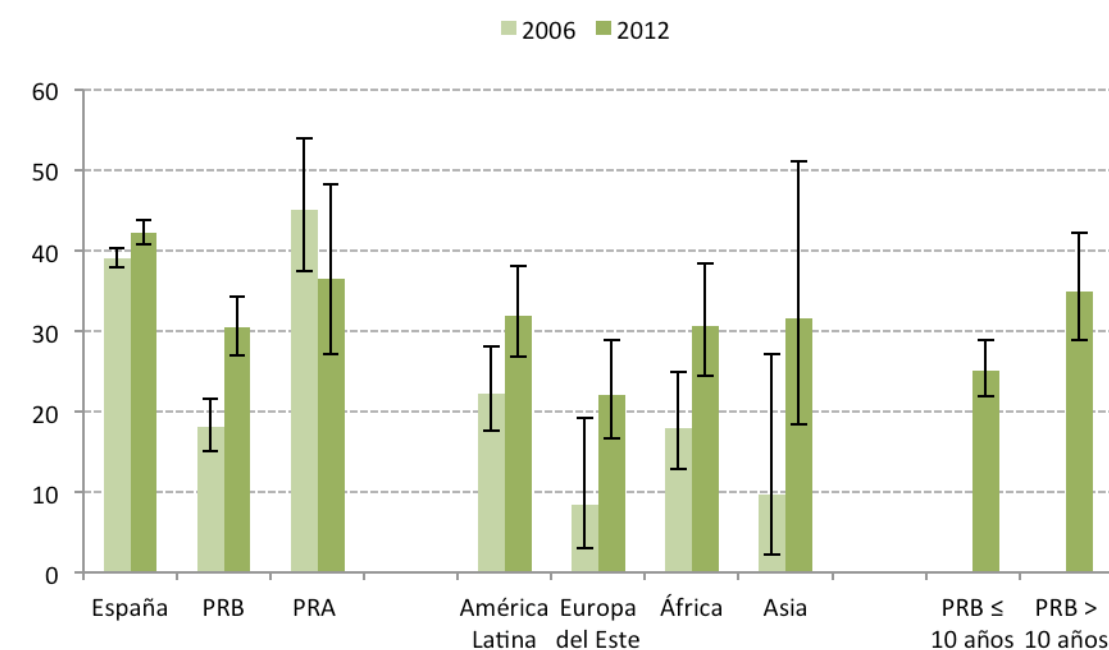
- En 2012 la prevalencia de sedentarismo aumenta en ambos sexos respecto a 2006 independientemente del origen, excepto en los hombres de PRA en los que se observa una disminución (figura 5.21 y 5.22).

Figura 5.21. Personas sentadas la mayor parte de la jornada según país de nacimiento y años de residencia. Mujeres. ENS 2006 y 2012. Porcentajes estandarizados por edad.



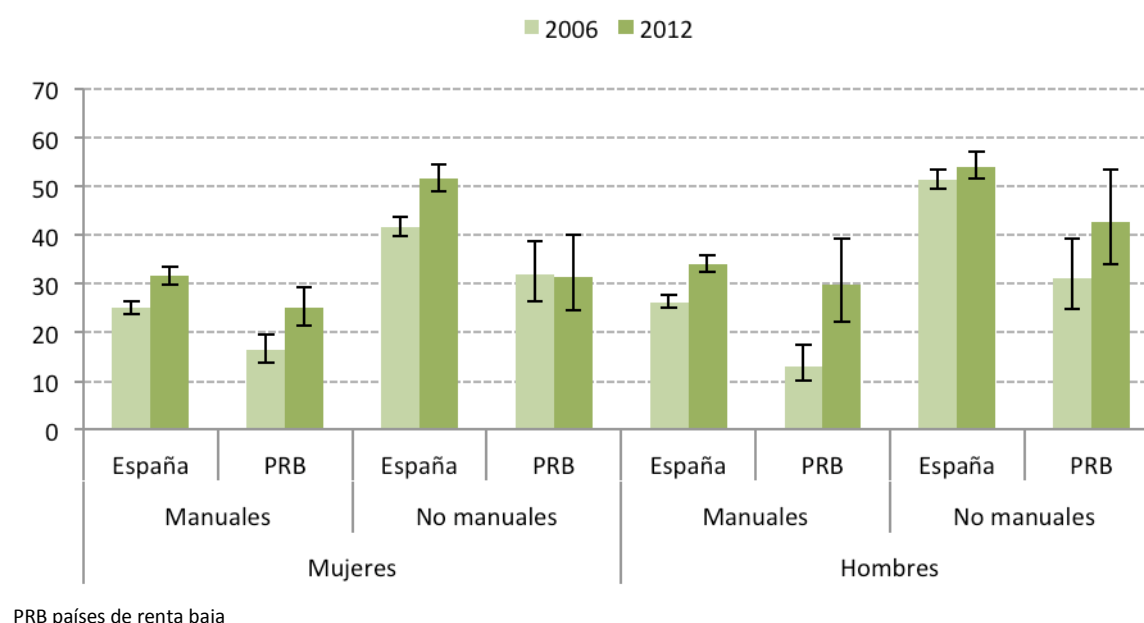
PRB países de renta baja; PRA países de renta alta

Figura 5.22. Personas sentadas la mayor parte de la jornada según país de nacimiento y años de residencia. Hombres. ENS 2006 y 2012. Porcentajes estandarizados por edad.



PRB países de renta baja; PRA países de renta alta

Figura 5.23. Personas sentadas la mayor parte de la jornada según sexo, clase social y país de nacimiento. ENS 2006 y 2012. Porcentajes estandarizados por edad.



Actividad física en el tiempo libre

- Las mujeres de PRA realizan actividad física en su tiempo libre con más frecuencia que el resto de mujeres, mientras que hombres y mujeres de PRB realizan menos actividad física en su tiempo libre que los hombres y mujeres españoles (figura 5.24).
- Las mujeres de PRB de clase social manual realizan menos actividad física en su tiempo libre que las mujeres españolas, dichas diferencias disminuyen en no manuales. Hombres y mujeres de PRB de clase no manual realizan más actividad física en su tiempo libre que los de clase manual (figura 5.25).
- Las diferencias entre mujeres de PRB y autóctonas se mantienen independientemente del tiempo de residencia. Los hombres de PRB con períodos de residencia inferiores a los 10 años realizan menos actividad física en su tiempo libre que los autóctonos. Se observa un aumento con el tiempo de residencia (figura 5.24).

Figura 5.24. Personas que realizan actividad física en el tiempo libre según sexo, país de nacimiento y años de residencia. ENS 2012. Porcentajes estandarizados por edad.

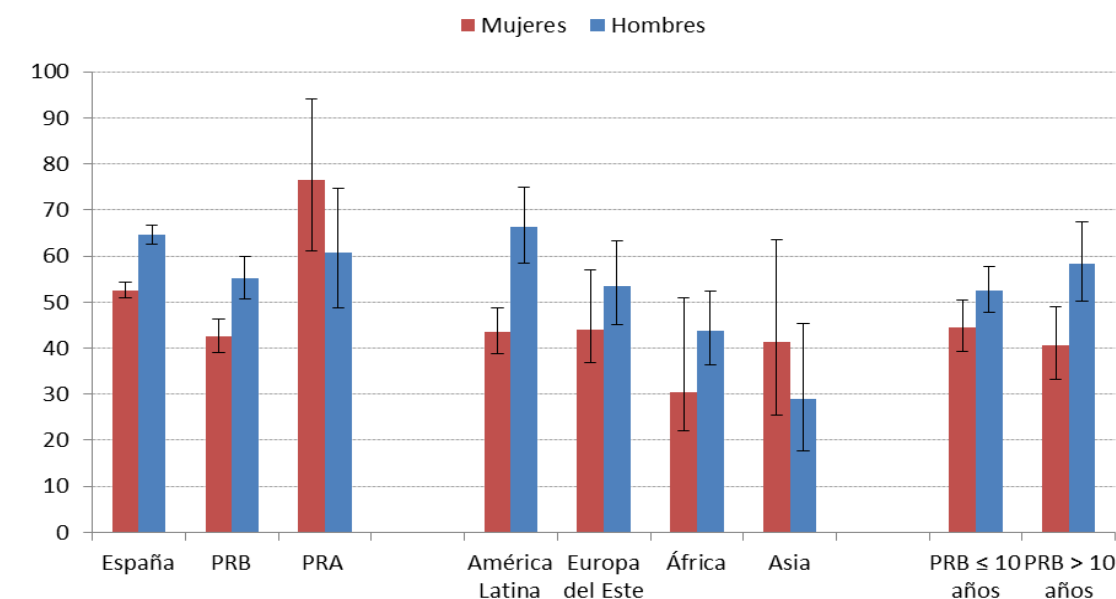
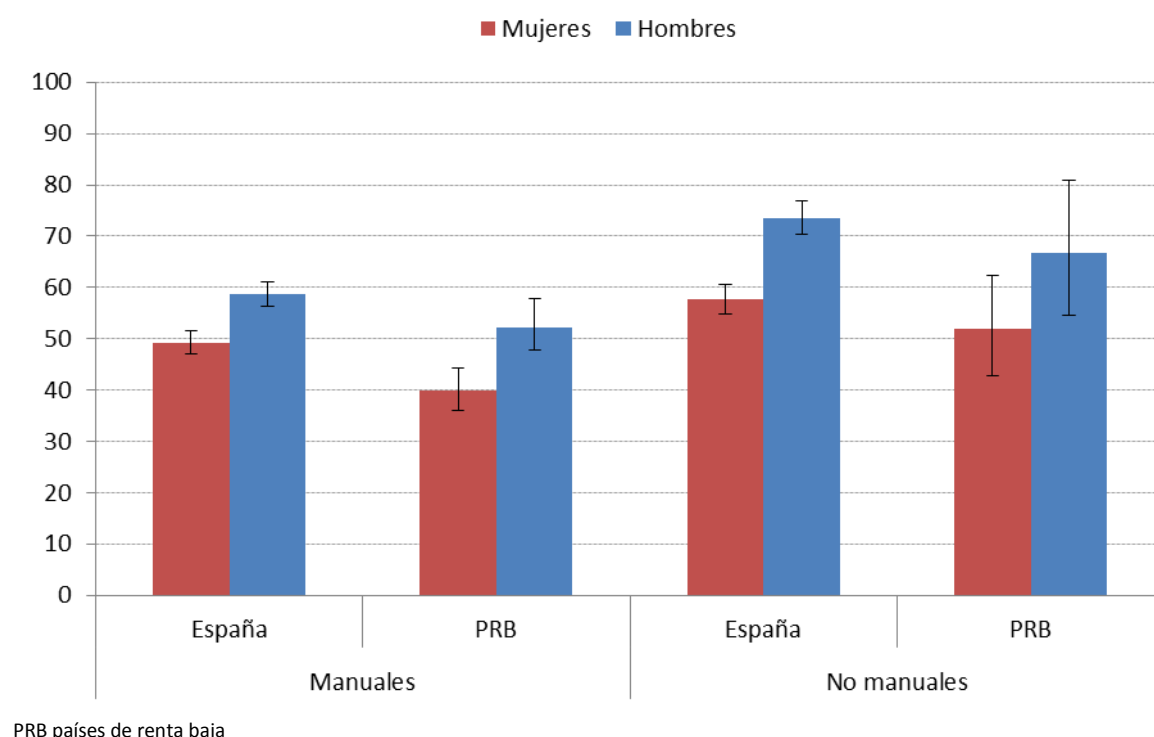


Figura 5.25. Personas que realizan actividad física en el tiempo libre según sexo, clase social y país de nacimiento. ENS 2012. Porcentajes estandarizados por edad



Hábitos dietéticos

Las mujeres de países de renta baja y los hombres de países de renta baja con residencias inferiores a los 10 años consumen menos fruta que las personas autóctonas.

Hombres y mujeres de países de renta baja con menos de 10 años de residencia comen menos pescado que las personas autóctonas.

Hombres de países de renta alta y de países de renta baja con más de 10 años de residencia consumen significativamente más verduras y hortalizas que los españoles.

Las mujeres países de renta baja consumen menos dulces que las mujeres españolas y los hombres países de renta baja consumen más dulces que los hombres españoles.

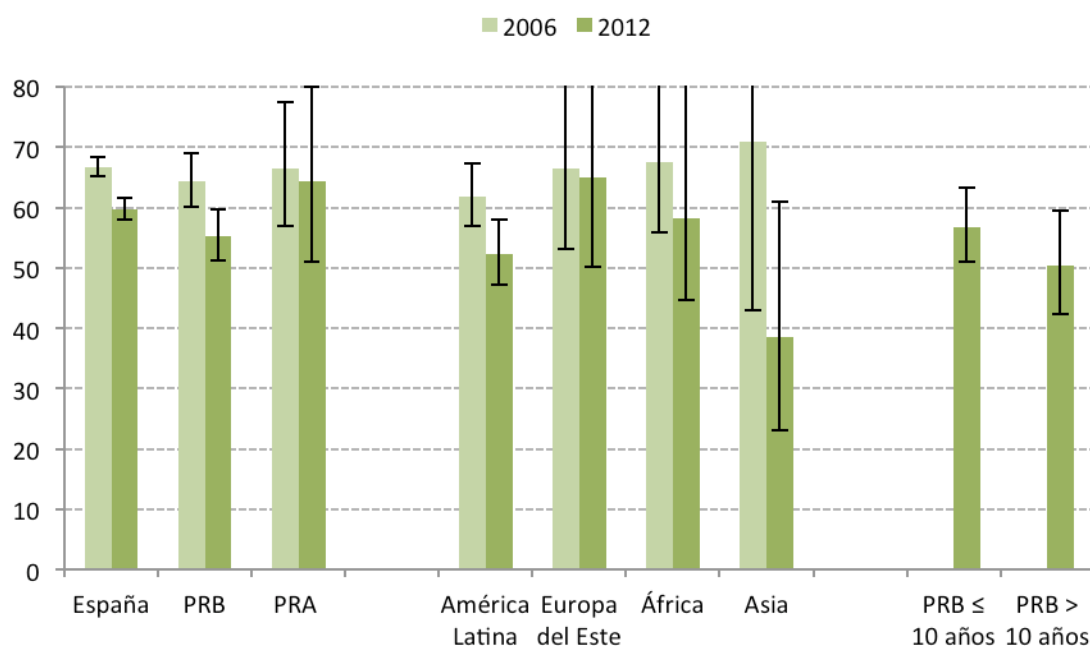
Hombres y mujeres de países de renta baja de clase social manual y con menos de 10 años de residencia consumen más refrescos azucarados que las personas autóctonas.

Consumo diario de fruta

- Las mujeres de PRB reportan un menor consumo de fruta diaria que las mujeres españolas, además, el consumo de fruta de las mujeres de PRB disminuye a medida que aumenta el tiempo de residencia (figura 6.26).
- El consumo de fruta de los hombres de PRB aumenta a medida que aumenta el tiempo de residencia, y si bien los hombres de PRB con menos de 10 años de residencia consumen menos fruta que los españoles, en períodos de residencia superiores a los 10 años el consumo de fruta es incluso superior al de los españoles (figura 6.27).
- No existen diferencias de consumo entre personas autóctonas y de PRB según clase social (figura 6.28).

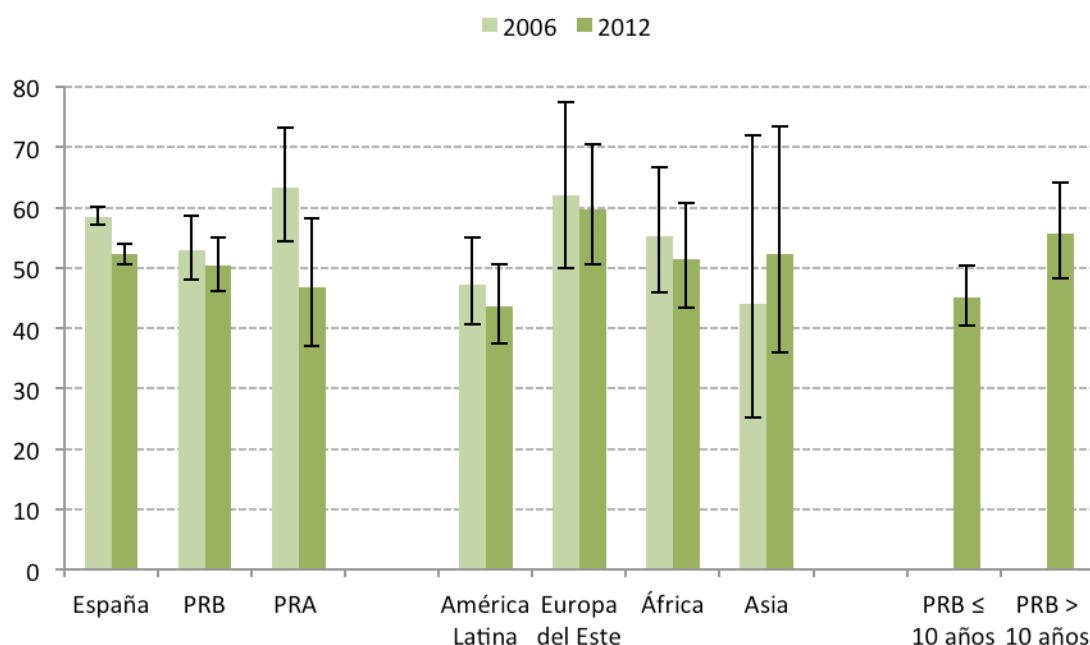
- Hombres y mujeres de todos los orígenes geográficos realizaban mayor consumo diario de fruta en 2006 que en 2012, con la excepción de los hombres asiáticos (figuras 5.26 y 5.27).

Figura 5.26. Personas que consumen fruta a diario según país de nacimiento y años de residencia. Mujeres. ENS 2006 y 2012. Porcentajes estandarizados por edad.



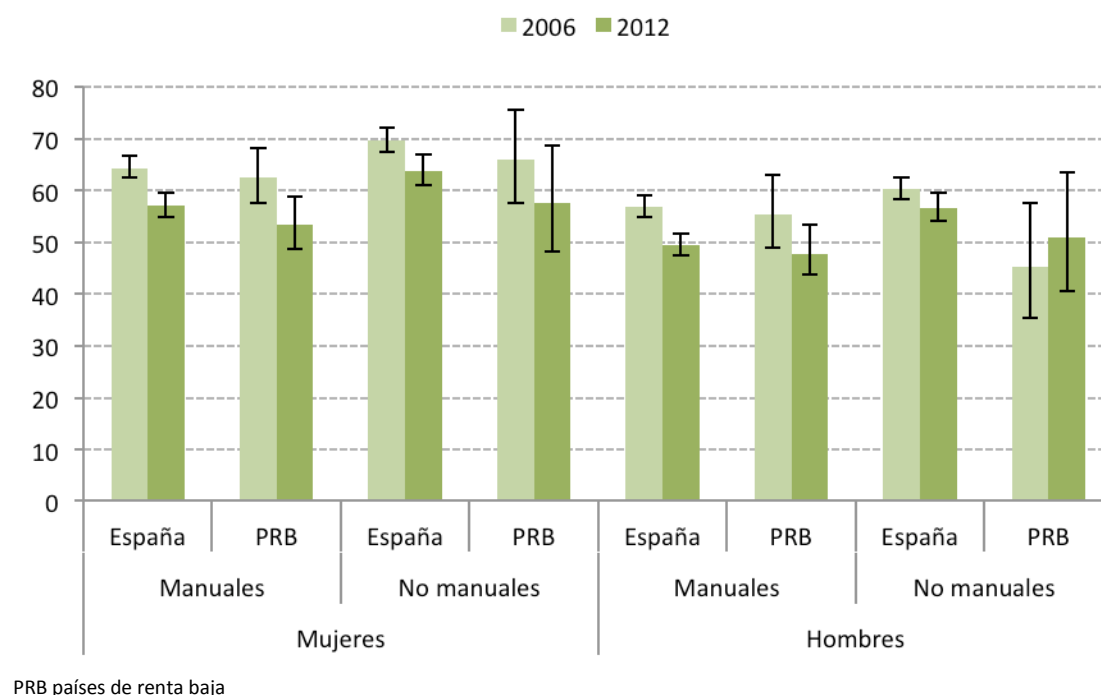
PRB países de renta baja; PRA países de renta alta

Figura 5.27. Personas que consumen fruta a diario según país de nacimiento y años de residencia. Hombres. ENS 2006 y 2012. Porcentajes estandarizados por edad.



PRB países de renta baja; PRA países de renta alta

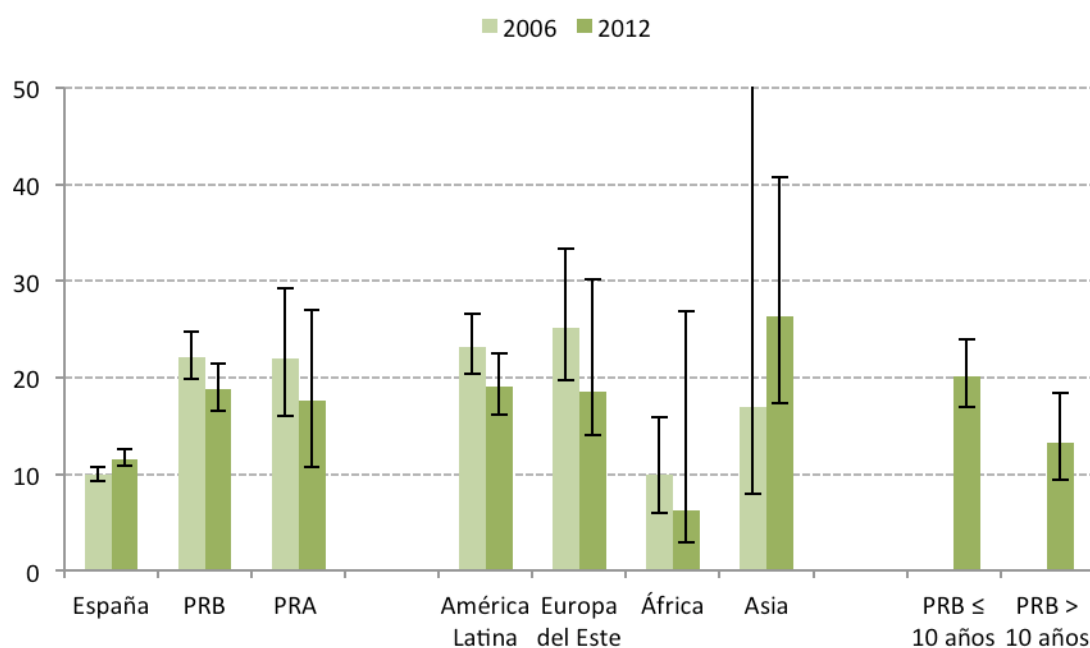
Figura 5.28. Personas que consumen fruta a diario según sexo, clase social y país de nacimiento. ENS 2006 y 2012. Porcentajes estandarizados por edad.



Consumo semanal de pescado

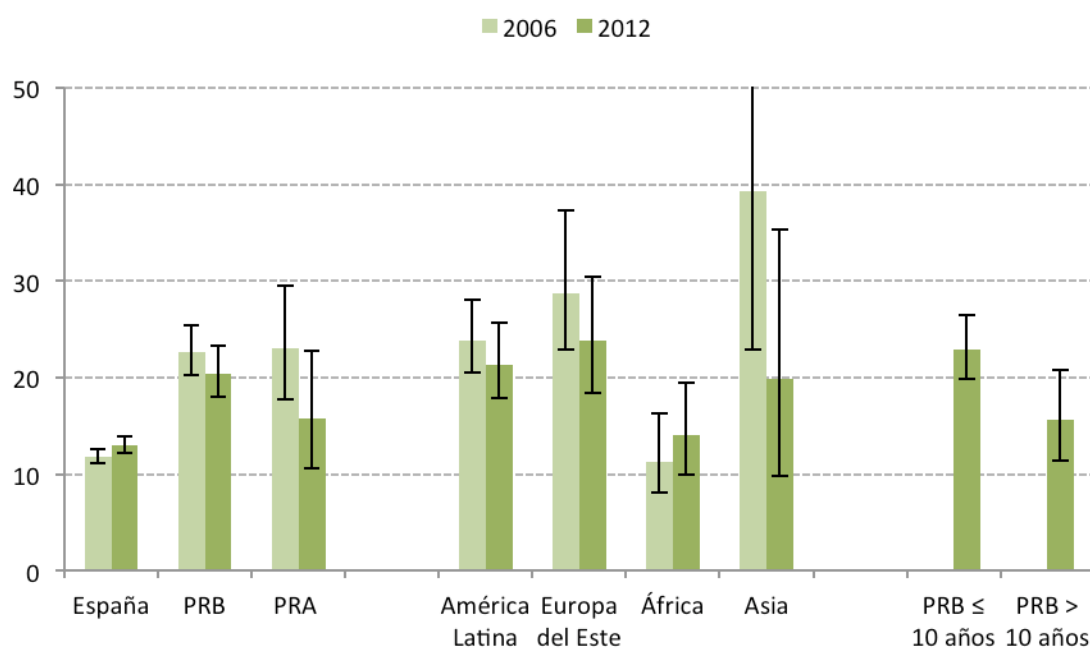
- La proporción de personas que consumen pescado menos de 1 vez a la semana o nunca es muy superior en hombres y mujeres procedentes de PRB que en españoles (figura 5.29 y 5.30).
- Hombres y mujeres de PRB aumentan el consumo de pescado a medida que aumenta el tiempo de residencias, acercándose a las prevalencias de consumo de pescado de los españoles en períodos de residencia superiores a los 10 años en ambos sexos (figura 5.29 y 5.30).
- Se mantienen las diferencias independientemente de la clase social, excepto entre las mujeres de PRB y las españolas de clase no manual (figura 5.31).
- Hombres y mujeres de PRB y PRA consumen más pescado en 2012 que en 2006, en los españoles se observa el comportamiento contrario. En ambos casos no se observan diferencias en función de la clase social (figura 5.29 y 5.30).

Figura 5.29. Personas que consumen pescado menos de una vez a la semana o nunca según país de nacimiento y años de residencia. Mujeres. ENS 2006 y 2012. Porcentajes estandarizados por edad.



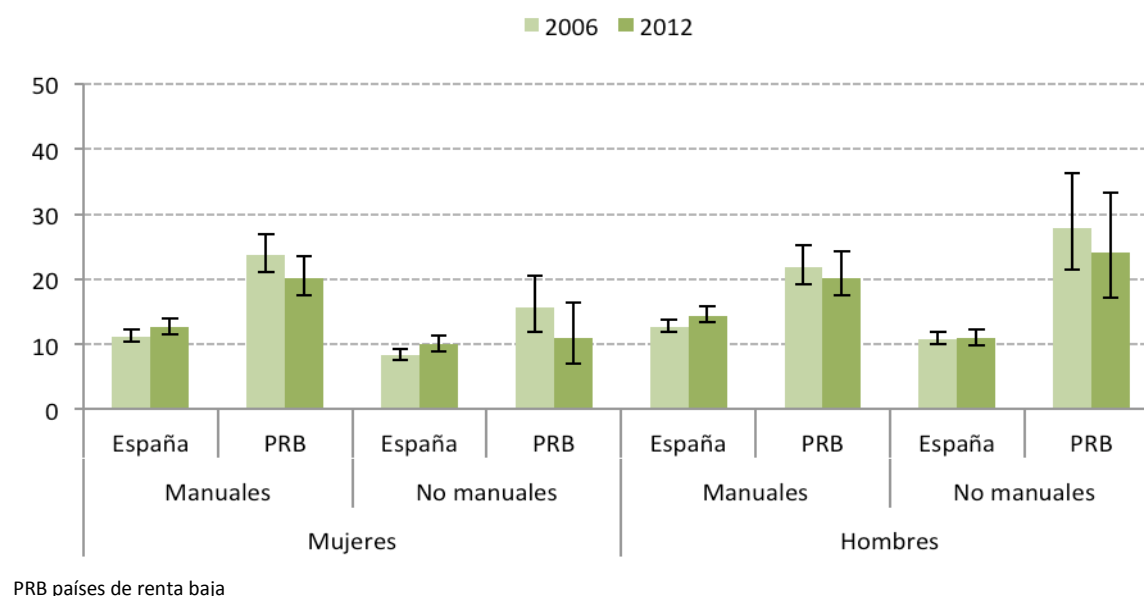
PRB países de renta baja; PRA países de renta alta

Figura 5.30. Personas que consumen pescado menos de una vez a la semana o nunca según país de nacimiento y años de residencia. Hombres. ENS 2006 y 2012. Porcentajes estandarizados por edad.



