



Universidad
Rey Juan Carlos

TESIS DOCTORAL

Factores asociados al consumo de medicamentos en población inmigrante residente en España. Un abordaje poblacional basado en Encuestas Nacionales de Salud.

Autora:

Dania Rocío Díaz Rodríguez

Directoras:

María Pilar Carrasco Garrido

María Isabel Jiménez Trujillo

Programa de Doctorado en Ciencias de la Salud

Escuela Internacional de Doctorado

2019

Agradecimientos

A la Dra. Pilar Carrasco Garrido, mi directora de tesis, por su apoyo, su ánimo constante y por permitirme transitar este tiempo de aprendizaje sintiéndome como en casa. Gracias por tu dedicación y por ayudarme a visibilizar la situación de los inmigrantes. Gracias por estimular la reflexión y poner la mirada en los más vulnerables.

A la Dra. Isabel Jiménez Trujillo, mi directora de tesis, por unirse a este proyecto académico con gran entusiasmo. Gracias por tu paciencia y por nuestras charlas, de las cuales siempre emergía algún homenaje a nuestras familias. Gracias por tu seriedad en las correcciones y tu calidez en el acompañamiento.

A Valentín Hernández Barrera, por tu colaboración y apoyo en el análisis de datos y en la elaboración del artículo para la revista.

Dedicatoria

A mis padres, Emilio y Gilda, por su amor y apoyo infinitos. Por enseñarme que el esfuerzo y dedicación tienen recompensa. Porque al relatarme vuestra primera migración en nuestro querido Perú, de Santiago a Chimbote, me enseñabais a ser fuerte en la búsqueda del bienestar, y porque me acompañáis en la segunda, de Chimbote a Madrid, haciendo que todo sea más fácil.

A mis hermanos Coty, Jacky y Emilio, por animarme siempre, por compartir mis deseos de superación y alegrarse con mis logros. Por vuestra gran comprensión en los momentos difíciles y por hacer ese especial recorrido más llevadero. Este trabajo es un poco de todos ustedes.

A mis sobrinos Bryan, Jacky, Amir, Emily, Renato y Victoria, sois mi inspiración y porque vuestras sonrisas lo curan todo.

A Gustavo, por caminar juntos, por acompañarme, animarme y porque nuestras charlas y debates son siempre enriquecedores.

A Nery Solís Mateu, enfermera peruana, profesora de la Facultad de Enfermería de la Universidad Nacional José Faustino Sánchez Carrión, de Huacho-Perú, quien me enseñó el camino de la Enfermería en Salud Comunitaria, el compromiso de las enfermeras con su realidad y el servicio a la población. Gracias por darme la oportunidad de trabajar a su lado, en nuestra querida UNSACA y por animarme a seguir estudiando.

A Liliana La Rosa Huertas, enfermera peruana, amiga y compañera de estudios en la Universidad Peruana Cayetano Heredia. Gracias por brindarme la oportunidad de trabajar con visión nacional y de enfermera con y para los jóvenes, por ratificar mi vocación de Salud Pública y porque tu trabajo en favor de los más vulnerables de nuestro país es siempre inspiración y admiración.

A Lucía Mazarrasa Alvear, enfermera española, quien me dio la oportunidad de trabajar en Salud Comunitaria en España. Por tu amistad y tu compromiso con los derechos humanos, particularmente de las mujeres, de los inmigrantes y de las causas justas, y porque el hablar contigo es un aprendizaje constante, lleno de ternura y vitalidad.

A los inmigrantes, que dejan sus familias, sus amigos, sus países para buscar un sitio más seguro donde sus deseos de superación y bienestar se hagan realidad.

Contenido

Agradecimientos	3
Dedicatoria.....	5
Contenido	7
Índice de tablas	9
Índice de gráficos	11
I. Antecedentes y estado actual del tema.....	13
1. Definición de inmigrante	13
1.1. Tipos de inmigrantes.....	14
2. La migración internacional	15
3. El proceso migratorio. Razones para migrar	19
3.1. El proceso migratorio.....	19
3.2. Razones para migrar	19
4. La migración en Europa	20
5. La migración en España	28
6. Determinantes de la salud	33
7. Salud de la población inmigrante	37
8. Acceso y utilización de los servicios de salud.....	38
8.1. Acceso a los servicios de salud.....	40
8.2. Utilización de los servicios de salud.....	42
9. Acceso a medicamentos como acceso y utilización de los servicios de salud	43
10. Estudios en población inmigrante en España	47
10.1. Estudios sobre utilización de servicios de salud por la población inmigrante en España	48
10.2. Consumo de medicamentos por la población inmigrante en España	49
II. Justificación del tema de investigación.....	53
III. Hipótesis	55
Hipótesis de trabajo:.....	55
IV. Objetivos.....	55
1. Objetivo general.....	55
2. Objetivos específicos	55
V. Metodología	57
1. Tipo de estudio	57

2. Población diana.....	57
3. Tipo de muestreo.....	57
4. Tamaño de la muestra.....	57
5. Fuente de datos.....	58
6. Recolección de datos.....	59
7. Variables de estudio.....	59
7.1 Variables dependientes.....	59
7.2 Variables independientes.....	59
8. Análisis de los datos.....	66
9. Aspectos éticos.....	67
VI. Resultados.....	69
1. Análisis Descriptivo de la Muestra.....	69
1.1. Procedencia de la población inmigrante residente en España, según clasificación del FMI y año de encuesta.....	70
1.2. Características sociodemográficas y socioeconómicas de la muestra.....	73
1.3. Variables relacionadas con el estado de salud.....	78
1.4. Enfermedades o problemas de salud declarados.....	79
1.5. Variables relacionadas con el estilo de vida.....	82
1.6. Utilización de los servicios de salud.....	85
2. Análisis Bivariado.....	88
2.1. Prevalencia de consumo total de medicamentos, prescritos y automedicados, según tipo de medicamentos. ENS 2006 y ENS 2011.....	89
2.2. Prevalencia de consumo de medicamentos según variables sociodemográficas, socioeconómicas, estado de salud, estilos de vida y utilización de los servicios sanitarios.....	92
3. Factores asociados al consumo de medicamentos en población inmigrante residente en España. ENS 2006 y ENS 2011.....	98
4. Evolución de los factores asociados al consumo de medicamentos en población inmigrante residente en España. ENS 2006 y ENS 2011.....	102
VII. Discusión.....	105
1. Discusión del Método:.....	105
2. Discusión de los Resultados:.....	107
VIII. Conclusiones.....	133
IX. Bibliografía.....	135
X. Anexos.....	157

Índice de tablas

Tabla 1. Inmigrantes internacionales en el mundo, 1970 – 2015.....	16
Tabla 2. Número absoluto de inmigrantes que llegaron a países de la UE (2006-2016).....	24
Tabla 3. Estimación de población inmigrante irregular en países seleccionados y regiones del mundo.....	27
Tabla 4. Número absoluto de extranjeros residentes en España por año y principales países de origen (2002 – 2017).....	32
Tabla 5. Gasto Sanitario total según función de atención de la salud. En millones de euros. España, 2010 – 2014.	39
Tabla 6. Aportación de los usuarios al pago de medicamentos, antes y después de la aplicación del RD 16/2012, de 20 de abril de 2012	46
Tabla 7. Utilización de los servicios de salud por país de procedencia y año de encuesta.	85
Tabla 8. Prevalencia de consumo total de medicamentos en población inmigrante residente en España y autóctonos. ENS 2006.....	90
Tabla 9. Prevalencia de consumo total de medicamentos en población inmigrante residente en España y autóctonos. ENS 2011.....	91
Tabla 10. Prevalencia de consumo total de medicamentos en población inmigrante residente en España y autóctonos. Según variables sociodemográficas y socioeconómicas. ENS 2006.	93
Tabla 11. Prevalencia de consumo total de medicamentos en población inmigrante residente en España y autóctonos. Según variables sociodemográficas y socioeconómicas. ENS 2011	94
Tabla 12. Prevalencia de consumo total de medicamentos en población inmigrante residente en España y autóctonos. Según estado de salud, estilo de vida y utilización de servicios de salud. ENS 2006	95
Tabla 13. Prevalencia de consumo total de medicamentos en población inmigrante residente en España y autóctonos. Según estado de salud y estilo de vida. ENS 2011.....	96
Tabla 14. Prevalencia de consumo total de medicamentos en población inmigrante residente en España y autóctonos. Utilización de servicios sanitarios. ENS 2011.....	97
Tabla 15. Factores asociados al consumo de medicamentos en población inmigrante residente en España y autóctonos. ENS 2006.....	100
Tabla 16. Factores asociados al consumo de medicamentos en población inmigrante residente en España y autóctonos. ENS 2011.....	101
Tabla 17. Evolución de los factores asociados al consumo de medicamentos en población inmigrante residente en España. ENS 2006 y ENS 2011.	103

Índice de gráficos

Gráfico 1. Migrantes internacionales, por región principal de residencia, 2000 a 2015 (millones) ...	17
Gráfico 2. Flujos de migración internacional. Años 2000-2017	18
Gráfico 3. Población total por países de UE28, año 2017.....	21
Gráfico 4. Número de refugiados por principales países de origen a partir del 2016 (en millones) ..	22
Gráfico 5. Evolución de las llegadas de Inmigrantes a Europa. Principales rutas de llegadas.	22
Gráfico 6. Flujos de inmigración hacia Europa, período 2005-2010.....	23
Gráfico 7. Número absoluto de inmigrantes que llegaron a países de la UE. Años 2006, 2011 y 2016.	25
Gráfico 8. Población Inmigrante, 2015 (por 1.000 habitantes) por países EU28.....	26
Gráfico 9. Número de ciudadanos de la UE que son residentes habituales en el resto de la UE a 1 de enero de 2016(millones).....	27
Gráfico 10. Evolución de la población residente en España. Total, españoles y extranjeros. Años 2005 - 2017	29
Gráfico 11. Crecimiento del número de extranjeros residentes en España. 1998-2017. Números absolutos. (Datos a 1 de enero de cada año)	29
Gráfico 12. Flujos de inmigración hacia España, periodo 2005-2010.....	30
Gráfico 13. Número de residentes extranjeros que residen en España por año y principales países de origen	31
Gráfico 14. Marco conceptual de determinantes de la salud de Dalghren y Whitehead 1991.....	35
Gráfico 15. Marco conceptual de los determinantes de las desigualdades sociales en salud.	36
Gráfico 16. La influencia del proceso migratorio en la morbilidad de los inmigrantes	37
Gráfico 17. Evolución del gasto público farmacéutico, España 2010-2015	40
Gráfico 18. Modelo de Acceso a la Salud según Aday y Andersen	41
Gráfico 19. Porcentaje de Población inmigrante y autóctona incluidas en las ENS 2006 y 2011.....	69
Gráfico 20. Porcentaje de población inmigrante residente en España por procedencia. ENS 2006 y ENS 2011.....	70
Gráfico 21. Países de procedencia más frecuente de los inmigrantes residentes en España. ENS 2006. En porcentajes	72
Gráfico 22. Países de procedencia más frecuente de los inmigrantes residentes en España. ENS 2011. En porcentajes	72
Gráfico 23. Tiempo de residencia en España de población inmigrante según procedencia, en porcentajes. ENS 2011.....	73
Gráfico 24. Porcentaje de población según sexo y procedencia. ENS 2006 y ENS 2011.	74

Gráfico 25. Población inmigrante según grupo de edad y procedencia, en porcentajes. ENS 2006 y ENS 2011.	75
Gráfico 26. Porcentaje de población inmigrante según nivel de estudios y procedencia. ENS 2006 y ENS 2011.	76
Gráfico 27. Porcentaje de apoyo social percibido según procedencia. ENS 2006 y ENS 2011.	77
Gráfico 28. Porcentaje de percepción del estado de salud, según procedencia. ENS 2006 y ENS 2011.	78
Gráfico 29. Porcentaje de enfermedad crónica según procedencia. ENS 2006 y ENS 2011.	79
Gráfico 30. Enfermedad o problema de salud declarada según procedencia. ENS 2006.	80
Gráfico 31. Prevalencia de enfermedad o problema de salud declarada según procedencia. ENS 2011.	81
Gráfico 32. Índice de Masa Corporal (IMC) según procedencia. ENS 2006 y ENS 2011.	82
Gráfico 33. Consumo de alcohol según procedencia. ENS 2006 y ENS 2011.	83
Gráfico 34. Consumo de tabaco según procedencia ENS 2006 y ENS 2011.	83
Gráfico 35. Práctica de actividad física según procedencia ENS 2006 y ENS 2011.	84
Gráfico 36. Asistencia al Médico de Familia según procedencia. ENS 2006 y ENS 2011.	86
Gráfico 37. Asistencia a Servicios de Urgencia según procedencia. ENS 2006 y ENS 2011.	87
Gráfico 38. Prevalencia de población que no recibió asistencia médica cuando la precisó. Según procedencia. ENS 2006 y ENS 2011.	87
Gráfico 39. Prevalencia del consumo total de medicamentos, prescritos y/o automedicados, en población residente en España según procedencia. ENS 2006 y ENS 2011.	88

I. Antecedentes y estado actual del tema

1. Definición de inmigrante

En la literatura científica y social, tanto nacional como internacional, existen diferentes definiciones del término “inmigrante”. Así, este término varía según la institución que lo utiliza, el tipo de estudio o el nivel de análisis del cual es objeto, respondiendo de este modo a la ausencia de una definición unificada. Así por ejemplo, según la Organización Internacional de Migraciones (OIM) -institución integrante de la Organización de Naciones Unidas- (1): “el término “migrante” abarca todos los casos en los que la decisión de migrar es tomada libremente por la persona concernida por “razones de conveniencia personal” y sin intervención de factores externos que le obliguen a ello. Aplicándose este término a las personas y a sus familiares que van a otro país o región con miras a mejorar sus condiciones sociales y materiales y sus perspectivas y las de su familia”. Además, define la “inmigración” al “proceso por el cual personas no nacionales ingresan a un país con el fin de establecerse en él”. Para el Instituto Nacional de Estadística de España (INE) (2), “migrante” es definido como “persona que protagoniza una migración (inmigración o emigración)”; mientras que la “inmigración” es la “acción por la cual una persona fija su residencia habitual en un territorio por un periodo que es, o se espera que sea, de al menos doce meses, habiendo sido previamente residente habitual de otro territorio distinto” (3). Por esta variabilidad en la definición de inmigrante y, siguiendo las recomendaciones de Malmusi y Jansà (4), denominamos “inmigrante” a “toda persona que llega a un país donde no ha nacido para fijar su residencia. La intención de fijar la residencia puede ser tanto temporal como permanente y no implica disponer de un permiso de residencia”. Esta definición complementa la definición de la OIM, con el objeto de abarcar la totalidad de población inmigrante que reside en España y mejora la propuesta del INE al no considerar un tiempo de estancia mínimo.

1.1. Tipos de inmigrantes

La OIM (1) señala que este movimiento de población genera una tipología de inmigrantes, dependiendo de la condición administrativa en el país destino, razón para inmigrar, condición jurídica, entre otros. Así enumera varios tipos de inmigrantes:

“Migrante calificado. *Trabajador migrante que por sus competencias recibe un tratamiento preferencial en cuanto a su admisión en un país distinto al suyo. Por esas razones, está sujeto a menos restricciones en lo que respecta a la duración de su estadía en el país receptor, al cambio de empleo y a la reunificación familiar.*

Migrante documentado. *Migrante que ingresa legalmente a un país y permanece en él, de acuerdo al criterio de admisión.*

Migrante económico. *Persona que habiendo dejado su lugar de residencia o domicilio habitual busca mejorar su nivel de vida, en un país distinto al de origen. Este término se distingue del de "refugiado" que huye por persecución o del refugiado de facto que huye por violencia generalizada o violación masiva de los derechos humanos. También se usa para hacer referencia a personas que intentan ingresar en un país sin permiso legal y/o utilizando procedimientos de asilo de mala fe. Asimismo, se aplica a las personas que se establecen fuera de su país de origen por la duración de un trabajo de temporada (cosechas agrícolas), llamados "trabajadores de temporada" o temporeros.*

Migrante irregular. *Persona que habiendo ingresado ilegalmente o tras vencimiento de su visado, deja de tener status legal en el país receptor o de tránsito. El término se aplica a los migrantes que infringen las normas de admisión del país o cualquier otra persona no autorizada a permanecer en el país receptor (también llamado clandestino/ ilegal/migrante indocumentado o migrante en situación irregular).*

Trabajador de temporada. *Todo trabajador migrante cuyo trabajo, por su propia naturaleza, dependa de condiciones estacionales y sólo se realice durante parte del año. (Art. 2 (2) (b) de la Convención internacional sobre la protección de los derechos de todos los trabajadores migratorios y de sus familiares, de 1990)".*

Como consecuencia de esta amplia diversidad de inmigrantes, el resultado es una población inmigrante heterogénea. Y como señalan Malmusi y Jansà (4) no es conveniente homogenizar a los inmigrantes porque existen claras diferencias en este grupo poblacional, desde su procedencia, las razones para inmigrar, las condiciones de la

inmigración hasta la situación en el país destino, tanto referente a la tenencia de documentación, como a aspectos culturales, capital humano, aspectos socioeconómicos y laborales. Por otro lado, estos aspectos determinarán las condiciones de vida, condiciones socioeconómicas y el tiempo de permanencia en el país destino y, a largo plazo, la integración de los inmigrantes en el nuevo lugar de residencia con una clara repercusión e influyendo considerablemente en su estado de salud.

2. La migración internacional

Los movimientos de población han existido desde tiempos inmemoriales. A lo largo de la historia los seres humanos han dejado su zona de origen, de nacimiento, para buscar otras zonas y oportunidades que le permitan desarrollar una vida mejor. A estos movimientos de población cuando se realizan dentro de las fronteras del propio país se denominan migración interna. Cuando la población traspasa sus fronteras y se traslada hacia otros países, se denomina migración internacional. Dejar la zona de origen en un proyecto migratorio supone, en la mayoría de los casos, dejar atrás realidades adversas de diversa índole cuyo abandono puede generar oportunidades y expectativas de mejora sobre el futuro, aunque muchas veces las oportunidades no lleguen y la realidad sea diferente a la imaginada. Aun así, el trauma de abandonar el lugar de origen, dejando a familia, trabajo, amigos, redes sociales, hábitat, supone a la vez una oportunidad de volver a empezar, en otras de reconducirse y muchas veces de aprovechar entornos mejores para desarrollar y enriquecer personal, laboral y económicamente.

Las cifras mundiales de población inmigrante que vive temporal o permanente fuera de sus países de origen se incrementan anualmente. Sobre todo, durante las últimas cuatro décadas y media, es decir a partir de los años ochenta. En 2010 se estimaba que los inmigrantes internacionales representaban el 3,1% de la población mundial (214 millones de personas) (5), aumentando a 232 millones en el año 2013, es decir los inmigrantes representaban el 3,2% de la población mundial (6). Esta tendencia se mantiene y la cifra de población inmigrante va incrementándose y en el año 2015, se señala que alrededor de 244 millones de personas eran inmigrantes internacionales en el mundo, que equivalía al 3,3% de la población mundial (Tabla 1) (7). Es decir, en el mundo una de cada 30 personas, es inmigrante internacional. De otro lado, la cifra de población inmigrante en situación irregular, que no está incluida en las cifras oficiales, está estimada en alrededor de 20 a 30 millones de personas, es decir entre el 10 y el 15% del total de inmigrantes internacionales (6).

Además, con los acontecimientos geopolíticos y económicos mundiales de los últimos años, es probable que estas cifras hayan aumentado. Los conflictos armados de Siria, Afganistán, Irak, República Democrática del Congo, Nigeria, Somalia, entre otros, generan un movimiento poblacional importante. La crisis económica mundial de 2008, que deja secuelas en los países del entorno europeo del este; y en otras economías agravadas como el caso de Venezuela en América Latina. Las víctimas de los efectos del cambio climático como Bangladesh; los expulsados por razones étnicas como los refugiados Rohingya de Myanmar y ciudadanos de países con epidemias sanitarias, como algunos de África subsahariana, son algunas de las causas, que generan grandes contingentes de desplazados tanto interna como externamente.

Tabla 1. Inmigrantes internacionales en el mundo, 1970 – 2015

Year	Number of migrants	Migrants as a % of world's population
1970	84,460,125	2.3%
1975	90,368,010	2.2%
1980	101,983,149	2.3%
1985	113,206,691	2.3%
1990	152,563,212	2.9%
1995	160,801,752	2.8%
2000	172,703,309	2.8%
2005	191,269,100	2.9%
2010	221,714,243	3.2%
2015	243,700,236	3.3%

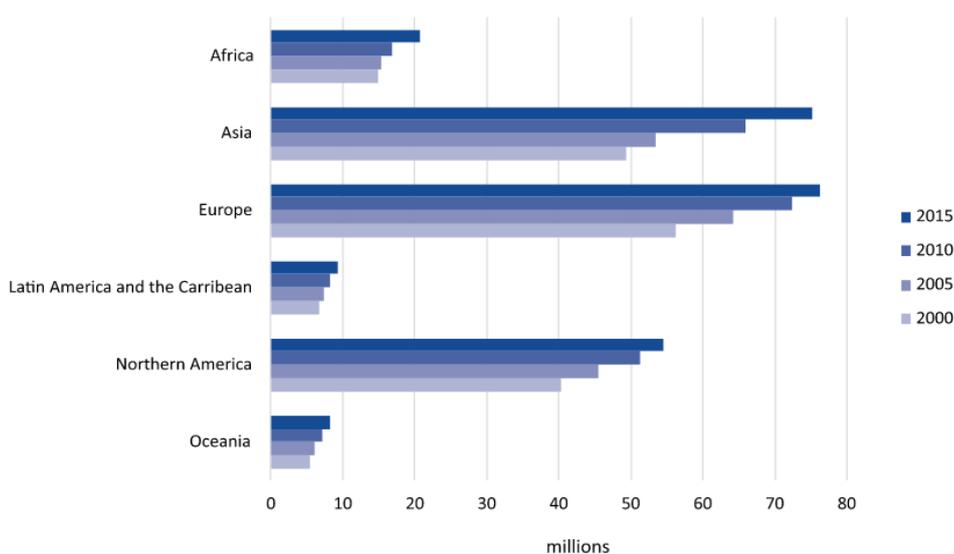
Fuente: IOM, World Migration Report 2018. Disponible en: https://publications.iom.int/system/files/pdf/wmr_2018_en.pdf

Si analizamos la edad de las personas que migran internacionalmente, observamos que en su mayoría son personas jóvenes y en edad de trabajar. En 2015, se estimó que alrededor del 72% tenían un rango de edad de 20 a 64 años. Mientras los inmigrantes menores de 20 años disminuyeron levemente su volumen en el período entre los años 2000 y 2015 (de 17% al 15%). Así queda señalado en el Reporte sobre Migración de la OIM (8) y, además, añade que los inmigrantes internacionales mayores, de 65 o más años, desde el año 2000 tuvieron una participación constante de alrededor del 12%. Así mismo, el Reporte señala que, del total de población inmigrante, el 52% son hombres, mientras que el 48% son mujeres.

Por otro lado, al analizar el destino de todo este movimiento poblacional, se puede observar que los inmigrantes internacionales se dirigieron hacia Europa y Asia

principalmente. Estos continentes acogieron alrededor de 75 millones de migrantes, cada uno, en 2015, el 62% del total de las poblaciones migrantes internacionales (Gráfico 1).

Gráfico 1. Migrantes internacionales, por región principal de residencia, 2000 a 2015 (millones)



Fuente: IOM, World Migration Report 2018. Disponible en: https://publications.iom.int/system/files/pdf/wmr_2018_en.pdf

Los flujos migratorios internacionales no son unidireccionales ni en un único sentido (Gráfico 2). Pueden producirse de Sur a Norte, es decir desde países empobrecidos o en vías de desarrollo, o también llamados Países de Renta Baja, hacia países desarrollados ubicados, casi siempre, en el Norte del globo terráqueo, llamados también Países de Renta Alta. También se producen flujos migratorios desde los Países de Renta Alta hacia Países de Renta Baja, la llamada Migración Norte-Sur, aunque se realizan en menores cantidades. Además, se produce migración internacional hacia países del mismo nivel de desarrollo o economías similares, en cuyo caso los movimientos migratorios pueden ser entre países de economía avanzada, así como entre países del Sur del globo terráqueo, la llamada Migración Sur-Sur. Cada tipo de migración internacional tiene diferentes motivaciones y obedece a una serie de circunstancias que trasciende las motivaciones personales o familiares. En el caso de la Migración Sur-Sur se genera básicamente por conflictos armados, guerras o también son derivadas del cambio climático (Migraciones Climáticas), que ocasionan que las personas abandonen sus hogares al ver peligrar su hábitat, su seguridad y su supervivencia, y se trasladen a países limítrofes por razones económicas, por cercanía territorial y cultural, dando lugar a que los países del Sur no sólo sean países de origen de las personas migrantes, si no también, y cada vez más, países

de tránsito y destino (8). Así, según datos del Banco Mundial de 2016, el flujo de este tipo de migración es superior a la inmigración tradicional de Sur-Norte: 93,1 millones de personas (38%) frente a 84,3 millones (34%) (9).

Sin embargo, está en el imaginario colectivo, sobre todo de los países desarrollados, que la migración siempre se realiza de Sur a Norte. Se cree además que la migración económica, sólo se produce desde zonas menos desarrolladas, del Sur Global en la mayoría de los casos, hacia territorios más desarrollados ubicados en el Norte. Pero a la vista de los datos expuestos constatamos que no es cierto.

Gráfico 2. Flujos de migración internacional. Años 2000-2017



Fuente: UN DESA 2018. Conjuntos de datos para la revisión del 2017 de migraciones internacionales hacia y desde regiones seleccionadas (10). Disponible en:
<http://www.un.org/en/development/desa/population/migration/publications/populationfacts/docs/MigrationPopFacts20175.pdf>
<http://www.un.org/en/development/desa/population/migration/data/estimates2/estimatesgraphs.shtml?0g0>
Nota: La dirección del flujo está indicada por la punta de flecha. El tamaño del flujo está determinado por el ancho de la flecha en su base.

3. El proceso migratorio. Razones para migrar

3.1. El proceso migratorio

La migración es un proceso dinámico que empieza mucho antes del viaje migratorio. Empieza en el país de origen de las personas que inician el proceso y está condicionado por una serie de circunstancias personales, familiares, sociales, económicas y de salud que influyen en la toma de la decisión para migrar. Este proceso también está conformado por el viaje migratorio en sí, que incluye el tiempo desde que se toma la decisión hasta el emprendimiento del viaje, la tenencia de documentación necesaria, la vía de transporte, la forma en que se realiza el viaje: si es viaje directo o con escalas, la vía de ingreso al país destino, el tiempo de viaje, la tenencia de bolsa de viaje y el equipaje. La migración no culmina cuando se llega al país destino, sino que empieza otro proceso hasta el asentamiento en el país y está influenciado por otra serie de circunstancias determinantes que condicionan la adaptación e integración en la sociedad de destino. No existe un tiempo estimado para la culminación de este proceso, tampoco existe consenso sobre el tiempo de residencia en el país destino para dejar de considerarse inmigrante, ya que las personas llegadas de otro país no son “inmigrantes” de por vida. Sin embargo, se sugiere un tiempo de 5 a 10 años, según el interés o finalidad del estudio (4).

3.2. Razones para migrar

Siendo la migración un proceso dinámico y multifactorial, se puede decir que actúan sobre éste diversos factores. La agencia Eurostat (11), denomina factores impulsores y factores motivadores. Otros autores los han clasificado en factores de expulsión y atracción (12,13), y también han sido clasificados en migraciones forzadas o de carácter voluntario (14). Estas tres clasificaciones pueden complementarse. Así, las migraciones forzadas están asociadas a los factores de expulsión o impulsores, mientras que las migraciones voluntarias están asociadas a los factores de atracción o motivadoras. Pero todos ellos están ligados a la búsqueda de mejores expectativas de vida de las personas.

Dentro de los factores de expulsión que originan que la migración sea forzada (13,14) destacan los factores económicos, gobernanza y servicios públicos (14), factores políticos y sociales (15): la guerra, la falta de seguridad, las violaciones de los derechos humanos, la pobreza, la degradación del medio ambiente, la falta de perspectivas (16), de oportunidades laborales, de libertad política y de libertad de religión (17), el hambre y dificultades para una vida digna en su propio país; es decir, existen múltiples circunstancias que constituyen también fuertes motores para empezar el proceso

migratorio. En ese sentido, las migraciones masivas son la respuesta a la pobreza y al empobrecimiento causado en muchas ocasiones por las crisis económicas (y por la extrema pobreza persistente sobre todo en el África Subsahariana y algunos países de Asia); por los desastres naturales (15) que obliga a migrar por la pérdida de las tierras de cultivo que son fuente de ingresos familiares y de su hábitat; y también por desastres químicos. Todas estas situaciones generan diariamente unos volúmenes crecientes de personas refugiadas, solicitantes de asilo, asilados y apátridas.

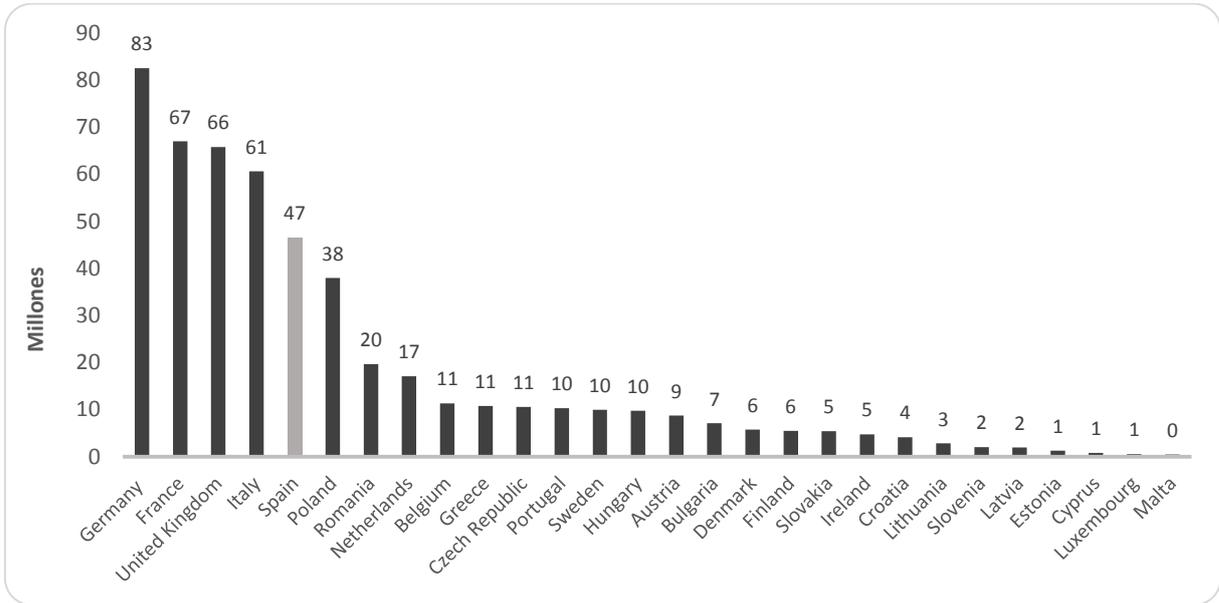
Mientras que como factores de atracción, ligada a la inmigración voluntaria, aunque a veces no lo sea, se encuentran los diferenciales de renta y calidad de vida entre países (18), la búsqueda de mejores oportunidades laborales, redes transnacionales (14), la libertad política y la libertad de religión (18) de los países destino, que generan a la vez trabajadores migratorios e inmigrantes permanentes, estudiantes extranjeros y los familiares que se reencuentran con parientes (19).

4. La migración en Europa

La población europea en las últimas décadas ha sufrido un aumento creciente, aunque a ritmos variados. Eurostat calculó que la población de la Unión Europea de los 28 (UE28) a día 1 de enero de 2017 era de 511,8 millones de habitantes (Gráfico 3), (lo que equivalía a un poco menos del 7% de la población mundial). Un incremento de 1,5 millones de personas respecto a 1 de enero de 2016 que fue de 510,3 millones aproximadamente. Ese año, 2016, el crecimiento poblacional interanual fue más lento que en 2015. La población a 1 de enero de 2015 de la UE28 fue de 509,4 millones, 1,9 millones más de habitantes, la cifra más alta desde que comenzaron los registros en 1961 (20).

Europa sigue siendo un continente que atrae a la población inmigrante internacional. En el año 2015, residían 75 millones de inmigrantes en todo el continente europeo (21). Como se señaló anteriormente, las preferencias de los inmigrantes por los países destino están en relación con la cercanía geográfica, cercanía cultural, idiomática, el clima, desarrollo económico y derechos sociales, entre otros. Tradicionalmente Europa, y en particular, la Unión Europea, es vista como un continente próspero, seguro, respetuoso de los derechos de las personas, con estabilidad política y con una serie de prestaciones sociales de los países miembros para sus habitantes, circunstancias que son consideradas fuertes motivos de atracción para la migración internacional.

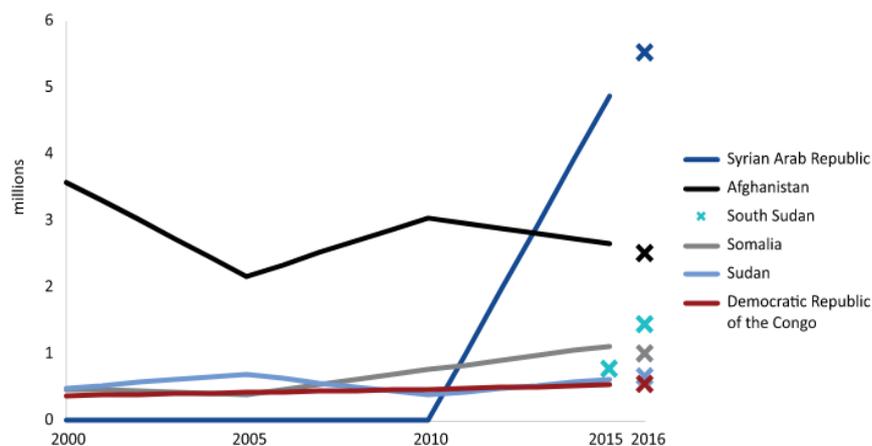
Gráfico 3. Población total por países de UE28, año 2017



Fuente: Eurostat. Disponible en: ([migr_pop1ctz](#)). Acceso: 15/09/2018.

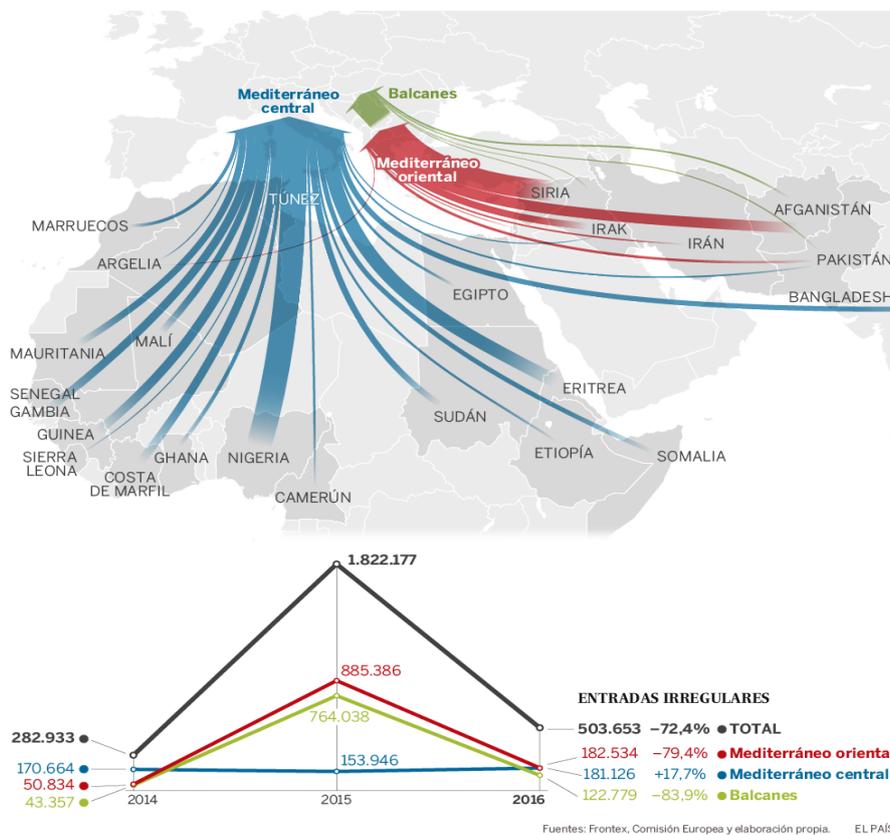
En cuanto a los factores de expulsión que operan para la migración hacia Europa, se puede explicar por la variabilidad del origen de los inmigrantes y la situación socioeconómica de sus respectivos países. Así podemos observar que el flujo se origina, fundamentalmente, desde países en conflicto como del norte de África y de Asia que generan refugiados y solicitantes de asilo (Gráfico 4), países con economías empeoradas, como los países subsaharianos principalmente, países afectados por el cambio climático como Bangladesh y Pakistán, todos ellos dan origen a una diversidad de población migrante y principales rutas de inmigración (Gráfico 5 y Gráfico 6). Por eso, en los últimos años, la gran afluencia de refugiados y solicitantes de asilo, sobre todo en Alemania, Hungría, Austria y del Sur de Europa como Italia y Grecia, ha generado un crecimiento importante de la población alcanzando el pico más alto en el 2015, como se señaló antes. Aunque, como se puede ver en el siguiente gráfico, ha sufrido una caída en las entradas en el año 2016 respecto a los años anteriores.

Gráfico 4. Número de refugiados por principales países de origen a partir del 2016 (en millones)



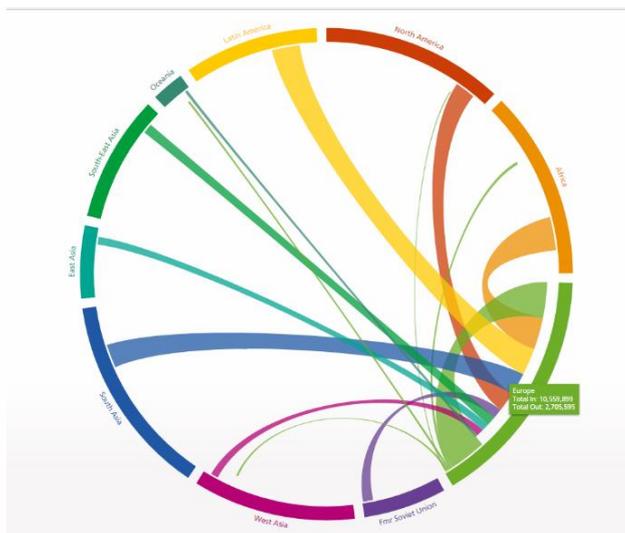
Nota: Las líneas indican tendencias de cinco años y las cruces indican los datos de un solo año. Sudán del Sur se convirtió en un país en 2011.
 Fuente: Organización Internacional de Migraciones (OIM). World Migration Report 2018. En: <http://www.iom.int/wmr/world-migration-report-2018>

Gráfico 5. Evolución de las llegadas de Inmigrantes a Europa. Principales rutas de llegadas



Tomado del diario El País, España. 6/01/2017.

Gráfico 6. Flujos de inmigración hacia Europa, período 2005-2010



Fuente: Sander N, Abel G, Burner R. The global Flow of people. Disponible en: <http://www.global-refugees.info/>. Acceso: 20/03/2018.

Sin embargo, el peso de la población inmigrante con respecto a la población total de los países es variable debido fundamentalmente al tamaño de la población autóctona y a la densidad poblacional. Así, aunque en términos absolutos la población inmigrante residente en Alemania fue muy elevada, el peso relativo de esta población permaneció estable durante la última década excepto en los años 2015, 2016 y 2017 que se incrementó por la afluencia de refugiados. Por el contrario, se puede observar que los inmigrantes presentan un mayor peso relativo en países como Luxemburgo debido al número de población total, aunque en términos absolutos sea uno de los países que acogen menos inmigrantes (22).

Por otro lado, a la llegada de nuevos inmigrantes puede añadirse a los que permanecen o tienen una estancia de largo tiempo en el territorio de la Unión Europea, y también restar a los que cambian de país de residencia porque vuelven a su país de origen o intentan mejorar sus condiciones de vida trasladándose a otro país. La cercanía de los países europeos, la libre circulación por el Tratado de Schengen facilitaría estos movimientos al interior de Europa.

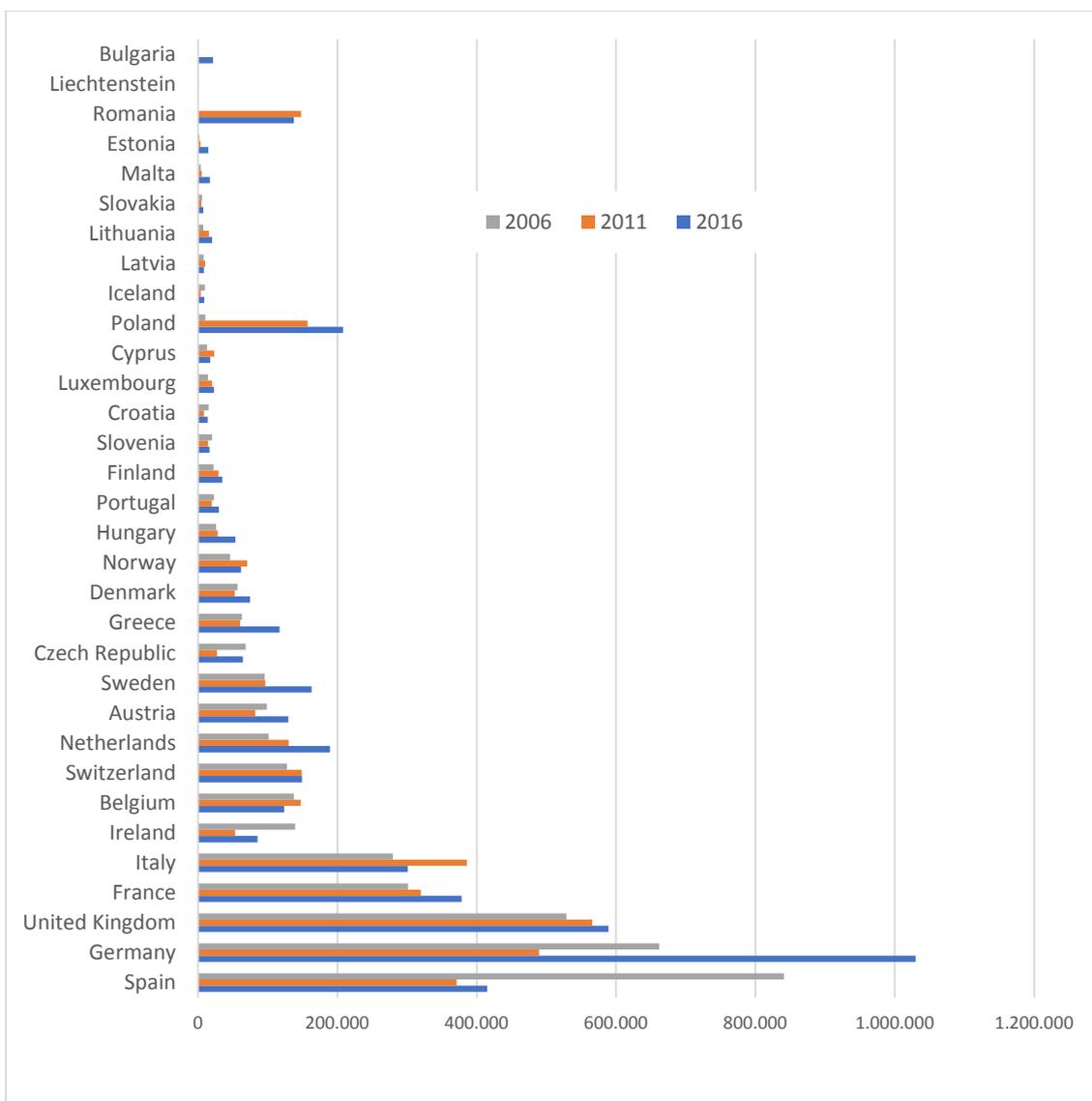
Se puede observar que el número total de inmigrantes que llegaron a países europeos en 2015 fue creciente para todos los países de la UE28, siendo Alemania quien recibió el mayor número, más de un millón y medio, seguido de lejos por el Reino Unido con más de 600 mil y de Francia y España con cantidades menores, más de 300 mil, como se muestra en la Tabla 2 y el Gráfico 7.