PRB países de renta baja; PRA países de renta alta

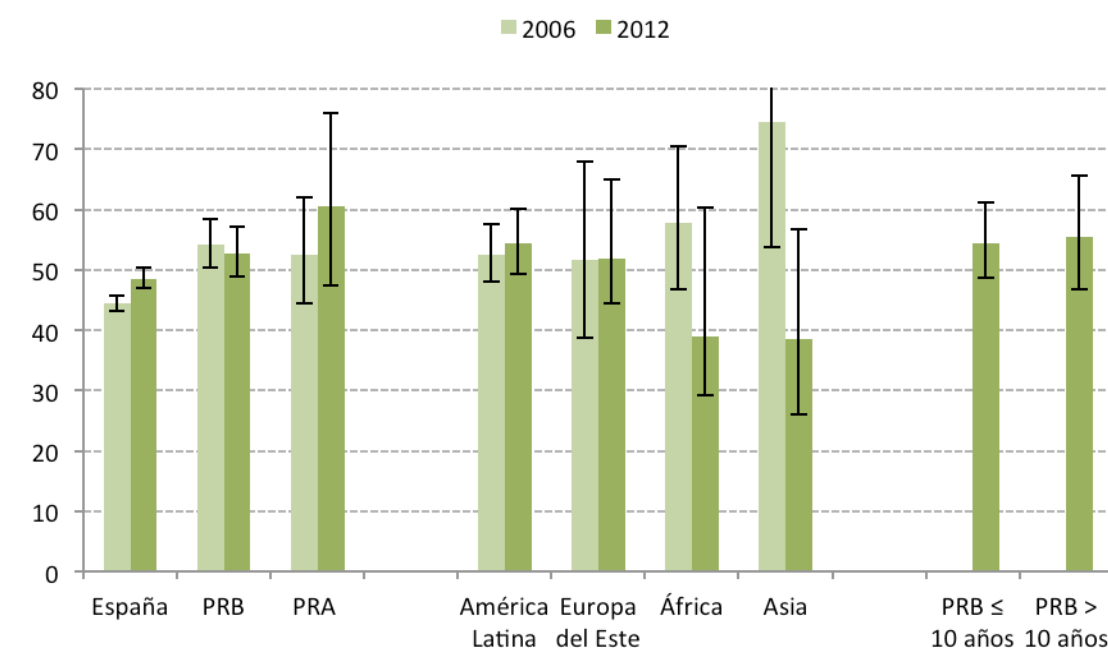
Figura 5.31. Personas que consumen pescado menos de una vez a la semana o nunca según sexo, clase social y país de nacimiento. ENS 2006 y 2012. Porcentajes estandarizados por edad.



Personas que consumen verduras y hortalizas a diario

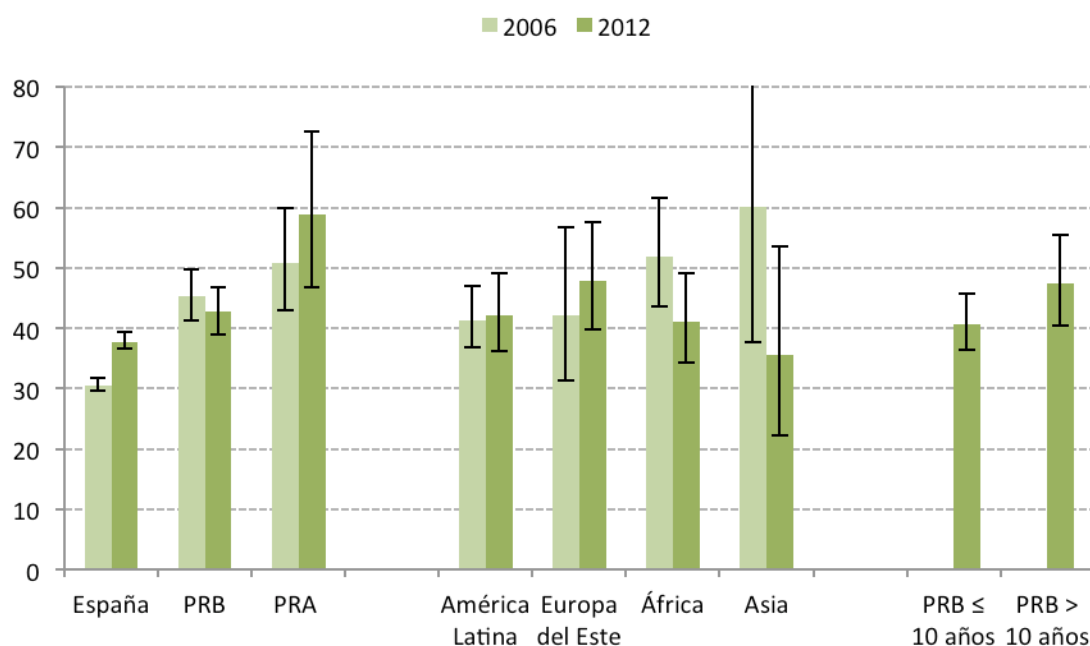
- Hombres y mujeres de PRB y de PRA presentan mayor consumo de verduras y hortalizas que las personas autóctonas, estas diferencias son más relevantes en los hombres (figura 5.32 y 5.33).
- Las diferencias también se mantienen por clase social, siendo estas diferencias más importantes entre los hombres y las mujeres de clase social manual (figura 5.34).
- El consumo diario de verduras y hortalizas de los hombres PRB aumenta a medida que aumenta el tiempo de residencia, en períodos de residencia superiores a los 10 años su consumo es claramente superior al de los españoles (figura 5.33).
- En hombres y mujeres de PRB se observa una leve disminución del consumo diario de verduras y hortalizas en 2012 en comparación con 2006. El mayor descenso se observa en hombres y mujeres asiáticos. En hombres y mujeres españoles y de PRA se observa un leve aumento (figura 5.32 y 5.33).

Figura 5.32. Personas que consumen verduras y hortaliza a diario según país de nacimiento y años de residencia. Mujeres. ENS 2006 y 2012. Porcentajes estandarizados por edad.



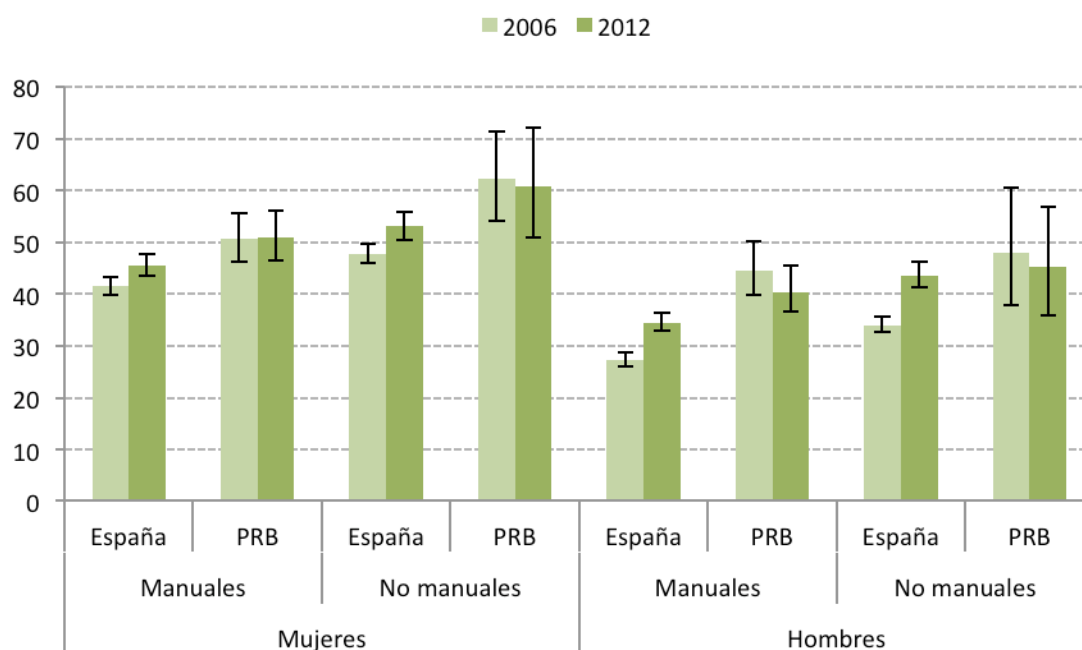
PRB países de renta baja; PRA países de renta alta

Figura 5.33. Personas que consumen verduras y hortaliza a diario según país de nacimiento y años de residencia. Hombres. ENS 2006 y 2012. Porcentajes estandarizados por edad.



PRB países de renta baja; PRA países de renta alta

Figura 5.34. Personas que consumen verduras y hortaliza a diario según sexo, clase social y país de nacimiento. ENS 2006 y 2012. Porcentajes estandarizados por edad.



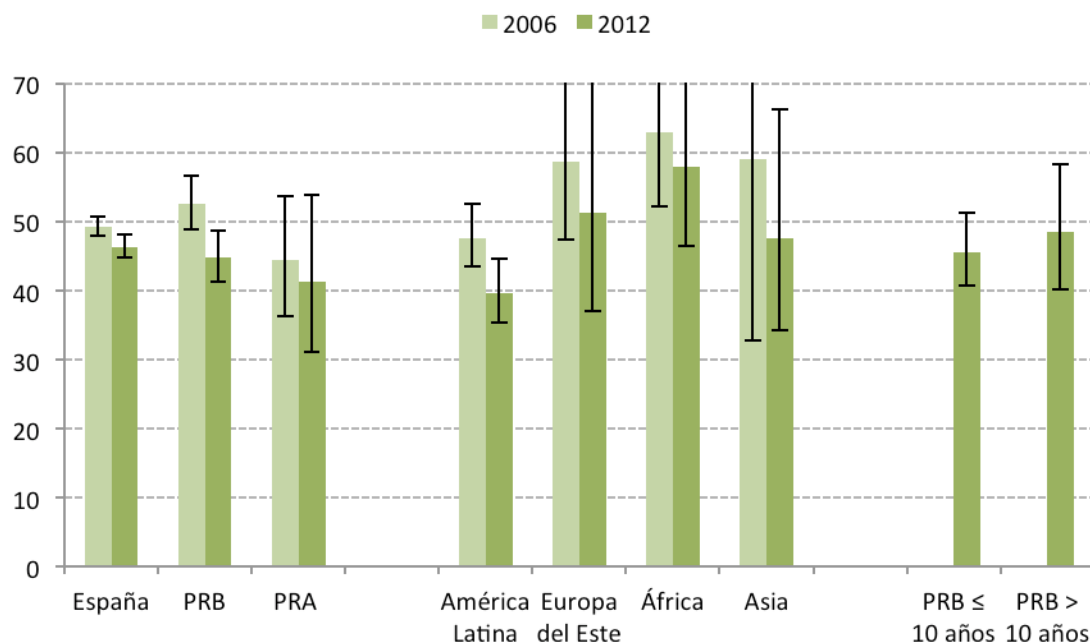
PRB países de renta baja

Consumo de dulces

- El consumo de dulces en las mujeres de PRB es similar al de las mujeres españolas. Sin embargo, destacan las mujeres de América Latina que reportan un consumo inferior al de las mujeres españolas (figura 5.35).
- El consumo de dulces en los hombres de PRB es ligeramente superior al de los hombres autóctonos. Por el contrario, los hombres de PRB con mayor tiempo de residencia tienden a reducir dicho consumo (figura 5.36).

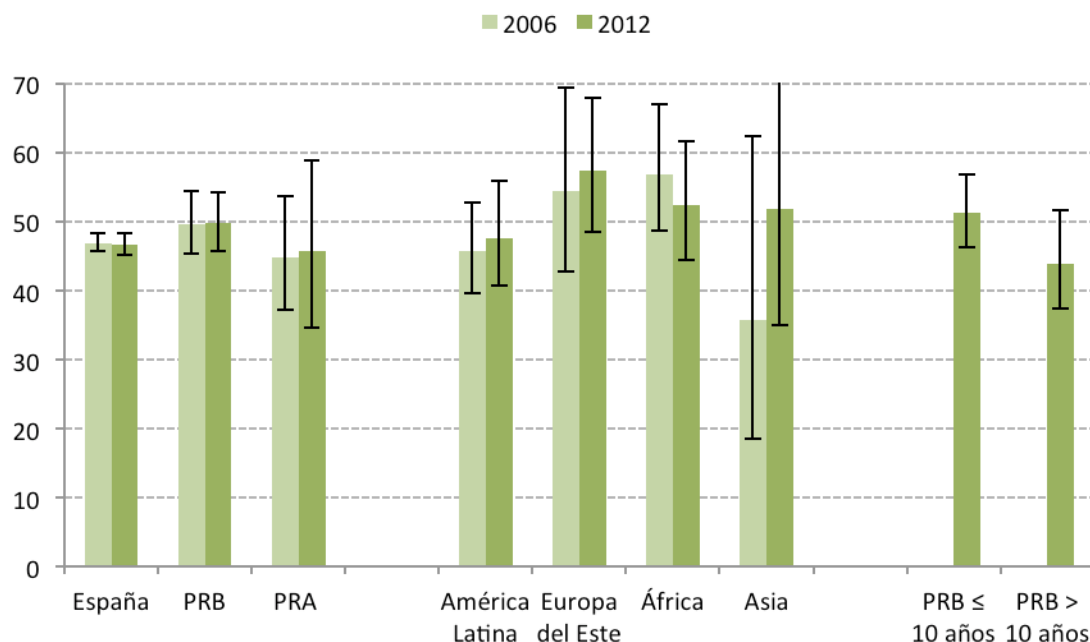
- Cuando estratificamos por clase social no se encuentran diferencias en el consumo de dulces. (figura 5.37).
- El consumo de dulces que las mujeres de todas las procedencias geográficas realizaron en 2006 disminuyó en 2012. El consumo de dulces se mantiene más estable en los hombres (figura 5.35 y 5.36).

Figura 5.35. Personas que consumen dulces tres o más veces a la semana o a diario según país de nacimiento y años de residencia. Mujeres. ENS 2006 y 2012. Porcentajes estandarizados por edad.



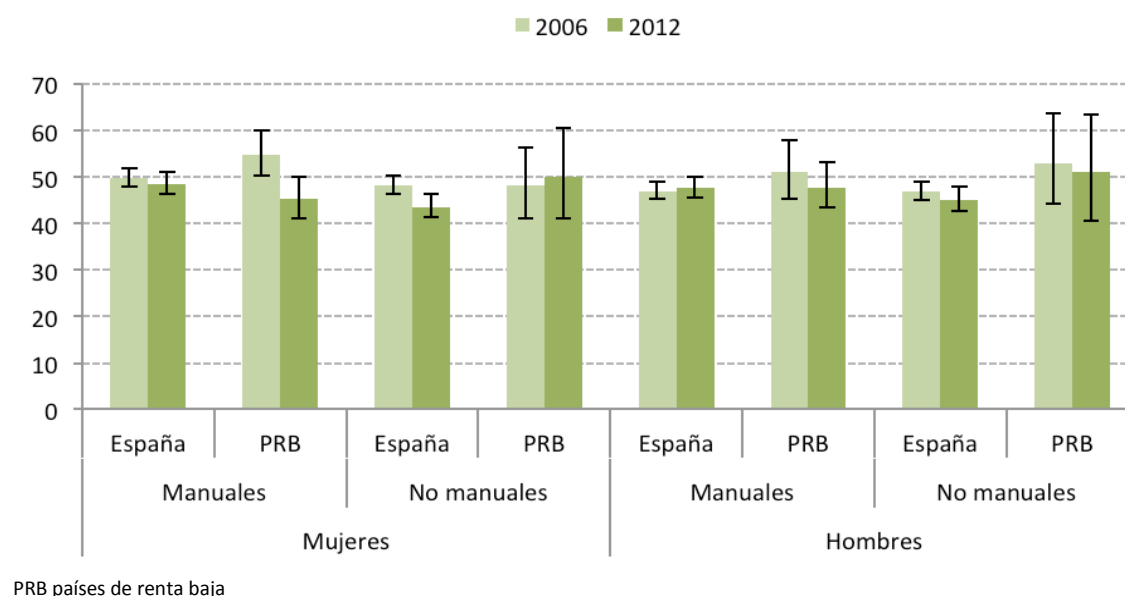
PRB países de renta baja; PRA países de renta alta

Figura 5.35. Personas que consumen dulces tres o más veces a la semana o a diario según país de nacimiento y años de residencia. Hombres. ENS 2006 y 2012. Porcentajes estandarizados por edad.



PRB países de renta baja; PRA países de renta alta

Figura 5.36. Personas que consumen dulces tres o más veces a la semana o a diario según sexo, clase social y país de nacimiento. ENS 2006 y 2012. Porcentajes estandarizados por edad.



Consumo de refrescos azucarados

- Las personas procedentes de PRB consumen más refrescos azucarados que los españoles en ambos sexos (figura 5.37 y 5.38).
- Hombres y mujeres de PRB disminuyen el consumo de refrescos a medida que aumenta el tiempo de residencia, siendo muy similar al consumo que realizan hombres y mujeres españoles cuando el período de residencia es superior a los 10 años (figura 5.37 y 5.38).
- En 2012 se observa un descenso importante del consumo de refrescos de hombres y mujeres PRB en comparación con su consumo en 2006, en hombres y mujeres españoles se observa un leve descenso y en mujeres de PRA un aumento (Figura 5.37 y 5.38).
- Al estratificar por clase social, dichas diferencias desaparecen en los hombres de clase social no manual. Además, los hombres de clase manual de PRB consumen más refrescos azucarados que los de clase no manual (figura 5.39).

Figura 5.37. Personas que consumen refrescos con azúcar tres o más veces a la semana o a diario según país de nacimiento y años de residencia. Mujeres. ENS 2006 y 2012. Porcentajes estandarizados por edad.

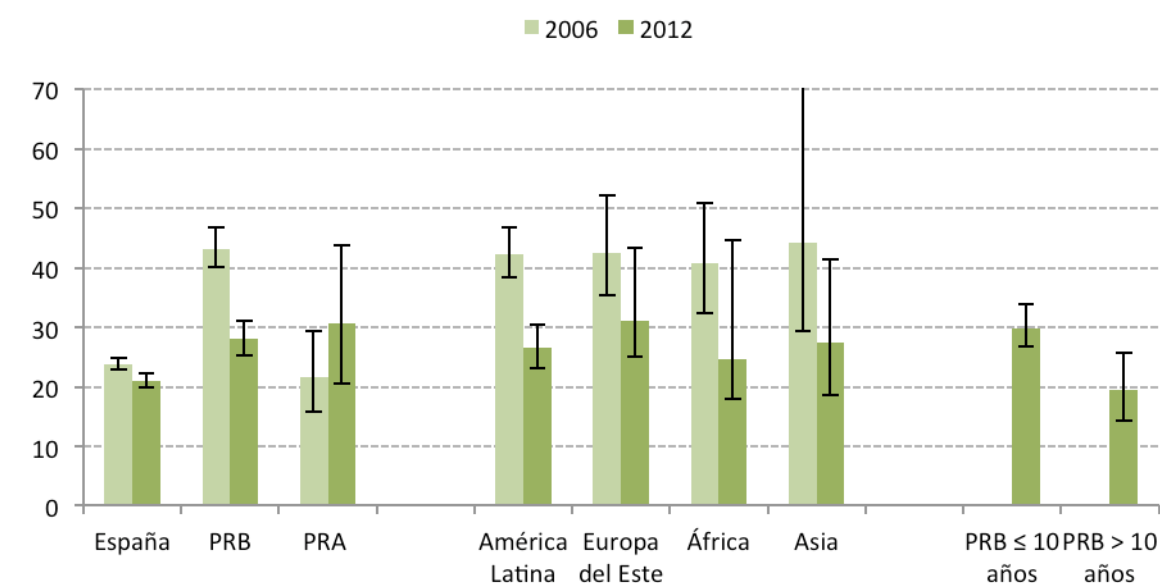
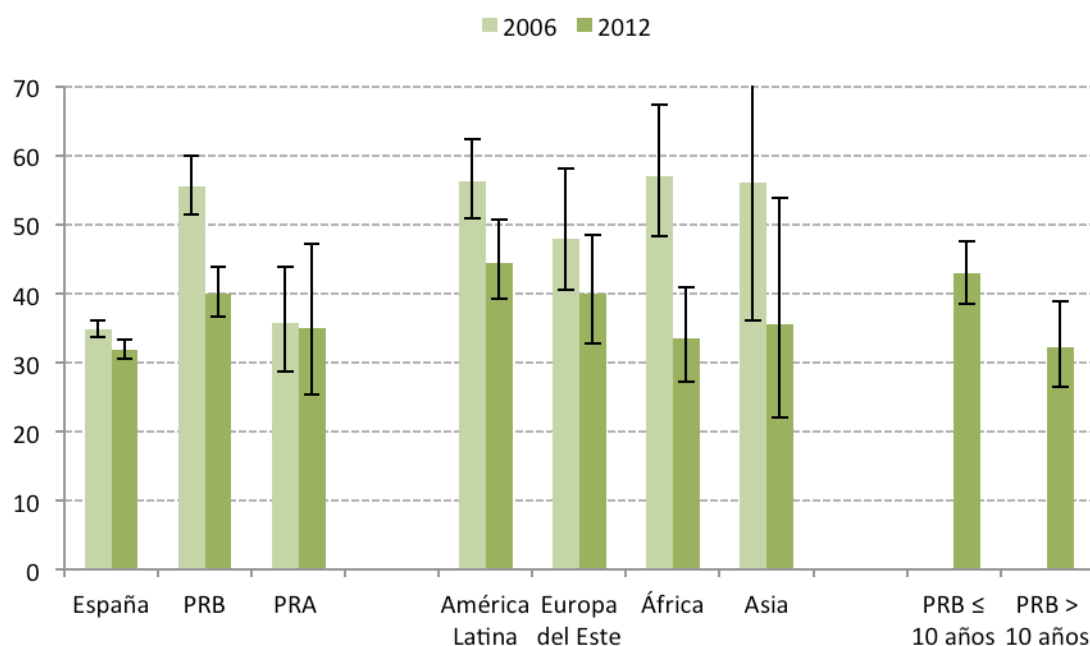
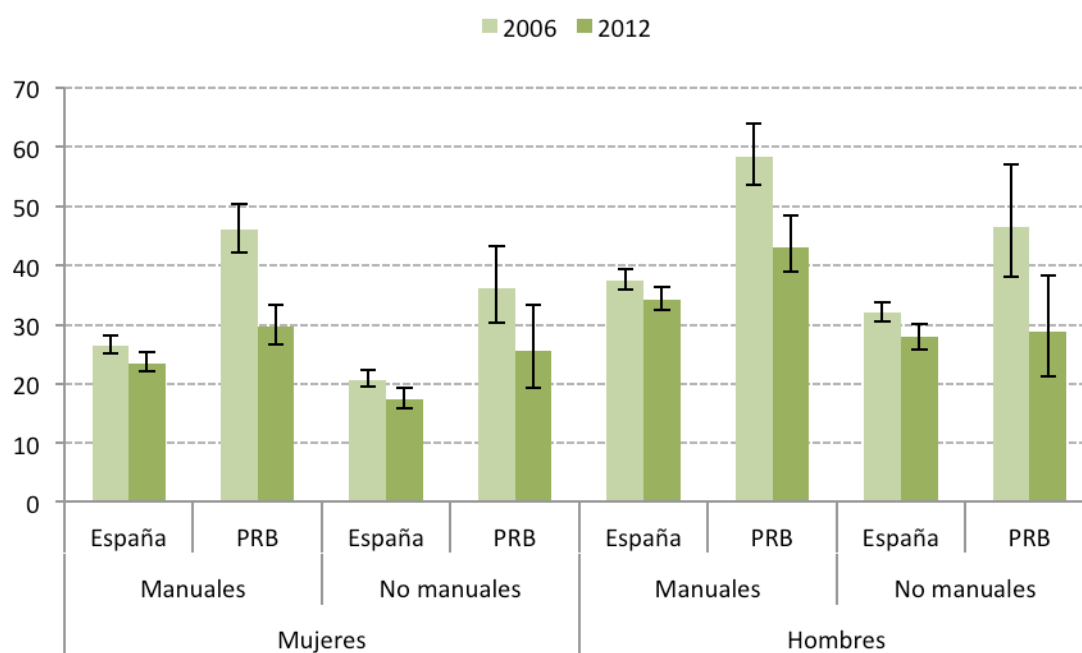


Figura 5.38. Personas que consumen refrescos con azúcar tres o más veces a la semana o a diario según país de nacimiento y años de residencia. Hombres. ENS 2006 y 2012. Porcentajes estandarizados por edad.



PRB países de renta baja; PRA países de renta alta

Figura 5.39. Personas que consumen refrescos con azúcar tres o más veces a la semana o a diario según sexo, clase social y país de nacimiento. ENS 2006 y 2012. Porcentajes estandarizados por edad.



PRB países de renta baja

Capítulo 6. Cribado de cáncer y salud sexual y reproductiva

Vanesa Rodríguez^{1,2}, Silvia de Sanjosé^{1,2}, Mercè Gotsens^{1,3}, Davide Malmusi^{1,3}

1. Centro de Investigación Biomédica en Red en Epidemiología y Salud Pública (CIBERESP)

2. Unidad de Infecciones y Cáncer, Programa de Investigación en Epidemiología del Cáncer, IDIBELL, Institut Català d'Oncologia

3. Agència de Salut Pública de Barcelona

En este capítulo se presentan los siguientes indicadores:

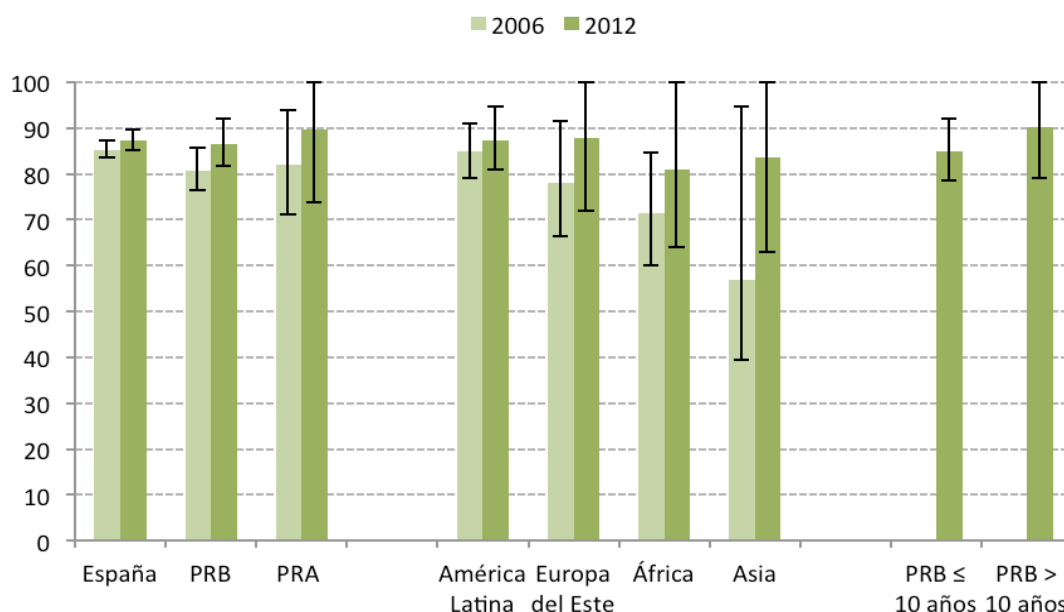
- Consulta de ginecología alguna vez en la vida.
- Última visita a una consulta de ginecología.
- Píldoras para no quedar embarazada
- Realización de citología alguna vez en la vida.
- Última citología realizada.
- Realización de mamografía alguna vez en la vida.
- Última mamografía realizada.
- Sangre oculta en heces.

Consulta de ginecología

En 2006, la proporción de mujeres que habían realizado alguna consulta de ginecología era algo inferior en países de renta baja que en autóctonas. Dicha proporción aumenta hasta igualarse en 2012.

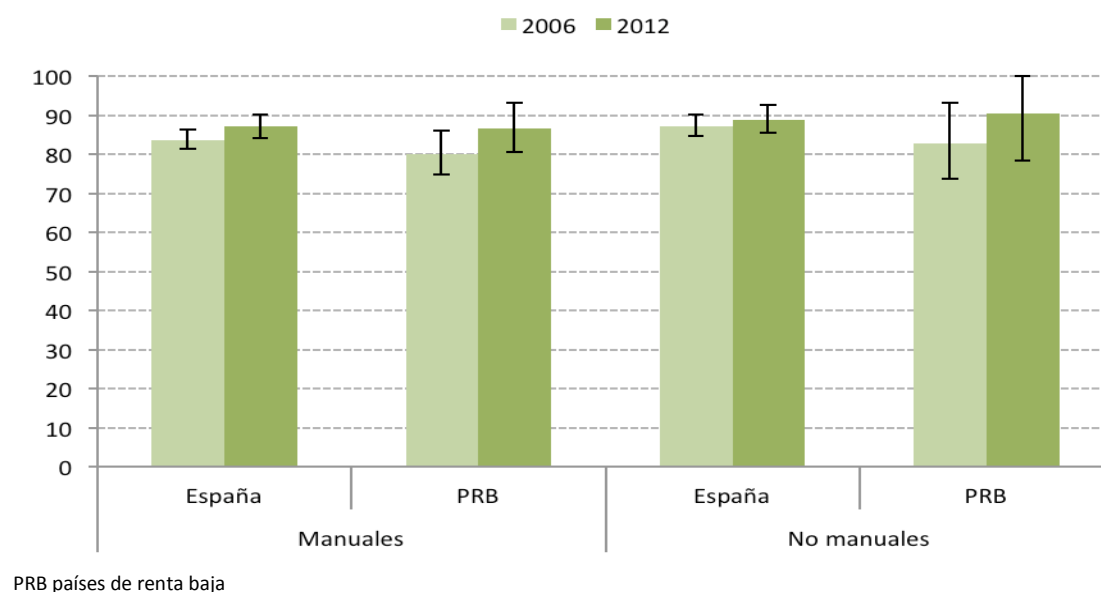
- En todos los grupos según lugar de nacimiento hay un aumento del porcentaje de mujeres que han realizado alguna vez una consulta de ginecología en el año 2012 respecto al año 2006, siendo este aumento más destacado en las mujeres de Asia y África (figura 6.1).
- En ambas clases sociales, las mujeres procedentes de países de renta baja (PRB) han incrementado las consultas de ginecología en el año 2012 respecto al 2006 (figura 6.2).

Figura 6.1. Consulta de ginecología según país de nacimiento y años de residencia. Mujeres. ENS 2006 y 2012. Porcentajes estandarizados por edad.



PRB países de renta baja; PRA países de renta alta

Figura 6.2. Consulta de ginecología según clase social y país de nacimiento. Mujeres. ENS 2006 y 2012. Porcentajes estandarizados por edad.



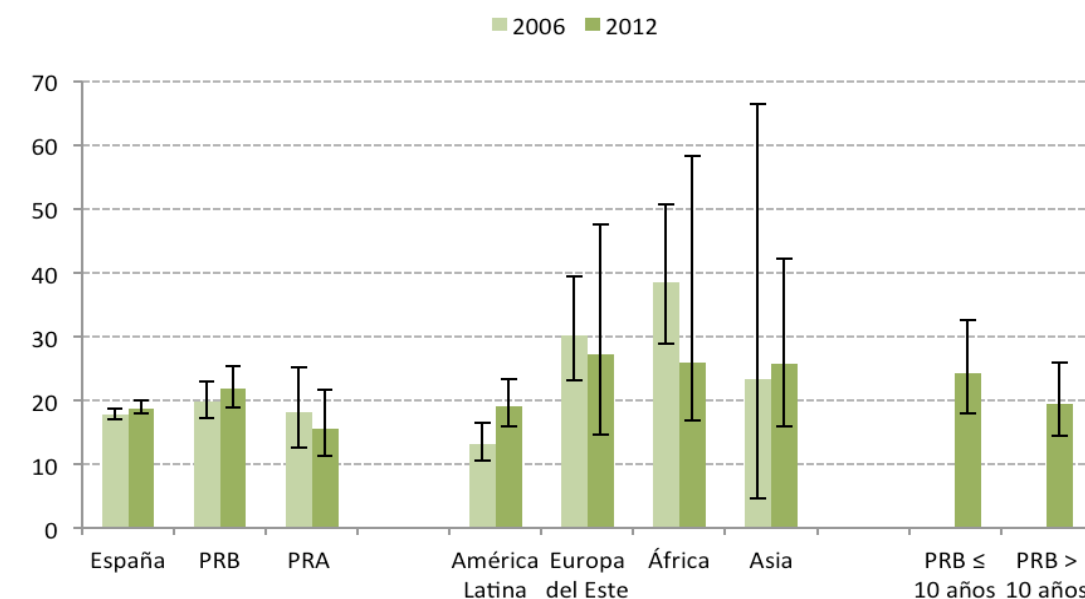
Última visita a una consulta de ginecología

Se observa un ligero aumento de las mujeres que no acuden a consulta de ginecología, siendo el aumento más considerable en las mujeres procedentes de América Latina.

Crece la proporción de mujeres de países de renta baja que acuden a consulta por una revisión periódica.

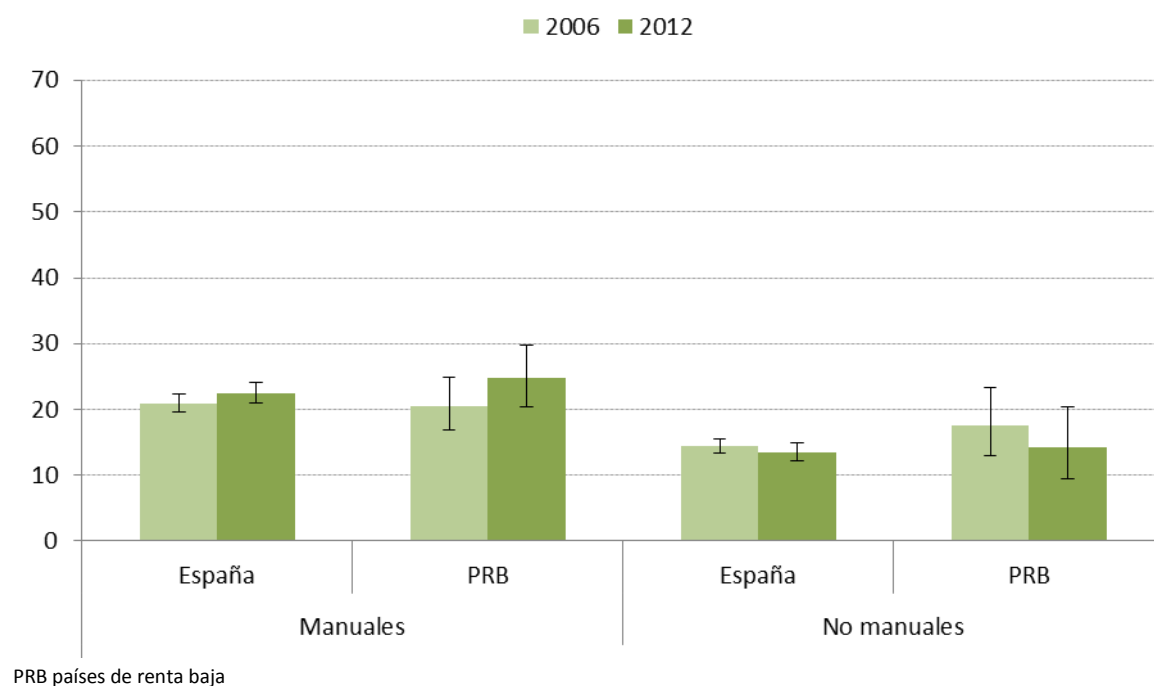
- Se observa un ligero aumento de las mujeres españolas y de PRB que no acuden a una consulta de ginecología en los últimos 3 años o que nunca han ido (figura 6.3).
- Las mujeres procedentes de América Latina presentan el mayor incremento, sin embargo el porcentaje de mujeres que no acudieron a una consulta en los últimos 3 años es superior en los demás continentes.

Figura 6.3. Nunca o más de 3 años de la última visita de ginecología por motivos distintos al embarazo o parto según país de nacimiento y años de residencia. Mujeres. ENS 2006 y 2012. Porcentajes estandarizados por edad.



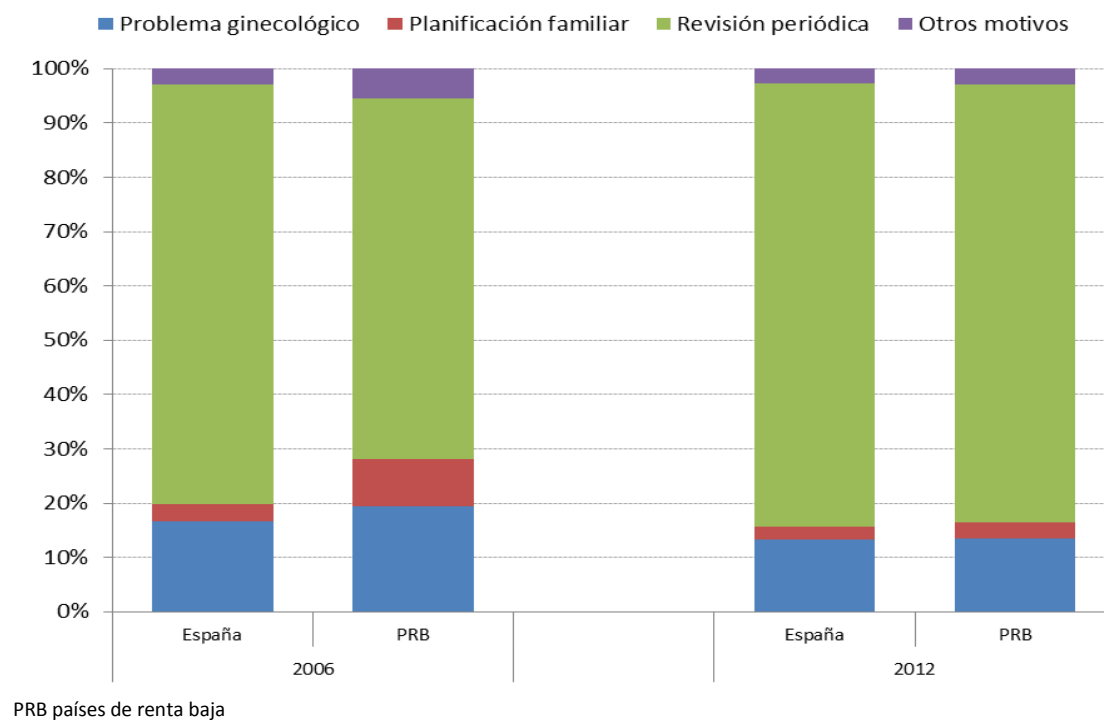
PRB países de renta baja; PRA países de renta alta

Figura 6.4. Nunca o más de 3 años de la última visita de ginecología por motivos distintos al embarazo o parto según clase social y país de nacimiento. Mujeres. ENS 2006 y 2012. Porcentajes estandarizados por edad.



- El principal motivo por el cuál las mujeres han realizado una consulta ginecológica ha sido para la realización de una revisión periódica (figura 6.5).
- En 2012 ha disminuido la asistencia a una consulta ginecológica para la planificación familiar y/o para consultas por problemas ginecológicos, principalmente en las mujeres procedentes de PRB (figura 6.5).

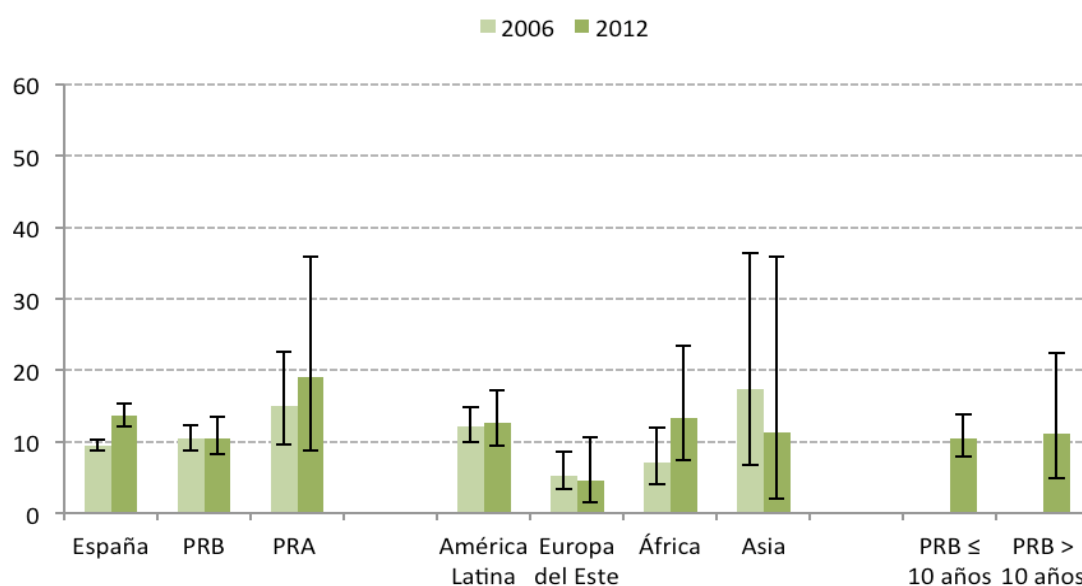
Figura 6.5. Motivo última visita ginecólogo según país de nacimiento y año de encuesta. Mujeres. ENS 2006 y 2012. Porcentajes brutos.



Píldoras para no quedar embarazada

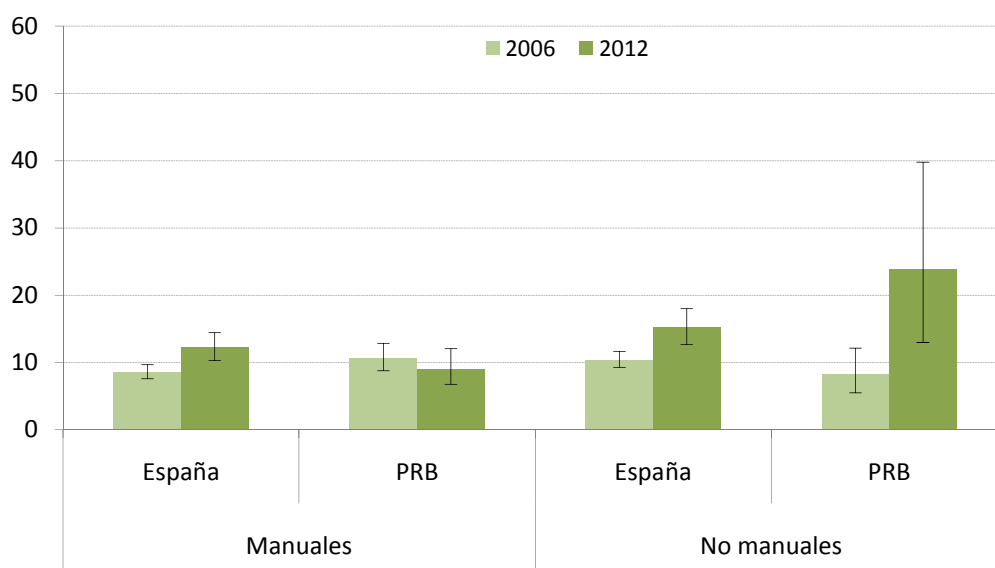
- Se observa un incremento de consumo de píldoras anticonceptivas en las mujeres de 15 a 49 años autóctonas y procedentes de países de renta alta (PRA) en el año 2012 respecto al año 2006, no obstante el consumo en las mujeres de PRB es similar durante este período de tiempo (figura 6.6).
- Por región parece observarse en las mujeres de Asia una disminución del consumo de píldoras y un incremento en las mujeres de África.
- Según clase social se observa un importante aumento del consumo en mujeres en edades fértiles procedentes de PRB pertenecientes a clase social no manual en el año 2012 (figura 6.7).

Figura 6.6. Consumo de píldoras para no quedar embarazada en las últimas dos semanas según país de nacimiento y años de residencia. Mujeres de 15 a 49 años. ENS 2006 y 2012. Porcentajes estandarizados, por edad.



PRB países de renta baja; PRA países de renta alta

Figura 6.7. Consumo de píldoras para no quedar embarazada en las últimas dos semanas según clase social y país de nacimiento. Mujeres de 15 a 49 años. ENS 2006 y 2012. Porcentajes estandarizados por edad.



PRB países de renta baja

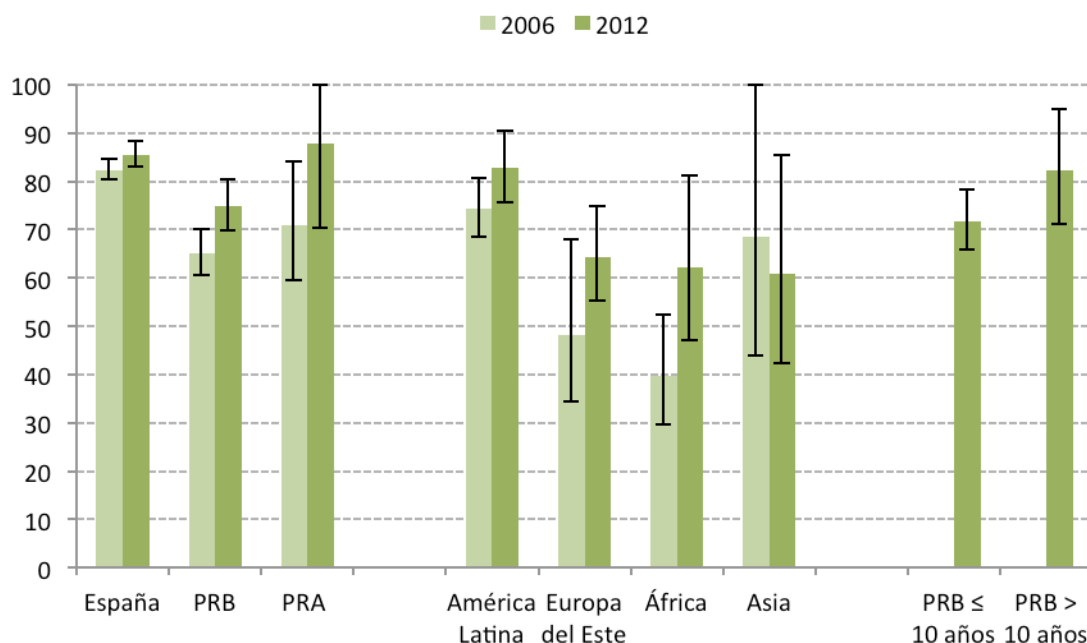
Realización de citología

Se recomienda que el cribado de cáncer de cuello uterino se realice en las mujeres de 25 a 64 años de edad mediante una citología de Papanicolau cada tres años. El cribado de cáncer de cuello uterino en España es mayoritariamente oportunista, pero existen Comunidades Autónomas (CCAA) dónde el cribado se realiza de forma poblacional como en Castilla y León, o bien más organizado con la existencia de protocolos como en Cataluña. Por otro lado, se ha querido analizar CCAA con más afluencia de inmigración como Madrid, Cataluña, Andalucía y Valencia.

Se observa un incremento de realización de citologías entre las mujeres de países de renta baja, aunque el porcentaje en inmigrantes recientes sigue siendo inferior que el de las mujeres autóctonas.

- Se observa en las mujeres de 25 a 64 años de edad de PRB un aumento de la realización de la citología vaginal, aunque el porcentaje sigue siendo inferior que el de las mujeres autóctonas. Sin embargo, este aumento se mantiene para todos los continentes de procedencia, excepto en las mujeres de Asia (figura 6.8), y en ambas clases sociales (figura 6.9).
- Las mujeres de 40-64 años de edad tienden más a participar en la realización de una citología vaginal comparado con las mujeres de 25 a 39 años de edad, no obstante se observa un incremento más importante de realización de citologías en las mujeres de 25-39 años en el año 2012 respecto al año 2006.
- Las mujeres que residen en las CCAA de Cataluña, Valencia, Madrid, Andalucía y Castilla y León se realizan porcentualmente más citologías que el resto de España, se observa un ligero aumento del porcentaje de realización de citologías en las mujeres autóctonas residentes en estas CCAA.

Figura 6.8. Realización de citología vaginal según país de nacimiento y años de residencia. Mujeres de 25 a 64 años. ENS 2006 y 2012. Porcentajes estandarizados por edad.



PRB países de renta baja; PRA países de renta alta

Figura 6.9. Realización de citología vaginal según clase social y país de nacimiento. Mujeres de 25 a 64 años. ENS 2006 y 2012. Porcentajes estandarizados por edad.

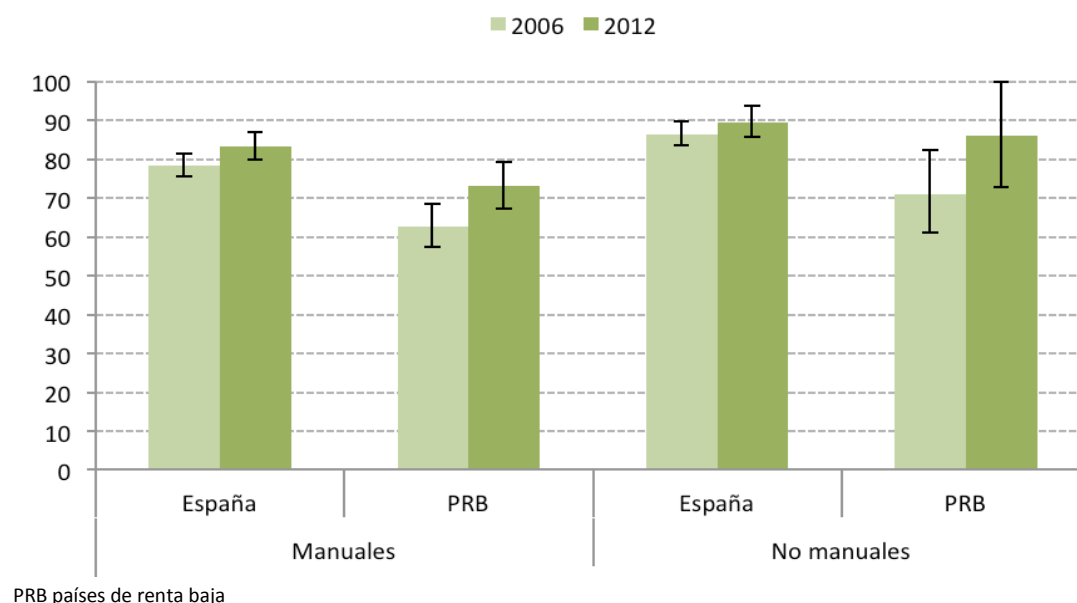
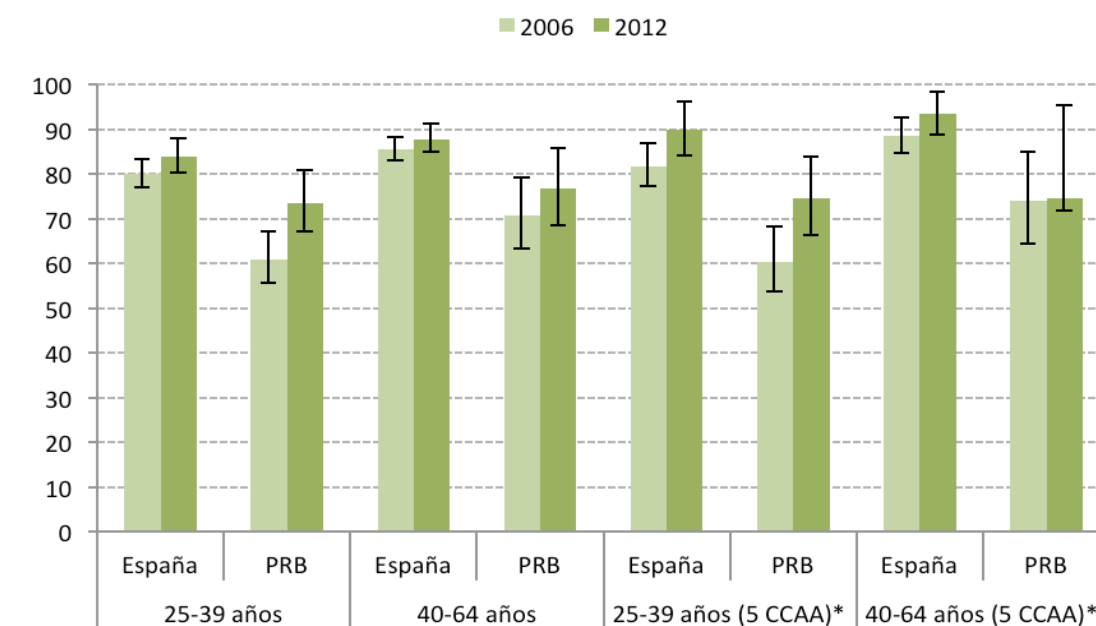


Figura 6.10. Realización de citología vaginal según país de nacimiento, grupo de edad y comunidad autónoma de residencia. Mujeres de 25 a 64 años. ENS 2006 y 2012. Porcentajes estandarizados por edad.

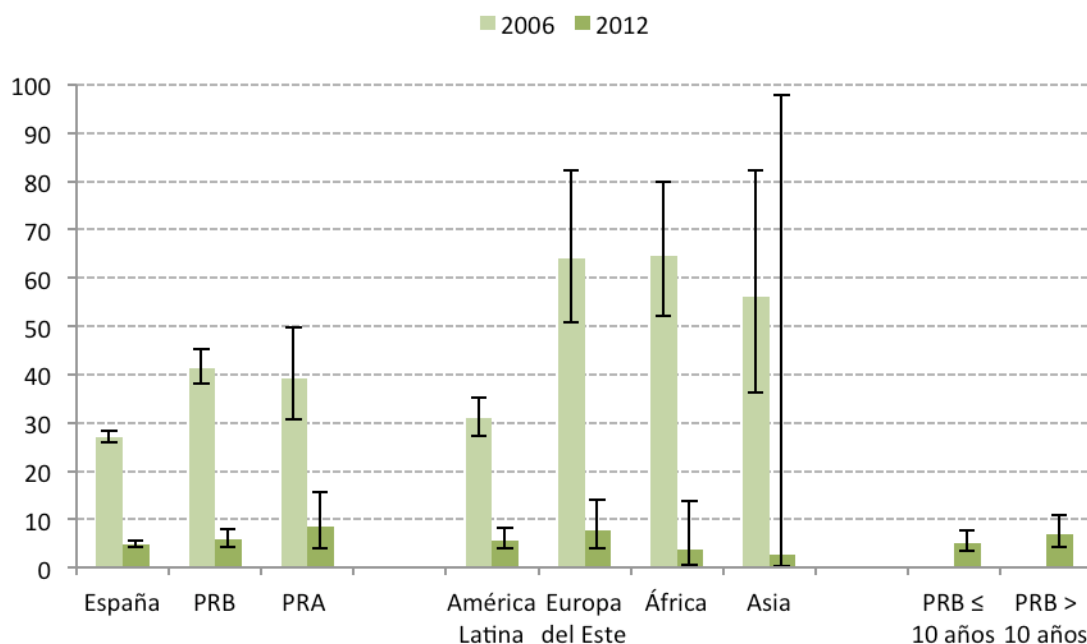


Última citología realizada

En el año 2012 ha disminuido significativamente el porcentaje de mujeres que se criban del cáncer de cuello uterino de forma inadecuada. Esta disminución es importante en las mujeres de países de renta baja de todos los continentes, anulándose la desigualdad según lugar de nacimiento.

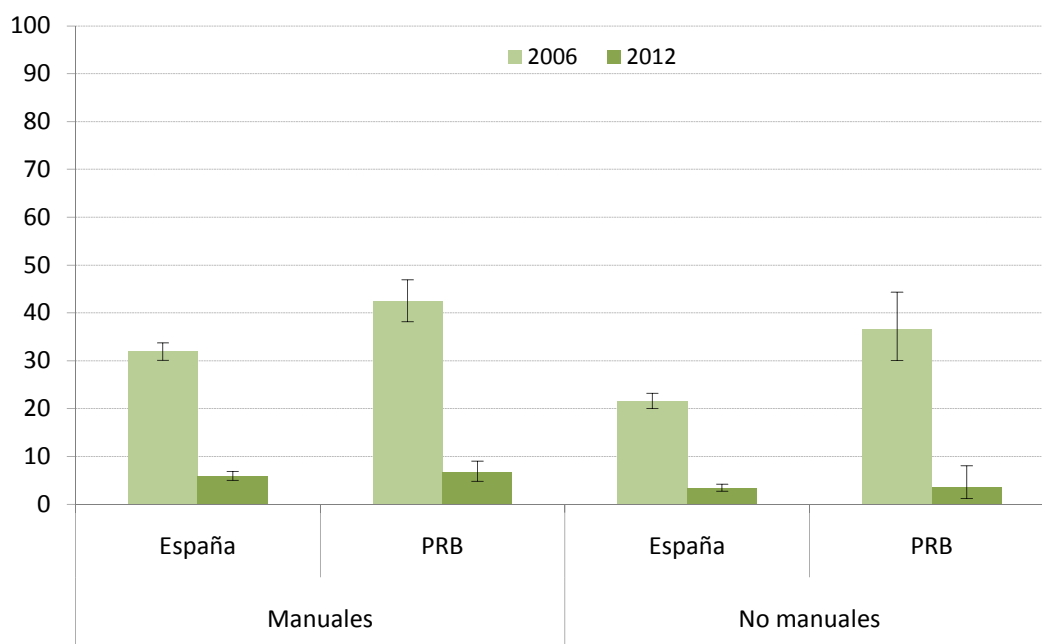
- Ha disminuido significativamente en todos los grupos el porcentaje de mujeres que no se realizan citologías de forma periódica, esta disminución es importante en las mujeres de PRB de todos los continentes, anulándose la desigualdad según lugar de nacimiento (figura 6.11). Esta reducción también se mantiene por clase social (figura 6.12).
- No se observan diferencias respecto al tiempo de residencia en España.
- La planificación familiar es el principal motivo por el que las mujeres se realizan una citología, aunque este ha disminuido considerablemente en el año 2012 respecto al año 2006. Por otro lado, se observa un aumento importante en el año 2012 de la realización de una citología por revisión periódica para la prevención del cáncer de cuello uterino (figura 6.13).