Tabla 2. Número absoluto de inmigrantes que llegaron a países de la UE (2006-2016)

GEO/TIME	2006	2007	2008	2009	2010	2011	2012	2013	2014	2015	2016
Spain	840.844	958.266	599.075	392.962	360.705	371.331	304.053	280.772	305.454	342.114	414.746
Germany	661.855	680.766	682.146	346.216	404.055	489.422	592.175	692.713	884.893	1.543.848	1.029.852
United Kingdom	529.008	526.714	590.242	566.514	590.950	566.044	498.040	526.046	631.991	631.452	588.993
France	301.544	293.980	296.608	296.970	307.111	319.816	327.431	332.640	339.902	363.869	378.115
Italy	279.714	527.123	534.712	442.940	458.856	385.793	350.772	307.454	277.631	280.078	300.823
Ireland	139.434	122.415	82.592	50.604	52.339	53.224	54.439	59.294	67.401	76.888	85.185
Belgium	137.699	146.409	ND	ND	135.281	147.377	129.477	120.078	123.158	146.626	123.702
Switzerland	127.586	165.634	184.297	160.623	161.778	148.799	149.051	160.157	156.282	153.627	149.305
Netherlands	101.150	116.819	143.516	122.917	126.776	130.118	124.566	129.428	145.323	166.872	189.232
Austria	98.535	72.862	73.772	69.295	70.978	82.230	91.557	101.866	116.262	166.323	129.509
Sweden	95.750	99.485	101.171	102.280	98.801	96.467	103.059	115.845	126.966	134.240	163.005
Czech Republic	68.183	104.445	108.267	75.620	48.317	27.114	34.337	30.124	29.897	29.602	64.083
Greece	63.094	63.298	66.529	58.613	60.462	60.089	58.200	57.946	59.013	64.446	116.867
Denmark	56.750	64.656	57.357	51.800	52.236	52.833	54.409	60.312	68.388	78.492	74.383
Norway	45.776	61.774	58.123	55.953	69.214	70.337	69.908	68.313	66.903	60.816	61.460
Hungary	25.732	24.361	37.652	27.894	25.519	28.018	33.702	38.968	54.581	58.344	53.618
Portugal	22.741	29.661	29.718	32.307	27.575	19.667	14.606	17.554	19.516	29.896	29.925
Finland	22.451	26.029	29.114	26.699	25.636	29.481	31.278	31.941	31.507	28.746	34.905
Slovenia	20.016	29.193	30.693	30.296	15.416	14.083	15.022	13.871	13.846	15.420	16.623
Croatia	14.978	14.622	16.883	13.213	8.846	8.534	8.959	10.378	10.638	11.706	13.985
Luxembourg	14.352	16.675	17.758	15.751	16.962	20.268	20.478	21.098	22.332	23.803	22.888
Cyprus	13.077	19.328	21.060	22.581	20.206	23.037	17.476	13.149	9.212	15.183	17.391
Poland	10.802	14.995	15.275	189.166	155.131	157.059	217.546	220.311	222.275	218.147	208.302
Iceland	9.832	12.546	10.288	3.921	3.948	4.073	4.960	6.406	5.368	5.635	8.710
Latvia	8.212	7.517	4.678	3.731	4.011	10.234	13.303	8.299	10.365	9.479	8.345
Lithuania	7.745	8.609	9.297	6.487	5.213	15.685	19.843	22.011	24.294	22.130	20.162
Slovakia	5.589	8.624	8.765	6.346	5.272	4.829	5.419	5.149	5.357	6.997	7.686
Malta	3.889	5.292	6.043	6.161	4.275	5.465	7.111	8.428	8.946	12.831	17.051
Estonia	2.234	3.741	3.671	3.884	2.810	3.709	2.639	4.109	3.904	15.413	14.822
Bulgaria	ND	1.561	ND	ND	ND	ND	14.103	18.570	26.615	25.223	21.241
Romania	ND	ND	138.929	135.844	149.885	147.685	167.266	153.646	136.035	132.795	137.455
Liechtenstein	ND	ND	578	584	591	650	671	696	615	657	607

Fuente: Eurostat. Elaboración propia. ND: No disponible en la base de datos de Eurostat. Disponible en: <https://ec.europa.eu/eurostat/tgm/table.do?tab=table&init=1&language=en&pcode=tps00176&plugin=1>. Acceso: 12/04/2018.

Gráfico 7. Número absoluto de inmigrantes que llegaron a países de la UE. Años 2006, 2011 y 2016



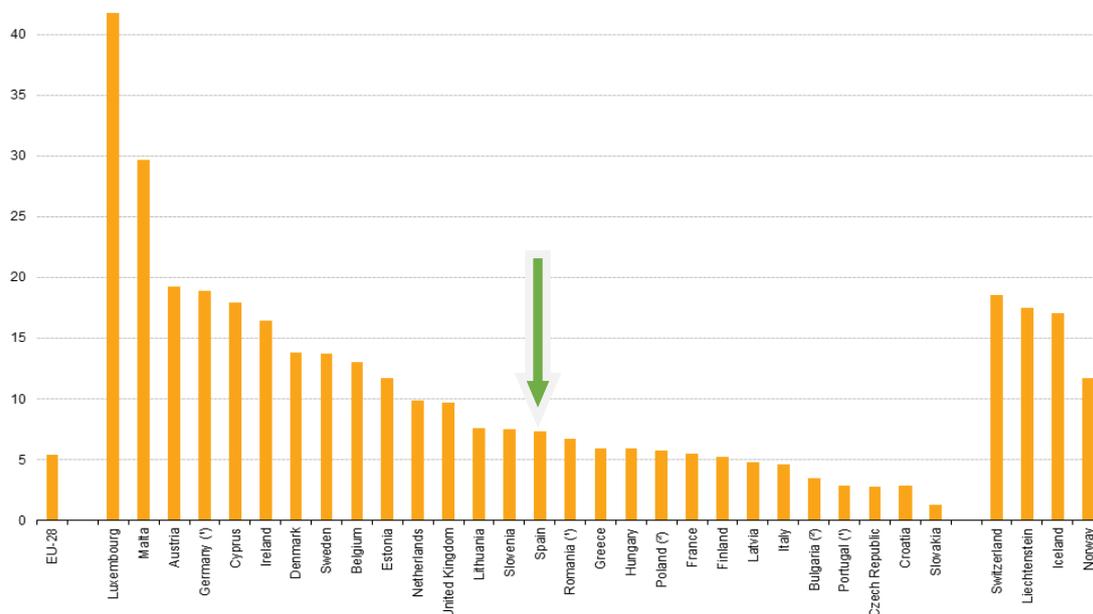
Fuente: Eurostat. Elaboración propia. 2006 y 2011, años de las ENS, y 2016. Disponible en: <https://ec.europa.eu/eurostat/tgm/table.do?tab=table&init=1&language=en&pcode=tps00176&plugin=1>. Acceso: 22/02/2018.

Por otro lado, la migración al interior de la región UE28 evidencia un crecimiento constante a lo largo de los años y sobre todo en las últimas décadas. A 1 de enero de 2013 y según datos del Eurostat (23), de la población total de la Unión Europea de los 27 (UE27) que fue de 505.701.172 habitantes, 33,5 millones eran personas nacidas en un país diferente al de su residencia actual, de los cuales, 13,7 millones vivían en un Estado miembro con la ciudadanía de otro estado miembro de la UE27 (24). Esa tendencia se mantuvo llegando a 1 de enero de 2016 con un total de 19,3 millones de personas que

nacieron en un país de la UE28 y residen en otro distinto los cuales representaban el 4,1% de la población de la Unión Europea (23).

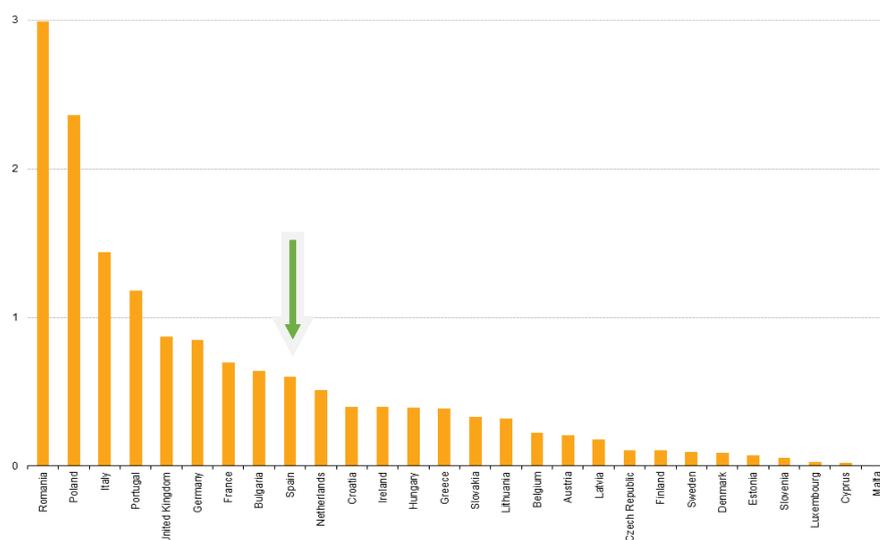
Respecto al número absoluto de inmigrantes que vivían en la UE y clasificados por países, se observa que, a 1 de enero de 2016, Alemania era el país que registró el mayor número, 8,7 millones de personas inmigrantes viviendo en su territorio, seguida por el Reino Unido con 5,6 millones, Italia con 5,0 millones y en cuarto y quinto lugar España y Francia con 4,4 millones inmigrantes, respectivamente. Los extranjeros en estos cinco Estados miembros representaron colectivamente el 76 % del número total de extranjeros que vivían en toda la UE, mientras que esos cinco Estados miembros tenían un 63 % de la población de la UE28. Sin embargo, en términos relativos, el Estado miembro de la UE con la mayor proporción de extranjeros fue Luxemburgo, con una representación de extranjeros del 47 % de su población total. Se registró asimismo una elevada proporción de extranjeros (un 10 % o más de la población residente) en Chipre, Estonia, Letonia, Austria, Irlanda, Bélgica y Alemania (Gráfico 8). Por otro lado, los países de la UE originarios de la población inmigrante residente en otros países de la UE en el año 2016 fueron Rumanía, Polonia, Italia, Portugal, Reino Unido y Alemania (Gráfico 9).

Gráfico 8. Población Inmigrante, 2015 (por 1.000 habitantes) por países EU28



Fuente Eurostat (23). (1) Estimados; (2) Provisional. Los últimos datos de Eurostat proceden del año 2015, fueron recogidos en marzo del 2017. Disponible en: http://ec.europa.eu/eurostat/statistics-explained/index.php/Migration_and_migrant_population_statistics/es. Acceso: 21/02/2018.

Gráfico 9. Número de ciudadanos de la UE que son residentes habituales en el resto de la UE a 1 de enero de 2016(millones)



Fuente: Eurostat. Disponible en: ([migr_pop1ctz](#)). Acceso: 15/09/2018.

Conviene recalcar que estas cifras oficiales no incluyen a los inmigrantes en situación administrativa irregular, siendo imposible determinar con exactitud la verdadera proporción de los que trabajan en la UE (25). Sin embargo, en el 2009 se calculaba que entre 4 a 5 millones de personas vivían en esa situación. La mayoría procedente del norte de África, Europa del Este (sobre todo después de la caída del comunismo y de la guerra de los Balcanes), América Latina y la India (17) (Tabla 3).

Tabla 3. Estimación de población inmigrante irregular en países seleccionados y regiones del mundo

Country/region	Year	Estimated population (stock)	Source
Australia	2011	58,400	(a)
European Union	2008	1.9–3.8 million	(b)
	2008	8 million	(c)
Germany	2014	180,000–520,000	(d)
Greece	2011	390,000	(e)
Israel	2015	150,000	(f)
Italy	2008	279,000–461,000	(b)
Russian Federation*	2011	5–6 million	(g)
South Africa	2010	3–6 million	(h)
Spain	2008	354,000	(i)
United Kingdom	2007	417,000–863,000	(j)
United States	2014	11.1 million	(k)
	2016	11.3 million	(k)

Fuente: Organización Internacional de Migraciones (OIM). World Migration Report 2018. Disponible en: <http://www.iom.int/wmr/world-migration-report-2018>

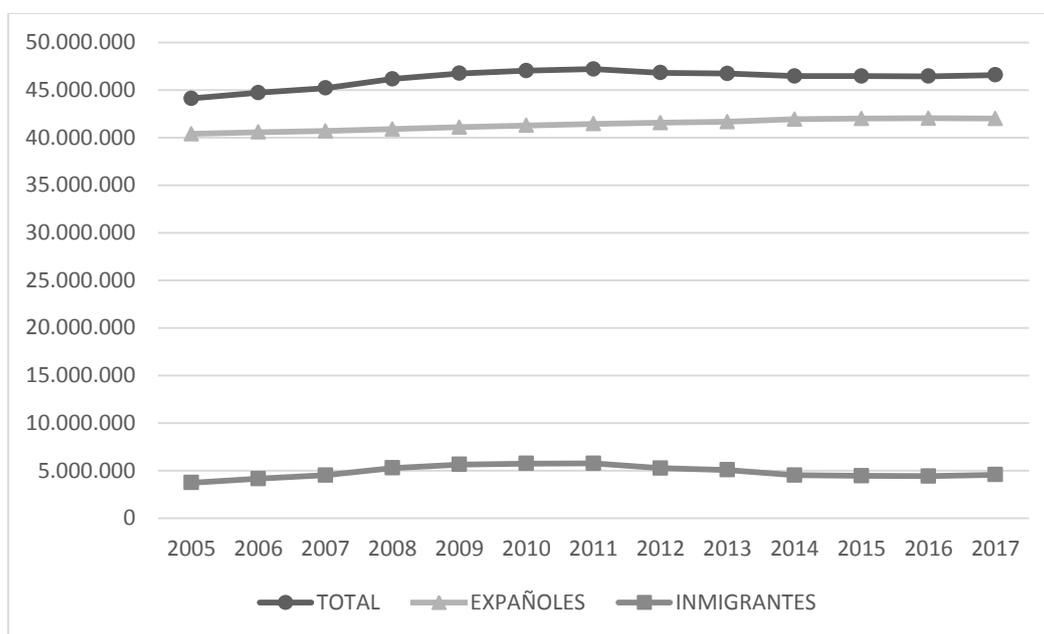
5. La migración en España

La población española ha experimentado un notable crecimiento, con periodos de crecimiento exponencial y otros más ralentizados. Esta situación coincidió con el período de mayor crecimiento económico que vivió el país y que además supuso un foco de atracción que originó una gran afluencia de población inmigrante como respuesta a la dinámica de la demanda del mercado laboral (26), sobre todo durante la segunda mitad de la última década del siglo pasado.

Según datos del Instituto Nacional de Estadística (INE) sobre población inmigrante (27), en 1990 había 279,795 extranjeros en España los cuales se multiplicaron por 3,2 en 2001 hasta un total de 938.783 inmigrantes. Hacia el año 2006, el número creció hasta situarse en los 4.519.554 de personas nacidas fuera de España. En el año 2007 se evidenció el mayor crecimiento interanual de población inmigrante con 749.208 como cifra máxima de llegada de inmigrantes a España hasta esa fecha. A partir de ese año el incremento fue continuo y rápido llegando a 5.648.671 inmigrantes empadronados en 2009, es decir un 12% de la población total española (28) y alcanzó el pico máximo interanual el 1 de enero del 2011, con la cifra de 5.751.478 inmigrantes empadronados. A partir del año 2012, las cifras empiezan a decrecer llegando al 1 de enero de 2014 con 5.023.487 extranjeros, del total de población española contabilizada en 46.771.341 habitantes. Es decir, del crecimiento exponencial de los primeros años del siglo XXI se pasó a una estabilización en las cifras, fundamentalmente a partir del año 2008, para luego ir decreciendo a medida que la crisis económica se hacía evidente y mostraba sus efectos.

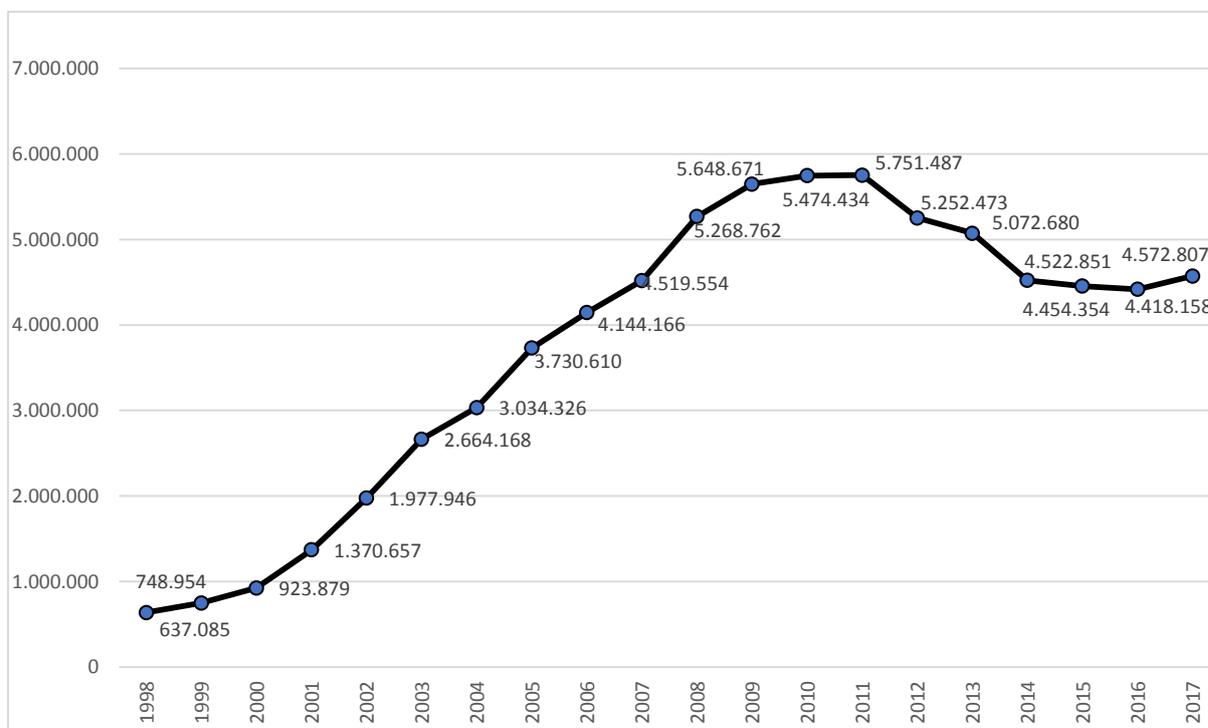
Así mismo en el año 2016, se observa que la población inmigrante continúa decreciendo, sobre todo porque los efectos de la crisis económica siguen generando el retorno de los inmigrantes a sus países de origen o a cambios de país de residencia, hasta situarse en la cifra de 4.418.158 inmigrantes de un total de 46.445.828 habitantes censados. Y se llega a 1 de enero del año 2017, con un leve repunte de las cifras de población inmigrante llegando hasta 4.572.807 del total de la población que reside en España que suma los 46.572.132 habitantes (Gráfico 10 y Gráfico 11).

Gráfico 10. Evolución de la población residente en España. Total, españoles y extranjeros. Años 2005 - 2017



Fuente INE. Elaboración propia.

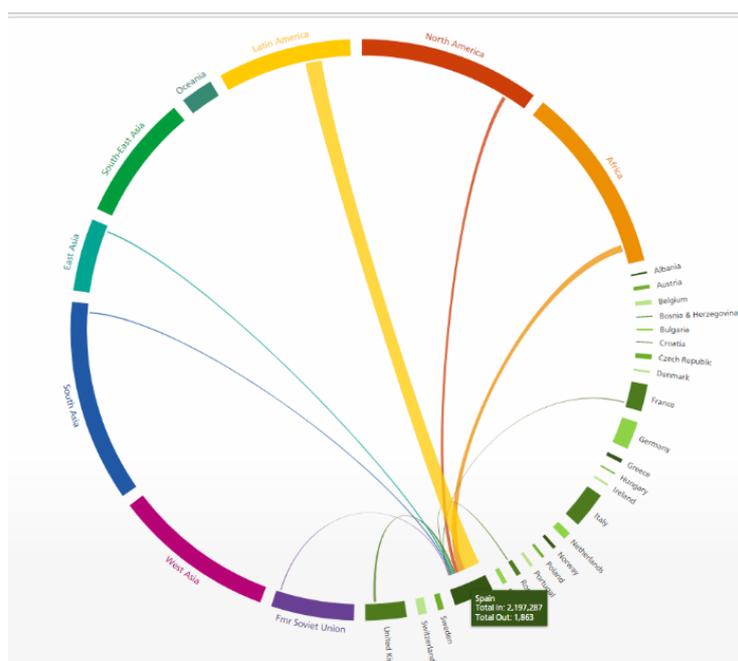
Gráfico 11. Crecimiento del número de extranjeros residentes en España. 1998-2017. Números absolutos. (Datos a 1 de enero de cada año)



Fuente: INE. Elaboración propia.

Por otro lado, los flujos de población inmigrante cuyo destino era España durante los años 2005-2010 se muestran en el siguiente gráfico, y básicamente provenían de América Latina, algunos de cuyos países no necesitaban del visado para el ingreso regular, y también provenían del continente africano. (Gráfico 12).