Figura 6.11. Más de 5 años des de la última citología vaginal según país de nacimiento y años de residencia. Mujeres de 25 a 64 años. ENS 2006 y 2012. Porcentajes estandarizados por edad.



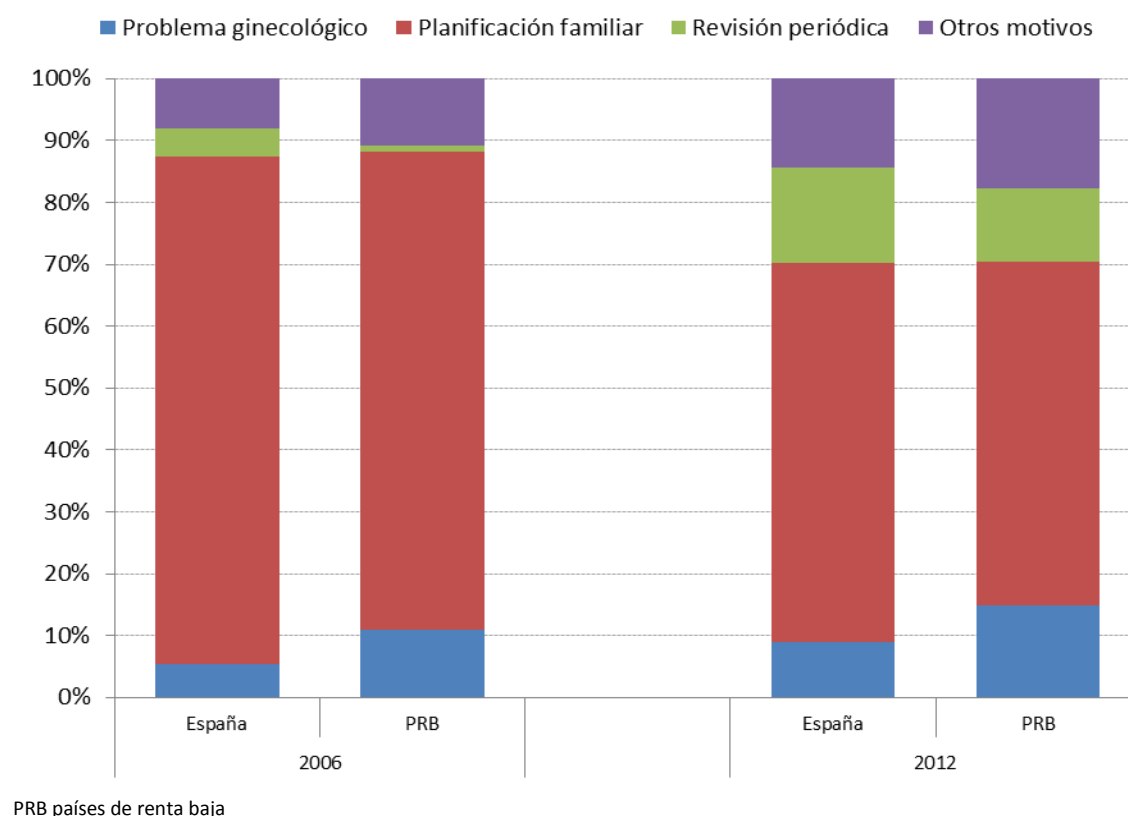
PRB países de renta baja; PRA países de renta alta

Figura 6.12. Más de 5 años des de la última citología vaginal según clase social y país de nacimiento. Mujeres de 25 a 65 años. ENS 2006 y 2012. Porcentajes estandarizados por edad.



PRB países de renta baja

Figura 6.13. Motivo última citología vaginal según país de nacimiento y año de encuesta. Mujeres de 25 a 64 años. ENS 2006 y 2012. Porcentajes brutos.



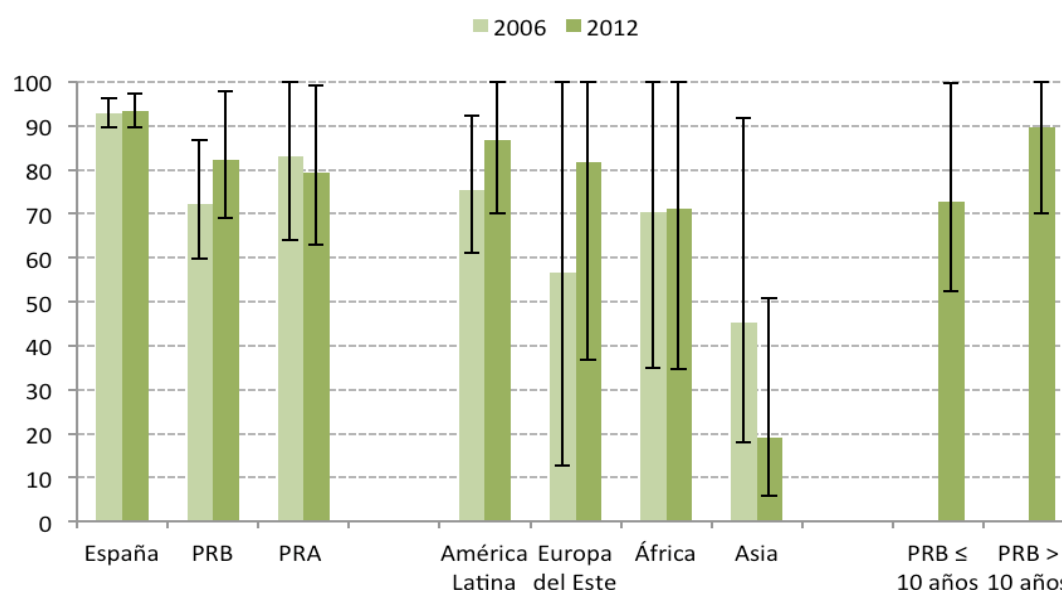
Realización de mamografías

El análisis se limita a las mujeres de edades comprendidas entre 50-69 años de edad debido a que es este grupo de edad el grupo diana del cribado poblacional de cáncer de mama en el cual se invita a la mujer cada dos años a participar realizándose una mamografía de forma gratuita. Este análisis puede, sin embargo, incluir mamografías realizadas en el entorno fuera del programa poblacional.

La participación de las mujeres autóctonas en la realización de una mamografía es estable en el tiempo, se observa un aumento en las mujeres procedentes de países de renta baja de ambas clases sociales.

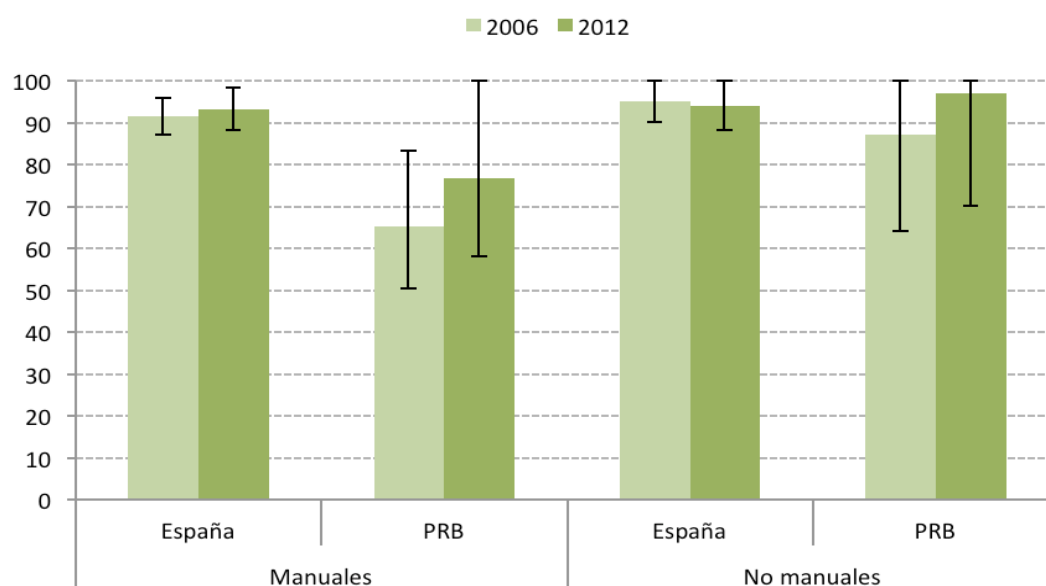
- Se observa un aumento del porcentaje de mujeres de PRB que se han realizado una mamografía alguna vez, en el año 2012 respecto al año 2006, en ambas clase sociales, aunque el porcentaje sigue siendo ligeramente inferior que el de las españolas, sobretudo en manuales (figura 6.14 y 6.15).
- Las diferencias según continente deben de evaluarse con gran cautela dada la restricción a mujeres de 50 a 69 años, por ejemplo sólo se dispone de información de 7 y 5 mujeres procedentes de Asia para 2006 y 2012 respectivamente (figura 6.14).
- Las mujeres de PRB que residen en España desde hace más de 10 años se han realizado una mamografía alguna vez en mayor proporción que aquellas mujeres con menos años de residencia en el país (figura 6.14).

Figura 6.14. Realización de mamografía según país de nacimiento y años de residencia. Mujeres de 50 a 69 años. ENS 2006 y 2012. Porcentajes estandarizados por edad.



PRB países de renta baja; PRA países de renta alta

Figura 6.15. Realización de mamografía según clase social y país de nacimiento. Mujeres de 50 a 69 años. ENS 2006 y 2012. Porcentajes estandarizados por edad.



PRB países de renta baja

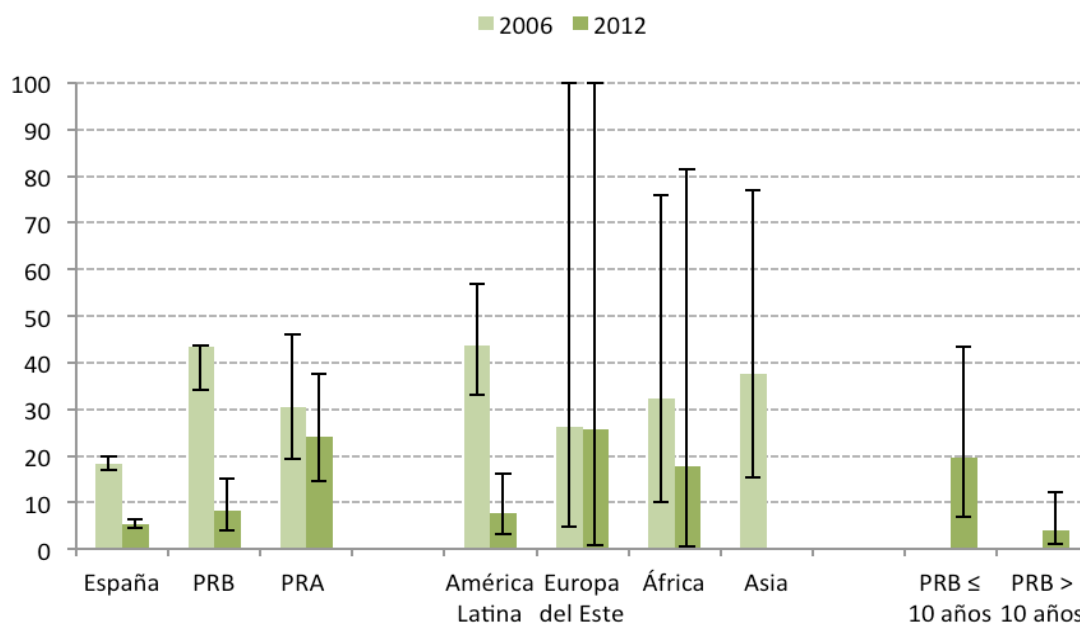
Última mamografía realizada

La mayoría de mujeres de 50 a 69 años se realiza la siguiente mamografía antes de los tres años de la anterior. Se observa un elevado incremento de participación en las mujeres procedentes de países de renta baja en 2012.

- El porcentaje de mujeres de 50 a 69 años que se han realizado una mamografía antes de los tres años ha aumentado significativamente en el año 2012 respecto al 2006, destacando las mujeres de América Latina y la reducción de la brecha entre las mujeres españolas y de PRB (figura 6.16).

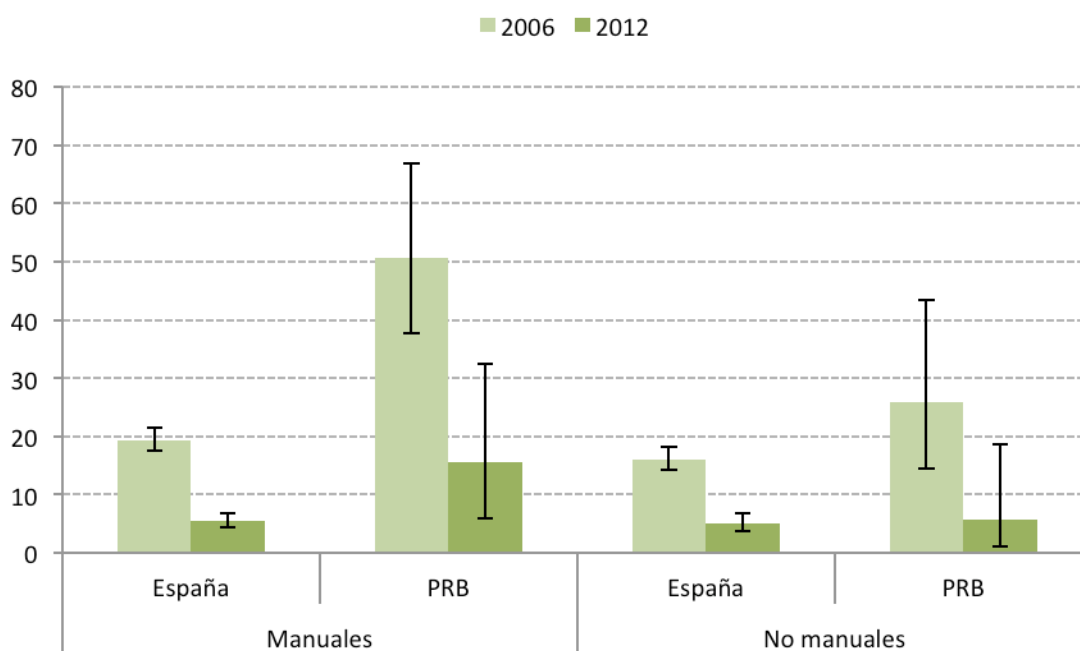
- Las mujeres de PRB con mayor tiempo de residencia no presentan diferencias con las nacidas en España, mientras que las más recién llegadas se realizan menos mamografías (figura 6.16).
- El porcentaje de mujeres que se realizan una mamografía antes de los 3 años aumenta respecto al año 2006. Este cambio es independiente de la clase social y del país de nacimiento, siendo este aumento más importante en las mujeres de PRB (figura 6.17).
- Los motivos por los cuales las mujeres se realizan una mamografía son principalmente la participación en los programas preventivos de cáncer de mama, se observa un elevado incremento de este motivo respecto al año 2006 en las mujeres procedentes de PRB (figura 6.18).

Figura 6.16. Más de 3 años des de la última mamografía según país de nacimiento y años de residencia. Mujeres de 50 a 69 años. ENS 2006 y 2012. Porcentajes estandarizados por edad.



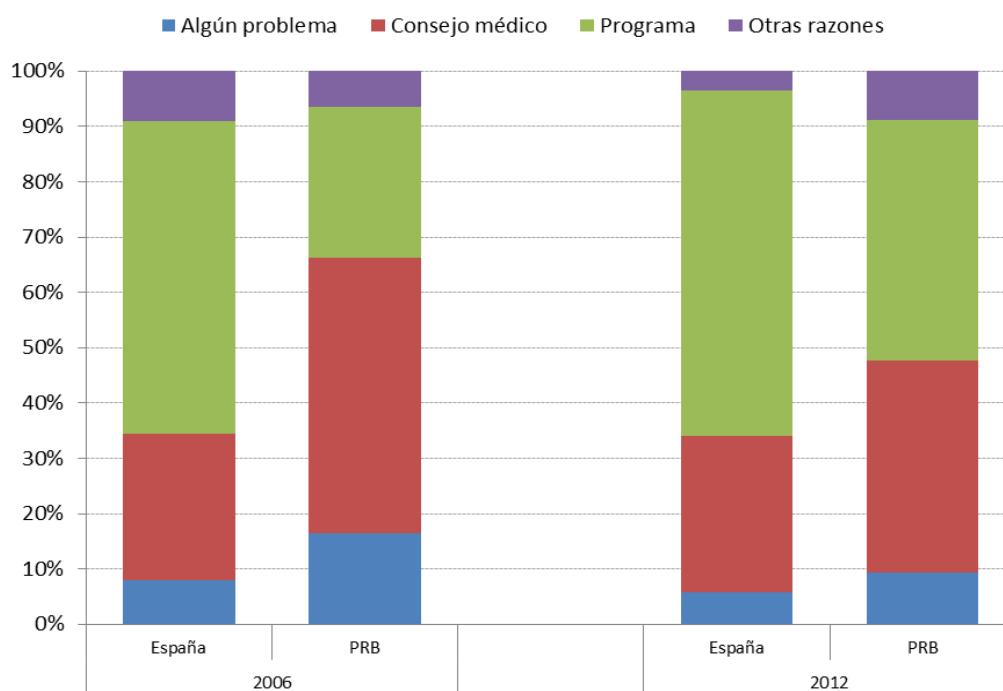
PRB países de renta baja; PRA países de renta alta

Figura 6.17. Más de 3 años des de la última mamografía según clase social y país de nacimiento. Mujeres de 50 a 69 años. ENS 2006 y 2012. Porcentajes estandarizados por edad.



PRB países de renta baja

Figura 6.18. Motivo última mamografía según país de nacimiento y año de encuesta. Mujeres de 50 a 69 años. ENS 2006 y 2012. Porcentajes brutos.



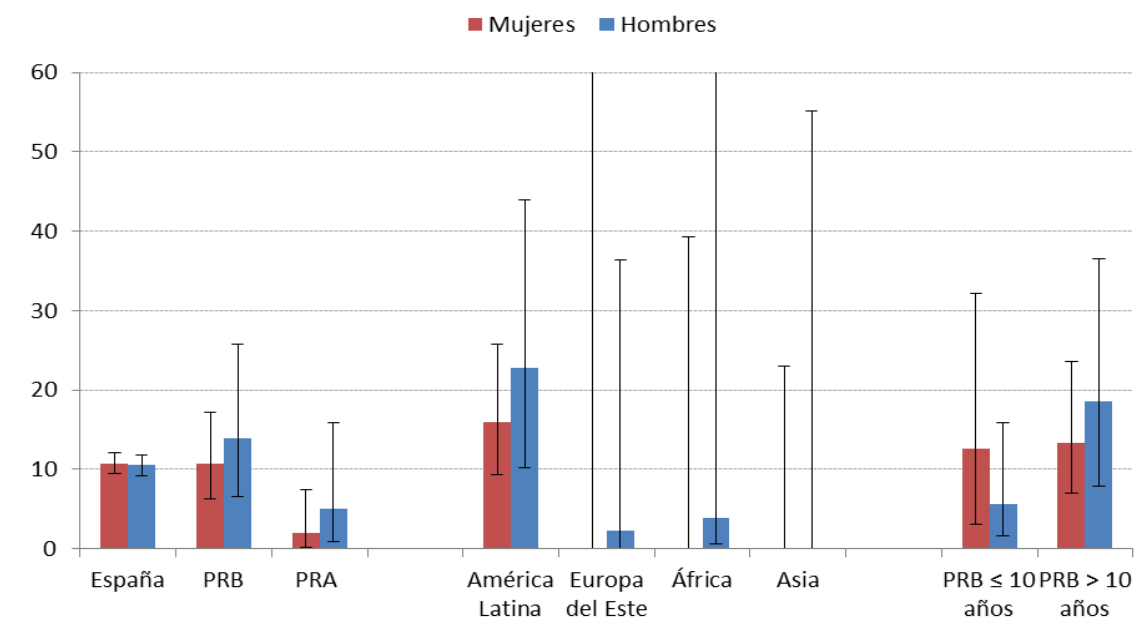
PRB países de renta baja

Sangre oculta en heces

El porcentaje de mujeres y hombres de América Latina que realizan la prueba de sangre oculta en heces es superior comparado con la población española

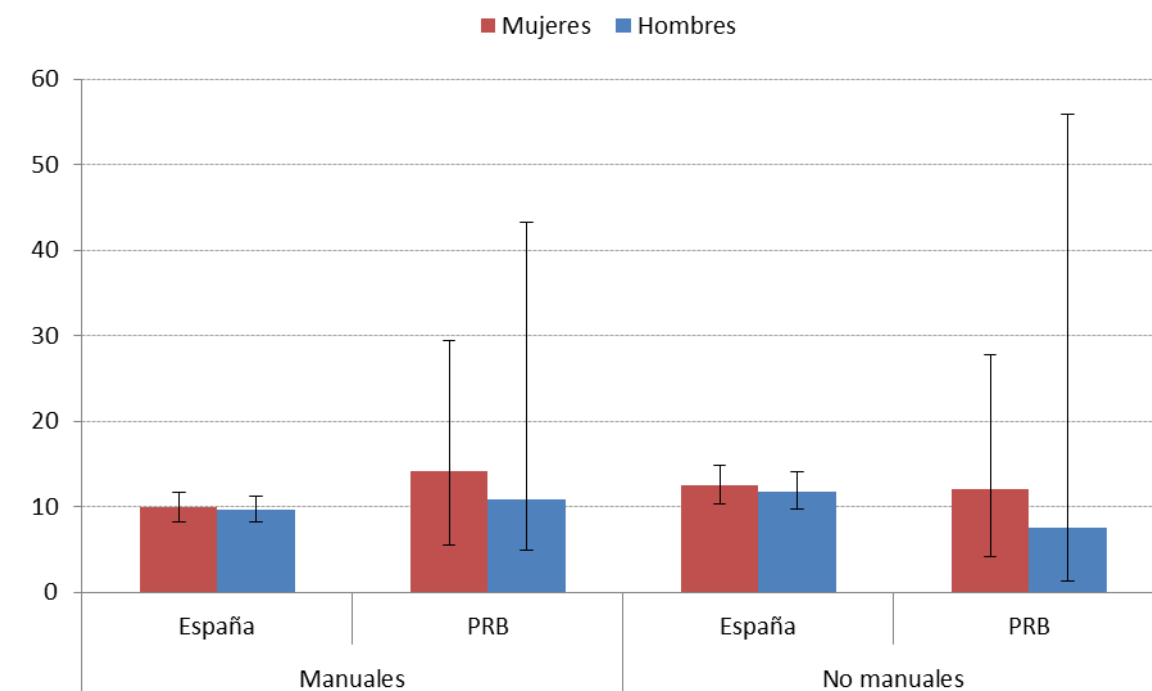
- Se observa que los individuos de 50 a 69 años que provienen de América Latina participan más en la realización de la prueba de cribado de cáncer de colón que la población autóctona, mientras que la participación en las personas entrevistadas de otros orígenes es muy baja (figura 6.19).
- Se observan diferencias de participación según clase social y sexo en la población de PRB (figura 6.20).

Figura 6.19. Realización alguna vez de la prueba de sangre oculta en heces según sexo, país de nacimiento y años de residencia. Población de 50 a 69 años. ENS 2012. Porcentajes estandarizados por edad.



PRB países de renta baja; PRA países de renta alta

Figura 6.20. Realización alguna vez de la prueba de sangre oculta en heces según sexo, clase social y país de nacimiento. Población de 50 a 69 años. ENS 2012. Porcentajes estandarizados por edad.



PRB países de renta baja

Capítulo 7. Utilización de fármacos

Mónica Ballesta^{1,2}, Mercè Gotsens^{1,3}

1. Centro de Investigación Biomédica en Red en Epidemiología y Salud Pública (CIBERESP)

2. Servicio de Epidemiología, Consejería de Sanidad y Política Social, Comunidad Autónoma de la Región de Murcia

3. Agència de Salut Pública de Barcelona

Los indicadores de la utilización de fármacos son:

- Prevalencia de consumo de medicamentos en las últimas dos semanas.
- Prevalencia de consumo de medicamentos recetados en las últimas dos semanas.
- Medicamentos más frecuentes consumidos en las últimas dos semanas.

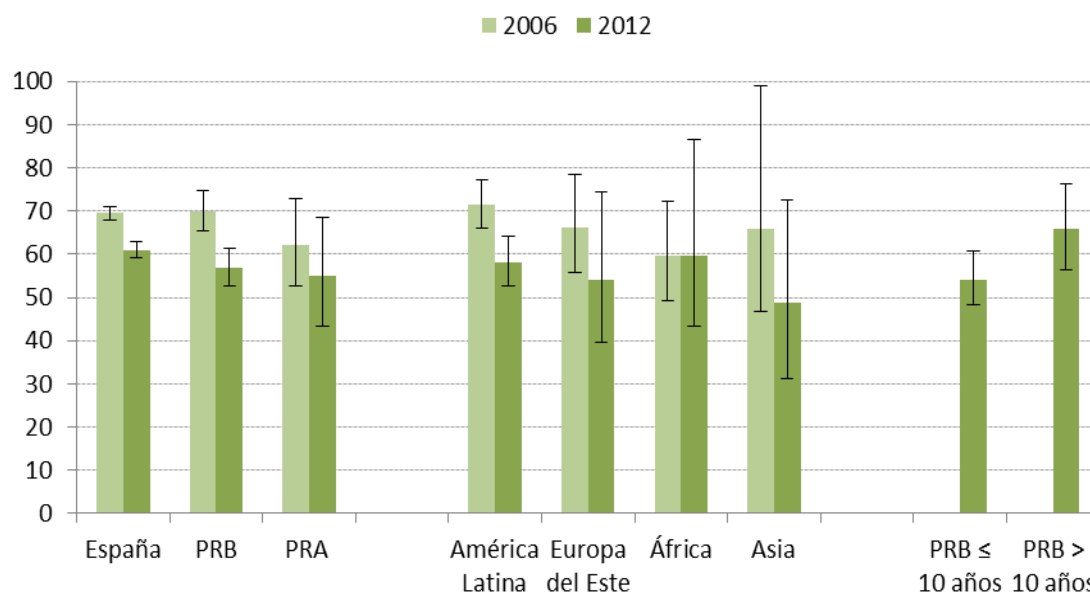
Medicamentos consumidos

Las personas inmigrantes tienen menor prevalencia de consumo de medicamentos que las españolas en ambos años. La prevalencia desciende en todos los grupos de origen.

Las mujeres de países de renta baja con más de 10 años de residencia presentan prevalencias de consumo de medicamentos más elevadas que aquellas con menos años de residencia.

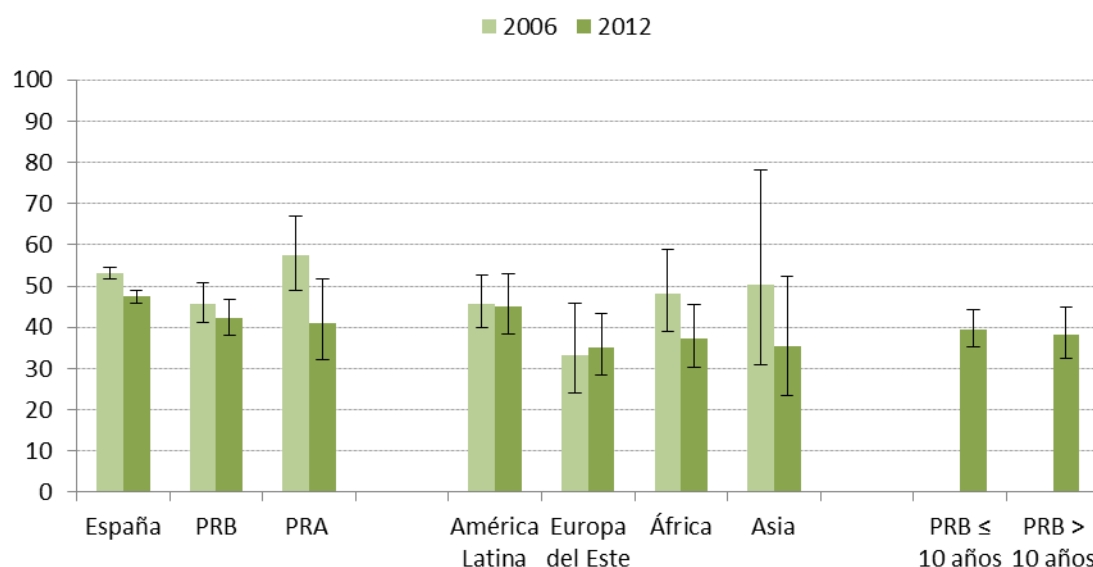
- En todos los grupos de origen, ha existido un descenso en el consumo de medicamentos, especialmente en las españolas y en aquellas de países de renta baja (PRB), como por ejemplo las de América Latina. Según tiempo de residencia, las personas de PRB con 10 o más años de residencia tienen mayor consumo (figura 7.1).
- El consumo de medicamentos entre los hombres españoles ha disminuido entre 2006 y 2012 mientras que los extranjeros de PRB se mantienen en cifras similares, no así entre aquellos de países de renta alta (PRA) con un descenso importante (figura 7.2).
- Según clase social, (figura 7.3), disminuye el consumo en mujeres y hombres de origen español tanto de ocupación manual como no manual. Mientras que las mujeres de clase manual de PRB son las que experimentan un mayor descenso, junto con los hombres de clase no manual de PRB.

Figura 7.1. Consumo de medicamentos en las últimas 2 semanas según país de nacimiento y años de residencia. Mujeres. ENS 2006 y 2012. Porcentajes estandarizados por edad.



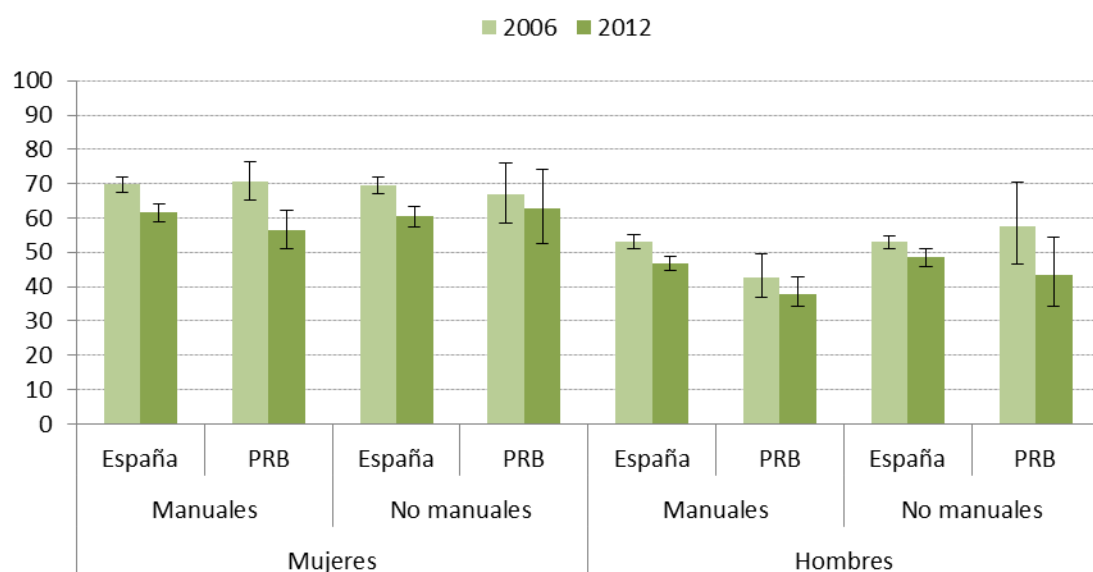
PRB países de renta baja; PRA países de renta alta

Figura 7.2. Consumo de medicamentos en las últimas 2 semanas según país de nacimiento y años de residencia. Hombres. ENS 2006 y 2012. Porcentajes estandarizados por edad.



PRB países de renta baja; PRA países de renta alta

Figura 7.3. Consumo de medicamentos en las últimas 2 semanas según sexo, clase social y país de nacimiento. ENS 2006 y 2012. Porcentajes estandarizados por edad.



PRB países de renta baja

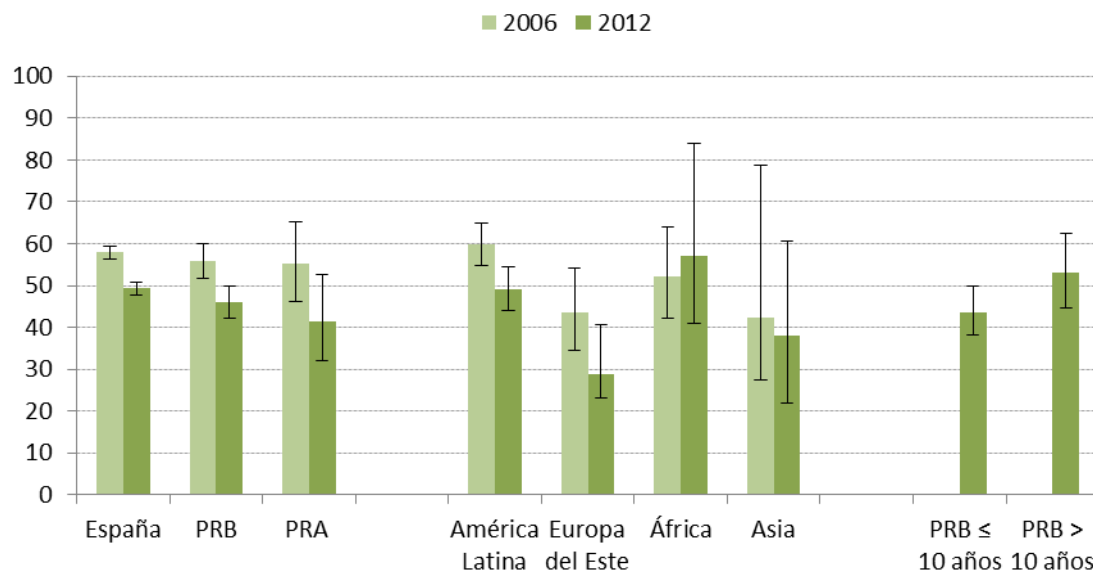
Medicamentos recetados

La prevalencia de consumo de medicamentos recetados desciende entre todos los grupos, especialmente en mujeres de países de renta baja. La clase social manual experimenta un descenso más acusado que la no manual en estos países.

- En cuanto a consumo de medicamentos recetados, en las mujeres se observa un descenso de la prevalencia en todos los grupos excepto en las africanas que presentan un leve aumento (figura 7.4). En hombres, son los españoles y los de PRA los que disminuyen el consumo, especialmente estos últimos, por contra los europeos del este lo aumentan (figura 7.5).

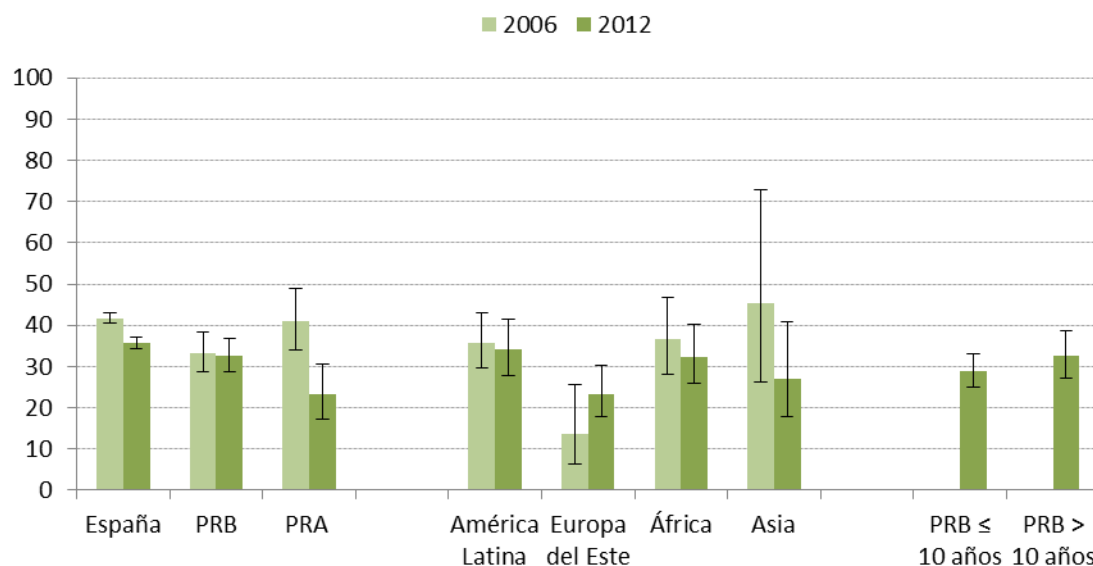
- El consumo de medicamentos recetados se reduce también en todas las clases sociales tanto hombres como mujeres entre todos los grupos, donde la reducción es mayor en las personas de clase social manual (figura 7.6).

Figura 7.4 Consumo de medicamentos recetados en las últimas 2 semanas según país de nacimiento y años de residencia. Mujeres. ENS 2006 y 2012. Porcentajes estandarizados por edad.



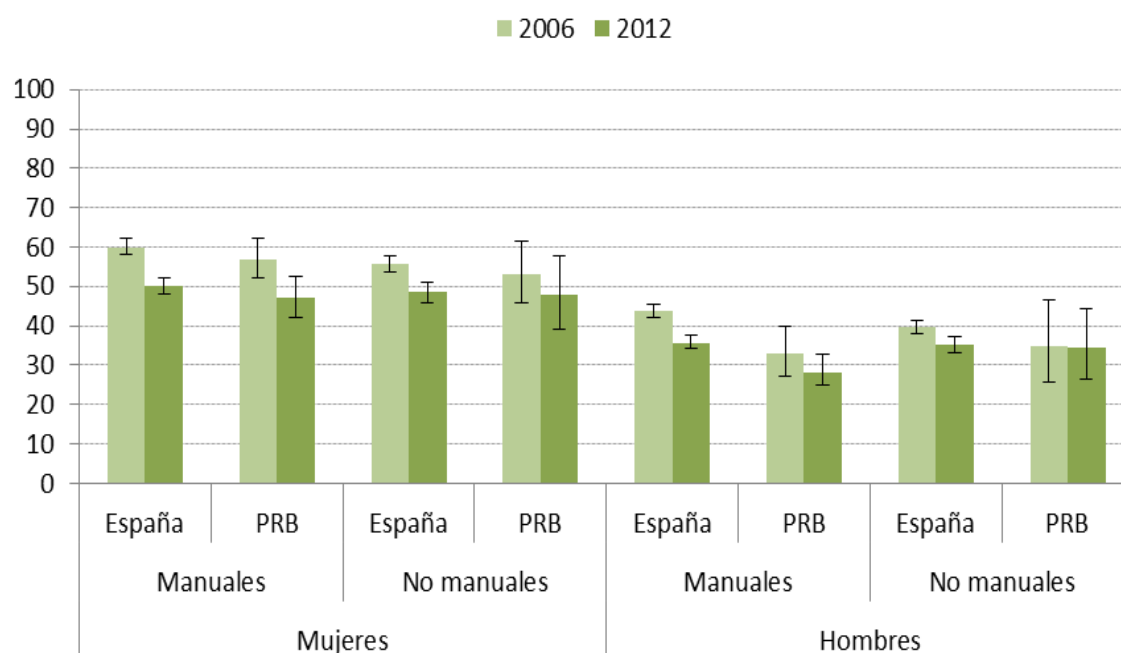
PRB países de renta baja; PRA países de renta alta

Figura 7.5 Consumo de medicamentos recetados en las últimas 2 semanas según país de nacimiento y años de residencia. Hombres. ENS 2006 y 2012. Porcentajes estandarizados por edad.



PRB países de renta baja; PRA países de renta alta

Figura 7.6 Consumo de medicamentos recetados en las últimas 2 semanas según sexo, clase social y país de nacimiento. ENS 2006 y 2012. Porcentajes estandarizados por edad.



PRB países de renta baja

Medicamentos consumidos más frecuentes

Las prevalencias de consumo de los medicamentos más frecuentes de las personas inmigrantes de países de renta baja son similares o algo inferiores que la de las personas autóctonas.

Las figuras 7.7 y 7.8 describen para España y para el conjunto de PRB, las prevalencias de medicamentos consumidos más frecuentes en inmigrantes de PRB dentro de un listado de 20 (excluidos los medicamentos antidepresivos y tranquilizantes descritos en el capítulo 3 y las píldoras para no quedar embarazada descrito en el capítulo 6).

- Los medicamentos para el dolor son los más consumidos en ambos sexos y orígenes aunque ha disminuido su consumo entre los dos años (figura 7.7 y 7.8).
- Las prevalencias de consumo de medicamentos de las mujeres de PRB son similares o algo inferiores a las autóctonas, excepto en los medicamentos reconstituyentes (figura 7.7).
- Las prevalencias de consumo de medicamentos de los hombres de PRB son similares a los autóctonos (figura 7.8).
- En general la prevalencia de consumo de medicamentos ha disminuido entre los dos años, excepto los medicamentos para el colesterol en mujeres (figura 7.7) y los medicamentos para la tensión arterial, el estómago y el colesterol en los hombres (figura 7.8).

Figura 7.7. Consumo de medicamentos más frecuentes según país de nacimiento. Mujeres. ENS 2006 y 2012. Porcentajes estandarizados por edad.

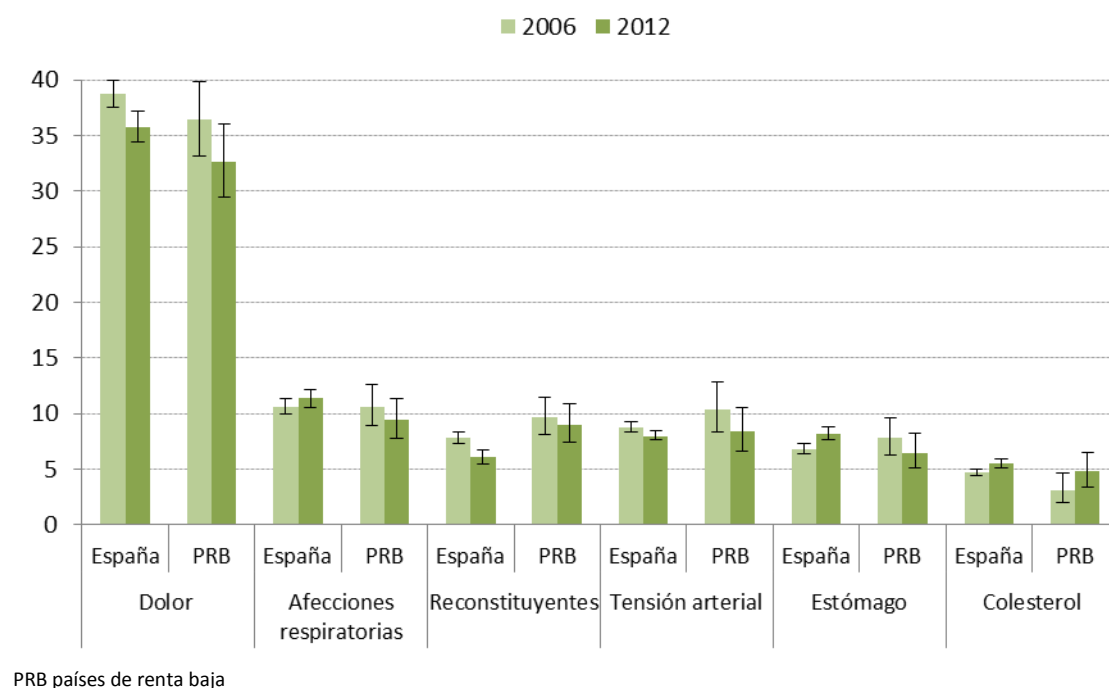
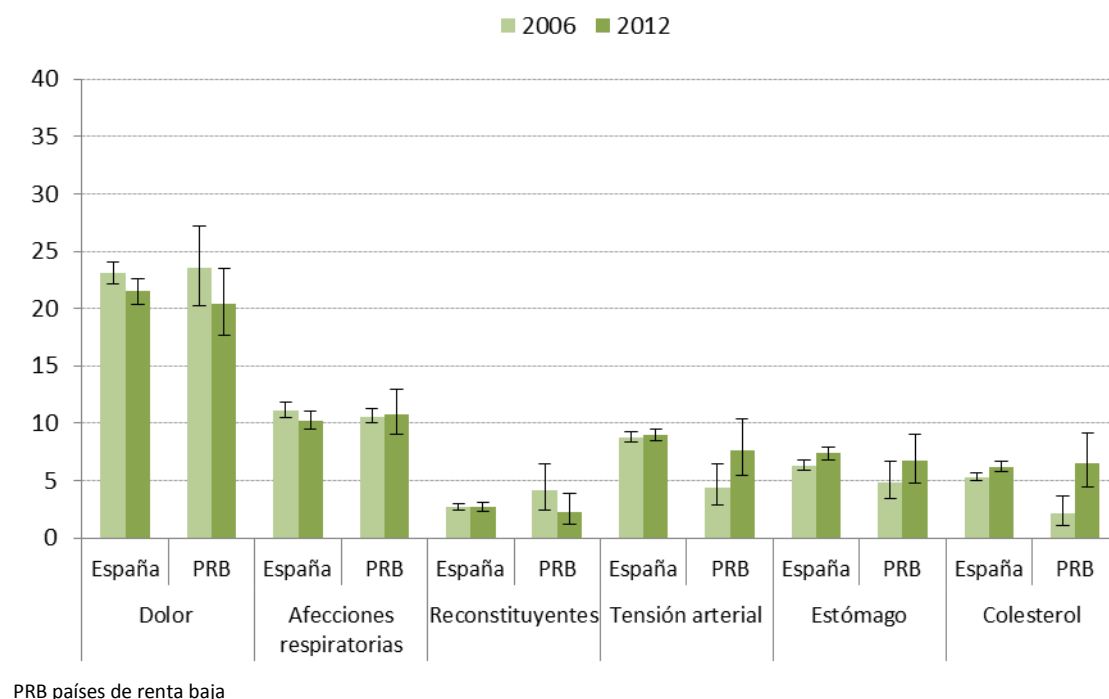


Figura 7.8. Consumo de medicamentos más frecuentes según país de nacimiento. Hombres. ENS 2006 y 2012. Porcentajes estandarizados por edad.



Las tablas 7.1 (mujeres) y 7.2 (hombres) resumen las prevalencias de estos seis grupos de medicamentos por continente y por tiempo de residencia en PRB.

- En general, las mujeres autóctonas consumen más medicamentos que las mujeres inmigrantes, excepto las mujeres africanas que en 2012 refieren un mayor consumo para cuatro de los seis tipos (tabla 7.1).
- En general, los hombres autóctonos presentan prevalencias similares o algo superiores que los hombres inmigrantes en todos los tipos de medicamento, excepto en el caso de los medicamentos para las afecciones respiratorias donde los hombres de PRA, los de Europa del Este y los de África consumen más que los españoles (tabla 7.2).

- Concretamente en los medicamentos para el dolor, las mujeres de PRA aumentan su consumo, mientras que los que tratan la hipertensión aumentan en los hombres y en las mujeres africanas. Para el colesterol, aumenta el consumo en las mujeres africanas y entre los hombres extranjeros en general, especialmente entre los latinoamericanos. Los fármacos para los problemas respiratorios descienden entre las mujeres de PRA y en las latinoamericanas, mientras que los destinados a afecciones estomacales aumentan entre los hombres latinoamericanos. Por último, el consumo de reconstituyentes aumentan entre las personas de PRA (tabla 7.1 y tabla 7.2).
- Los inmigrantes de PRB con más de 10 años de residencia, en general, presentan prevalencias de consumo de medicamentos más elevadas que los inmigrantes de PRB con menos años de residencia (tabla 7.1 y tabla 7.2).

Tabla 7.1. Prevalencias de consumo de medicamentos más frecuentes según país de nacimiento y años de residencia. Mujeres. ENS 2006 y 2012. Porcentajes estandarizados por edad.

País de nacimiento	Dolor		Afecciones respiratorias		Reconstituyentes		Tensión arterial		Estómago		Colesterol	
	2006	2012	2006	2012	2006	2012	2006	2012	2006	2012	2006	2012
España	38,8	35,8	10,6	11,4	7,8	6,1	8,8	8,0	6,8	8,2	4,7	5,5
PRA	21,1	35,6	9,0	1,6	11,2	4,2	4,9	5,8	4,5	2,6	3,7	6,8
América Latina	37,8	36,7	10,8	7,1	9,9	9,5	10,9	7,4	8,0	7,4	3,6	5,5
Europa del Este	29,1	27,6	9,3	12,7	8,2	11,6	11,6	5,7	3,7	2,9		1,1
África	31,9	25,1	8,2	14,3	7,0	9,7	8,2	16,6	7,2	6,9	1,3	10,0
Asia	39,7	19,7	13,3	3,7	7,3	1,8		0,8		11,2		0,8
PRB < 10 años		30,7		9,8		7,3		6,4		5,0		2,0
PRB > 10 años		38,7		7,6		11,9		11,2		8,1		7,4

PRB países de renta baja; PRA países de renta alta

Tabla 7.2. Prevalencias de consumo de medicamentos más frecuentes según país de nacimiento y años de residencia. Hombres. ENS 2006 y 2012. Porcentajes estandarizados por edad.

País de nacimiento	Dolor		Afecciones respiratorias		Reconstituyentes		Tensión arterial		Estómago		Colesterol	
	2006	2012	2006	2012	2006	2012	2006	2012	2006	2012	2006	2012
España	23,1	21,5	11,1	10,2	2,7	2,7	8,8	9,0	6,3	7,4	5,3	6,2
PRA	17,6	16,6	14,6	13,9	8,3	3,7	4,8	7,7	5,0	3,5	3,0	6,7
América Latina	22,2	21,7	13,1	9,9	4,4	4,0	4,0	7,6	3,4	11,1	1,7	7,2
Europa del Este	17,3	19,7	10,3	12,1	1,8	3,0	0,5	4,9	1,7	2,6		0,4
África	26,8	16,4	11,0	11,5	1,1	0,4	5,7	9,4	8,9	1,9	3,4	5,6
Asia	32,1	11,9	4,9	4,2	6,5	1,0		4,2		6,6		13,5
PRB < 10 años		20,6		12,8		1,8		5,3		5,7		3,2
PRB > 10 años		16,6		7,2		2,3		7,8		7,5		8,2

PRB países de renta baja; PRA países de renta alta

Capítulo 8. Acceso y utilización de los servicios de salud

Irene García Subirats¹, Ingrid Vargas¹, María Luisa Vázquez¹

1. Grup de Recerca en Polítiques de Salut i Serveis Sanitaris (GRPSS), Servei d'Estudis i Prospectives en Polítiques de Salut, Consorci de Salut i Social de Catalunya

En este capítulo se presentan los resultados sobre acceso y utilización de los servicios de salud. Es importante mencionar que la información obtenida con la ENS 2011/12 es anterior al Real Decreto RD16/2012 en el que se limita el derecho a la atención de algunos colectivos específicos y muy especialmente de los inmigrantes irregulares. A partir de entonces sólo tienen derecho a recibir asistencia sanitaria de urgencias, salud maternal o si son menores de 18 años.

Los resultados que se analizan en este capítulo son los siguientes:

- Necesidad insatisfecha de atención sanitaria (definida como la falta atención sanitaria cuando se necesita)
- Acceso a los servicios de salud según el nivel asistencial
 - Consulta al médico general (en los últimos cuatro meses)
 - Consulta al especialista (en los últimos cuatro meses)
 - Consulta al dentista (en el último año)
 - Uso de los servicios de urgencias (en el último año)
 - Hospitalización (en el último año)

En el análisis del acceso a los servicios de salud se toma en cuenta los individuos que han utilizado los servicios de salud al menos una vez, con independencia del número de veces que lo han hecho.

- Tipo de servicio utilizado según titularidad (público/privado) por nivel asistencial:
 - Consultas al médico general
 - Especialista
 - Hospitalizaciones

A las variables de estratificación de los otros capítulos se añade la salud percibida como medida aproximada de necesidad de atención. Será necesario llevar a cabo un análisis en profundidad para conocer la utilización ajustada por factores individuales y más variables de necesidad, así como conocer los determinantes de la utilización en cada uno de los grupos de procedencia.

Necesidad insatisfecha de atención sanitaria

La necesidad insatisfecha se define como la falta atención sanitaria cuando se necesita. En la ENS se identifica a partir de la pregunta “*En los últimos 12 meses, ¿alguna vez ha necesitado asistencia médica y no la ha recibido?*”.

La necesidad insatisfecha ha disminuido tanto en población autóctona como inmigrada. No obstante, los hombres de inmigrantes muestran mayores porcentajes de necesidad insatisfecha que los autóctonos.

- En el 2012 la necesidad insatisfecha en mujeres es prácticamente igual en los tres grupos de origen, a diferencia de lo que ocurría en el 2006 donde las mujeres de países de renta baja (PRB) mostraban mayor porcentaje de necesidad insatisfecha que las autóctonas o de países de renta alta (PRA) (figura 8.1)
- Aunque se debe tener cautela en la interpretación de los resultados debido al tamaño muestral, las mujeres de origen africano son las que reportan los porcentajes más elevados de necesidad insatisfecha (figura 8.1) como ya ocurrió en el 2006. Y las mujeres de América Latina son las que disminuyen más el porcentaje de necesidad insatisfecha.

Las figuras 8.3 y 8.4 muestran los motivos de la falta de atención sanitaria adecuada. Cabe mencionar que las opciones de respuesta son cerradas en ambas encuestas, son diferentes entre ellas y no es posible desagregar la opción “otras razones” ni saber si son razones relacionadas con el individuo o con los servicios.

- Los principales motivos de necesidad insatisfecha son similares en mujeres y hombres y se relacionan con los servicios de salud. En ambos años en primer lugar se hace referencia a los largos tiempos de espera, aunque con menor frecuencia en las personas de PRB (figura 8.3).
- Destaca el elevado porcentaje de mujeres inmigrantes que en el 2006 referían no poder dejar el trabajo (figura 8.3) y en el 2012 la falta de tiempo (figura 8.4) como motivo de la necesidad insatisfecha.

Figura 8.1. Prevalencia de necesidad insatisfecha en el último año, según país de nacimiento y años de residencia. Mujeres. ENS 2006 y 2012. Porcentajes estandarizados por edad.

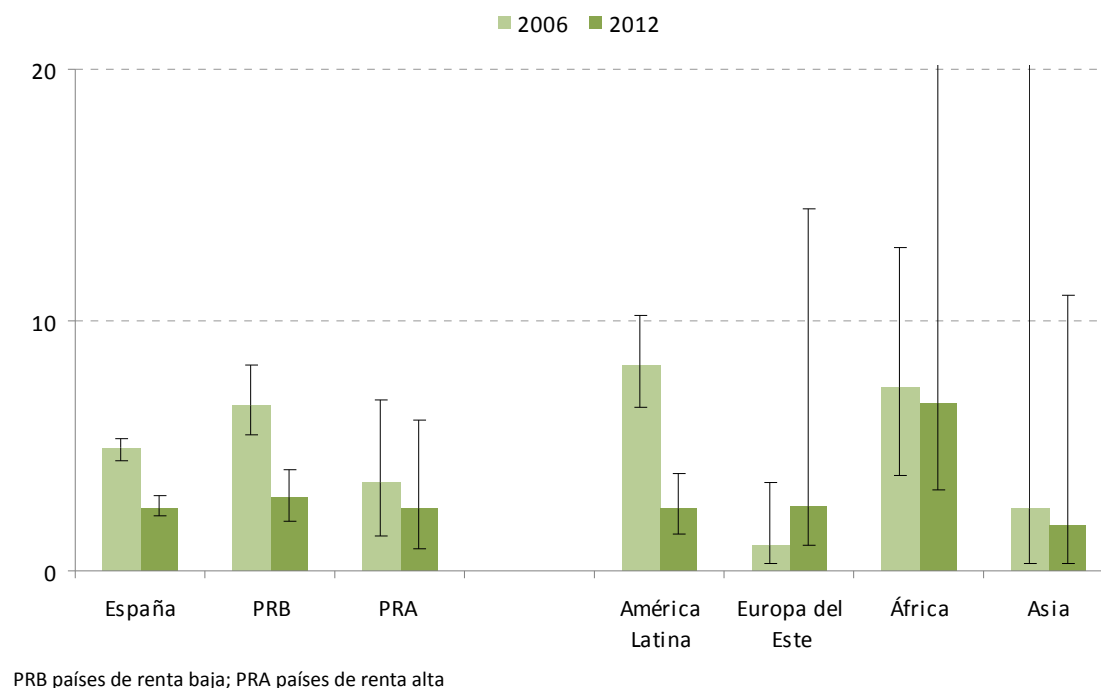


Figura 8.2. Prevalencia de necesidad insatisfecha en el último año, según país de nacimiento y años de residencia. Hombres. ENS 2006 y 2012. Porcentajes estandarizados por edad.