Gráfico 12. Flujos de inmigración hacia España, periodo 2005-2010



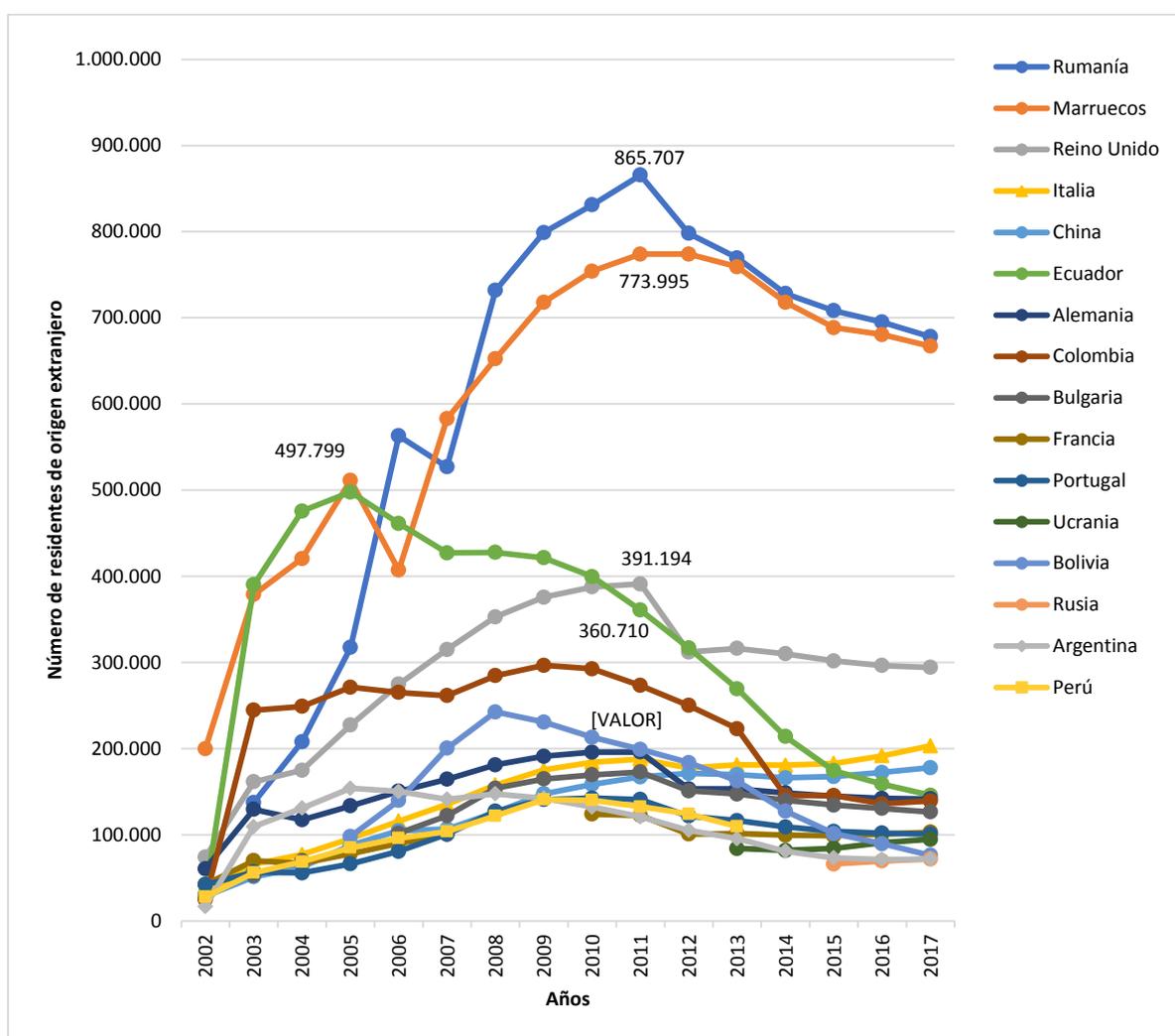
Fuente: Sander N, Abel G, Burner R. The global Flow of people. Disponible en: <http://www.global-refugees.info/>. Acceso: 20 marzo 2018.
<http://www.un.org/en/development/desa/population/migration/data/empirical2/migrationflows.shtml#>

Así mismo, pese a los últimos movimientos de población, la cifra de inmigrantes en España mantiene una proporción elevada comparada con otros países de la UE. Los datos de Eurostat (25) muestran que, a 1 de enero de 2013, España era en términos absolutos el segundo país, después de Alemania, con el mayor número de extranjeros, 5,1 millones, seguida de Reino Unido, Italia y Francia. En la actualidad, año 2018 con datos del 2017, España ocupa el cuarto lugar junto con Francia y después de Alemania, Reino Unido e Italia, de los países con mayor número de inmigrantes en su territorio (23).

Respecto a la composición de la población inmigrante radicada en España, se observa que también ha sufrido variaciones. Entre los años 1992-1996, los países originarios de los inmigrantes eran mayoritariamente la República Dominicana, Colombia, Marruecos y Perú. Esta intensidad del flujo migratorio sufrió una disminución importante, básicamente originada por la imposición del visado para entrar al territorio español a los

nacionales de Colombia y Perú, y también a la instauración de una política migratoria de cupos de contingentes cuyo objetivo era, entre otros, limitar la inmigración irregular que ocurría en esos años. En la década del 2000 se observa que, durante los primeros años, la población ecuatoriana fue quien ostentaba el mayor porcentaje de llegada de extranjeros a España (2003-2004). Luego pasa a ser Rumanía el país originario del mayor número de inmigrantes en el año 2008 y, se mantiene hasta la actualidad, superando a Marruecos que era quien ostentaba el puesto como el primer país emisor de inmigrantes a España. Los inmigrantes procedentes de Bolivia también empiezan a ser visibles en las estadísticas, sobre todo durante los años 2004 y 2008 (29) (Gráfico 13 y Tabla 4).

Gráfico 13. Número de residentes extranjeros que residen en España por año y principales países de origen



Fuente: INE. Elaboración propia.

Tabla 4. Número absoluto de extranjeros residentes en España por año y principales países de origen (2002 – 2017)

Países	2002	2003	2004	2005	2006	2007	2008	2009	2010	2011	2012	2013	2014	2015	2016	2017
Rumanía	NA	137.289	207.960	317.366	563.012	527.019	731.806	798.892	831.235	865.707	798.104	769.608	728.253	708.390	695.045	678.098
Marruecos	199.782	378.787	420.556	511.294	407.159	582.923	652.695	718.055	754.080	773.995	773.966	759.273	717.992	688.693	680.486	667.189
Reino Unido	73.983	161.398	174.810	227.187	274.722	314.951	352.957	375.703	387.677	391.194	312.098	316.362	310.052	301.811	296.408	294.295
Italia	30.862	65.900	77.130	95.377	115.791	135.108	157.789	175.316	184.277	187.993	177.520	181.046	180.823	182.694	191.618	203.118
China	28.693	51.203	62.498	87.731	104.681	106.652	125.914	147.479	158.244	167.132	171.127	169.645	165.978	167.539	172.232	177.738
Ecuador	30.878	390.119	475.698	497.799	461.310	427.099	427.718	421.426	399.586	360.710	316.756	269.436	214.039	174.372	158.951	145.879
Alemania	60.575	129.468	117.250	133.588	150.490	164.405	181.174	191.002	195.824	195.987	153.245	153.432	148.502	144.953	142.051	141.523
Colombia	24.702	244.570	248.894	271.239	265.141	261.542	284.581	296.674	292.641	273.176	250.087	223.140	145.490	145.534	135.864	139.213
Bulgaria	NA	52.812	69.854	NA	101.617	122.057	153.973	164.717	169.552	172.926	150.878	147.310	139.931	134.427	130.501	126.436
Francia	42.316	69.900	66.858	77.791	90.021	100.408	NA	NA	123.870	122.503	100.798	101.466	99.486	98.736	100.737	103.062
Portugal	41.997	56.656	55.769	66.236	80.635	100.616	127.199	140.870	142.520	140.824	121.741	116.431	108.984	103.843	101.829	100.822
Ucrania	NA	84.081	81.802	84.127	90.763	94.770										
Bolivia	NA	NA	NA	97.947	139.802	200.496	242.496	230.703	213.169	199.080	183.626	162.538	127.477	101.347	89.594	76.060
Rusia	NA	65.920	69.565	71.959												
Argentina	16.610	109.390	130.851	153.975	150.252	141.159	147.382	142.270	132.249	120.738	105.219	95.415	80.923	73.181	71.283	71.622
Perú	27.888	55.881	68.646	85.029	95.903	103.650	121.932	140.870	140.182	132.552	124.041	109.639	NA	NA	NA	NA

Fuente: INE. Elaboración propia.

NA: No aparecen en los registros de los once primeros países de origen de población extranjera residente en España

Dado que la presente investigación utiliza datos del año 2006, puntualizamos que durante ese año y según datos INE, los países con mayor número de inmigrantes radicados en España eran, y por orden de volumen, Marruecos, Rumanía, Ecuador, Reino Unido, Colombia, le siguen con más distancia Alemania, Bolivia e Italia (Tabla 4).

Mientras que, en el año 2011, se observa un cambio en la composición de la población inmigrante (Gráfico 13). Ese año la población inmigrante llega a su pico máximo para luego empezar a descender. Así podemos observar que los inmigrantes procedentes de Rumanía alcanzan la cifra más elevada de toda la serie, seguidos de los procedentes de Marruecos; en tercer lugar, se encuentra la población nacida en el Reino Unido, alcanzando también el pico máximo de su crecimiento y, en cuarto lugar, la población procedente de Ecuador que empieza a descender al igual que la población colombiana. En el año 2014, se observa que las cinco primeras nacionalidades con mayor peso demográfico, según el INE y con datos del Padrón a 1 de enero del 2014 (30) son: la población rumana (15,57%), población marroquí (15,35%), población procedente del Reino Unido (6,62%), población ecuatoriana (4,57%) y la población italiana (3,86%). Llegando al año 2017 (31) con un aumento de la población extranjera de 45.376 personas (1,0%) producido en el primer semestre, hasta situarse en 4.464.997 extranjeros radicados en España. Por nacionalidades, cabe destacar el incremento en términos absolutos de la población venezolana (10.478 personas más), la colombiana (8.370 más) y la italiana (7.336 más). Mientras que, en el lado contrario, se observa una mayor disminución en los inmigrantes procedentes de Ecuador (4.746 personas menos), Rumanía (4.114 menos) y del Reino Unido (3.947 menos).

Estas cifras podrían aumentar si consideramos la elevada proporción de población inmigrante residente en España que presenta una situación irregular a su llegada, a las que se deniega la solicitud de asilo o que pierden la condición de regularizado al expirar el permiso de residencia (32).

6. Determinantes de la salud

Generalmente se acepta que el estado de salud de las personas es producto de la interacción de múltiples determinantes que la incrementan, la preservan o la deterioran (33). Los determinantes de la salud son circunstancias o factores basados en el estilo de vida que a su vez están afectadas por amplias fuerzas sociales, económicas y políticas que influyen en la calidad de la salud personal (34). El modelo de salud de Lalonde de

1974 (35), fue el precursor en el análisis de los determinantes de salud y da un salto cualitativo a la explicación de la enfermedad superando el modelo biologicista clásico, explica que la salud es el resultado de la interacción de los determinantes y además añade un peso a cada uno de ellos: estilos de vida (43%), biología humana (27%), medio ambiente (19%) y sistema de salud (11%). Así mismo explica el porcentaje de la inversión estatal a cada uno de estos: estilos de vida (1,5%), biología humana (7,9%), medio ambiente (1,6%) y sistema de salud (90%). Le han sucedido otros modelos que explican la influencia de los determinantes de la salud de la población tanto individual como colectiva. Así, otro de los investigadores que contribuyó al estudio de los determinantes de la salud, fue Marmot (36) quien identifica una serie de factores sociales, a los que denomina determinantes sociales, que influyen en la salud y que además son fuente de desigualdad, otorgando una responsabilidad a las políticas públicas en su resolución, contribuyendo de esta manera a ampliar la visión de la medicina moderna y sobre todo de la epidemiología en el estudio de la salud de las poblaciones. Estas condiciones incluyen el género, el nivel de ingresos económicos y su distribución, clase social, edad, etnia, el empleo, el nivel educativo, la vivienda, el desarrollo infantil, la seguridad alimentaria y la nutrición, entre otras.

Así mismo, el análisis de los determinantes sociales de la salud no sólo pretende describir los factores sociales que hay tras la aparición de determinadas enfermedades; si no también tienen la finalidad de explicar de qué modo dichos factores se traducen en diferencias biológicas (37) y en enfermedades crónicas; por ejemplo, de qué modo influyen en el desarrollo del síndrome metabólico afectando, según el lugar que el individuo ocupe en la jerarquía social, a concentraciones desiguales de colesterol, triglicéridos, hipertensión o intolerancia a la glucosa (38,39).

En ese sentido, la salud y la enfermedad forman parte de un binomio inseparable, camino que se transita bajo la influencia de una serie de determinantes que dan como resultado el desarrollo de una enfermedad o de gozar de buena salud. Es decir, la salud es un proceso complejo y mantenido en el que los determinantes socioeconómicos tienen una gran influencia que pueden generar y condicionar desigualdades. Las desigualdades sociales se convierten en diferencias en salud injustas y evitables entre grupos poblacionales definidos por sus aspectos sociales, económicos, demográficos o geográficos (40), resultados de la distinta distribución de oportunidades y recursos relacionados con la salud y cuyo desenlace es una peor salud entre los colectivos poblacionales socialmente menos favorecidos (41). Las políticas sociales deben orientarse, por tanto, a disminuir estas diferencias, sobre todo incidiendo en los grupos

poblacionales más vulnerables como la población inmigrante. Por otro lado, la movilidad social y el disponer de una buena salud, no sólo depende del acceso a los servicios de salud, sino y sobre todo de cómo se desarrolla la vida desde el nacimiento y durante todas sus etapas. Tener acceso a condiciones de salubridad, acceso a la educación, a vivienda, a vestido y a una alimentación adecuada, en suma, poder satisfacer las necesidades básicas, dependerá del núcleo familiar en el que se nace, crece y se desarrolla el ser humano. El barrio en el que se socializa, el tipo de escuela al que se acude, quienes son sus pares en la etapa educativa, de adolescencia y juventud también influirán de manera importante en el desarrollo bio-psico-social de las personas. Por ello, algunos autores señalan que el código postal es más importante que el código genético en el resultado de salud de las personas (42,43).

La OMS en el año 2008 publicó las recomendaciones de la Comisión de Determinantes Sociales de la Salud con el objetivo de reducir las desigualdades en salud. La misma que se centra en políticas públicas para abordar las determinantes sociales que eran desfavorables (44) teniendo como modelo conceptual de Dalghren y Whitehead (45) (Gráfico 14). Este modelo explicativo, llamado también por capas, señala la importancia de los factores individuales: edad, sexo y factores físicos y genéticos, ubicados en el centro y a partir de allí va generando capas de influencia de los factores determinantes en la salud donde las condiciones socioeconómicas, culturales y medioambientales, tienen un peso específico en la salud de las personas y a la vez que propone posibles puntos de actuaciones de políticas públicas.

Gráfico 14. Marco conceptual de determinantes de la salud de Dalghren y Whitehead 1991



Determinantes de la Salud de Dalghren y Whitehead (1991). Tomado de OMS.

En España, desde el Ministerio de Sanidad y Consumo, se creó la Comisión para reducir las desigualdades sociales en salud en España en el año 2008. Esta Comisión profundiza en el estudio de los determinantes sociales y elabora un marco conceptual sobre los determinantes de las desigualdades sociales en salud (46). Dicho marco teórico aborda la importancia de los determinantes socioeconómicos y políticos y los ejes de desigualdad como determinantes estructurales para definir la salud de las personas. El modelo considera como determinantes intermedios a los servicios de salud, además señala que todos los determinantes están interrelacionados, pero otorga más peso a los estructurales como los ejes de desigualdad: la clase social, género, edad, etnia, y el contexto socioeconómico y político como las políticas macroeconómicas, mercados de trabajo y políticas de estado de bienestar toda vez que éstas pueden contribuir a disminuir las diferencias, a mantenerlas o incluso a aumentarlas (Gráfico 15). La importancia de este modelo radica en la explicación multisectorial y macroeconómica de la generación de desigualdades sociales de salud, el papel de los servicios de salud y la posibilidad de aplicación de políticas públicas en cada nivel explicativo y actuaciones profesionales para reducirlas. Además, pone en relieve la importancia de la etnia como eje de desigualdad en el que estarían representados los inmigrantes.

Gráfico 15. Marco conceptual de los determinantes de las desigualdades sociales en salud

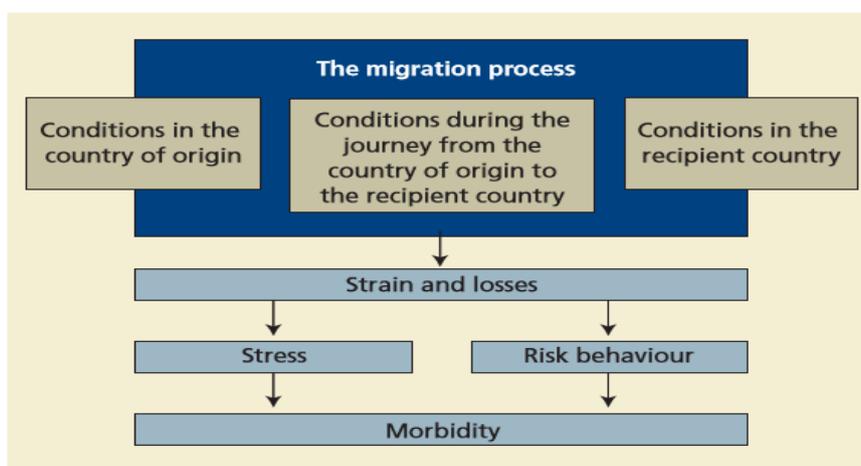


Tomado de Comisión para reducir las Desigualdades en Salud en España, 2010. Basado en Navarro (2004) y Solar e Irwin (2007).

7. Salud de la población inmigrante

La inmigración al ser un proceso dinámico repercute en la salud de los inmigrantes a lo largo de todo el proceso migratorio, y puede contribuir a generar un estado de vulnerabilidad frente a la enfermedad. Empieza mucho antes del inicio del proceso migratorio y está condicionado, en primer lugar, por los determinantes sociales que influyen en el país de origen: el nivel de desarrollo económico y social del país, que exponen a un nivel concreto de salud derivadas de sus circunstancias personales como el género, etnia, clase social; aspectos culturales; circunstancias familiares y socioeconómicas. En segundo lugar, por las razones y condiciones del viaje migratorio: recordemos los factores de expulsión y atracción de la inmigración que la condiciona que sea forzada o voluntaria, y por tanto que sea rápida o no en el tiempo; en qué circunstancias se produce el viaje, organización del viaje, vía de salida del país, posesión de documentación, recursos económicos, habilidades sociales y de comunicación, contacto en país destino, vía de entrada al país destino, etc., es decir condiciones del desplazamiento y tránsito, particularmente importantes en los inmigrantes en situación irregular, refugiados y desplazados. Y en tercer lugar, depende de las condiciones en que se desarrolla al llegar al país destino (47), como: condiciones de vida y de trabajo, apoyo social, manejo del idioma local, estatus legal, es decir, de las circunstancias de reubicación en el destino, desde donde casi siempre partirá de una situación de desventaja (48), más si consideramos el importante porcentaje de población inmigrante que procede de países empobrecidos según el Programa de Naciones Unidas para el Desarrollo (PNUD) (20) por lo que son considerados individuos vulnerables y en riesgo (49) y tendrán mayor riesgo a ser excluidos de los servicios de salud (50) (Gráfico 16).

Gráfico 16. La influencia del proceso migratorio en la morbilidad de los inmigrantes



Fuente: Kristiansen M, Mygind M, Krasnik A. Health effects of migration. Danish Medical Bull. 2007; 54:46-7.

Por otro lado, el tiempo de residencia es otro factor determinante de la salud, ha sido ampliamente explicado como el “efecto del inmigrante sano” e indica que los inmigrantes recién llegados al país destino presentan, mejor estado de salud en comparación con la población nacional de similares características sociodemográficas, y que a medida que aumenten los años de residencia este convergirá con el nivel de la población autóctona (51).

Por ello, el efecto de las migraciones sobre la salud es uno de los temas emergentes de la epidemiología por su multifactorialidad (52), y por la posibilidad de presentar resultados que pueden derivar en la formulación de políticas públicas inclusivas.

8. Acceso y utilización de los servicios de salud

Uno de los determinantes de la salud es el sistema de atención de salud que a su vez está constituido por el acceso y la utilización de los servicios de salud. Influye en los efectos de otros determinantes sociales y se ve influido por éstos (45). El sistema de atención de salud está determinado por las políticas públicas de los Gobiernos nacionales, regionales y/o locales y buscan organizar los servicios de salud para dar respuesta a las necesidades de sus habitantes. Los servicios de salud están conformados por los distintos profesionales sanitarios que trabajan en todos los ámbitos y niveles de atención, la infraestructura, los recursos materiales y logística, personal no sanitario, y los medicamentos, entre otros. Por ello el acceso y la utilización de los servicios de salud son factores esenciales para preservar y/o recuperar el estado de salud y para alcanzar la equidad sanitaria (45).

Siguiendo lo expresado al analizar los determinantes sociales de la salud, sobre todo de las poblaciones vulnerables como los inmigrantes, los servicios de salud por sí mismos influyen, pero no determinan el nivel de salud de los individuos. Sin embargo, se destinan para su funcionamiento y mantenimiento de los servicios asistenciales el mayor porcentaje del presupuesto. Los servicios de prevención y salud pública, con programas para la promoción de la salud y cuyos efectos se ven a largo plazo, han experimentado una reducción de su presupuesto y gasto. Como se puede apreciar en el Informe Anual de 2016 del Ministerio de Sanidad, Servicios Sociales e Igualdad sobre Gasto Sanitario (53), el gasto en servicios de asistencia curativa y de rehabilitación en el año 2014, fue de 55.393 millones de euros, más de la mitad del gasto sanitario total, el 57,9%. Le siguen, en volumen de gasto, los productos médicos dispensados a pacientes ambulatorios, con el

22,0%, el gasto en servicios de atención de larga duración, con el 9,1%, y el gasto en servicios auxiliares de atención de la salud, que supone un 4,9% del gasto sanitario total para el año 2014 (Tabla 5).

Tabla 5. Gasto Sanitario total según función de atención de la salud. En millones de euros. España, 2010 – 2014

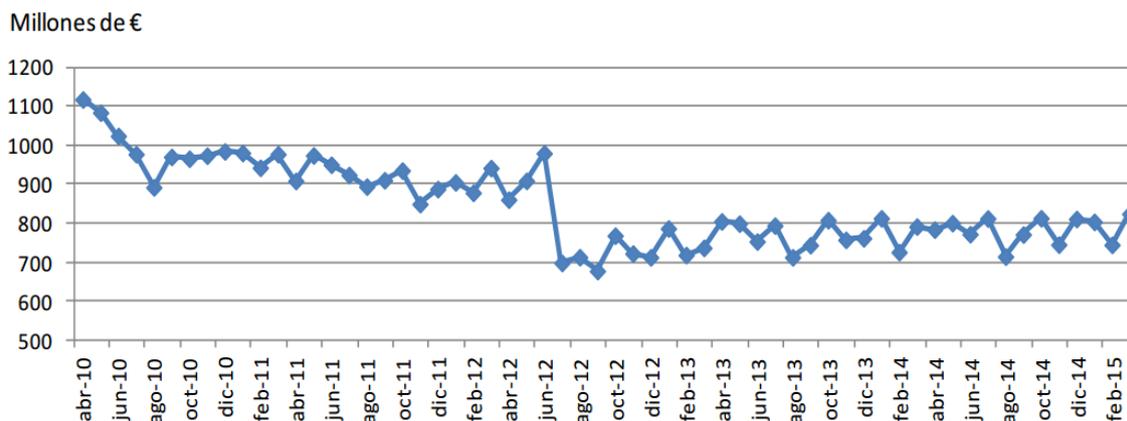
	2010	2011	2012	2013	2014
Servicios de asistencia curativa y de rehabilitación	56.156	56.773	55.627	53.553	55.393
Servicios de atención de larga duración	9.372	9.069	8.949	8.665	8.678
Servicios auxiliares de atención de la salud	5.006	5.025	4.808	4.550	4.700
Productos médicos dispensados a pacientes ambulatorios	21.764	21.227	20.313	21.209	21.074
Servicios de prevención y de salud pública	2.264	2.124	1.983	1.893	1.875
Administración de la salud y los seguros médicos	2.867	3.076	3.089	2.831	2.814
Formación de capital de instituciones proveedoras de atención de la salud	2.470	1.873	1.405	1.156	1.188
Gasto sanitario total	99.899	99.167	96.174	93.856	95.722

Fuente: Ministerio de Sanidad, Servicios Sociales e Igualdad. Gasto Sanitario Informe Anual del Sistema Nacional de Salud 2016 (53).