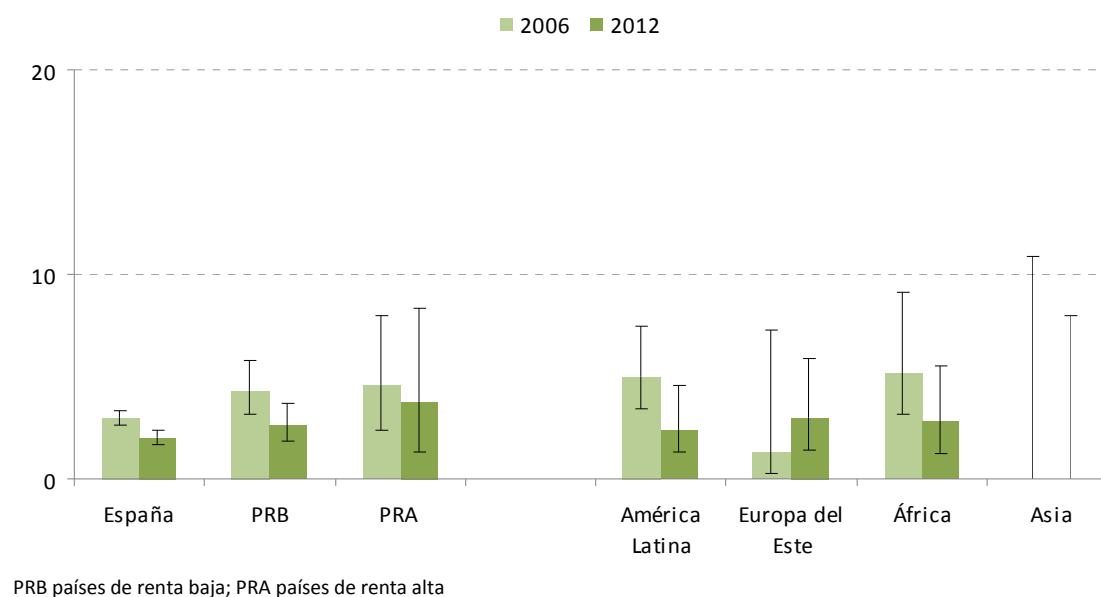


Figura 8.3. Motivo principal de asistencia médica insatisfecha según sexo y procedencia en mujeres y hombres. ENS 2012.

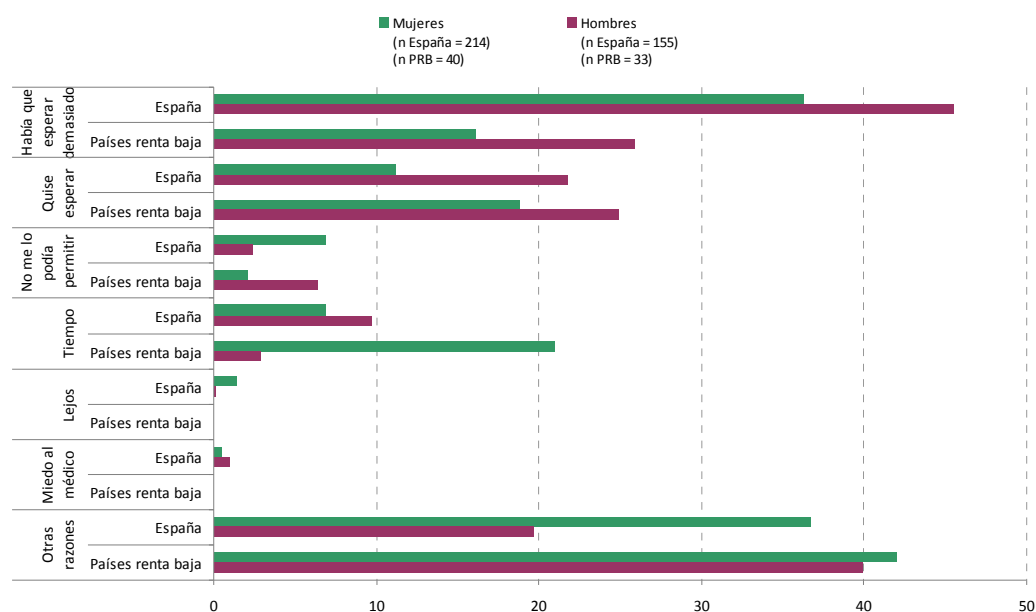
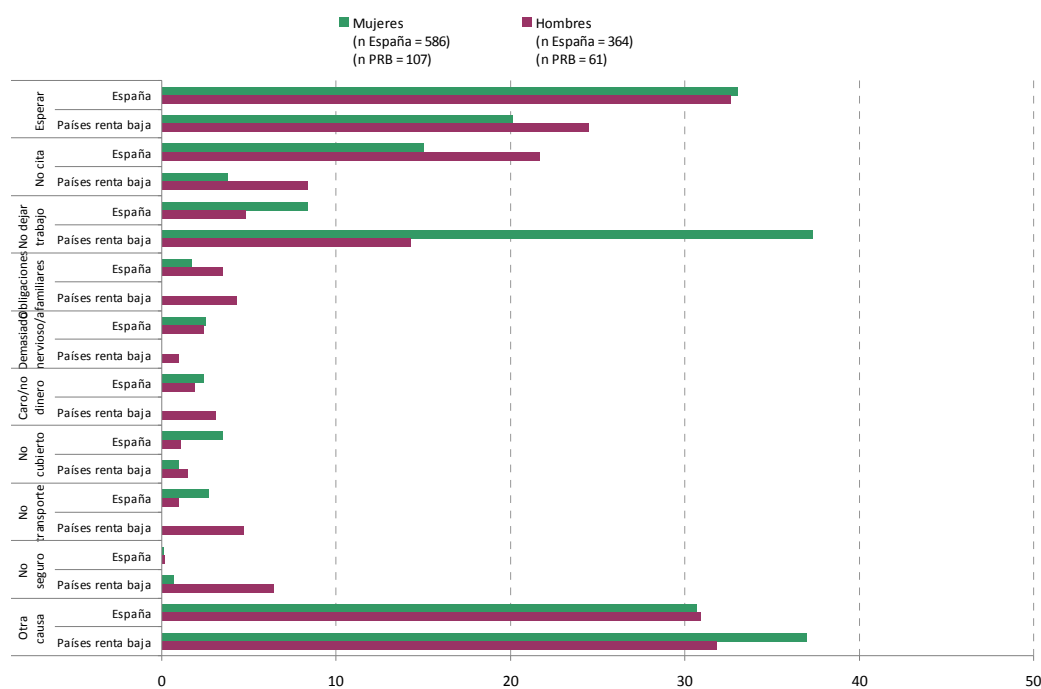


Figura 8.4. Motivo principal de asistencia médica insatisfecha según sexo y procedencia en mujeres y hombres. ENS 2006.

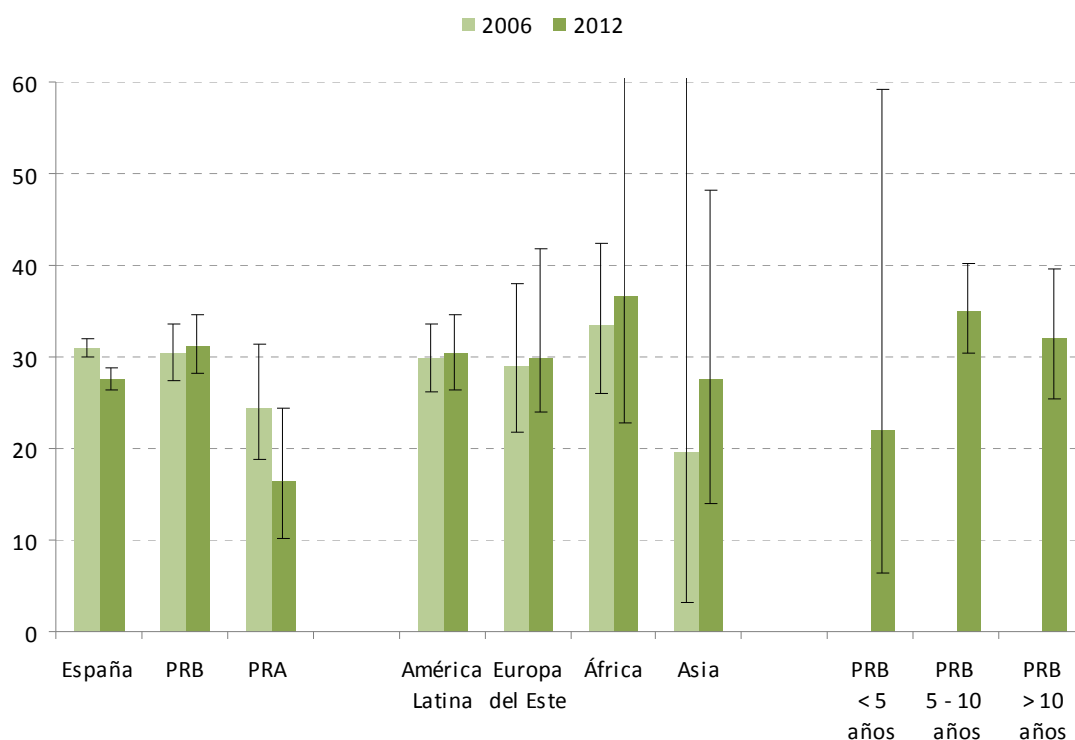


Acceso a los servicios de atención primaria: consulta con el médico general

La utilización de la consulta al médico general disminuye en la población autóctona y se mantiene en la población inmigrada. La utilización de las mujeres nacidas en países de renta baja es superior a la de las autóctonas.

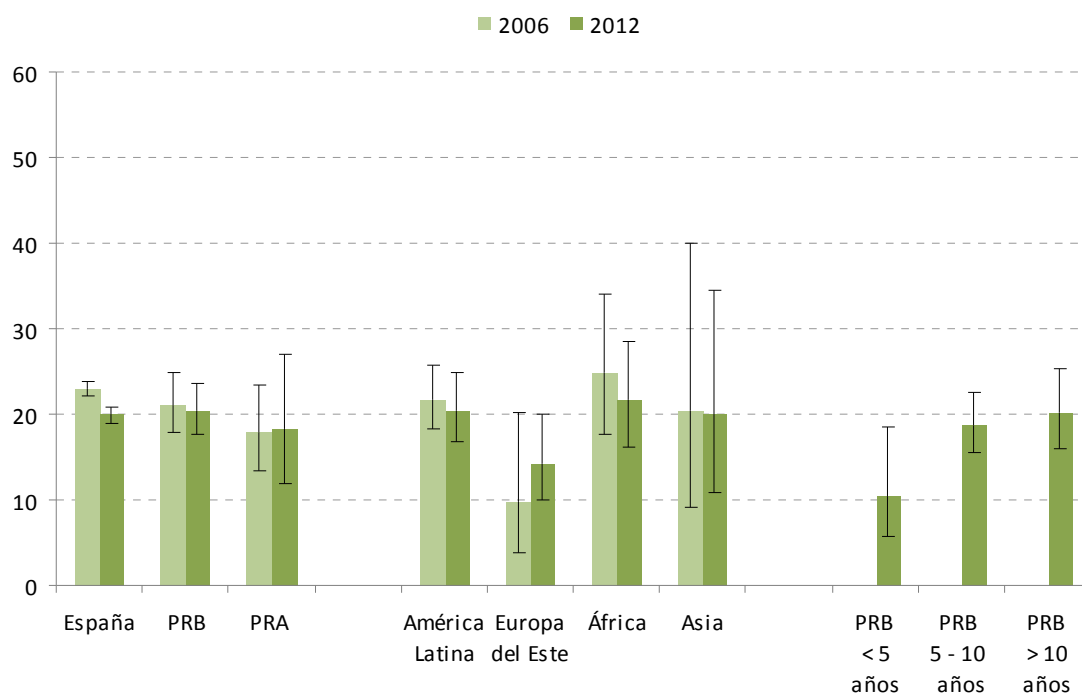
- La tasa de consultas al médico general en las mujeres de países de renta baja es superior a la de las españolas, aunque hay diferencias según la procedencia. Los resultados parecen indicar que las mujeres africanas son las que muestran mayores tasas de utilización y las de PRA las que menos (figura 8.5).
- Los hombres presentan tasas de utilización menores que las mujeres para todos los grupos de procedencia, sin mostrar prácticamente diferencias entre los hombres españoles y los nacidos en PRB (figura 8.6). Los datos parecen indicar una menor utilización por parte de los hombres nacidos en Europa del Este.
- Las personas de PRB con menor tiempo de residencia consultan menos al médico general (figuras 8.5 y 8.6); sin embargo se debe tener cautela en la interpretación debido a la amplitud de los intervalos de confianza.
- Las tasas de utilización en la población con mala salud percibida disminuyen en la población de origen español en el 2012 respecto el 2006, en ambos sexos. En la población de origen de países de renta baja, aumenta en mujeres y se mantiene igual respecto el 2006 en hombres (figura 8.7).
- A diferencia del 2006, en el 2012 no hay diferencias en la utilización en las mujeres según su procedencia con mala salud percibida, mientras que sí las en los hombres, los de origen español presentan tasas más elevadas respecto los otros grupos (figura 8.7).
- La estratificación por clase social permite observar que en 2012, las mujeres de clase no manual, las nacidas en países de renta baja presentan mayores tasas que las de origen español (figura 8.8).

Figura 8.5. Consulta al médico general en las últimas cuatro semanas, según país de nacimiento y años de residencia. Mujeres. ENS 2006 y 2012. Porcentajes estandarizados por edad.



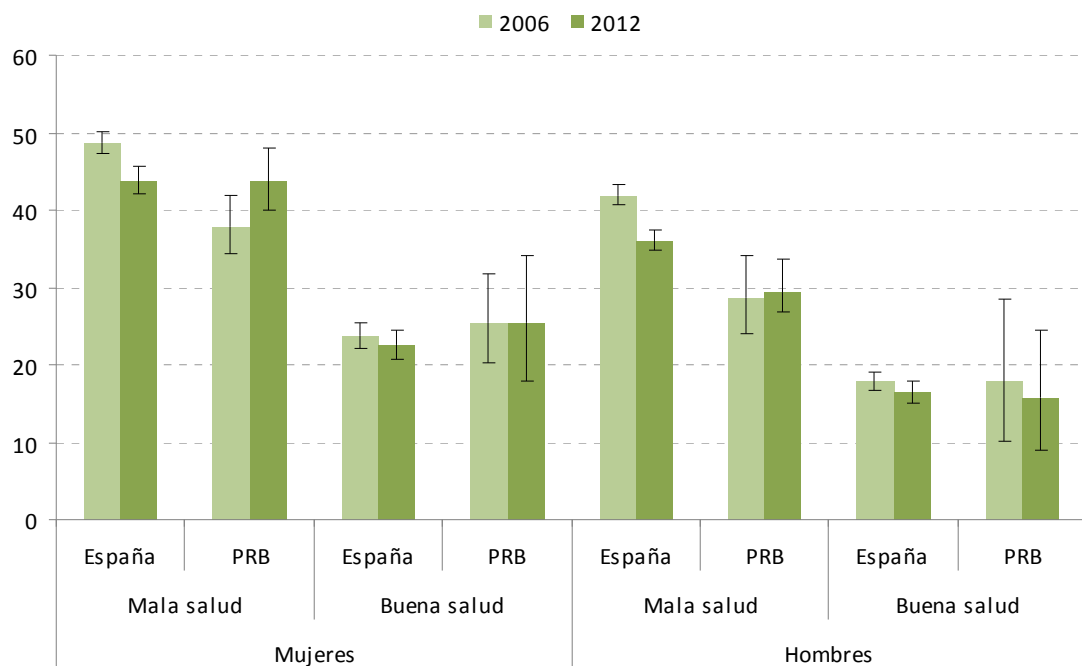
PRB países de renta baja; PRA países de renta alta

Figura 8.6. Consulta al médico general en las últimas cuatro semanas, según país de nacimiento y años de residencia. Hombres. ENS 2006 y 2012. Porcentajes estandarizados por edad.



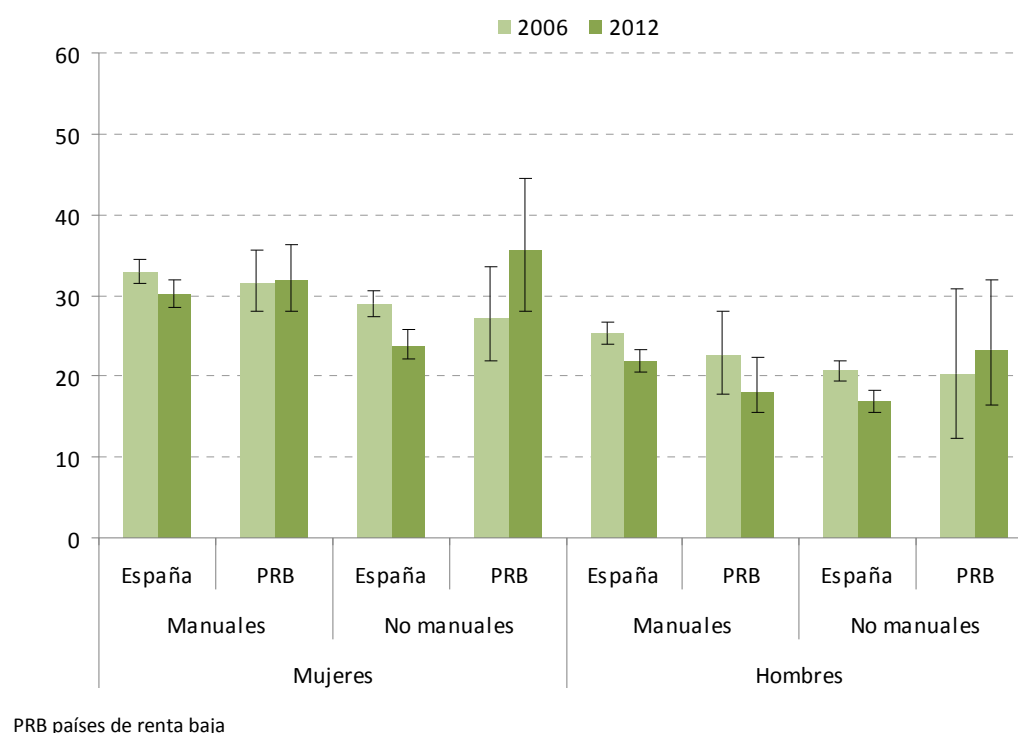
PRB países de renta baja; PRA países de renta alta

Figura 8.7. Consulta al médico general en las últimas cuatro semanas, según sexo, salud percibida y país de nacimiento. ENS 2006 y 2012. Porcentajes estandarizados por edad.



PRB países de renta baja

Figura 8.8. Consulta al médico general en las últimas cuatro semanas, según sexo, clase social y país de nacimiento. ENS 2006 y 2012. Porcentajes estandarizados por edad.

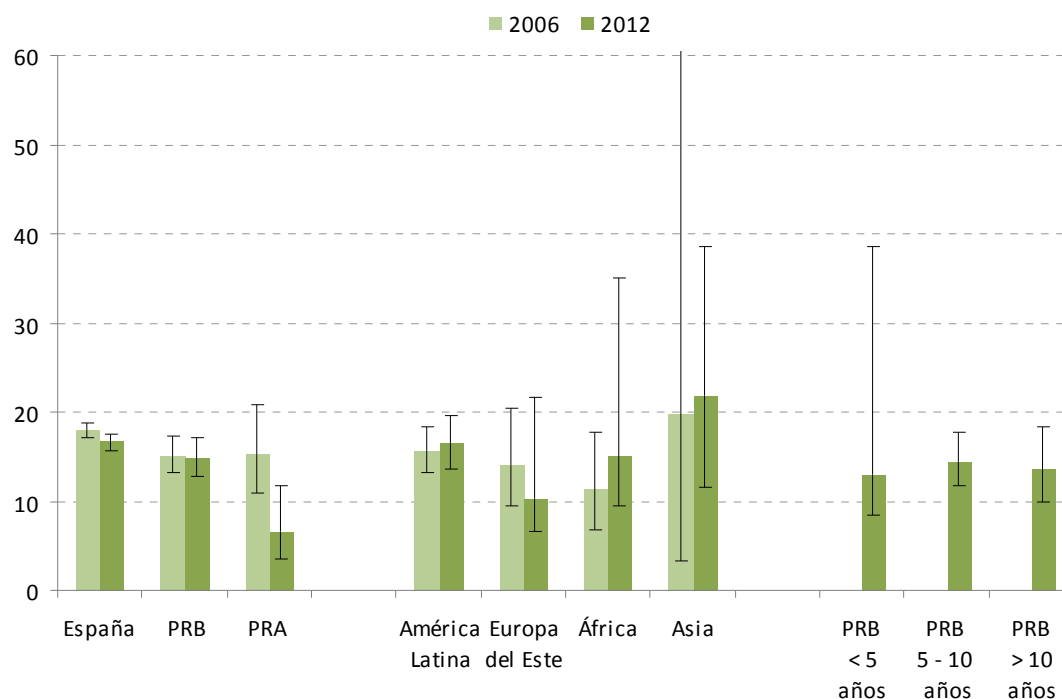


Acceso a los servicios de atención especializada: consulta con el médico especialista

La utilización del especialista es mayor por parte de la población autóctona que la población de países de renta baja incluso para la población con mala salud percibida y ésta diferencia ha aumentado respecto a la existente en 2006.

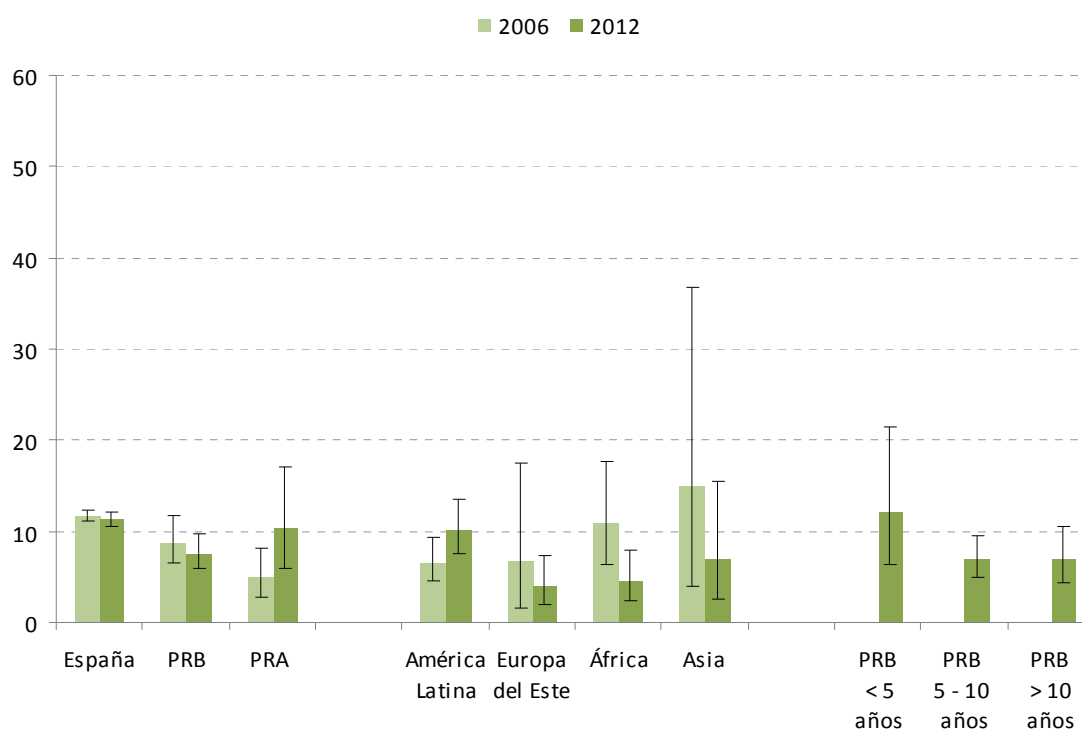
- La diferencia en la tasa de consultas entre los hombres autóctonos e inmigrantes ha aumentado respecto al 2006 (figura 8.10), los autóctonos hacen un mayor uso.
- Disminuye ligeramente la tasa de consultas de las mujeres españolas respecto al 2006. En el 2012 no parece haber diferencias en la tasa de consultas respecto las mujeres nacidas en PRB (figura 8.9).
- En los hombres de PRB parece haber un descenso de la tasa de consultas con el especialista para todos los continentes salvo América Latina, aunque el tamaño muestral dificulta la interpretación. En los hombres de PRB, los de Europa del Este y África hacen menos uso que los de América Latina (figura 8.10).
- No parecen cambiar el uso de la atención especializada según el tiempo de residencia en España, ni en mujeres ni en hombres (figuras 8.9 y 8.10).
- Al estratificar por salud percibida, en el 2012 se observan las mismas diferencias que en el 2006 en la población con mala salud percibida, la de origen español presenta mayores tasas de utilización que la de los de países de baja renta, la diferencia en hombres es mayor que en mujeres (figura 8.11).
- En el 2012, en la población de origen español y en ambos sexos, aumenta la diferencia entre la población de clase no manual y la de clase manual, siendo los primeros los que presentan mayores tasas de consulta (figura 8.12)
- No se observan diferencias entre población autóctona y nacida en PRB en cada uno de los estratos de clase social (figura 8.12).

Figura 8.9. Consulta al médico especialista en las últimas cuatro semanas, según país de nacimiento y años de residencia. Mujeres. ENS 2006 y 2012. Porcentajes estandarizados por edad.



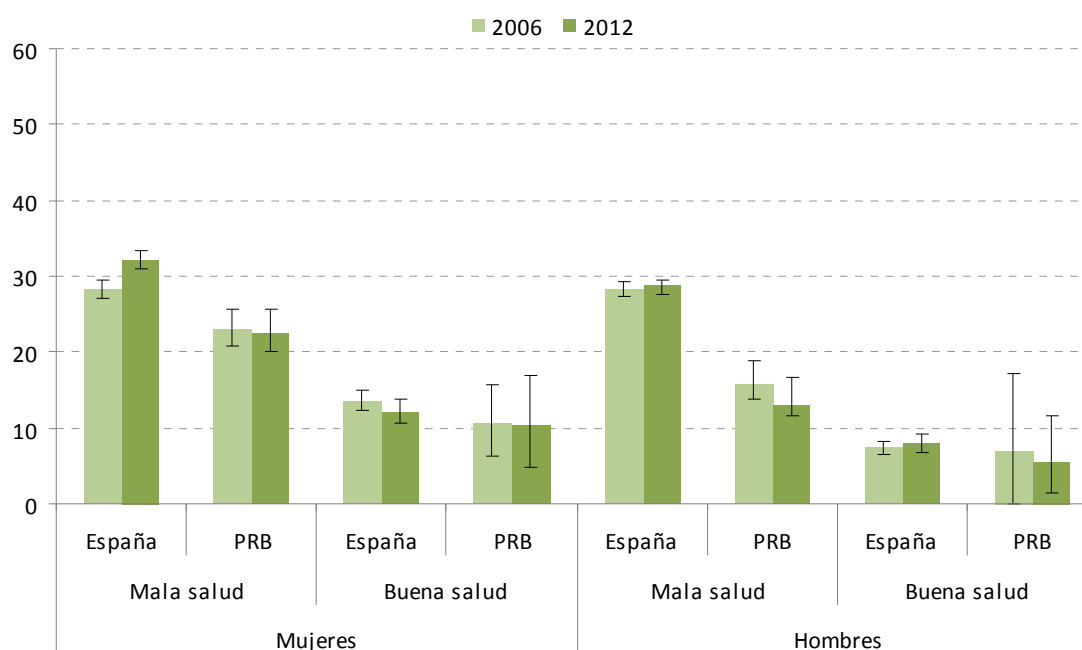
PRB países de renta baja; PRA países de renta alta

Figura 8.10. Consulta al médico especialista en las últimas cuatro semanas, según país de nacimiento y años de residencia. Hombres. ENS 2006 y 2012. Porcentajes estandarizados por edad.