En los presupuestos de los servicios de salud, están incluidos los gastos de infraestructura, de personal, equipos médicos, materiales, productos sanitarios y los medicamentos. El gasto en medicamentos en el año 2008 supuso el 21% del presupuesto destinado a salud. Este gasto ha experimentado una reducción a partir del año 2012, que coincide con la aplicación del Real Decreto Ley 16/2012 del 20 de abril (54), de medidas urgentes para garantizar la sostenibilidad del Sistema Nacional de Salud y mejorar la calidad y seguridad de sus prestaciones (RDL 16/2012), que supuso la exclusión sanitaria de la población inmigrante sin tarjeta de residencia y retiró algunos medicamentos de la financiación con recetas del SNS.

En el Gráfico 17 se observa el efecto que tuvo en el gasto público farmacéutico la aplicación del RDL16/2012. Como señala Henríquez (55) desde abril de 2010 hasta julio del 2012, el gasto medio fue alrededor de 948.10 millones de euros y a partir de Julio de 2012 se observa un gasto medio de 764 millones de euros. Se aprecia por tanto que tras la reforma y el copago se ha producido una reducción brusca en el gasto de farmacia, de 980 millones a menos de 700 millones de euros en un mes. Desde esa fecha el gasto a nivel nacional está alrededor de los 764 millones de euros siendo probable que la vigencia del RDL 16/2012, tenga algo de responsabilidad en estos nuevos datos.

Gráfico 17. Evolución del gasto público farmacéutico, España 2010-2015



Fuente: Henríquez Torres M. Estudio de la evolución de la financiación pública de los medicamentos en España con especial atención a los efectos de la reforma del copago. Universidad de La Laguna. España 2015.

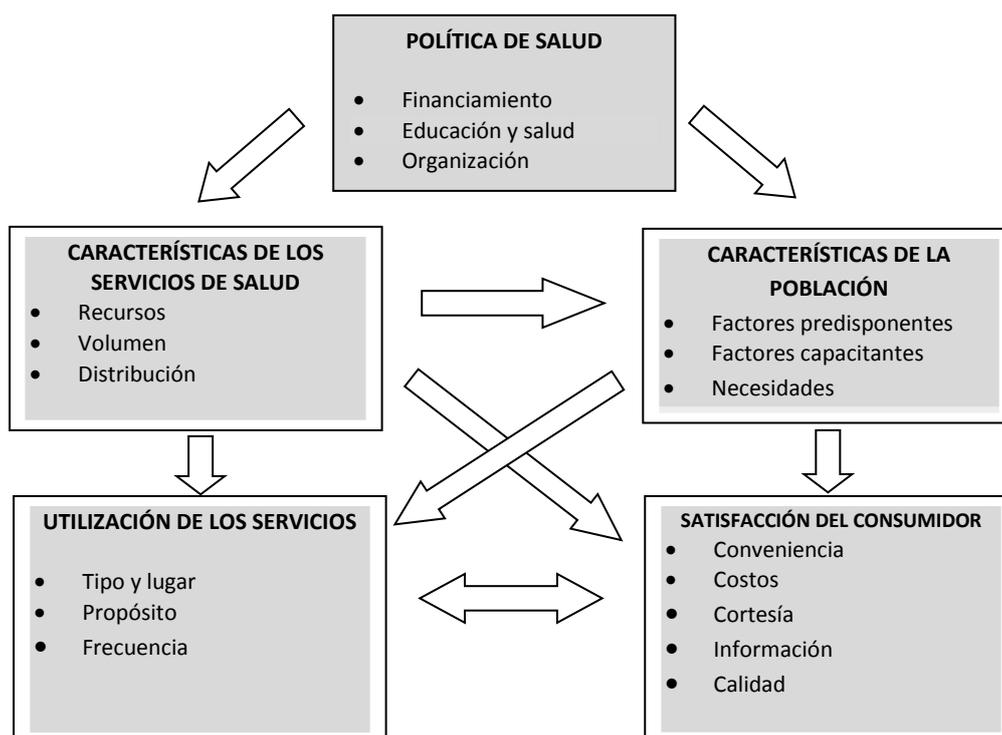
8.1. Acceso a los servicios de salud

El acceso a los servicios de salud hace referencia al proceso mediante el cual puede lograrse que una necesidad de atención bien sea por el deterioro en el estado de salud o por un diagnóstico sobre el mismo, y la promoción de su mejoramiento, se satisfaga completamente (56). Está relacionado con situación administrativa, el idioma, el género, la situación ocupacional, el nivel de ingresos, lugar de residencia, la edad, el grupo étnico al que pertenece, los valores culturales (57), en suma, factores que condicionan la percepción de su salud que tiene el individuo, así como la forma de relacionarse con los centros sanitarios (58) y de utilización de los recursos (59). Algunos autores señalan que la relación del inmigrante con el sistema sanitario español está marcada por la distinta concepción de salud que posee por su cultura (60), por la relación previa con el sistema sanitario del país de origen (61) y por factores socioeconómicos distintos a la necesidad de atención (62), entre otros.

Uno de los modelos teóricos más utilizados para el análisis del acceso a la atención de salud es el modelo de Aday y Andersen (63,64) (Gráfico 18). Estos autores consideran el acceso como el uso real de los servicios de salud, analizando los factores relativos a la población, a los servicios de salud y a las relaciones que se establecen entre ellos que facilitan o impiden su uso. Es decir, se considera que el acceso a los servicios de salud involucra, además de la disponibilidad de los recursos, la relevancia, oportunidad y adecuación de estos, con las necesidades de atención de la población (54). Por ello se

analiza el tipo de servicio que recibe el paciente, el lugar de la atención, el motivo de la consulta y los resultados de la atención. También analiza los determinantes relativos a la población: enumera las características en factores predisponentes (como edad, sexo, aspectos genéticos, nivel socioeconómico, entre otros), factores capacitantes (como el nivel educativo, capacidad de poder transitar por los servicios de salud), y necesidades (como perciben la salud y cuándo y cómo tienen necesidad de asistencia sanitaria). Es decir, aspectos sociodemográficos, creencias, actitudes y conocimientos sobre el sistema de salud, situación laboral, cobertura sanitaria que originan una necesidad de atención de salud y buscar y utilizar los servicios sanitarios. Por último, lo relativo a los servicios: tipo, organización, disponibilidad y las políticas sanitarias que lo influyen. Por tanto, el acceso a los servicios de salud es más complejo que disponer de una infraestructura y personal sanitario disponible para brindar atención sanitaria.

Gráfico 18. Modelo de Acceso a la Salud según Aday y Andersen



Siguiendo el modelo propuesto y, en base a la situación de la población inmigrante y a los factores antes expuestos, se puede añadir que el acceso a los servicios de salud estaría condicionado por la tenencia de la tarjeta sanitaria, el idioma, los patrones culturales relativos a la enfermedad y su tratamiento, a la percepción de salud, la gestión

de la necesidad de asistencia sanitaria y la relación con los servicios de salud de sus países de origen así como su patrón de morbilidad, que daría como resultado la presencia de diferencias en la atención de salud.

8.2. Utilización de los servicios de salud

La utilización de los servicios de salud constituye un proceso dinámico, social y complejo que pone en contacto a la población con el personal de salud, con el objetivo de satisfacer una necesidad de salud determinada (65). Es decir, la necesidad de atención percibida se hace efectiva al utilizar algún servicio de salud. En este contacto convergen, no sólo la necesidad de atención manifestada en términos de enfermedad, sino también factores individuales y contextuales (66) como la experiencia del individuo, sus aspectos culturales y sobre todo la organización de los servicios de salud. En ese sentido, la utilización de los servicios de salud es una expresión o forma de medir el acceso a los mismos.

Por ello, el estudio sobre la utilización de los servicios de salud por los diferentes grupos sociales genera interés, sobre todo cuando se trata de poblaciones más desfavorecidas como la población inmigrante, desconocedora, durante los primeros años de residencia en el país destino, de la organización de los servicios sanitarios. Existen evidencias de que el proceso de utilización se encuentra diferenciado socialmente y es explicado en buena parte por la existencia de desigualdades sociales en salud. En esa línea, la situación económica de los países incide en la disponibilidad y accesibilidad de los servicios de salud y la población determina la utilización de acuerdo con sus necesidades de salud (67). Así, se explica que hay individuos que acuden a los cauces normalizados de la atención de salud, mientras que otros acuden directamente a servicios más especializados para cuya visita no existe justificación médica. Por ejemplo, en vez de ir a los centros de salud para una consulta que podría ser resuelta en ese servicio de salud, acuden directamente a los servicios de urgencias hospitalarias. Por tanto, los motivos por los cuales una persona decide acudir a un servicio de salud van más allá de la carga de morbilidad que pueda estar padeciendo, y está relacionado con las necesidades sentidas del individuo, así como por factores inherentes a los servicios, por ejemplo, la distancia geográfica, horario, ratio médico o profesional sanitario-habitantes, como también de los proveedores de los servicios (66).

El estudio de acceso a los servicios de salud de población inmigrante se ha realizado principalmente en países de mayor tradición inmigrante. En esos estudios se detalla que tanto la morbilidad como el diagnóstico y tratamiento varía según grupo étnico al que se pertenece. No obstante, siempre es menor en poblaciones vulnerables o inmigrantes respecto a la población origen, como en Holanda (68,69,70), Canadá (71), Estados Unidos (aunque no se puede comparar con España por diferencias en la cobertura de los servicios de salud).

9. Acceso a medicamentos como acceso y utilización de los servicios de salud

Según la actual normativa española, Ley de Garantías y Uso Racional de los Medicamentos y Productos Sanitarios (Ley 29/2006) (72), se define como medicamento de uso humano a “ (...) *toda sustancia o combinación de sustancias que se presente como poseedora de propiedades para el tratamiento o prevención de enfermedades en seres humanos o que pueda usarse en seres humanos o administrarse a seres humanos con el fin de restaurar, corregir o modificar las funciones fisiológicas ejerciendo una acción farmacológica, inmunológica o metabólica, o de establecer un diagnóstico médico*”. Es decir, los medicamentos tienen propiedades preventivas, curativas y de diagnóstico pudiendo ser utilizados en una serie de circunstancias individuales y colectivas con el objetivo de mantener, recuperar y promover la salud de las personas. Los medicamentos poseen características particulares con respecto a otros insumos sanitarios, además pueden ser utilizados por decisión autónoma del individuo, recomendación de quien lo dispensa o por indicación del médico prescriptor en los servicios de salud de cualquier nivel de atención. Desde que existe una necesidad de salud percibida puede existir la búsqueda de atención de salud y de medicamentos en el entorno familiar o comunitario, y/o en los servicios de salud. Así, la demanda de medicamentos puede ser o no satisfecha, ya sea en el interior del sistema de salud o fuera de este (73), y cobran importancia las redes familiares y sociales, la búsqueda de medicamentos por otros cauces no habituales, como Internet y otros agentes de salud, entre otros. Por otro lado, cuando la demanda de medicamentos es satisfecha después de una atención sanitaria, es decir, cuando existe la prescripción médica del medicamento, el individuo puede tener uno de estos tres comportamientos: acudir a un dispensador del medicamento (generalmente oficina de farmacia comunitaria) quien realiza la dispensa sin costo o pagando y consumir el medicamento; obtener el medicamento sin costo o pagando pero no consumirlo (por

alguna razón); y por último no acudir al dispensador para la provisión, no obtener el medicamento y por tanto no consumirlo, es decir no seguir la indicación médica. Las razones que motivan estos comportamientos deben ser estudiados, sobre todo en la población inmigrante.

El estudio sobre acceso a los medicamentos es relevante porque se puede considerar un indicador sociosanitario de la población que expresa en muchos casos las posibilidades de recuperar el nivel de salud cuando este se ha deteriorado (74). Esta circunstancia es especialmente relevante cuando se trata de enfermedades mentales, enfermedades crónicas y enfermedades infecciosas, en cuyo caso las dificultades en el acceso a los medicamentos y su consumo pueden agravar el estado del paciente y generar resistencias si no hay adhesión al tratamiento antibiótico, por ejemplo.

De otro lado los medicamentos pueden, eventualmente, ser causa de enfermedades, sobre todo cuando se hace un consumo inadecuado, tanto por exceso como por defecto, la automedicación, la existencia de polifarmacia que puede desencadenar interacciones medicamentosas indeseadas. La isoapariencia de los fármacos y envases que predisponen al error en la administración de estos y como consecuencia un efecto adverso. Cerca del 30% de todas las hospitalizaciones están relacionadas con el uso de medicamentos (enfermedades no tratadas, inadecuada selección del medicamento, reacciones adversas, incumplimiento, interacciones, uso de fármacos sin una indicación apropiada y sobredosis), y los costes asociados están creciendo rápidamente (75), situándolos entre las cinco primeras causas de morbilidad en el mundo desarrollado (76). Según datos manejados por la OMS, sólo en Estados Unidos los errores de medicación causan la muerte de una persona al día y dañan a 1,3 millones de personas al año. Así mismo, los eventos adversos por errores médicos se consideran la tercera causa de mortalidad. En países menos desarrollados se estima que el impacto es dos veces mayor en términos de años de vida saludable perdidos. El coste mundial asociado a los errores de medicación se estima en 42 miles de millones de dólares anualmente o en torno al 1% del gasto sanitario mundial (77).

En España en un estudio del año 2006 cuyo objetivo fue determinar la prevalencia de acontecimientos adversos por medicamentos (AAM) que causan ingreso hospitalario, detectaron 259 AAM, de ellos el 61,4% fueron potencialmente prevenibles. Dentro de los factores de riesgo para los AAM prevenibles fueron, la edad, automedicación, prescripción en atención primaria y uso de medicamentos de margen terapéutico estrecho. Los medicamentos implicados fueron AINEs y aspirina (32,5%), diuréticos (15,3%),

antihipertensivos (9,1%) (78).

Así mismo, en el año 2017 se publicó un informe que estimaba que el 10,1% de los pacientes que acuden a consultas en atención primaria, el 9,3% de los hospitalizados, el 40% de los ingresados en la unidad de cuidados intensivos y el 7,2% de los atendidos en urgencias hospitalarias sufren algún evento adverso (estudios APEAS, ENEAS, SYREC y EVADUR, respectivamente), y que también se producen en los centros sociosanitarios (estudio cualitativo EARCAS) (79).

A la vista de los datos sobre errores asociados a los medicamentos, la OMS lanzó una iniciativa mundial para reducir en un 50% y en 5 años, los daños graves y evitables asociados a estos. Es la llamada iniciativa Medicación Sin Daños que bajo el lema: “Prevenir los errores de medicamentos ahorra dinero y salva vidas”, constituye el tercer reto mundial de la Alianza Mundial de Seguridad del Paciente y se puso en marcha en marzo del 2017 (80).

Así pues, el consumo de medicamentos es un proceso complejo y multifactorial, influenciado por diversos determinantes y sus interacciones, entre los cuales tienen importancia los socioeconómicos. En esa línea, se estima que el 75% de la población mundial tiene acceso sólo al 25% de la oferta global de fármacos y esta cifra se duplica en las zonas más pobres de África y Asia (81). Observándose que en los estratos más pobres utilizan una menor cantidad de medicamentos a pesar de requerirlo en mayor cantidad (82).

En España hasta Julio del 2012 estaba vigente el RDL 2000 del 11 de enero sobre Derechos y Libertades de los Extranjeros en España y su Integración Social (83), esta Ley permitía acceder a los extranjeros al sistema sanitario público independiente de su condición administrativa, por tanto, la cobertura sanitaria era universal para todos los residentes en España durante su vigencia. La inscripción en el Padrón Municipal de Población del correspondiente distrito de residencia era el requisito para la obtención de la Tarjeta Sanitaria que les permitía acceder a los Servicios Sanitarios Públicos en igualdad de condiciones que los ciudadanos autóctonos. Para la obtención de medicamentos prescritos fuera del ámbito hospitalario y, por tanto, de dispensación en las farmacias comunitarias, tenían que realizar una aportación económica que iba desde el 0% para personas por enfermedades profesionales, con pensión no contributiva, afectados por el síndrome metabólico, entre otros; el 10% de los fármacos para tratamientos de enfermedades crónicas, al 40% en otros casos. Estaban exentos los jubilados, los pacientes hospitalizados y los individuos que sufrieron accidentes laborales. Aquellos con

seguro privado para la atención de salud pagaban la totalidad del medicamento y los afiliados a una mutua de funcionarios pagaban el 30% del medicamento (84), como puede observarse en la Tabla 6.

Tabla 6. Aportación de los usuarios al pago de medicamentos, antes y después de la aplicación del RD 16/2012, de 20 de abril de 2012

	Antes de aplicar el RD 16/2012 ⁵	Aplicado el RD (1 de Julio de 2012)	Variación en puntos porcentuales	Límite máximo de aportación mensual (€) ⁶
Usuarios cuya renta < 18.000€/año	40%	40%	0	No existe limite
Usuarios cuya renta entre [18.000€, 100.000€)	40%	50%	Δ10	No existe limite
Usuarios cuya renta ≥ 100.000€/año	40%	60%	Δ20	No existe limite
Pensionistas renta < 18.000€/año.	0%	10%	Δ10	8 €
Pensionistas cuya renta entre [18.000 y 100.000€)	0%	10%	Δ10	18€
Pensionistas cuya renta ≥ 100.000€/año	0%	60%	Δ60	60€
Personas perceptoras de rentas de integración social	40%	0%	Δ-40	0€
Personas perceptoras de pensiones no contributivas	0%	0%	0	0€
Afectados con síndrome tóxico y personas con discapacidad en los supuestos contemplados en su normativa específica	0%	0%	0	0€
Parados que han perdido el derecho a percibir el subsidio de desempleo	40%	0%	Δ-40	0€
Personas con tratamientos derivados de accidente de trabajo y enfermedad profesional	0%	0%	0	0€
Usuarios con tratamientos crónicos para los medicamentos pertenecientes a los grupos ATC y productos sanitarios de aportación reducida	10 %, con límite de 2,64€	10%	0	Límite por receta: 4,26€
Mutualistas y clases pasivas de MUFACE, ISFAS y MUGEJII	30%	30%	0	No existe limite

Fuente: Henríquez Torres M. Estudio de la evolución de la financiación pública de los medicamentos en España con especial atención a los efectos de la reforma del copago. Universidad de La Laguna. España 2015.

Otro factor relacionado con el consumo de medicamentos es la percepción y el estado de salud de las personas. Esta percepción está influenciada por la edad, sexo, tipo de enfermedades (agudas o crónicas). Se ha observado que la prescripción de

medicamentos aumenta con la edad y es mayor en mujeres que en hombres en un 10% aproximadamente (85). Como bien se desprende de los estudios de morbilidad y mortalidad desde una perspectiva de género, las mujeres viven más años que los hombres, pero con peor calidad de vida y salud. El género es un factor determinante de la salud de las personas (86,87) su importancia es fundamental y se recomienda realizar el análisis diferenciado entre hombres y mujeres. Así se establece una diferencia en el diagnóstico de enfermedades entre hombres y mujeres, indicando por ejemplo la diferencia en el diagnóstico y por tanto en el manejo de la enfermedad coronaria, infartos de miocardio, entre otros. Se ha descrito que tanto la presentación de los infartos en las mujeres es diferente al de los varones, con diferencias en el diagnóstico y en el manejo (88). Existen también diagnósticos más prevalentes en las mujeres como los síntomas mal definidos, que pueden encerrar enfermedades y/o necesidades psicológicas, o de otro tipo que se tratan como problemas psicológicos y para los cuales, en ocasiones, no se solicitan pruebas complementarias para confirmar el diagnóstico.

10. Estudios en población inmigrante en España

En España se han realizado múltiples estudios sobre el estado de salud de los inmigrantes, percepción de salud, motivos de consulta (89), acceso y utilización de los servicios sanitarios, que coincidieron con el incremento de la población inmigrante. Estos estudios obtuvieron resultados divergentes y contradictorios y muestran un desarrollo heterogéneo en relación a las metodologías y terminologías utilizadas (33), sobre todo en la definición y clasificación de la población inmigrante (60), objeto de estudio y uso de fuentes de datos y población estudiada. El estudio de Villarroel y Artazcoz (90) con datos de la ENSE 2006, analizó las diferencias del estado de salud percibido entre población española y población inmigrante de los siete países con mayor población residente en España y encontraron diferencias en la salud autopercebida según país de nacimiento y sexo. Los hombres nacidos en Argentina y Colombia informaron mejor salud autopercebida que los hombres españoles mientras que los nacidos en Ecuador, Perú, Marruecos y Bolivia declararon peor percepción de salud. En cuanto a las mujeres, el patrón de salud autopercebida era diferente, no habiendo diferencias entre las mujeres españolas, peruanas y argentinas, y sí las hubo entre las mujeres de Bolivia, Ecuador, Marruecos y Rumanía quienes reportaron peor estado de salud que las mujeres españolas. Mientras el estudio de Cid *et al.* (91) realizado con inmigrantes que acuden a un Centro de Salud Municipal en Toledo, encontró que éstos refieren una peor percepción de su salud en la

dimensión ansiedad/depresión que la población general española. Otro estudio sobre calidad de vida relacionada con la salud entre inmigrantes latinoamericanos e individuos nacidos en España que acuden a centros de Atención Primaria, encontraron que los hombres jóvenes mostraron mejor salud física. En el caso de las mujeres, además de la edad, el apoyo social y el estado civil fueron significativos, mientras que la exposición a la violencia política se asoció significativamente con el componente de salud mental (92).