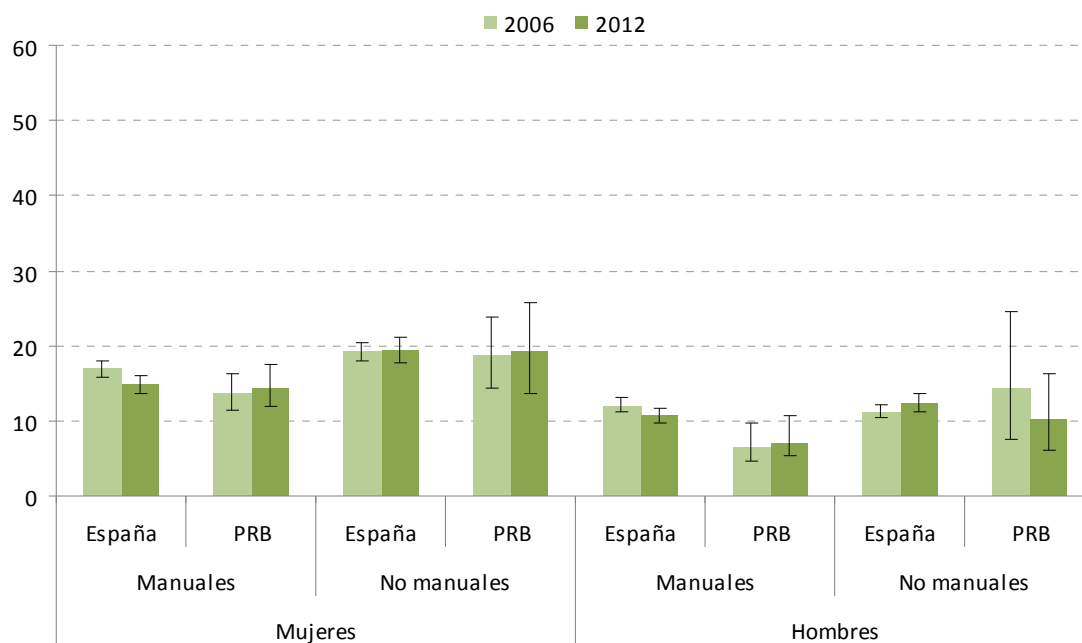
PRB países de renta baja; PRA países de renta alta

Figura 8.11. Consulta al médico especialista en las últimas cuatro semanas, según sexo, salud percibida y país de nacimiento. ENS 2006 y 2012. Porcentajes estandarizados por edad.



PRB países de renta baja

Figura 8.12. Consulta al médico especialista en las últimas cuatro semanas, según sexo, clase social y país de nacimiento. ENS 2006 y 2012. Porcentajes estandarizados por edad.



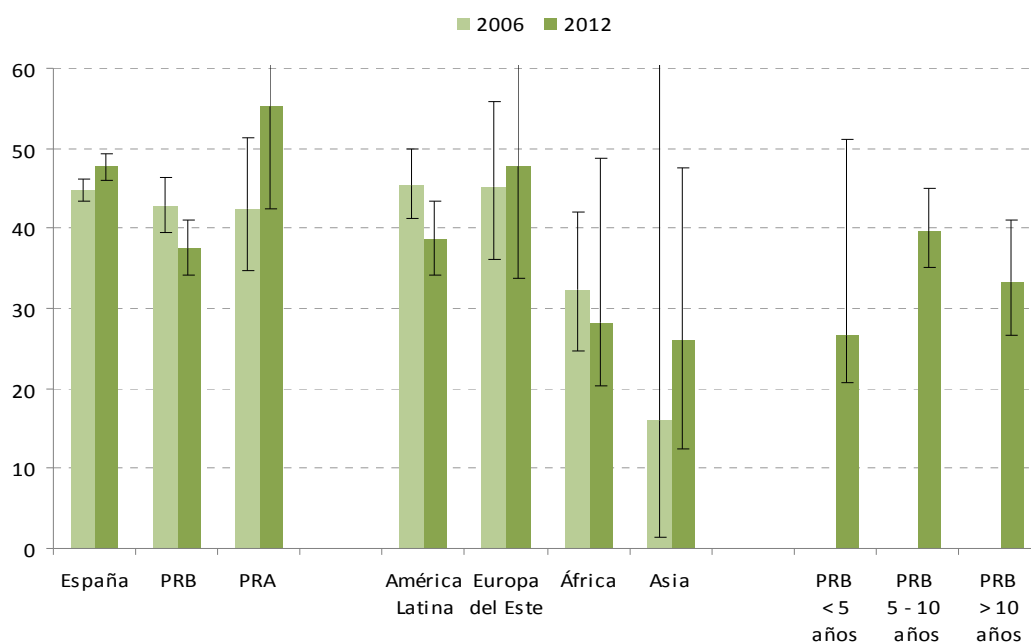
PRB países de renta baja

Acceso a los servicios de atención especializada: consulta con el odontólogo

La población autóctona consulta más al odontólogo que la de países de renta baja, diferencia que aumenta respecto a 2006.

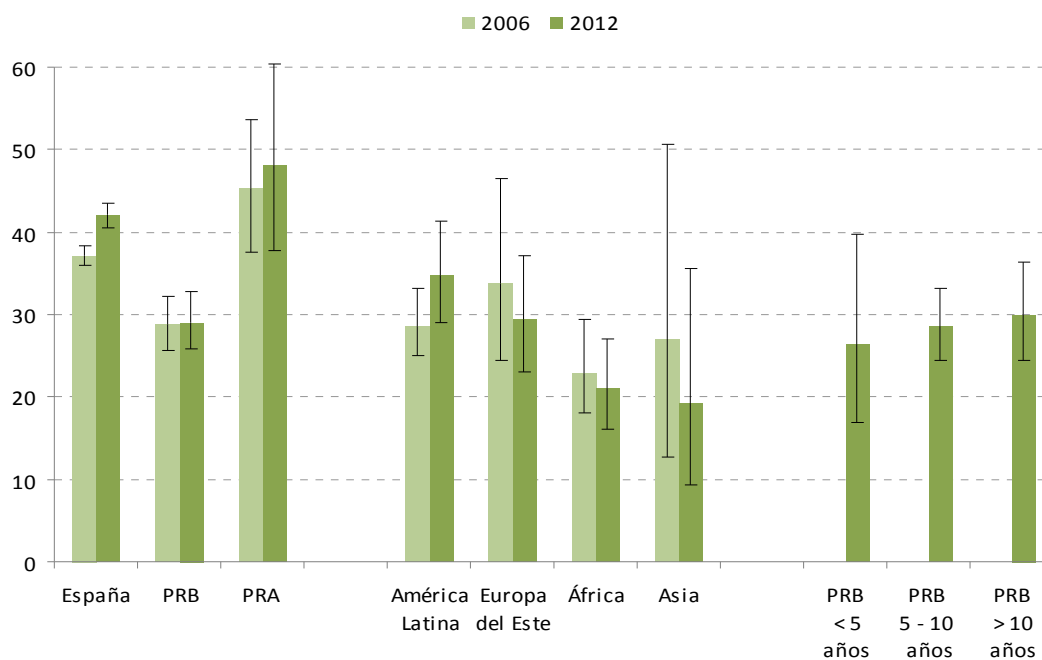
- En ambos sexos la tasa de consultas al odontólogo de la población de origen español es superior a la de países de renta baja; siendo mayor la diferencia en hombres (figura 8.14) que en mujeres (figura 8.13). En el 2012 las tasas de las mujeres de Europa del Este son similares a las de las mujeres españolas (figura 8.13).
- En mujeres, en ambos grupos de clase social las autóctonas presentan mayores tasas de consulta que en las mujeres nacidas en PRB. En hombres ocurre sólo en los de clase manual (figura 8.15).
- Las clases sociales no manuales tienen tasas superiores a las manuales en ambos grupos de origen y sexos, salvo en mujeres de PRB en 2012 (figura 8.15).

Figura 8.13. Consulta al odontólogo en el último año, según país de nacimiento y años de residencia. Mujeres. ENS 2006 y 2012. Porcentajes estandarizados por edad.



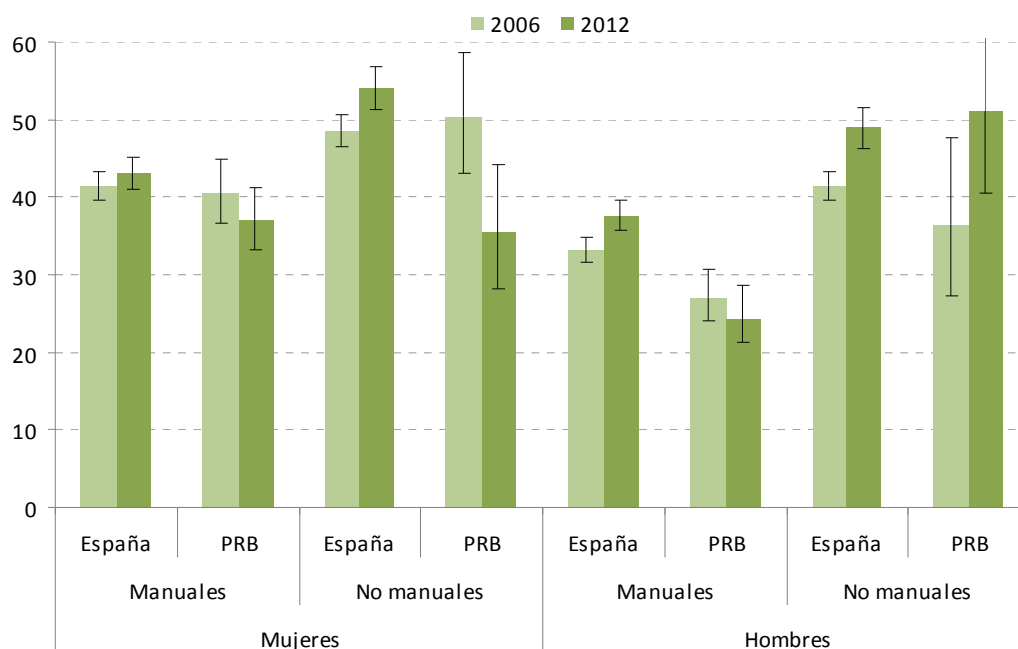
PRB países de renta baja; PRA países de renta alta

Figura 8.14. Consulta al odontólogo en el último año, según país de nacimiento y años de residencia. Hombres. ENS 2006 y 2012. Porcentajes estandarizados por edad.



PRB países de renta baja; PRA países de renta alta

Figura 8.15. Consulta al odontólogo en el último año, según sexo, clase social y país de nacimiento. ENS 2006 y 2012. Porcentajes estandarizados por edad.



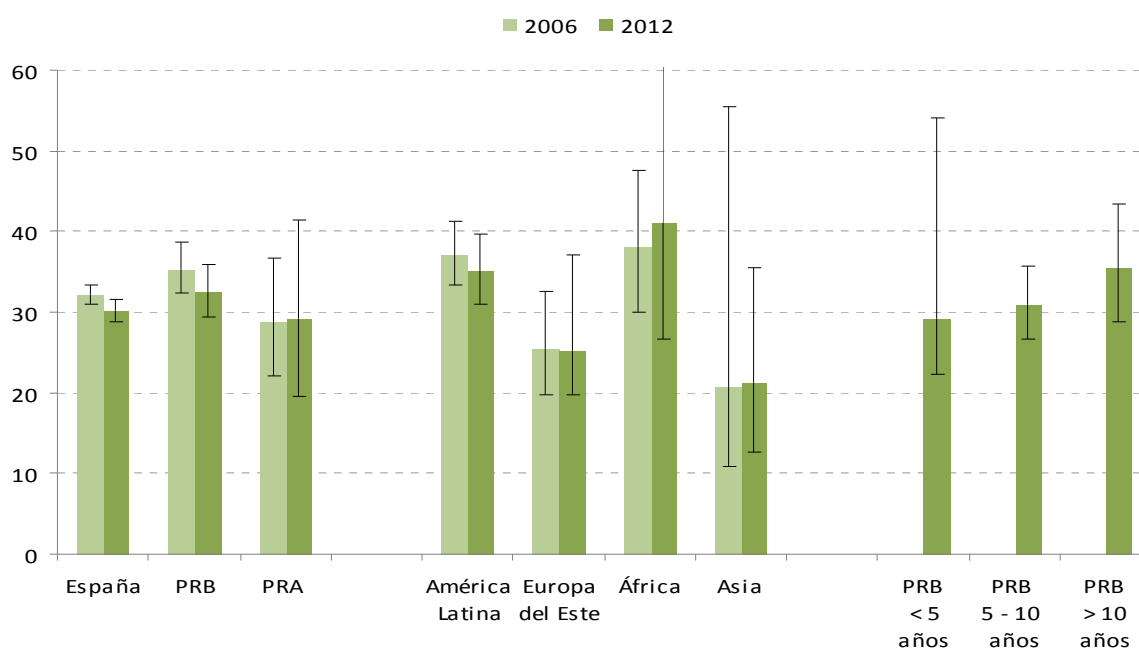
PRB países de renta baja

Acceso a los servicios de la atención de urgencias

La utilización de los servicios de urgencias ha disminuido en ambos sexos y grupos de procedencia. Se mantiene el uso ligeramente mayor entre la población de países de renta baja.

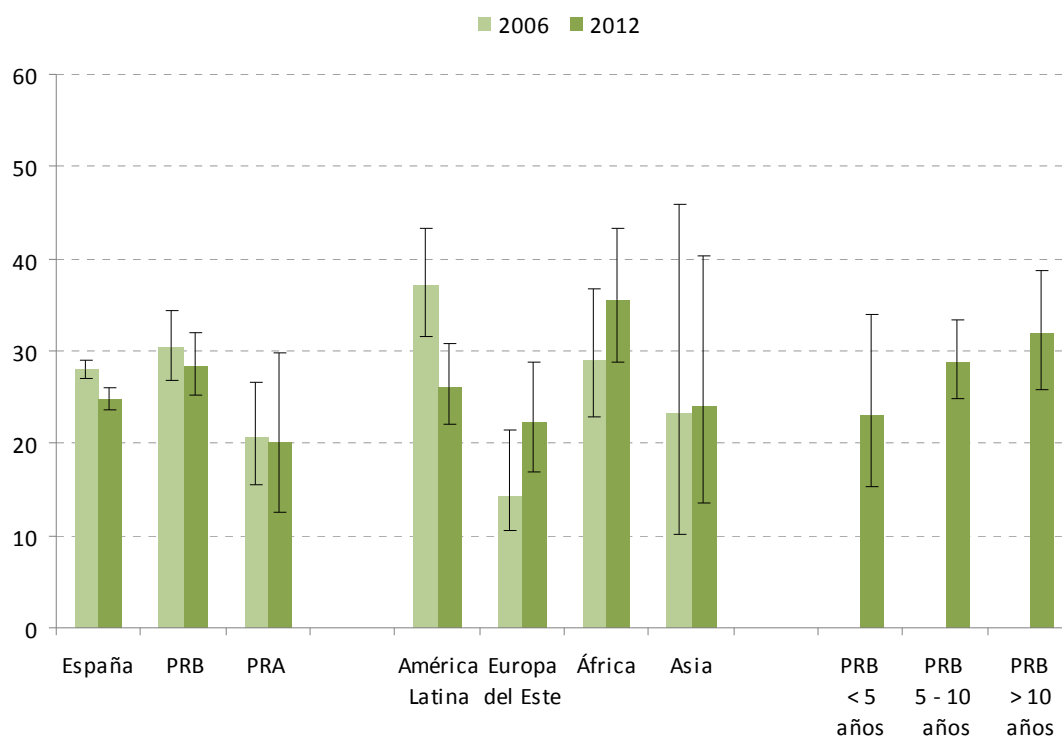
- Las mujeres africanas y de América Latina presentan las tasas más elevadas de uso de urgencias mientras que las de Europa del Este y Asia presentan tasas incluso por debajo de las españolas (figura 8.16).
- En hombres, los africanos hacen mayor uso de estos servicios que el resto de colectivos (figura 8.17).
- En ambos sexos, aquellos con menor tiempo de residencia presentan tasas inferiores de utilización de los servicios de urgencias (figuras 8.16 y 8.17), a pesar de la amplitud de los intervalos de confianza.
- En la estratificación por salud percibida se eliminan las diferencias por procedencia, la población con mala salud percibida nacida en PRB hace un uso similar a la de origen español (figura 8.18).
- Se observa una mayor utilización por parte de la población de clase manual respecto a la población de clase no manual, a diferencia de lo ocurrido en atención primaria y especializada. No se observan diferencias entre colectivos de origen dentro de los estratos de clase social (figura 8.19).

Figura 8.16. Consulta a los servicios de urgencias en el último año, según país de nacimiento y años de residencia. Mujeres. ENS 2006 y 2012. Porcentajes estandarizados por edad.



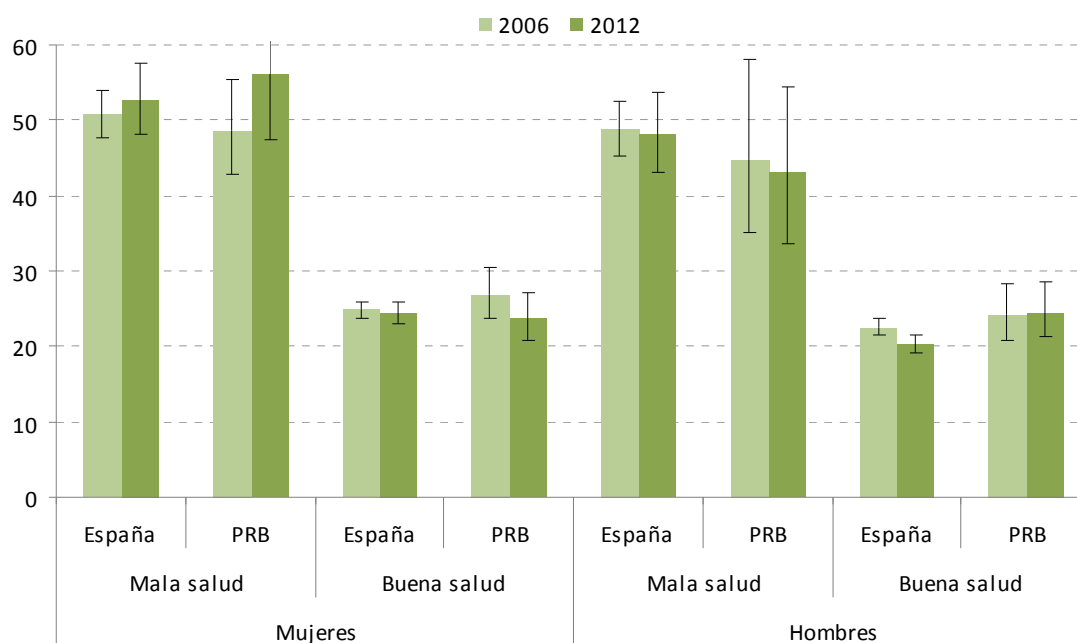
PRB países de renta baja; PRA países de renta alta

Figura 8.17. Consulta a los servicios de urgencias en el último año, según país de nacimiento y años de residencia. Hombres. ENS 2006 y 2012. Porcentajes estandarizados por edad.



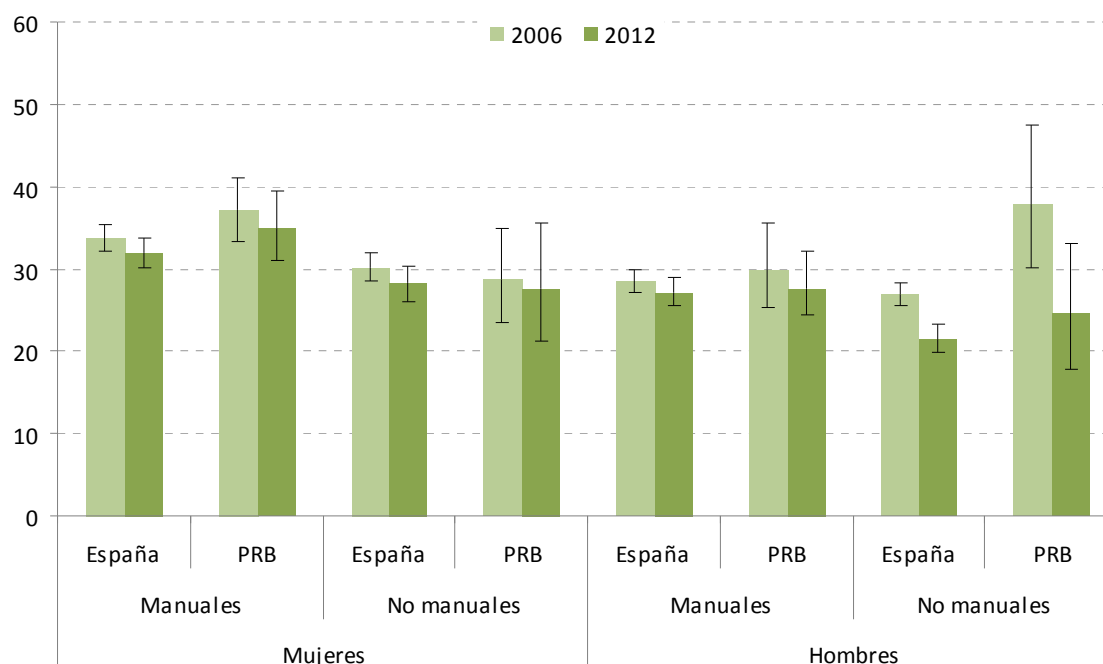
PRB países de renta baja; PRA países de renta alta

Figura 8.18. Consulta a los servicios de urgencias en el último año, según sexo, salud percibida y país de nacimiento. ENS 2006 y 2012. Porcentajes estandarizados por edad.



PRB países de renta baja

Figura 8.19. Consulta a los servicios de urgencias en el último año, según sexo, clase social y país de nacimiento. ENS 2006 y 2012. Porcentajes estandarizados por edad.



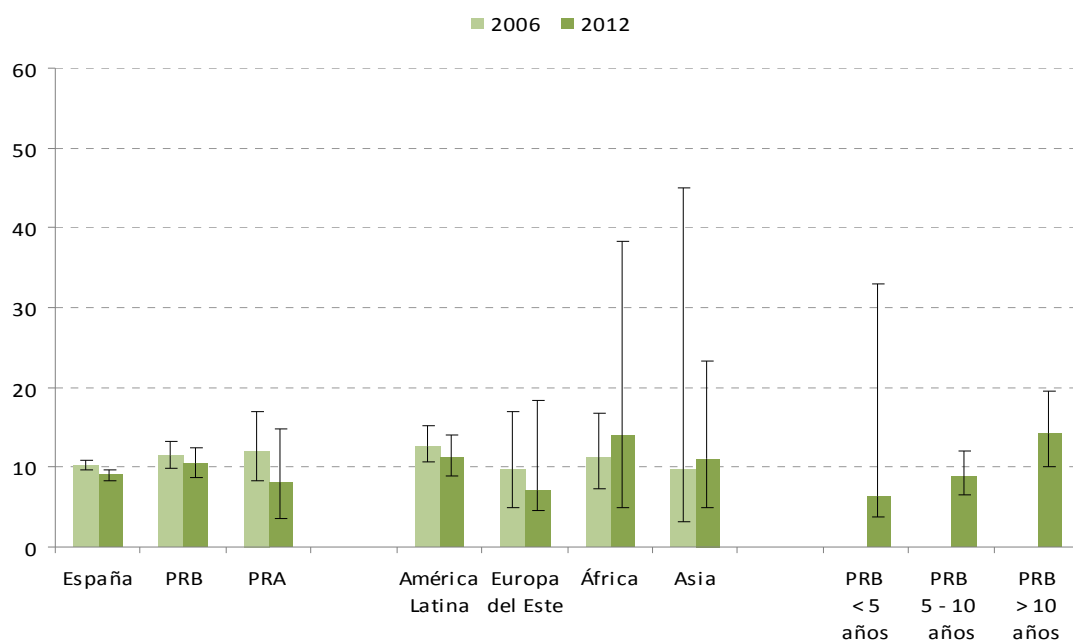
PRB países de renta baja

Utilización de los servicios hospitalarios

Es importante destacar en esta sección que los ingresos hospitalarios por parto han sido incluidos en el análisis.

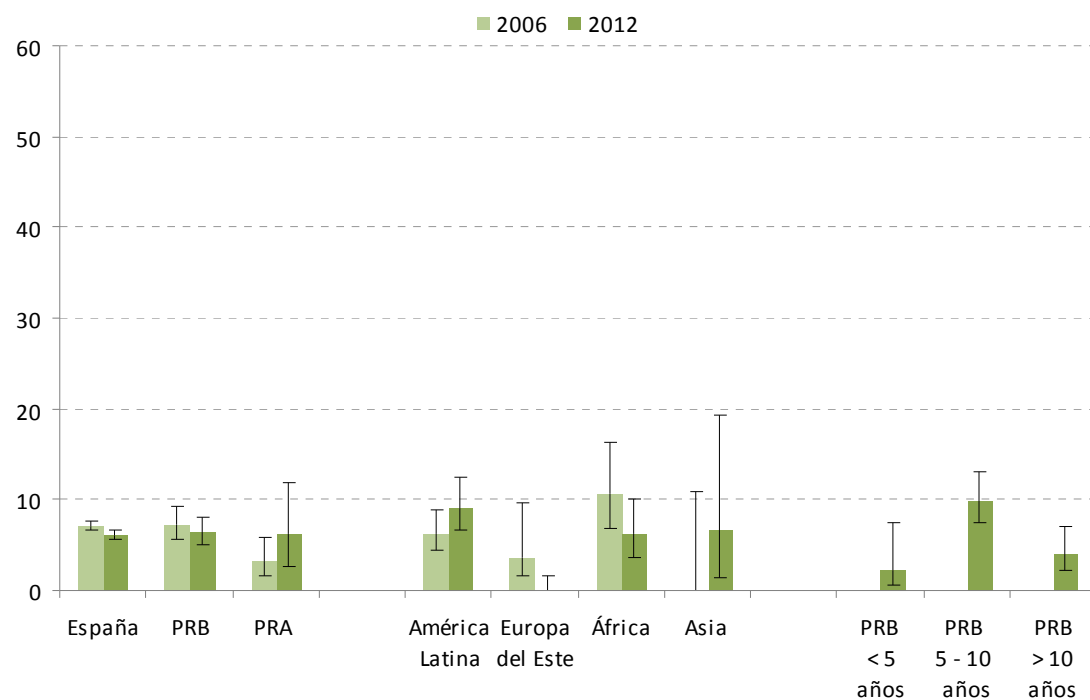
- Las tasas de hospitalización prácticamente no han variado respecto el 2006 en ningún grupo de procedencia y sexo. En el 2012 e igual que ocurría en el 2006, en el 2012, la tasa de hospitalización de la población autóctona es similar a la población procedente de PRB en ambos sexos (figuras 8.20 y 8.21).
- Los hombres que llevan entre 5 y 10 años en el país presentan la mayor tasa de hospitalización (figura 8.21). En las mujeres, se repite el patrón de las consultas al médico general y urgencias, de manera que a medida que aumenta el tiempo de residencia en España aumenta la tasa de hospitalización (figura 8.20).
- Respecto el 2006, disminuye la tasa en los hombres autóctonos con mala salud percibida (figura 8.22).
- En ambos sexos, en 2012, la población de clase no manual española presenta mayores tasas de hospitalización que los de PRB. En cambio, para la población de clase manual, la tasas de las mujeres de PRB es superior a la tasa de las mujeres de origen español (figura 8.23).

Figura 8.20. Hospitalización en el último año, según país de nacimiento y años de residencia. Mujeres. ENS 2006 y 2012. Porcentajes estandarizados por edad.