Así mismo, en el estudio llevado a cabo en un Centro de Salud del Ayuntamiento de Madrid (93) con 1.496 inmigrantes “sin papeles” encontró que las tres primeras causas de consulta fueron: infección respiratoria aguda con el 18%, trastornos depresivos y dolor de espalda con el 11%, respectivamente. Este resultado está en consonancia con otro realizado en Cataluña, que señala que los trastornos depresivos originaron la segunda causa de consulta en inmigrantes “sin papeles” (94). Los motivos de consulta no difieren de la población española más bien enfatiza que el alto porcentaje de sintomatología mal definida, pueden ser somatizaciones, trastornos de adaptación y enmascarar enfermedades o trastornos mentales como expresión de la elaboración inadecuada del duelo por la inmigración y por enfermedades laborales. El estudio comparativo realizado en el Hospital Clínico en febrero del 2004 con población inmigrante y autóctona que acude al servicio de urgencias (95), concluye que la población inmigrante que acude representa el 6,4% de las consultas atendidas y no difiere en sus patologías y en el destino final de los pacientes autóctonos. Corroboran estos resultados los obtenidos en el estudio de Carrasco-Garrido (96) realizado con datos de la Encuesta Nacional de Salud (ENS) del 2003 donde encontró que la población inmigrante padece enfermedades que son similares a los de la población autóctona.

10.1. Estudios sobre utilización de servicios de salud por la población inmigrante en España

En cuanto a utilización de servicios, el estudio comparativo realizado por Junyent *et al.* entre la población inmigrante y autóctona que acude al servicio de urgencias (95), concluye que la población inmigrante representa el 6,4% de las urgencias atendidas y no difiere, en sus patologías y en el destino final, de los pacientes autóctonos. Corroboran estos resultados los obtenidos en el estudio de Carrasco-Garrido *et al.* (96) realizado con datos de la Encuesta Nacional de Salud (ENS) del 2003 donde encontró que la población inmigrante padece enfermedades similares a la población autóctona y en cuanto a

utilización de servicios sanitarios encontró que era variable: menor número de hospitalizaciones, mayor uso del servicio de urgencias y utilización similar de la atención primaria; mientras que el estudio de Regidor *et al.* (58) con encuestas regionales de Cataluña, Valencia, Madrid y Canarias y realizadas en el año 2005, señalan que el uso de los servicios de médico general o Atención Primaria es muy similar o ligeramente inferior al de la población española; sin embargo, por zonas de procedencia y lugar de residencia, en Madrid la población africana utiliza más este recurso, mientras que Valencia el uso de los servicios de urgencias es un 36% mayor en inmigrantes que en españoles.

Otro estudio regional (97), realizado en la Comunidad de Madrid utilizando la Encuesta Regional de Salud de Madrid 2007 y con una muestra de 12.190 individuos, encontró que la gran mayoría de los inmigrantes disfrutaban de la cobertura del sistema público, pero casi un 3% de los residían menos de 5 años en España y casi un 1% de los que llevaban más tiempo, no tienen cobertura sanitaria.

10.2. Consumo de medicamentos por la población inmigrante en España

Los estudios sobre consumo de medicamentos por la población inmigrante son escasos en España. Los que se han realizado, encuentran resultados divergentes y contradictorios y sobre todo se han publicado coincidiendo con el rápido crecimiento de esta población (96,98,99). Aunque la mayoría de las investigaciones publicadas son descriptivos e incluso engloban a la población inmigrante como un todo homogéneo (100), se observa un interés por desagregar el origen de los inmigrantes y aspectos como salud percibida (90), utilización de servicios de salud, salud mental, entre otros; además de realizar los estudios en algunas comunidades autónomas como Aragón (101), Cataluña, País Vasco, Murcia, Andalucía o Madrid.

En los países con mayor tradición de población inmigrante internacional, tanto en Europa como en otros lados del mundo, son más frecuentes y probablemente respondan a la implantación de políticas públicas, tanto en el conocimiento como en la atención de este importante segmento de población (102). Además, se observa similitud en el tratamiento a los inmigrantes, al considerarlos minorías étnicas poblaciones vulnerables (66). Por otro lado, la existencia de diferencias en los sistemas nacionales de salud condiciona la atención de salud, haciendo emerger las desigualdades sociales, no solo en el acceso a los servicios de salud que, desde los organismos internacionales como Naciones Unidas,

especialmente a través de la OMS, OIM, UNFPA, abogan por la reducción y/o eliminación (15,103).

Por otro lado, al observar el gasto farmacéutico anual de la población inmigrante, éste varía en relación con el seguro que dispongan, la cobertura de este, la tenencia de la tarjeta sanitaria, la financiación de los medicamentos y la compra de los medicamentos sin receta, en cuyo caso deberá pagar el costo en su totalidad (104).

En el caso de la automedicación, la Organización Mundial de la Salud define la automedicación como la “selección y el uso de los medicamentos por parte de las personas con el propósito de tratar enfermedades o síntomas que ellos mismos pueden identificar” (105). Es decir, es la situación en la que los pacientes consiguen y utilizan medicamentos sin participación del médico en la prescripción ni en la supervisión del tratamiento (106), es una práctica muy extendida en el mundo que ha generado que sea vista también con cierta preocupación, sobre todo por las potenciales consecuencias derivadas de un mal uso (107). Estas consecuencias pueden ser directas en la salud del individuo y consecuencias indirectas a nivel comunitario, sobre todo cuando se refiere al uso de antibióticos y otros medicamentos que precisan receta médica. Esta circunstancia se acentúa por el creciente reemplazo de medicamentos vendidos sólo con receta por especialidades sin receta médica (OTC: “over the counter”) (108).

Sin embargo, la OMS, añade otro concepto, la automedicación responsable, considerando que es “la práctica mediante la cual las personas tratan sus dolencias y afecciones con el uso de medicamentos autorizados, disponibles sin necesidad de prescripción y que son seguros y eficaces si se los emplea según las indicaciones” (109). Así mismo, desde hace unos años aboga por un espacio adecuado para la automedicación en sociedades desarrolladas incorporando como un aspecto más de la educación para la salud en la población, la necesidad de formación en el uso correcto de los medicamentos (110), y reconociéndola como una forma de autocuidado, suponiendo potenciales beneficios para las personas.

En España, antes de la entrada en vigor del RDL 16/2012 existía teóricamente un acceso total a los servicios de salud por la garantía de una cobertura total de asistencia sanitaria, incluido al acceso a medicamentos, para la población inmigrante. Según el artículo 12 de la Ley Orgánica 4/2000 de derechos y libertades de los extranjeros en España (83) los inmigrantes tenían:

“Artículo 12. Derecho a la asistencia sanitaria.

- 1. Los extranjeros que se encuentren en España, inscritos en el padrón del municipio en el que tengan su domicilio habitual, tienen derecho a la asistencia sanitaria en las mismas condiciones que los españoles.*
- 2. Los extranjeros que se encuentren en España tienen derecho a la asistencia sanitaria pública de urgencia por enfermedad grave o accidente, cualquiera que sea su causa, y a la continuidad de dicha atención hasta la situación de alta médica.*
- 3. Los extranjeros menores de dieciocho años que se encuentren en España tienen derecho a la asistencia sanitaria en las mismas condiciones que los españoles.*
- 4. Las extranjeras embarazadas que se encuentren en España tienen derecho a la asistencia sanitaria durante el embarazo, parto y postparto.”*

Las únicas excepciones venían representadas por aquellas personas que carecían de pasaporte y que, en consecuencia, no podían ser empadronadas por lo que el acceso al sistema sanitario quedaba limitado a los servicios de urgencias. A las mujeres en periodo de embarazo, parto y postparto y a los menores se les reconocía la asistencia en todos los casos.

Por tanto, como se ha mencionado anteriormente, el acceso a los servicios sanitarios de la población inmigrante tenía base legal y cobertura universal a todas las prestaciones sanitarias. Pero y, a pesar de ello, los estudios publicados muestran que el teórico acceso total no es real, que hay diferencias en el uso de servicios sanitarios y consumo de medicamentos entre población inmigrante y autóctona. Es probable que esas diferencias estén asociadas a características de la población inmigrante, tanto personal como familiar como la percepción del estado de salud, presencia de enfermedades, comportamiento en la búsqueda de servicios de salud, características sociales, idioma, nivel de desarrollo económico del país de origen, tiempo de residencia en España, clase social, apoyo social, entre otros; además de los aspectos derivados de la organización de los servicios de salud. Este abordaje supone considerar la heterogeneidad de la población inmigrante sobre todo referido al país de origen, situación administrativa, necesidad de atención de salud, situación socioeconómica y tiempo de residencia en España.

II. Justificación del tema de investigación

Desde diversos organismos internacionales se recomienda abordar la situación de salud de los inmigrantes. Los tratados internacionales sobre derechos humanos establecen el derecho de toda persona a gozar del mayor grado de salud física y mental posible, al igual que ocurre con los principios de igualdad y no discriminación (15). Por ello señala que los sistemas y las políticas de salud tengan en cuenta el derecho a la salud de los inmigrantes independiente de su condición jurídica. En ese sentido, recomiendan garantizar la normalización y la comparabilidad de los datos sobre la salud de los migrantes, y facilitar la correcta desagregación y recopilación de la información sanitaria de este colectivo (104).

Por otro lado, a pesar de la crisis económica, la situación demográfica española mantiene un porcentaje importante de población inmigrante, diversa desde su origen hasta su condición en España. En este escenario se precisa disponer de más información demográfica, socioeconómica, sanitaria y epidemiológica de esta población, tratando de seguir las recomendaciones en cuanto a homogenizar la definición de términos, las metodologías utilizadas, desagregación por país de origen y ahondar sobre factores determinantes de la salud. Considerando además que la heterogeneidad del colectivo en relación a su situación socioeconómica, características demográficas y culturales entre sí y respecto a la población autóctona, pueden condicionar su percepción de salud y por tanto el acceso y utilización de los servicios sanitarios y de forma específica el consumo de medicamentos.

La importancia de los medicamentos como determinante de la salud, ha quedado demostrada sobre todo en la prevención de enfermedades y en el tratamiento de otras, sobre todo en patologías crónicas y en poblaciones vulnerables como los inmigrantes. Aunque la investigación en Salud Pública e inmigración ha aumentado en los últimos años, son escasas las publicaciones científicas que aborden las características del consumo de medicamentos en este colectivo de la población que reside en nuestro país. Por ello planteamos esta investigación utilizando fuentes disponibles de ámbito nacional como las Encuestas Nacionales de Salud cuya periodicidad, permite analizar la evolución de los indicadores a nivel nacional y comparar los datos con los países de nuestro entorno, posibilitando la oportunidad de observar y estudiar la evolución temporal de los factores determinantes de la salud, estado de salud y uso de los medicamentos en la población inmigrante y compararla con la población española, enfatizando en algunos determinantes

sociales como clase social, tiempo de residencia en España, género, país de origen según la clasificación del Fondo Monetario Internacional (FMI), entre otros. El hecho de tener muestras pequeñas para determinados países de origen, no permite un análisis específico por país, pero una agregación por nivel de desarrollo económico, más que por agregación geográfica, puede ofrecer resultados más cercanos a la realidad y contribuir a ampliar la información utilizando un modelo explicativo del patrón de consumo de medicamentos, identificar necesidades y prioridades a fin de diseñar políticas sanitarias eficaces y asignación de recursos, aun en un contexto de crisis económica, que contribuyan a la equidad sanitaria entre todas las personas residentes en España.

III. Hipótesis

Hipótesis de trabajo:

La prevalencia del consumo de medicamentos por la población inmigrante residente en España es menor que el consumo por la población autóctona y está asociado a características socioeconómicas, perfil de salud, percepción de salud, apoyo social y a la utilización de servicios sanitarios.

IV. Objetivos

1. Objetivo general

Describir la prevalencia e identificar los factores asociados a los patrones de consumo de medicamentos, tanto prescritos como automedicados, en la población inmigrante residente en España, así como evaluar la evolución temporal de dicho consumo en comparación con la población autóctona utilizando los datos de la Encuesta Nacional de Salud españolas de las ediciones del 2006 y 2011.

2. Objetivos específicos

1. Utilizando las Encuesta Nacional de Salud de España de los años 2006 y 2011, determinar la prevalencia y describir los patrones de consumo de medicamentos prescritos y automedicados por la población inmigrante residente en España, durante el periodo de tiempo del 2006 al 2011, según variables relacionadas con:
 - a. Características socioeconómicas: clase social, ocupación, nivel de estudios, apoyo social percibido y características demográficas: edad, género, estado civil.
 - b. Condición de inmigrante: país de procedencia y tiempo de residencia en España.
 - c. Comorbilidad general, percepción de la salud, estilos de vida y utilización de recursos sanitarios.

2. Determinar los factores que se asocian de forma independiente a los patrones de consumo de medicamentos prescritos y automedicados, identificando los cambios producidos en España en el periodo estudiado (2006-2011) utilizando las Encuestas Nacionales de Salud de las ediciones 2006 y 2011.
3. Analizar la evolución temporal, en el período del 2006 y 2011, de los factores que se asocian de forma independiente a los patrones de utilización de medicamentos prescritos y automedicados en los inmigrantes residentes en España y población autóctona.

V. Metodología

1. Tipo de estudio

Es un estudio epidemiológico descriptivo transversal y de ámbito nacional, realizado utilizando datos de las Encuestas Nacionales de Salud de España (ENS) para los años 2006 (111) y 2011 (112).

2. Población diana

Todos los sujetos de ambos sexos de 16 años y más no institucionalizados y residentes en España en viviendas familiares principales durante el periodo de recogida de datos para la ENS 2006, y mayores de 15 años para la ENS 2011.

3. Tipo de muestreo

Para ambas Encuestas se realizó un muestreo polietápico estratificado probabilístico. En la primera etapa se seleccionaron secciones censales, en la segunda etapa se seleccionaron los hogares y en una tercera etapa se seleccionó a una persona adulta que estaba registrado en ese hogar para responder la entrevista.

Las unidades de primera etapa se agruparon en estratos de acuerdo con el tamaño del municipio al que pertenecía la sección. Se consideraron los siguientes estratos:

Estrato 0: Municipios de más de 500.000 habitantes.

Estrato 1: Municipio capital de provincia (excepto los anteriores).

Estrato 2: Municipios con más de 100.000 habitantes (excepto los anteriores).

Estrato 3: Municipios de 50.000 a 100.000 habitantes (excepto los anteriores).

Estrato 4: Municipios de 20.000 a 50.000 habitantes (excepto los anteriores).

Estrato 5: Municipios de 10.000 a 20.000 habitantes.

Estrato 6: Municipios con menos de 10.000 habitantes.

4. Tamaño de la muestra

Para la ENS 2006, se seleccionó una muestra aproximada de 31.300 viviendas distribuidas en 2.236 secciones censales. La muestra se distribuyó entre Comunidades Autónomas asignando una parte uniformemente y otra de forma proporcional al tamaño de las Comunidades. El número de viviendas seleccionadas en cada sección censal fue de

14. En total se realizaron 29.478 entrevistas a adultos de 16 años y más de edad. La tasa de respuesta fue del 96,1% (la tasa de respuesta de la selección aleatoria inicial del 64,6% y se logró sustituir al 31,5% de la selección inicial).

Para la ENS 2011, se seleccionó una muestra aproximada de 24.000 viviendas distribuidas en 2.000 secciones censales. La muestra se distribuyó entre Comunidades Autónomas asignando una parte uniformemente y otra de forma proporcional al tamaño de la Comunidad. El número de viviendas seleccionadas en cada sección censal es de 12. Se realizaron un total de 21.007 entrevistas a adultos de 15 años y más de edad. La tasa de respuesta fue del 89,6% (la tasa de respuesta de la selección aleatoria inicial del 61,4% y se logró sustituir al 28,2% de la selección inicial).

5. Fuente de datos

Se utilizaron fuentes secundarias: entrevistas procedentes de las ENS de 2006 y 2011. (Anexo 1 y Anexo 2, respectivamente).

La ENS, es un estudio realizado desde 1987 por el Ministerio de Sanidad, Política Social e Igualdad (MSPSI) y por el Instituto Nacional de Estadística (INE) de periodicidad quinquenal. Las Encuestas recogen información sanitaria relativa a toda la población sobre el estado de salud, los determinantes personales, sociales y ambientales que determinan la salud y el uso de los servicios sanitarios y comparten un grupo de variables armonizadas. A lo largo de las ediciones la ENSE se ha ido modificando, incorporando determinantes: medioambiente físico y social de las personas; nuevas variables y dimensiones relacionadas con la salud como lo referido a salud mental a fin de detectar y medir las desigualdades de salud, especialmente en relación con el género y la clase social (ENS 2006). Así mismo las ENSE incluyen tres cuestionarios: de menores, adultos y de hogar.

El cuestionario de adultos de la ENS 2006 estuvo elaborado para investigar dimensiones y determinantes de la salud como: información sobre trabajo reproductivo, estado de salud y enfermedades crónicas, accidentes, restricción de la actividad, consumo de medicamentos, salud mental, estrés laboral, acceso y utilización de los servicios sanitarios, hábitos de vida, prácticas preventivas, agresiones, discriminación, características físicas y sensoriales, limitaciones para realizar las actividades de la vida diaria, apoyo afectivo y personal y función familiar.

Mientras que el cuestionario de adultos de la ENS 2011, adoptó la estructura modular para las variables de salud, dividiendo el cuestionario en tres módulos según las

dimensiones investigadas: **estado de salud**: estado de salud y enfermedades crónicas, accidentalidad, calidad de vida relacionada con la salud, restricción de la actividad, limitaciones para realizar las actividades de la vida diaria, limitación sensorial auditiva y visual, salud mental y estrés laboral; **asistencia sanitaria**: acceso y utilización de los servicios sanitarios, necesidades no cubiertas, tipo de seguro, consumo de medicamentos y prácticas preventivas generales y de la mujer; y, **determinantes de la salud**: características físicas, consumo de tabaco y alcohol, exposición al humo del tabaco, descanso y ejercicio físico, alimentación, higiene dental, apoyo afectivo y personal y trabajo reproductivo.

6. Recolección de datos

Para la ENS 2006 los datos fueron recogidos entre junio del 2006 y junio de 2007 mediante entrevista. Para la ENS 2011 las entrevistas individuales se realizaron entre julio de 2011 y junio de 2012. Todas las entrevistas fueron realizadas en el domicilio de las familias seleccionadas.

7. Variables de estudio

7.1 Variables dependientes

1. **Consumo de medicamentos prescritos**: Los entrevistados debían responder a la pregunta: “*Durante las últimas 2 semanas, ¿ha consumido algún medicamento que le fuera recetado o recomendado por un médico? Por favor, tenga en cuenta los suplementos dietéticos y vitaminas*” la respuesta era dicotómica: “Sí” o “No”. Las encuestas contienen una lista de medicamentos que pueden ser consumidos habitualmente por la población.
2. **Consumo de medicamentos no prescritos o automedicación**: Respondieron a la pregunta: “*Durante las últimas 2 semanas, ¿ha consumido algún medicamento o suplementos dietéticos o hierbas medicinales o vitaminas que no fueran recetadas o recomendadas por un médico?*”, la respuesta fue dicotómica: “Sí” o “No”.

7.2 Variables independientes

1. Relativo a la condición de inmigrante

1. **País de nacimiento**, el entrevistado responde a la pregunta: “*¿Cuál es su país de nacimiento?*”, las alternativas de respuesta son “*España*” y “*extranjero*” en cuyo caso debe especificar el país de nacimiento.

2. **Años residiendo en España**, debe responder a la pregunta: “¿Cuántos años lleva residiendo en España?”, la respuesta es cuantitativa nominal. Esta pregunta sólo está disponible en la ENS 2011. Se categorizaron en: menos o igual a 5 años, de 6 a 10 años y más de 10 años, teniendo en cuenta las recomendaciones de Malmusi (4), y apoyándonos en la teoría del “efecto del inmigrante sano”, explicada anteriormente.

Para desagregar la categoría de inmigrante se utilizó la clasificación de países según el Fondo Monetario Internacional (FMI) (113), que clasifica a los países según el grado de desarrollo económico en Países de Renta Alta (PRA) y Países de Renta Baja (PRB). Esta clasificación permite una comparación más completa al considerar a la población inmigrante como no homogénea, sino que se añaden el nivel de renta de los países originarios de la población inmigrante, más si consideramos que más de tres cuartas partes de los inmigrantes internacionales se dirigen a un país con un nivel de desarrollo humano superior al de su lugar de origen (6). Así los países estarán clasificados según su nivel de económico permitiendo un análisis más exhaustivo de la población inmigrante que reside en España. Como es el caso de Rumanía, que ocupa el primer lugar de país emisor de inmigrantes a 2013 y aunque desde enero del 2007 es miembro de la UE, es un país menos favorecido en términos de desarrollo económico.

2. Características sociodemográficas y socioeconómicas:

1. **Sexo:** la respuesta fue dicotómica: “hombre” o “mujer”.
2. **Edad:** Los datos se recogen como variable continua y se ha categorizado en variable cualitativa ordinal en grupos de edad (16-34, 35-44, 45-64, 65-74 y más de 75 años).
3. **Estado civil:** Las encuestas contemplan las categorías: soltero/a, casado/a, viudo/a y separado/a legalmente y divorciado/a. Se dicotomizó en “soltero/a” o “casado/a”.
4. **Nivel de estudios:** Se considera una medida de posición económica y en el caso de la población inmigrante se obtiene en el país de origen. Las encuestas consideran: No procede; No sabe leer o escribir; Menos de 5 años en escuela primaria; Fue 5 o más años a Primaria, pero no terminó; ESO, EGB, Bachillerato elemental; Estudios Bachillerato; Enseñanzas profesionales de grado medio o equivalentes; Enseñanzas profesionales de grado superior o equivalentes; Estudios universitarios o equivalentes; y No sabe. Estas categorías se agruparon en: no sabe leer y escribir (2), estudios primarios (3, 4), estudios secundarios (5, 6, 7 y 8) y estudios universitarios (9).

5. **Clase social:** Basada en la actividad del sustentador principal. Las categorías de esta variable se han extraído de la propuesta efectuada por el Grupo de Trabajo de Determinantes de la Sociedad Española de Epidemiología SEE (114) donde se asigna la clase social según la ocupación y se clasifican en 6 clases:

I: Directores, gerentes de establecimientos de 10 o más asalariados y profesionales tradicionalmente asociados a licenciaturas universitarias

II: Directores, gerentes de establecimientos de menos de 10 asalariados y profesionales tradicionalmente asociados a diplomaturas universitarias y a otros profesionales de apoyo técnico. Deportistas y artistas

III: Ocupaciones intermedias y trabajadores por cuenta propia

IV: Supervisores y trabajadores en ocupaciones técnicas cualificadas

V: Trabajadores cualificados del sector primario y otros trabajadores semicualificados

VI: Trabajadores no cualificados

Esta variable se ha en variable transformado a variable dicotómica siendo los grupos: Clase social Directivos (I: Directores, gerentes de establecimientos de 10 o más asalariados y profesionales tradicionalmente asociados a licenciaturas universitarias; II: Directores, gerentes de establecimientos de menos de 10 asalariados y profesionales tradicionalmente asociados a diplomaturas universitarias y a otros profesionales de apoyo técnico; Deportistas y artistas; III: Ocupaciones intermedias y trabajadores por cuenta propia); y Clase Manual (IV: Supervisores y trabajadores en ocupaciones técnicas cualificadas; V: Trabajadores cualificados del sector primario y otros trabajadores semicualificados; V: Trabajadores no cualificados).

6. **Ocupación:** Para la ENS2006, esta es una variable derivada: Relación con la actividad económica. Trabajando, trabajando con baja de 3 meses, en desempleo, jubilado, estudiante, dedicado principalmente a labores del hogar, realizando sin remuneración trabajos sociales o actividades benéficas, otras, no consta. Para la ENS 2011, las categorías son: Trabajando, desempleado, jubilado, estudiando, incapacitado, labores del hogar, otros, no contesta. Para nuestro estudio, las categorizamos en: trabajador activo, desempleado e inactivo.
7. **Apoyo social funcional percibido:** Se utilizó el Cuestionario Duke-UNC-11 validado y adaptado para España (115). Es un instrumento de 11 ítems que evalúa el apoyo social funcional o cualitativo percibido, que no necesariamente se corresponde con el

apoyo real, en dos dimensiones de apoyo emocional: el apoyo confidencial (posibilidad de contar con personas para comunicarse) y el apoyo afectivo (demostraciones de amor, cariño y empatía). Cada ítem se puntúa en un gradiente de frecuencia (escala tipo Likert) que va de 1 («*Mucho menos de lo que deseo*») a 5 («*Tanto como deseo*»). La puntuación se realiza sumando las respuestas de cada ítem y calculando la media, de modo que a mayor puntuación mayor apoyo social. El apoyo social funcional percibido, se categoriza en normal u óptimo las respuestas con ≥ 33 puntos; y escaso o subóptimo ≤ 32 puntos.

8. **Tipo de Seguro Sanitario.** Se indaga con la pregunta: “*Podría decirme ahora, de cuál/cuáles de las siguientes modalidades de Seguro Sanitario (público y/o privado) es Ud. titular o beneficiario/a?*”, las respuestas contemplan: Seguridad Social; empresas colaboradoras de la Seguridad Social; Mutualidades del Estado acogidas a la Seguridad Social; Mutualidades del Estado acogidas a un seguro privado; seguro médico privado concertado individualmente; seguro médico privado concertado por la empresa; no tiene seguro médico, utiliza siempre médicos privados, y otras situaciones. Estas respuestas se categorizaron en: Seguro Público (Seguridad Social, empresas colaboradoras de la Seguridad Social, Mutualidades del Estado acogidas a la Seguridad Social) y Seguro Privado (Mutualidades del Estado acogidas a un seguro privado, seguro médico privado concertado individualmente, seguro médico privado concertado por la empresa, utiliza siempre médicos privados).

3. Estado de salud

1. **Estado de salud general:** Autovaloración del estado de salud general en los últimos doce meses, respondiendo a la pregunta: “*En los últimos doce meses, ¿diría que su estado de salud ha sido: Muy bueno, bueno, regular, malo y muy malo?*”. Se categorizó en variable dicotómica: bueno (muy bueno y bueno) y malo (regular, malo y muy malo).
2. **Enfermedad o problema de salud crónico:** Para la presente investigación hemos construido una nueva variable considerando las enfermedades comunes a las dos encuestas. La pregunta formulada en la ENS 2006 era: “*¿Ha padecido alguna otra enfermedad crónica?*”, y en la ENS 2011: “*¿Ha padecido enfermedad crónica en los últimos 12 meses?*”. En ambas encuestas, se muestra un listado de enfermedades, el mismo de la pregunta anterior. Las respuestas eran categóricas nominal “Si” y “No”. Se considera presencia o problema de salud crónico cuando la respuesta a cualquiera de

las preguntas era “Si”, en caso contrario se considera ausencia de enfermedad crónica.

3. **Enfermedad y problemas de salud:** Se averigua sobre la presencia de enfermedad o problemas de salud, respondiendo a la pregunta: *¿Padece o ha padecido alguna vez alguna de ellas?* Se muestra el listado con 31 enfermedades y problemas de salud comunes a las dos encuestas, y un apartado de otras:

1. *Tensión arterial*
2. *Infarto de miocardio*
3. *Otras enfermedades del corazón*
4. *Varices en las piernas*
5. *Artrosis, artritis o reumatismo*
6. *Dolor de espalda crónico (cervical)*
7. *Dolor de espalda crónico (lumbar)*
8. *Alergia crónica (asma alérgica excluída)*
9. *Asma*
10. *Bronquitis crónica, enfisema, enfermedad pulmonar obstructiva crónica (EPOC)*
11. *Diabetes*
12. *Úlcera de estómago o duodeno*
13. *Incontinencia urinaria*
14. *Colesterol alto*
15. *Cataratas*
16. *Problemas crónicos de piel*
17. *Estreñimiento crónico*
18. *Cirrosis, disfunción hepática (sólo contemplada en la ENS 2011)*
19. *Depresión crónica*
20. *Ansiedad crónica*
21. *Otros problemas mentales*
22. *Embolia, infarto cerebral, hemorragia cerebral*
23. *Migraña o dolor de cabeza frecuente*
24. *Hemorroides*
25. *Tumores malignos*
26. *Osteoporosis*
27. *Problemas de tiroides (sólo contemplada en la ENS 2011)*
28. *Problemas de próstata (sólo hombres)*
29. *Problemas del periodo menopáusico (sólo mujeres)*

30. Lesiones o defectos permanentes causados por un accidente (sólo contemplada en la ENS 2011)

31. Otras enfermedades crónicas.

4. Estilo de vida

1. **Índice de Masa Corporal (IMC)** (116) se utiliza para clasificar el estado ponderal de la persona y se calcula a partir de la fórmula: peso (kg) / talla (m²). Para el estudio se considera el peso y la talla declarados respondiendo a las preguntas: “¿Podría decirme cuánto pesa aproximadamente sin zapatos y sin ropa?” y “¿Cuánto mide, aproximadamente, sin zapatos?”. Las respuestas se agruparon en IMC < 30 (bajo peso, normo peso, sobrepeso), y ≥ 30, (obesidad y obesidad mórbida).
2. **Consumo de alcohol:** Definida como variable dicotómica para el análisis con las repuestas “Sí” o “No”, que responden a la pregunta: En la ENS 2006: “¿Ha bebido usted en las últimas dos semanas alguna bebida alcohólica? Y en la ENS 2011: “¿Ha tomado usted en las últimas dos semanas alguna bebida alcohólica?”.
3. **Hábito tabáquico:** En las dos encuestas, se realiza la pregunta: “¿Podría decirme si actualmente fuma?”, las posibles respuestas eran: si fuma diariamente; si fuma, pero no diariamente; no fuma actualmente, pero ha fumado antes; y no fuma ni ha fumado nunca de manera habitual. Las respuestas se categorizan en “Sí” o “No”.
4. **Actividad física:** En las encuestas las preguntas sobre esta variable son diferentes. En la ENS 2006 la pregunta estaba formulada como: “Habitualmente, ¿realiza en su tiempo libre alguna actividad física como caminar, hacer algún deporte, gimnasia?”. Las posibles respuestas eran dicotómicas: “Sí” o “No”. En la ENS 2011 la pregunta es: ¿Cuál de estas posibilidades describe mejor la frecuencia con la que realiza alguna actividad física en su tiempo libre? Siendo las posibles respuestas: “No hago ejercicio. El tiempo libre lo ocupó de forma casi completamente sedentaria”, “Hago alguna actividad física o deportiva ocasional”, “Hago actividad física varias veces al mes”, “Hago entrenamiento deportivo o físico varias veces a la semana”. Categorizada en “Sí” o “No”.

5. Utilización de servicios sanitarios

1. **Consulta con Médico de Familia:** En la ENS 2006 la pregunta se plantea como: “¿Cuántas veces ha consultado con un médico de familia las últimas cuatro semanas

por un problema, molestia o enfermedad suya?”, la respuesta es nominal. Se categorizó en “Sí” como los que consultaron al menos una vez al médico y “No” a los que no lo hicieron. En la ENS 2011 se realiza la pregunta: “En las últimas cuatro semanas, ¿ha consultado con un médico de familia o con un médico general por algún problema, molestia o enfermedad suya?”, la respuesta es nominal “Sí” y “No”.

2. **Consulta con Médico Especialista:** En ambas encuestas se formularon la siguiente pregunta: “¿Cuántas veces ha consultado con un/a especialista en las cuatro últimas semanas por algún problema, molestia o enfermedad suya?”. La respuesta es nominal. Se categorizó en “Sí” como los que consultaron al menos una vez y “No” a los que no lo hicieron.
3. **Asistencia a los Servicios de Urgencias:** Esta variable está considerada en ambas encuestas mediante la pregunta: “En estos últimos doce meses, ¿ha tenido que utilizar algún servicio de urgencias por algún problema o enfermedad?”, siendo las respuestas “Sí” y “No”.
4. **Ingreso Hospitalario:** Indagado por la pregunta: *Durante los últimos doce meses, ¿ha tenido que ingresar en un hospital como paciente al menos durante una noche?*, las respuestas eran “Sí” o “No”.
5. **Necesidad de atención de salud:** Se indagó con las siguientes preguntas: “En los últimos 12 meses, ¿alguna vez ha necesitado asistencia médica y no la ha recibido?” siendo las posibles respuestas: “Sí” y “No”. Si la respuesta era positiva, se averiguó la causa principal por la que no hubo asistencia, aunque las respuestas posibles varían de una encuesta a otra. En la ENS 2006, las respuestas posibles eran: No pudo conseguir cita, no pudo dejar el trabajo, era demasiado caro/no tenía dinero, no tenía medio de transporte, porque estaba demasiado nervioso/a y asustado/a, el seguro no lo cubría, no tenía seguro, había que esperar demasiado, no pudo por sus obligaciones familiares, otras causas. En la ENS 2011, las respuestas posibles fueron: No me lo podía permitir (demasiado caro o no cubierto por el seguro, había que esperar demasiado, no disponía de tiempo debido al trabajo, al cuidado de los niños o de otras personas, demasiado lejos para viajar/sin medios de transporte, miedo al médico/hospitales/exploraciones médicas/tratamiento, quise esperar y ver si el problema mejoraba por sí solo, otras razones. Debido a la importancia de las respuestas y a la dificultad de categorizar, esta variable se analizó de forma separada por cada encuesta.

8. Análisis de los datos

En primer lugar, seleccionamos las variables de interés para el estudio en cada una de las Encuestas. A continuación, se procedió al etiquetado de las variables y la depuración de las bases de datos individualmente. Luego se fusionaron las bases de datos, creando una nueva variable, año de la encuesta (2006 y 2011), para facilitar el análisis y comparar los resultados de ambas fuentes. Algunas variables no contempladas en las Encuestas fueron creadas para el estudio.

En el análisis de los datos se calculó la prevalencia de consumo total de medicamentos (referido al consumo de medicamentos prescritos y no prescritos) para cada una de las dos encuestas. Se estimó el consumo total de medicamentos en los inmigrantes residentes en España empleando datos demográficos sobre la estructura de la población aportados por el Instituto Nacional de Estadística.

Se describen la distribución para cada una de las encuestas, de los sujetos de estudio dentro de cada una de las categorías de las variables independientes utilizadas, que presenten la característica estudiada, en nuestro caso, consumo total de medicamentos, analizando si se han producido cambios significativos entre los años de estudio. Para el análisis bivalente de proporciones se utilizó el método de la χ^2 de Pearson considerando significativos valores de $p < 0.05$.

Se calcularon para ambas encuestas, la asociación de las diferentes variables independientes estudiadas, con el consumo total de medicamentos (prescritos y no prescritos) mediante el cálculo de Odds ratio (OR) y su intervalo de confianza del 95%. Para estimar el efecto independiente de cada una de esas variables sobre el consumo total de medicamentos, también se obtuvieron las correspondientes Odds ratio ajustadas mediante análisis multivariante utilizando para ello modelos de regresión logística. En los modelos multivariantes se incluyeron aquellas variables que demostraron una asociación significativa en el análisis bivalente y las variables de ajuste que se consideren relevantes en la literatura científica.

Para valorar la evolución del consumo de medicamentos durante el periodo de tiempo 2006 y 2011 se unieron las bases de datos de las dos ENS y se calcularon las Odds ratio (OR) cruda y ajustada de haber consumido medicamentos en el año 2011 respecto al año 2006. Para el cálculo de la OR ajustada se incluyeron en la regresión

logística multivariante aquellas variables que resultaran predictoras en alguna de las dos ENS.

Los datos se analizarán utilizando el paquete estadístico IBM® SPSS® Statistics (*Statistical Package for Social Sciences*) versión 22.0.0.0 para Windows.

9. Aspectos éticos

La presente investigación se ha realizado con datos secundarios procedentes de la Encuesta Nacional de Salud, de las versiones de los años 2006 y 2011. Estos datos fueron tratados de forma anonimizada por el Instituto Nacional de Estadística y están a disposición pública para cualquier profesional que lo solicite, por esta razón no ha precisado la aprobación de ningún comité ético.

VI. Resultados

1. Análisis Descriptivo de la Muestra

La muestra total estaba conformada por 50.485 individuos, procedentes de las Encuestas Nacionales de Salud de España, ENS 2006 (29.478) y ENS 2011 (21.007). La población inmigrante incluida en el estudio ha sido estratificada por país de procedencia según el FMI: procedentes de Países de Renta Alta (PRA) y procedentes de Países de Renta Baja (PRB); los nacidos en España se consideran como población autóctona.

Se observa que, en números absolutos, el total de población inmigrante entrevistada en la ENS 2006 fue 2.055 y en la ENS 2011 fue de 1.805. En la ENS 2006 se recoge los datos 1.436 (69,87%) inmigrantes que proceden de PRB y 619 (30,13%) que proceden de PRA, constituyendo en conjunto el 6,9% de la población total estudiada. Por continentes, el 47,2% procede de América Latina, el 15,5% de África, el 29,1% de países de la Unión Europea, 4,6% de otros países del continente europeo, el 2,5% del continente asiático y un 1% de Estados Unidos o Canadá. En la ENS 2011, la población inmigrante representa el 8,6% de la muestra estudiada, siendo 1.483 (82,2%) inmigrantes procedentes de PRB y 322 (17,8%) de PRA. Por continentes, 811 proceden de América Latina, 207 de la Unión Europea, 304 de África y 300 de Europa Central y del Este. La población autóctona está ampliamente representada en ambas encuestas, con 27.423 (93,1%) individuos en la ENS 2006 y de 19.202 (91,4%) individuos en la ENS 2011 (Gráfico 1 y Gráfico 2).

Gráfico 1. Porcentaje de Población inmigrante y autóctona incluidas en las ENS 2006 y 2011.

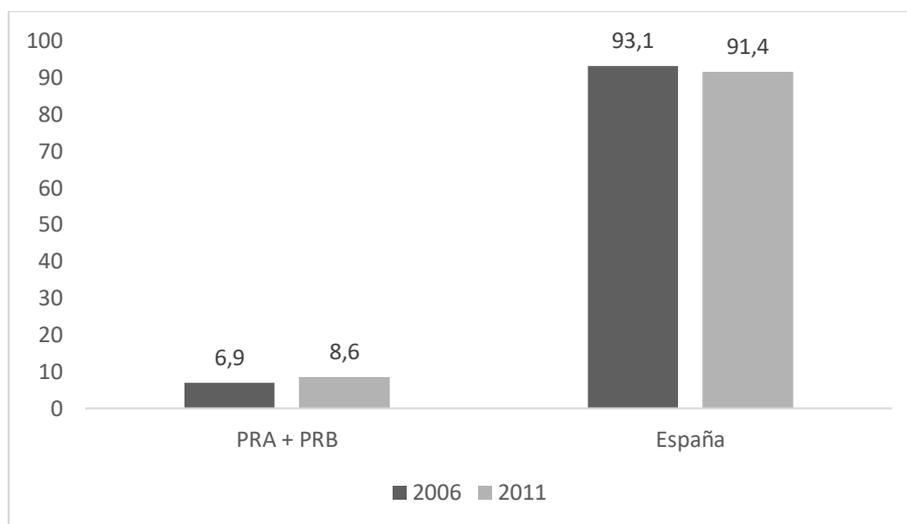
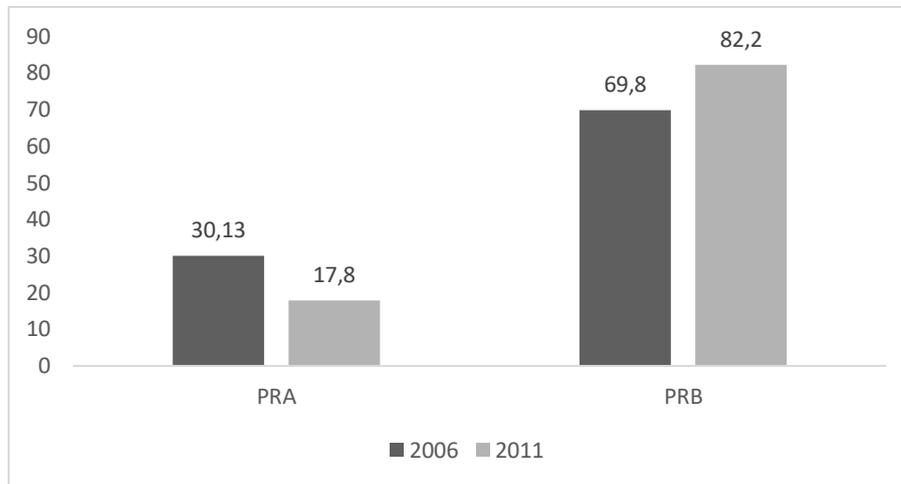


Gráfico 2. Porcentaje de población inmigrante residente en España por procedencia. ENS 2006 y ENS 2011.



1.1. Procedencia de la población inmigrante residente en España, según clasificación del FMI y año de encuesta.

Se observa una variación tanto en número de inmigrantes como en país de procedencia en ambas encuestas. Así, en la ENS 2006, los 2.055 entrevistados nacidos fuera de España proceden de 114 países, la mayoría Países de Renta Baja (Mapa1). Por su parte, en la ENS 2011, los 1.805 inmigrantes procedían de 89 países, la mayoría también Países de Renta Baja, sobre todo de Latinoamérica (Mapa 2).

Mapa 1. Procedencia de población inmigrante residente en España. ENS 2006



Fuente: Elaboración propia, utilizando BatchGeo.

Mapa 2. Procedencia de población inmigrante residente en España. ENS 2011



Fuente: Elaboración propia, utilizando BatchGeo.

En el Gráfico 21 y Gráfico 22, destacamos los países de procedencia más frecuentes en las ENS 2006 y ENS 2011.

Gráfico 21. Países de procedencia más frecuente de los inmigrantes residentes en España. ENS 2006. En porcentajes

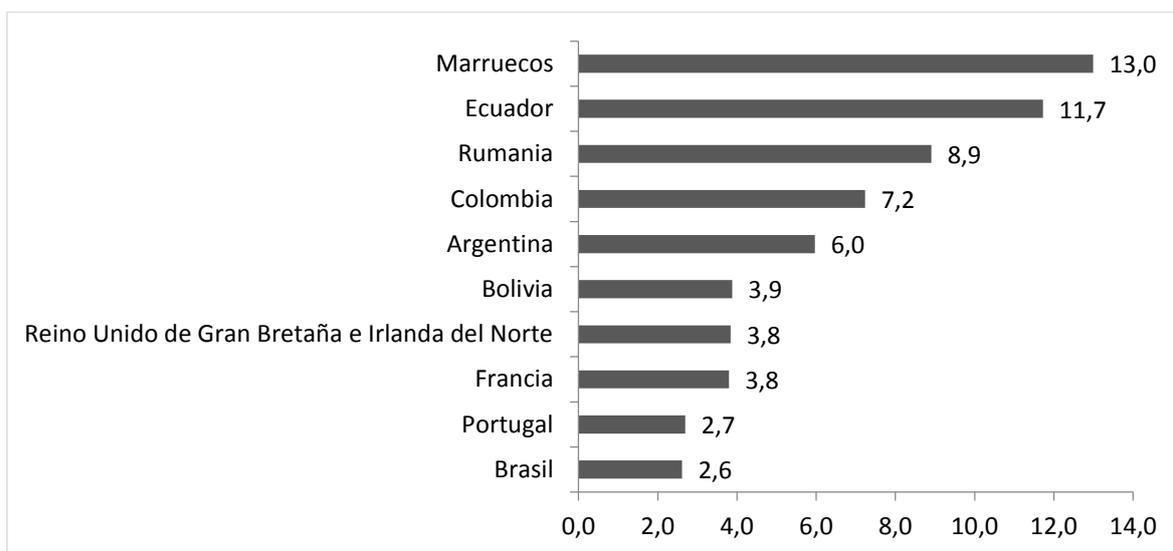
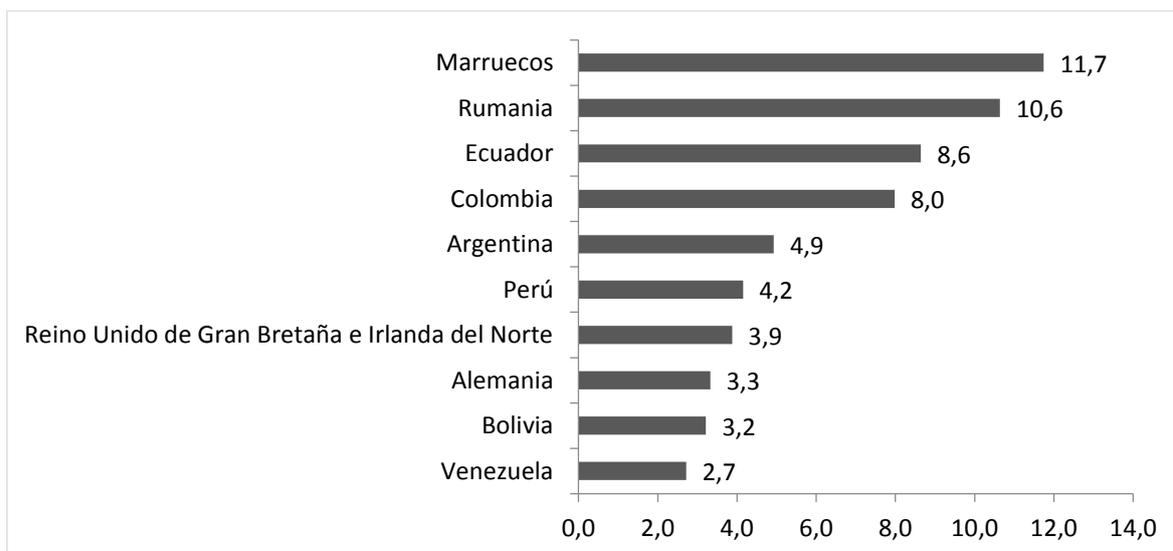
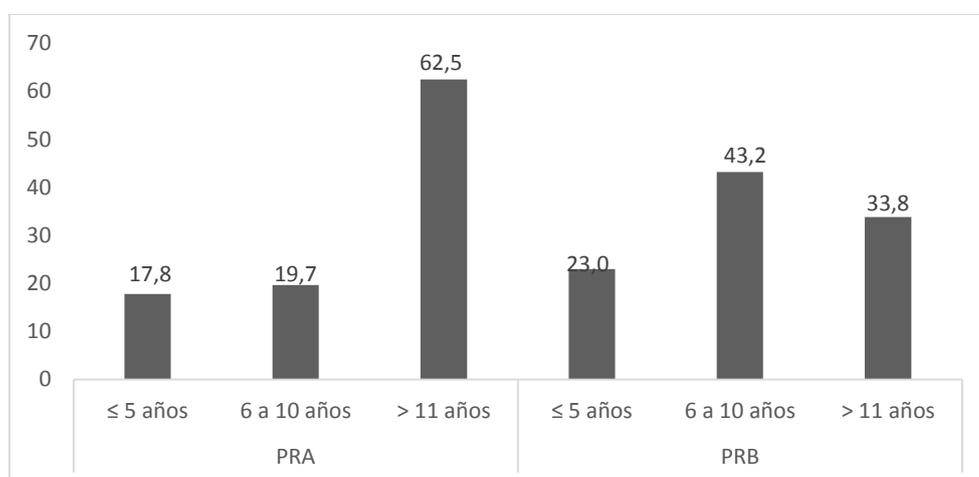


Gráfico 22. Países de procedencia más frecuente de los inmigrantes residentes en España. ENS 2011. En porcentajes



En cuanto al tiempo de residencia en España, sólo se dispone de estos datos en la ENS 2011. Observamos que los inmigrantes que proceden de PRA, la mayoría llevan viviendo en España más de 11 años (62,3%), mientras que proceden de PRB que residen entre 6-10 años (43,2%). De todos los que tienen un tiempo de residencia de menos de 5 años, los procedentes de PRB ostentan un mayor porcentaje (23% frente a los 17,8% de los procedentes de PRA), como se puede ver en el Gráfico 23.