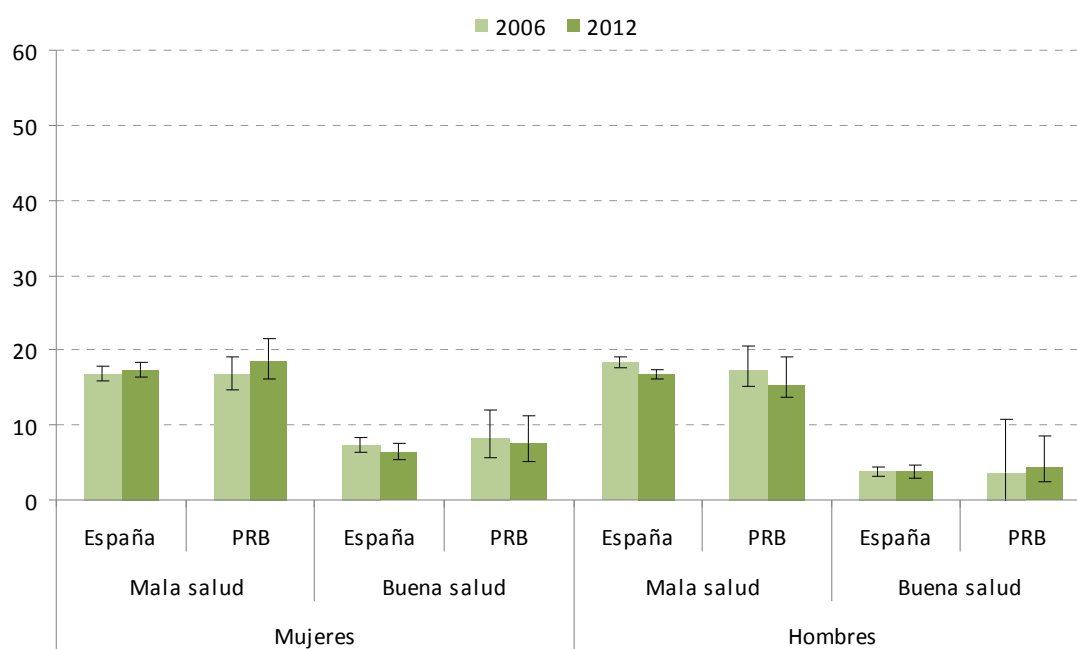
PRB países de renta baja; PRA países de renta alta

Figura 8.21. Hospitalización en el último año, según país de nacimiento y años de residencia. Hombres. ENS 2006 y 2012. Porcentajes estandarizados por edad.



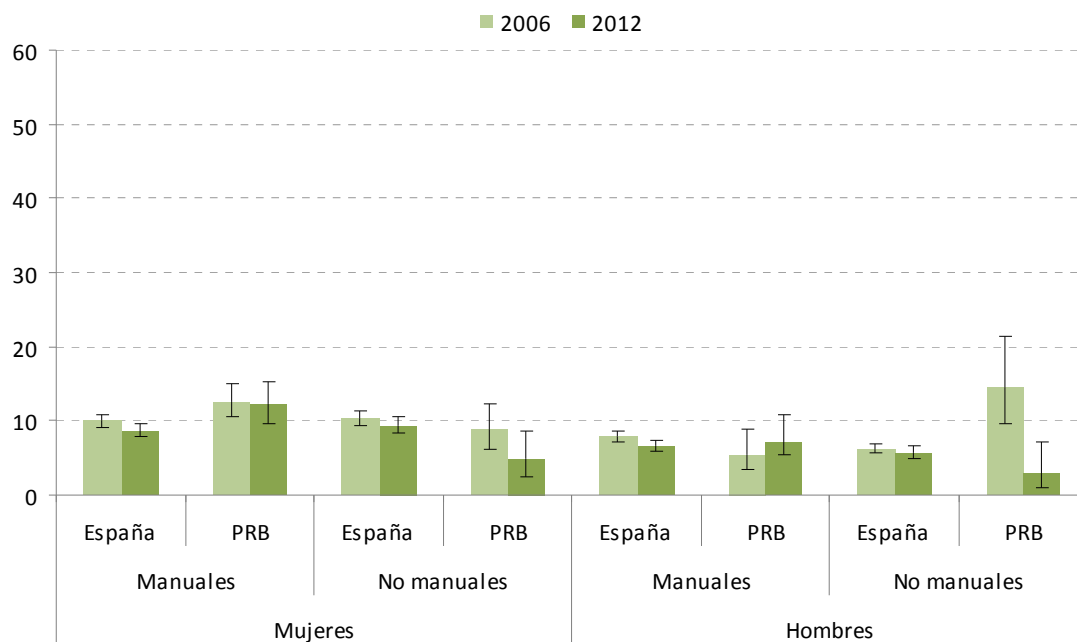
PRB países de renta baja; PRA países de renta alta

Figura 8.22. Hospitalización en el último año, según sexo, salud percibida y país de nacimiento. ENS 2006 y 2012. Porcentajes estandarizados por edad.



PRB países de renta baja

Figura 8.23. Hospitalización en el último año, según sexo, clase social y país de nacimiento. ENS 2006 y 2012. Porcentajes estandarizados por edad.



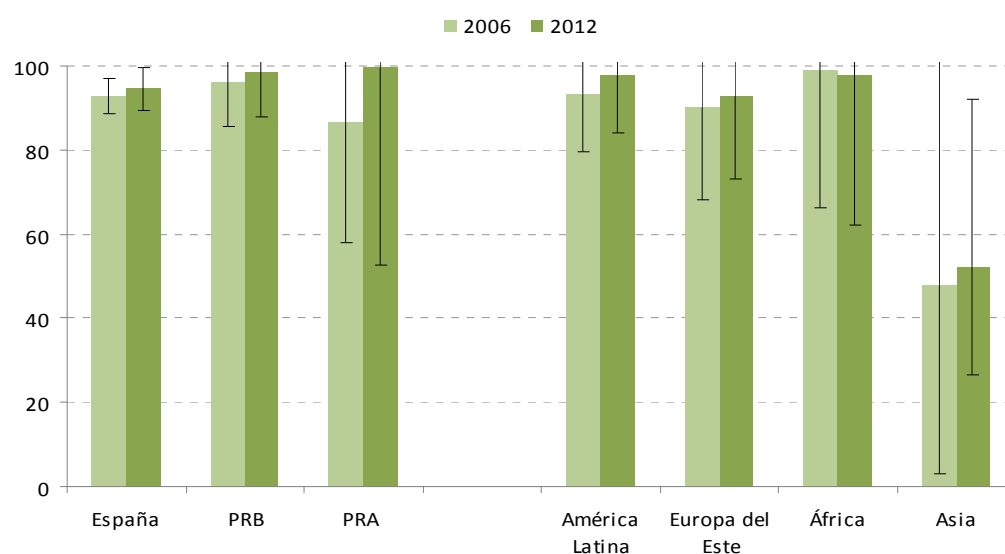
PRB países de renta baja

Titularidad del servicio de salud utilizado

Se detecta una tendencia a un mayor uso de los servicios de salud de la sanidad pública en el 2012 respecto el 2006.

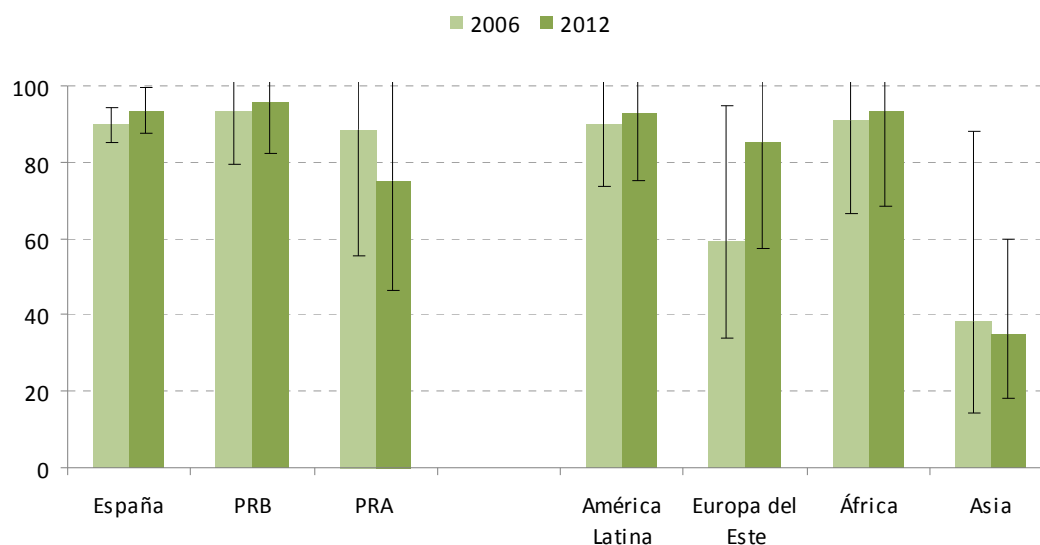
- En ambos años, la utilización de los servicios de la sanidad pública es similar en autóctonos e inmigrantes en las consultas de medicina general (figuras 8.24 y 8.25) y es diferente en las consultas de medicina especializada dónde la población de origen español hace un mayor uso de los servicios de la sanidad privada (figuras 8.26 y 8.27). La diferencia es más acusada en las mujeres.
- Mujeres y hombres de origen español mantienen un porcentaje de hospitalización en los servicios de la sanidad pública similar al del 2006, en cambio el mismo porcentaje ha aumentado en el caso de las mujeres inmigrantes y ha disminuido en los hombres (figuras 8.28 y 8.29).

Figura 8.24. Personas que han acudido a un médico general de la sanidad pública en la última consulta en el último año, según país de nacimiento. Mujeres. ENS 2006 y 2012. Porcentajes estandarizados por edad.



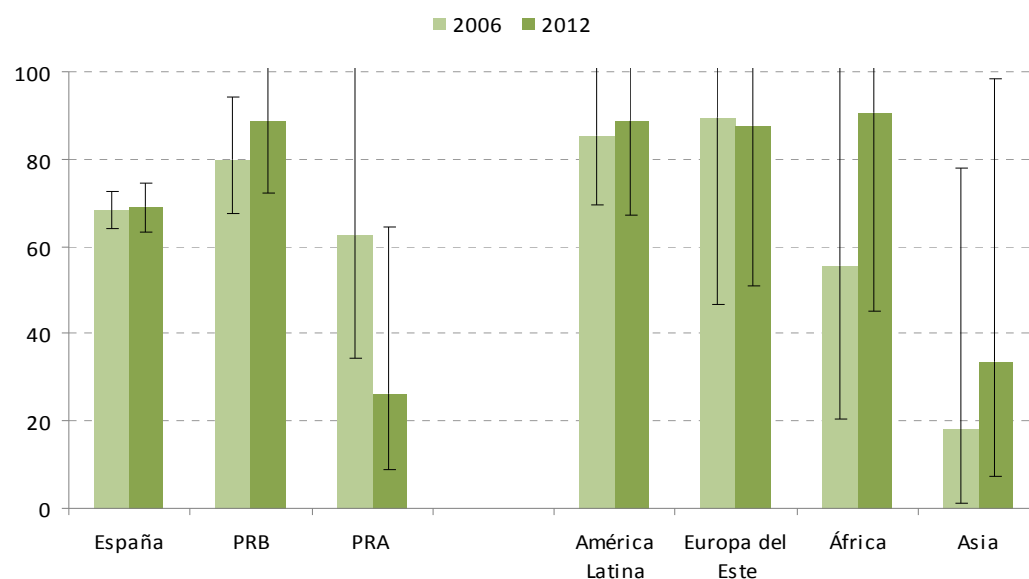
PRB países de renta baja; PRA países de renta alta

Figura 8.25. Personas que han acudido a un médico general de la sanidad pública en la última consulta en el último año, según país de nacimiento. Hombres. ENS 2006 y 2012. Porcentajes estandarizados por edad.



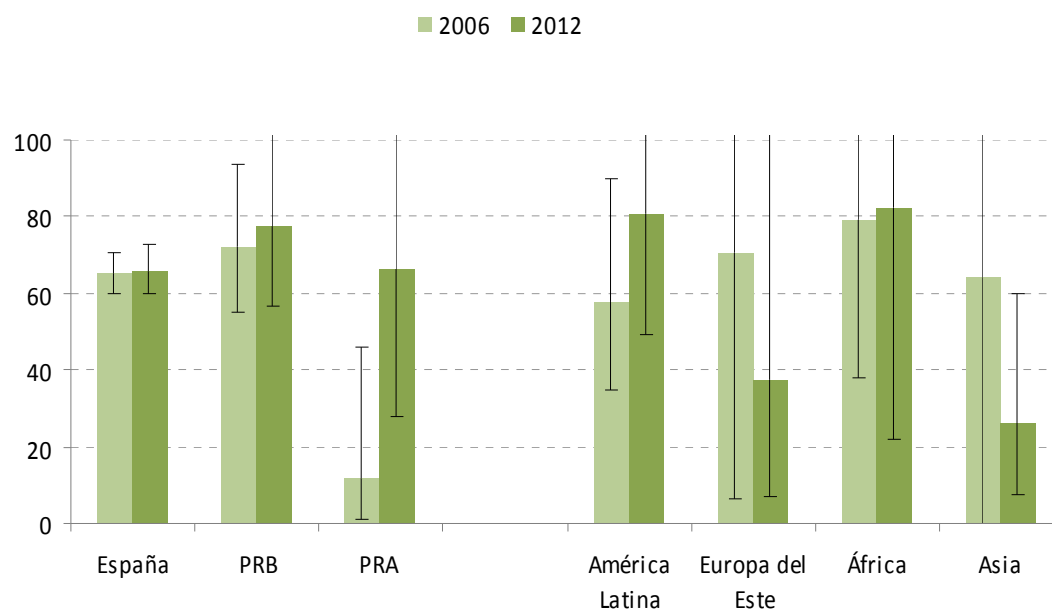
PRB países de renta baja; PRA países de renta alta

Figura 8.26. Personas que han acudido a un médico especialista de la sanidad pública en la última consulta en el último año, según país de nacimiento. Mujeres. ENS 2006 y 2012. Porcentajes estandarizados por edad.



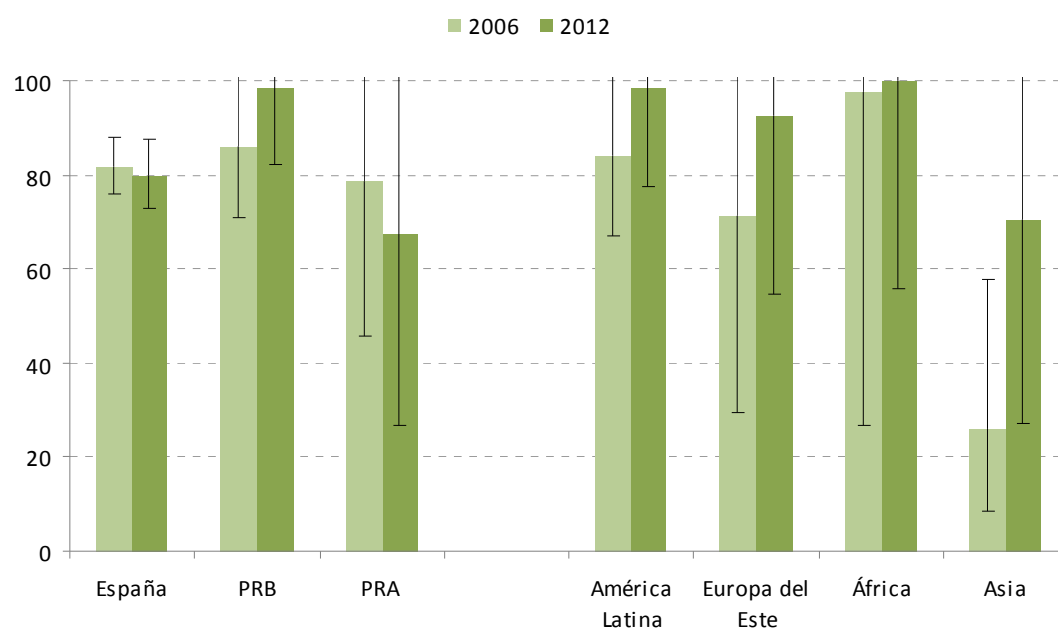
PRB países de renta baja; PRA países de renta alta

Figura 8.27. Personas que han acudido a un médico especialista de la sanidad pública en la última consulta en el último año, según país de nacimiento. Hombres. ENS 2006 y 2012. Porcentajes estandarizados por edad.



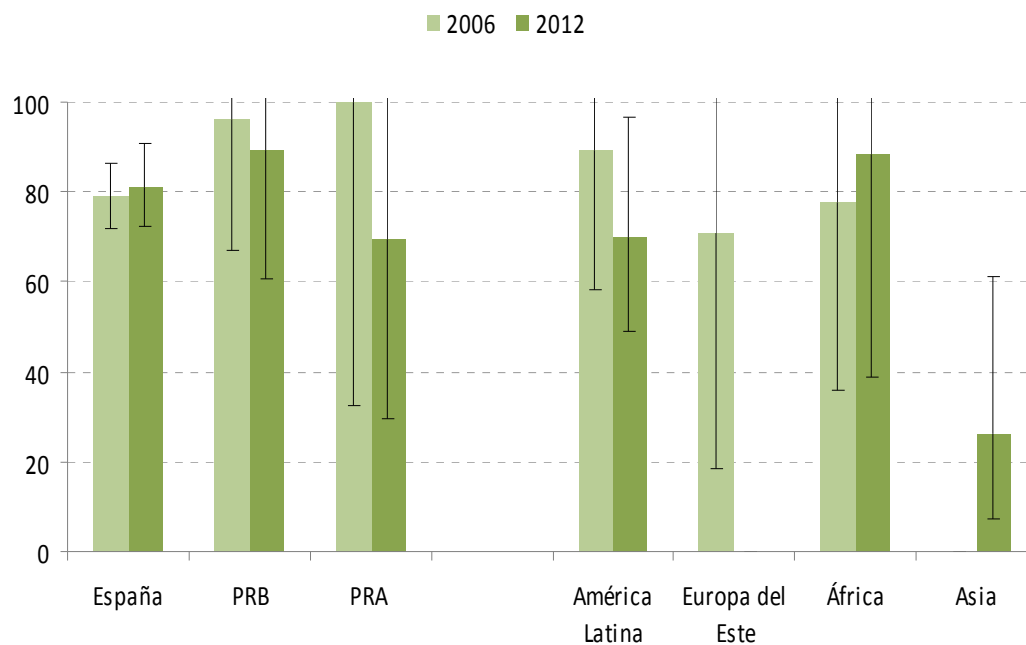
PRB países de renta baja; PRA países de renta alta

Figura 8.28. Porcentaje de personas en las que los gastos de hospitalización corren a cargo de la sanidad pública, según país de nacimiento. Mujeres. ENS 2006 y 2012. Porcentajes estandarizados por edad.



PRB países de renta baja; PRA países de renta alta

Figura 8.29. Porcentaje de personas en las que los gastos de hospitalización corren a cargo de la sanidad pública, según país de nacimiento. Hombres. ENS 2006 y 2012. Porcentajes estandarizados por edad.



PRB países de renta baja; PRA países de renta alta

Conclusiones

En el presente informe hemos analizado de manera sistemática los principales indicadores de las Encuestas Nacionales de Salud 2006 y 2012 sobre estado de salud, sus determinantes y uso de servicios sanitarios, comparando a partir del país de nacimiento la población autóctona, inmigrada de países de renta alta o baja, y dentro de esta última, por continente, tiempo de residencia y clase social.

Teniendo en cuenta las limitaciones de tamaño y representatividad de las muestras de población inmigrada en las ENS mencionadas en la Metodología, el análisis de las dos últimas encuestas permite destacar la consistencia de algunos hallazgos en la comparación de autóctonos e inmigrantes. Por otro lado, junto al análisis para 2012 de la influencia del tiempo de residencia, apunta tendencias como el deterioro de algunos indicadores de salud, sobre todo mental, y la equiparación de patrones de uso de servicios, cribados, fármacos y conductas de riesgo. El efecto cohorte del aumento del tiempo de residencia del conjunto de inmigrantes y el contexto de la crisis económica parecen relacionarse con algunas de estas observaciones, aunque es importante recordar que sólo se trata de dos puntos.

Determinantes sociales de salud

Las personas inmigradas de países de menor renta o renta baja (PRB) se concentran en las clases sociales manuales, a pesar de no tener un nivel de estudios inferior de promedio a la población autóctona. La subida del paro entre 2006 y 2012 se ha concentrado de manera especial en las personas de PRB. Entre los pocos indicadores de condiciones de vida disponibles en la ENS, destaca la situación desfavorable de las personas de PRB en cuanto a hacinamiento y apoyo social.

Salud general y condiciones crónicas

Las personas inmigradas de PRB, y especialmente los hombres, manuales y con más de 10 años de residencia, presentan una menor prevalencia de problemas de salud crónicos que los autóctonos de igual edad. Sin embargo, declaran un peor estado de salud, especialmente las mujeres, lo que coincide con hallazgos de estudios anteriores en que la salud percibida aparece como un indicador precoz de deterioro de salud.

El patrón de trastornos crónicos más prevalentes en personas inmigradas no difiere del de las autóctonas. Entre 2006 y 2012 los indicadores tienden a mejorar en todos los grupos, aunque hay que tener en cuenta que para algunos indicadores, como por ejemplo la salud percibida, la ENS 2006 supuso el peor valor de la serie histórica en comparación a las encuestas anteriores.

Salud mental

La relación entre la salud mental y la inmigración es muy compleja, debido a la enorme variabilidad que encierra un término tan heterogéneo como el de “inmigrante” y, por otro lado, al gran número de variables que participan en la salud mental de las personas.

Si bien es cierto que los hombres parecen tener mejor salud mental que las mujeres, es llamativo que la tendencia entre éstos es negativa, mientras que la de las mujeres va mejorando al comparar los datos de 2006 y 2012.

Congruentemente con la mayoría de estudios, la salud mental empeora a medida que aumenta el tiempo de residencia. La influencia de factores sociales en la salud mental se pone de relieve al comparar a las personas según el nivel de renta de sus países de origen, siendo peor la salud mental de hombres y mujeres de PRB.

Al igual que suele suceder con otras drogas de abuso, el consumo de tranquilizantes parece que se va equiparando al de la población autóctona a medida que aumenta el tiempo de residencia. También se equipara el acceso o uso de psicólogo o terapeuta. En cuanto al uso de antidepresivos, su incremento entre hombres parece ir relacionado con el empeoramiento de la salud mental de este colectivo.

Salud laboral

A pesar de que la ENS no es una base de datos específica para el estudio de los problemas de salud laboral, en general, los resultados observados en cuanto a las condiciones de trabajo y empleo analizadas y accidentes laborales coinciden con los hallazgos de otros estudios tanto en España como de otros países que muestran peores cifras en los trabajadores inmigrantes de PRB, con la excepción del estrés laboral. La disminución de accidentes y contratos precarios podría explicarse por la destrucción de empleo concentrada en las ocupaciones menos cualificadas. Por otra parte, aumentan el estrés laboral y, en inmigrantes de PRB, la carga física.

Factores de riesgo cardiovascular (FRCV)

Las personas de PRB de ambos sexos presentan peores hábitos dietéticos y realizan menos actividad física en el tiempo libre que las autóctonas. En 2012 presentan más obesidad, sobrepeso y sedentarismo que en 2006. Las mujeres de PRB de clase manual presentan peor distribución de FRCV, pero mejores hábitos dietéticos que las de clase no manual. Las mujeres de PRB presentan más obesidad, sobrepeso e hipertensión arterial que las mujeres españolas, mientras que los hombres de PRB se encuentran en una situación más favorable. A mayor tiempo de residencia las mujeres PRB empeoran todos sus FRCV salvo el hábito tabáquico. Los hombres PRB con el tiempo de residencia mejoran sus hábitos dietéticos, realizan más actividad física, y disminuye la obesidad, el sobrepeso y el consumo intensivo de alcohol.

El consumo de alcohol es más frecuente en las personas de países de renta alta (PRA) que los españoles. Entre las procedentes de PRB el consumo de alcohol es mayor en las de Europa del este.

En cuanto a las actividades preventivas, la mayor frecuencia de controles de TA y colesterol de las personas de PRB y PRA con el tiempo de residencia puede reflejar una mayor integración en el tejido social y una disminución de las barreras de acceso y uso de los servicios sanitarios y puede explicar el aumento de frecuencia de dislipidemia e hipertensión que se observa en 2012.

Cribado de cáncer y salud sexual y reproductiva

En 2006, la participación en los cribados de cáncer de mama y de cérvix era inferior en mujeres de PRB respecto a las autóctonas, sin embargo dicha brecha parece haberse cerrado en 2012, aunque persisten algunas desigualdades para inmigrantes recientes, de clase social manual o de algunos continentes.

Uso de fármacos

El consumo de medicamentos es similar según origen en mujeres e inferior en hombres de PRB. El consumo se ve reducido entre 2006 y 2012 entre todos los grupos de origen, especialmente en las mujeres y en la clase social manual. El tipo de medicamentos consumidos con mayor frecuencia no difiere entre autóctonos e inmigrantes, que en 2012 igualan a la población autóctona en el consumo de fármacos hipolipemiantes y antihipertensivos.

Uso de servicios sanitarios

El análisis exploratorio del acceso y utilización de los servicios de salud y su evolución respecto el 2006 parece indicar, por una parte, que la necesidad insatisfecha -entendida como la falta de atención sanitaria cuando se necesita- que ya era baja, había disminuido aun más tanto en población autóctona como población nacida en el extranjero. No obstante, los hombres de PRB muestran mayores porcentajes de necesidad insatisfecha que los autóctonos.

Por otra parte, los resultados muestran una tendencia a un menor uso de los servicios, pero con diferencias en el uso de los servicios de salud que varían según el nivel asistencial, origen y sexo. La utilización de la consulta al médico general disminuye en la población autóctona y se mantiene en la

población de PRB, siendo ligeramente superior en las mujeres inmigrantes respecto las autóctonas y similar entre los hombres. El uso de la atención especializada y la consulta con el odontólogo de la población autóctona es mayor que el uso de la población de PRB, y la diferencia ha aumentado respecto al 2006, de forma más notable en los hombres y entre la población con mala salud percibida en el caso de la atención especializada. La utilización de los servicios de urgencias ha disminuido en ambos sexos y grupos de procedencia y el uso es ligeramente superior entre la población de PRB. Por último, en las hospitalizaciones no se perciben grandes cambios ni se observan diferencias entre grupos.

Finalmente, el análisis apunta a una tendencia a un mayor uso de los servicios de salud de la sanidad pública en el 2012 respecto el 2006.

Un hecho crucial para el acceso de la población inmigrante ha sido la implantación del Real Decreto RD16/2012 en el que se limita el derecho a la atención de algunos colectivos específicos y muy especialmente de los inmigrantes irregulares. El trabajo de campo de la ENS 2012 es anterior a este decreto por lo que no se ha podido medir cuál ha sido o será su impacto, que apunta a un agravamiento de las diferencias existentes.

Recomendaciones

Los análisis del presente informe deberían integrarse con encuestas específicas a población inmigrada que permitan a través de estrategias dirigidas obtener una muestra representativa y suficiente para abordar las diferencias por lugar de procedencia y la interacción con otras variables y ejes de desigualdad. Asimismo, la información proporcionada por las encuestas poblacionales debe combinarse con otros sistemas de información sanitaria, diseños epidemiológicos y métodos cualitativos para seguir avanzando en la comprensión de las necesidades de salud de las poblaciones inmigradas a España.

Las condiciones de vida y trabajo son determinantes fundamentales de la salud para los cuales la población inmigrada se encuentra en situación desfavorecida y muestra una evolución negativa. Mientras las perspectivas de creación de empleo a larga escala permanecen alejadas, es imprescindible mantener y ampliar las políticas activas de empleo y las políticas de protección social, tales como los subsidios de desempleo, rendas mínimas y las dirigidas a garantizar viviendas dignas y suministros básicos. Estas políticas pueden repercutir en la salud previniendo el deterioro a mayor tiempo de residencia de la salud física, mental y FRCV que las circunstancias económicas pueden agravar.

En un contexto de libre acceso al Sistema Nacional de Salud mediante empadronamiento, se han reducido desigualdades en áreas como el cribado de cáncer y FRCV, mientras que estas desigualdades persisten para aquellos servicios proveídos principalmente por la sanidad privada. La implantación del Real Decreto RD16/2012 y el incremento de copagos, posteriores a los datos analizados, pueden poner estos hitos en entredicho y hacer peligrar la equidad del sistema.

Referencias

Domingo-Salvany, A., Bacigalupe, A., Carrasco, J. M., Espelt, A., Ferrando, J., & Borrell, C. (2013). Propuestas de clase social neoweberiana y neomarxista a partir de la Clasificación Nacional de Ocupaciones 2011. *Gaceta Sanitaria*, 27(3), 263-272.

González-Rábago, Y., La Parra, D., Martín, U., & Malmusi, D. (2014). Participación y representatividad de la población inmigrante en la Encuesta Nacional de Salud de España 2011-2012. *Gaceta Sanitaria*. <http://dx.doi.org/10.1016/j.gaceta.2014.02.011>

IMF (2011). World Economic Outlook. Slowing growth, rising risks. Washington, DC: IMF.

MSSSI (2006). Encuesta Nacional de Salud 2006. Metodología detallada. Madrid: INE, Ministerio de Sanidad, Servicios Sociales e Igualdad; 2006.

MSSSI (2012). Encuesta Nacional de Salud 2011-2012. Metodología. Madrid: INE, Ministerio de Sanidad, Servicios Sociales e Igualdad; 2012.