Gráfico 23. Tiempo de residencia en España de población inmigrante según procedencia, en porcentajes. ENS 2011



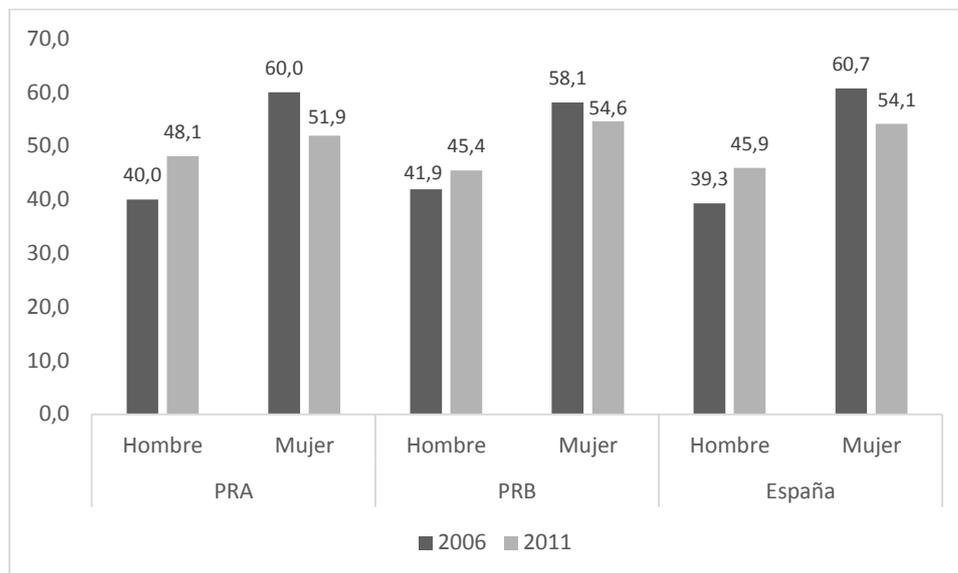
1.2. Características sociodemográficas y socioeconómicas de la muestra

Las mujeres representan una mayor proporción respecto a los hombres en las dos encuestas analizadas. Sin embargo, en la ENS 2011 el porcentaje de mujeres es menor que en el 2006 (54,1% vs 60,5%, respectivamente).

Al analizar la distribución de las mujeres según encuesta y país de procedencia (FMI), encontramos que la proporción de mujeres respecto a los hombres es mayor en todos los grupos. Sin embargo, hay diferencias entre las mujeres procedentes de PRA vs PRB, según cada encuesta. Mientras en la ENS 2006 las mujeres de PRA eran el 60% y las de PRB el 58,1%; en la ENS 2011, el porcentaje de mujeres de PRA fue del 51,9% y del 54,6% para las procedentes de PRB. Es decir que el porcentaje de mujeres que

proceden de PRB muestra un incremento respecto a la encuesta anterior. En el caso de las encuestadas españolas en la ENS 2006, representaban el 60,7% y disminuyen al 54,1% en la ENS 2011 (Gráfico 24).

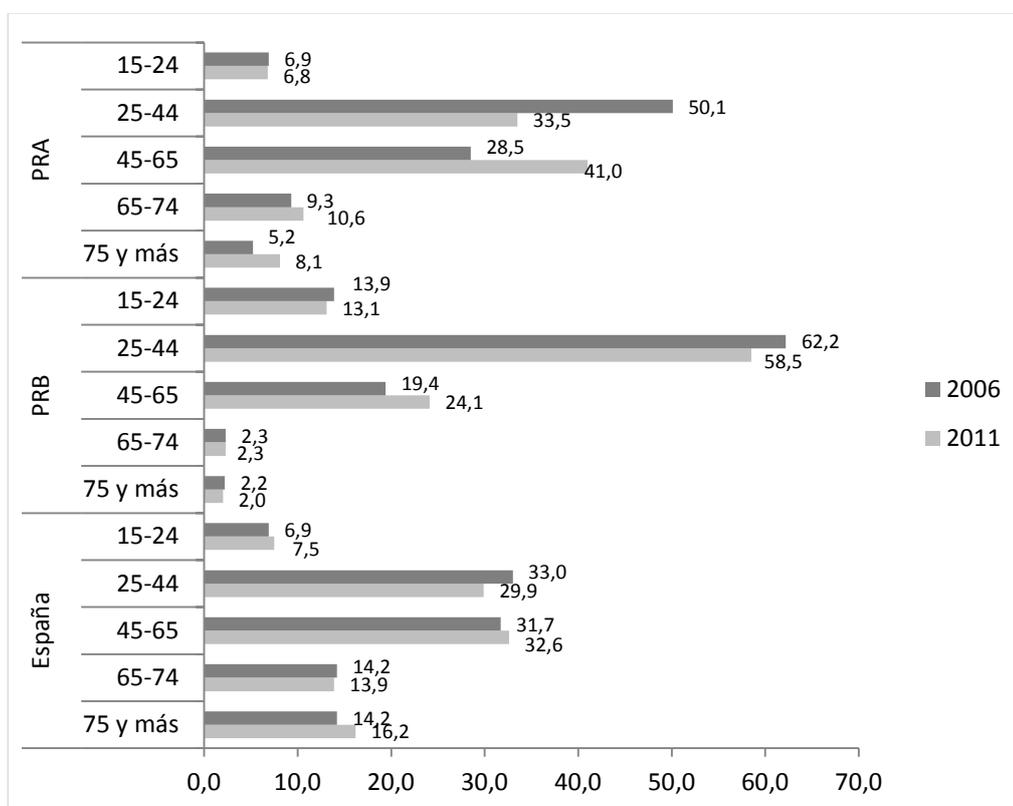
Gráfico 24. Porcentaje de población según sexo y procedencia. ENS 2006 y ENS 2011



Respecto a la edad, las poblaciones de ambas encuestas son similares. La edad media en la ENS 2006 fue de $50,61 \pm 18,5$ años, mientras que en la ENS 2011 fue de $51,6 \pm 19,0$ años. Por grupos de edad, en la ENS 2006, el porcentaje mayor fue el grupo de población de 25-44 años con el 35,5% y en la ENS 2011, la población mayoritaria fue la del grupo de 45-64 años con el 32,1% seguida por el grupo de 25-44 años.

Si cruzamos los datos por encuesta y países de origen, en el Gráfico 25 observamos que la población mayoritaria continúa siendo la de los grupos de 25-44 años y de 45-64 años. Destaca la población inmigrante de 25-44 años que procede de PRB en ambas encuestas, con el 62,2% (ENS 2006) y el 58,5% (ENS 2011), mientras que la población inmigrante de mayor edad (65-74 años y 75 años y más) y en ambas encuestas, proceden más frecuentemente de PRA.

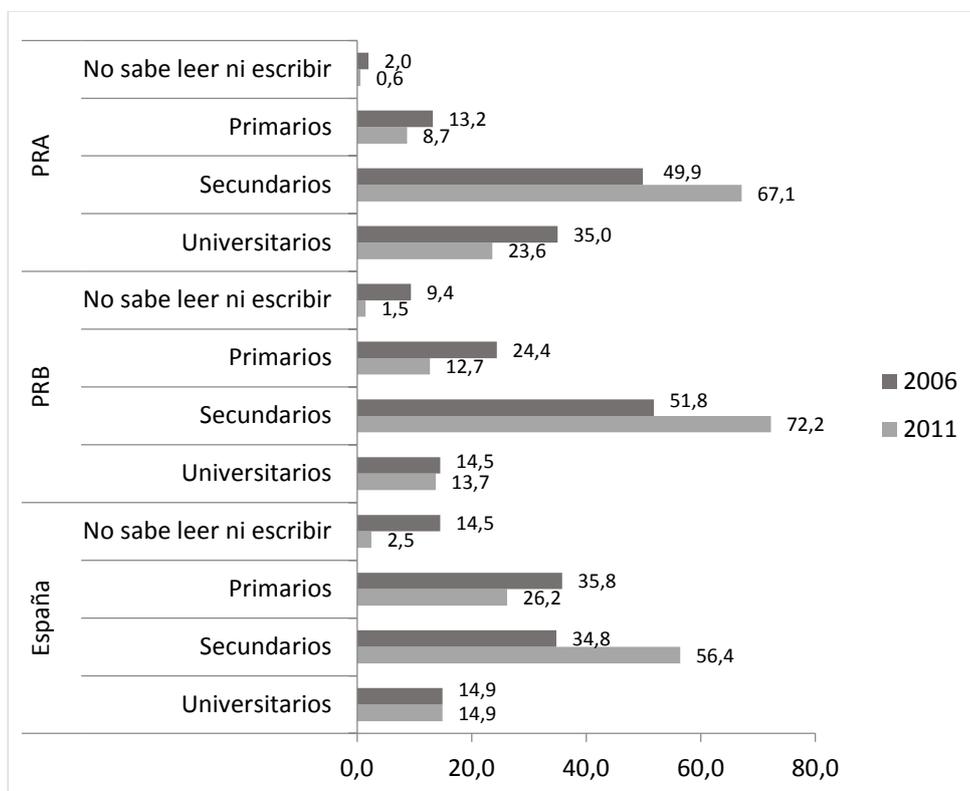
Gráfico 25. Población inmigrante según grupo de edad y procedencia, en porcentajes. ENS 2006 y ENS 2011



En las dos encuestas analizadas, la mayoría de los individuos viven en pareja o son casados, excepto los procedentes de PRA en la ENS 2011. La diferencia es mayor en los autóctonos en la ENS 2006 (57,3% vs. 45,7% casados vs. solteros, respectivamente).

Al analizar el nivel de estudios, observamos que en ambas encuestas la mayoría de entrevistados ha realizado estudios secundarios. Este nivel de estudios se ha incrementado notablemente en la ENS 2011, sobre todo en los procedentes de PRB y autóctonos, con más del 20% en ambos. El mayor porcentaje de individuos que no saben leer ni escribir, lo ostentan los autóctonos para ambas encuestas, pero se aprecia una gran disminución en la ENS 2011 (14,5% en 2006 a 2,5% en ENS 2011). Los estudios universitarios son más frecuentes en procedentes de PRA para ambas encuestas, sin embargo, existe una disminución entre la ENS 2011, tanto para inmigrantes de PRA como para PRB, mientras se mantiene igual en los autóctonos (14,9%) (Gráfico 26).

Gráfico 26. Porcentaje de población inmigrante según nivel de estudios y procedencia. ENS 2006 y ENS 2011



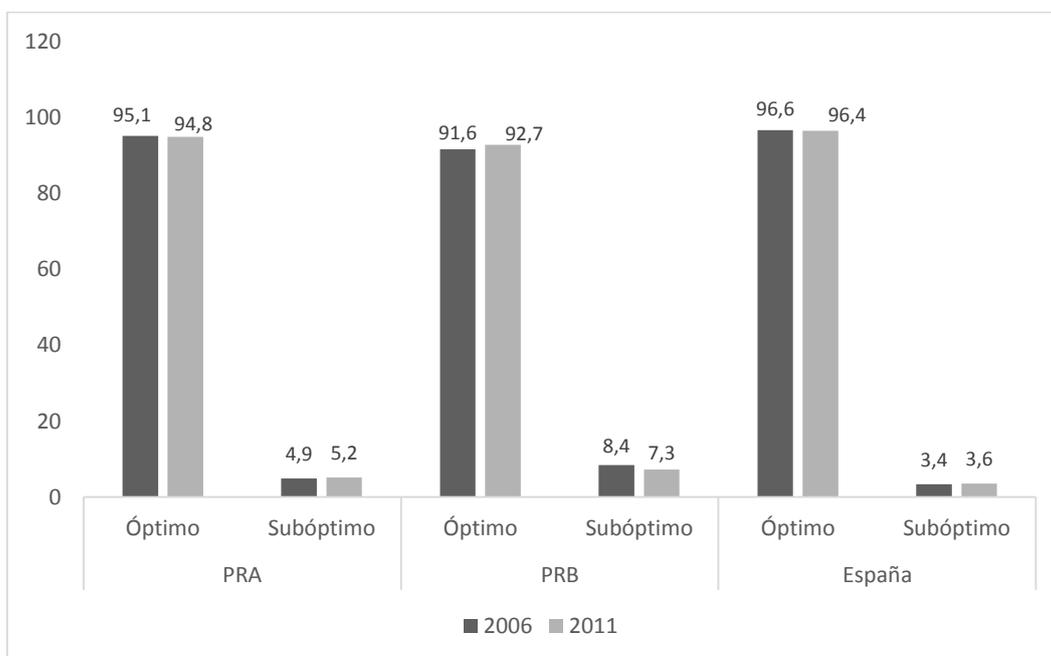
Respecto a la clase social, se aprecia que en ambas ediciones de la encuesta los que pertenecen a la clase social manuales tienen un mayor porcentaje que los que pertenecen a la clase directivos tanto para PRB como autóctonos; y para los nacidos en PRA sólo se observa en la ENS 2006. Mientras que en la ENS 2011 los procedentes de PRA y que pertenecen a la clase social directivos, eran dos puntos porcentuales mayor que los de clase social manual (51,1% vs 48,9%).

Según ocupación, en todos los grupos estudiados existe una mayor proporción de población trabajando en las dos encuestas, excepto en la población autóctona de la ENS 2011 donde el 47,8% está en situación de inactivo. Sin embargo, si comparamos la evolución entre las dos encuestas, se aprecia una disminución de la población trabajando, tanto para los autóctonos como para los inmigrantes, destacando los procedentes de PRB que pasaron del 68,5% en la ENS 2006 al 51,5% en la ENS 2011, es decir 17 puntos porcentuales. En cuanto a la condición laboral parado, es decir en situación de desempleo, se observa que los procedentes de PRA han bajado casi la mitad en la ENS 2011, los que proceden de PRB se mantiene casi en los mismos porcentajes, mientras que en la

población autóctona se aprecia una mayor disminución en la proporción del paro, 26,3% en ENS 2006 a 11,5% en la ENS 2011. La población que se encuentra en situación de inactivo desde el punto de vista laboral también evidencia un incremento en la ENS 2011: la población autóctona con casi veinte puntos (29,1% ENS 2006 y 47,8% ENS 2011), los procedentes de PRA casi al doble. Sin embargo, quienes aumentaron casi cinco veces en la condición de inactivo fueron los procedentes de PRB, del 4,8% al 23,3%.

Referente al apoyo social percibido, -calculado a partir del Cuestionario de Duke, instrumento de 11 ítems que puntúa en una escala tipo Likert de 1 a 5 y cuyos resultados se categorizaron como normal u óptimo las respuestas con ≥ 33 puntos, y escaso o subóptimo ≤ 32 puntos- muestran que en ambas encuestas y en todos los grupos estudiados, el apoyo social percibido óptimo es más frecuente. Sin embargo, ambos grupos de inmigrantes presentan mayor proporción de apoyo subóptimo, respecto a la población autóctona, destacando los procedentes de PRB, si bien disminuyeron más de un punto porcentual entre ambas encuestas (8,4% ENS 2006 y 7,3% ENS 2011). En el caso de la población autóctona, se mantienen las cifras de ambas encuestas prácticamente igual (3,4% ENS 2006 y 3,6% ENS 2011) (Gráfico 27).

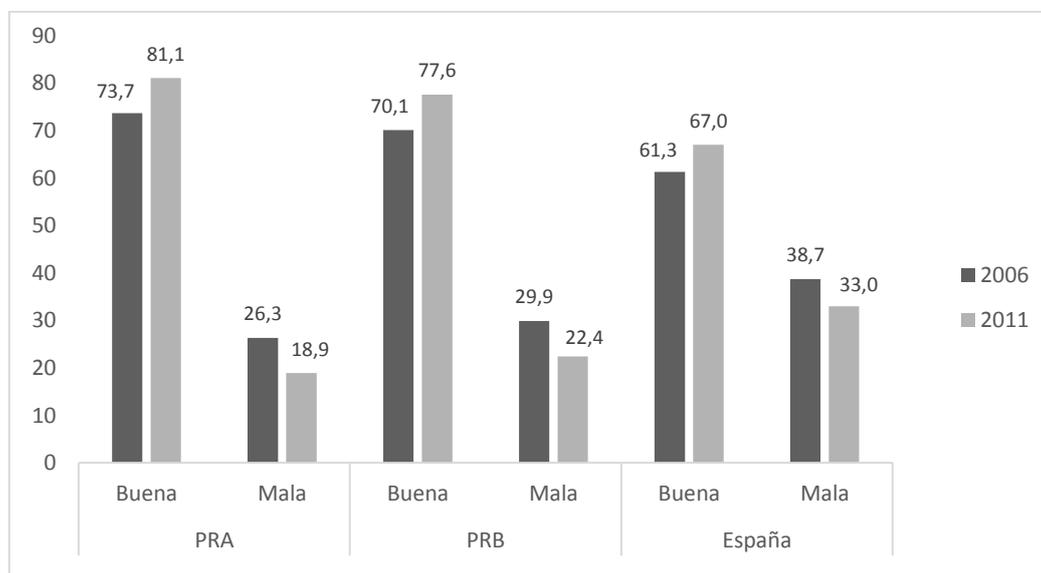
Gráfico 27. Porcentaje de apoyo social percibido según procedencia. ENS 2006 y ENS 2011



1.3. Variables relacionadas con el estado de salud

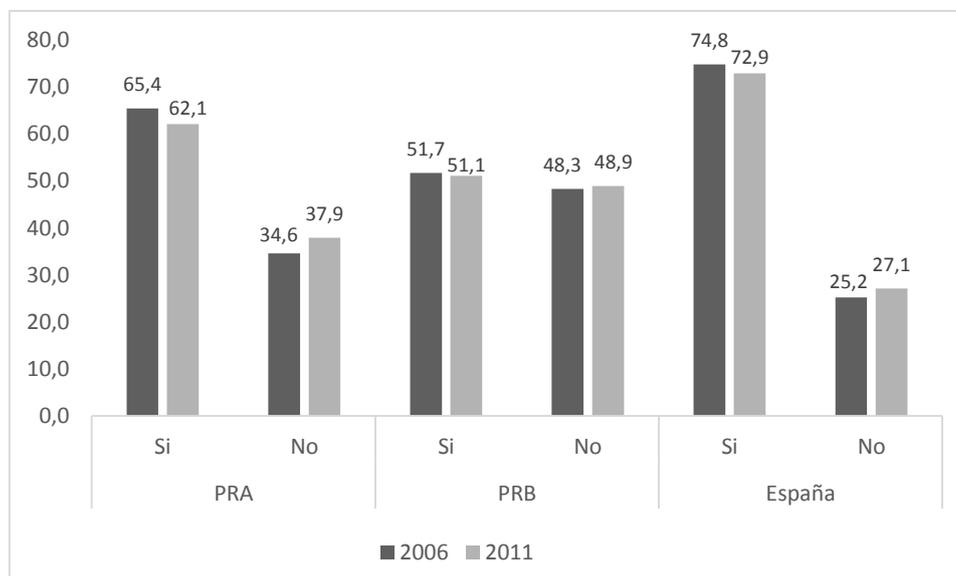
La percepción de tener buena salud, como se aprecia en el Gráfico 28 es mayoritaria en todos los grupos estudiados y en ambas encuestas. Destacan los inmigrantes frente a los autóctonos en la ENS 2006 (73,7% PRA y 70,1% PRB vs 61,3% autóctonos). Esta proporción varía en la ENS 2011, aumentando en los grupos de inmigrantes, sobre todo en los PRA (73,7% a 81,1%), mientras en el grupo de autóctonos mejora de 61,3% a 67,9%.

Gráfico 28. Porcentaje de percepción del estado de salud, según procedencia. ENS 2006 y ENS 2011



Con los resultados presentados en el Gráfico 29 observamos que más de la mitad de los encuestados presentan enfermedad crónica, en las dos ediciones de la encuesta, aunque la proporción haya disminuido de la ENS 2006 a la ENS 2011; en algunos casos esta disminución ha sido escasa. Destacamos que en la ENS 2011 los autóctonos presentan en mayor proporción una enfermedad crónica 72,9%, los PRA 62,1% y, por último, los inmigrantes procedentes de PRB declaran presentar enfermedad crónica en el 51,1% de los casos.

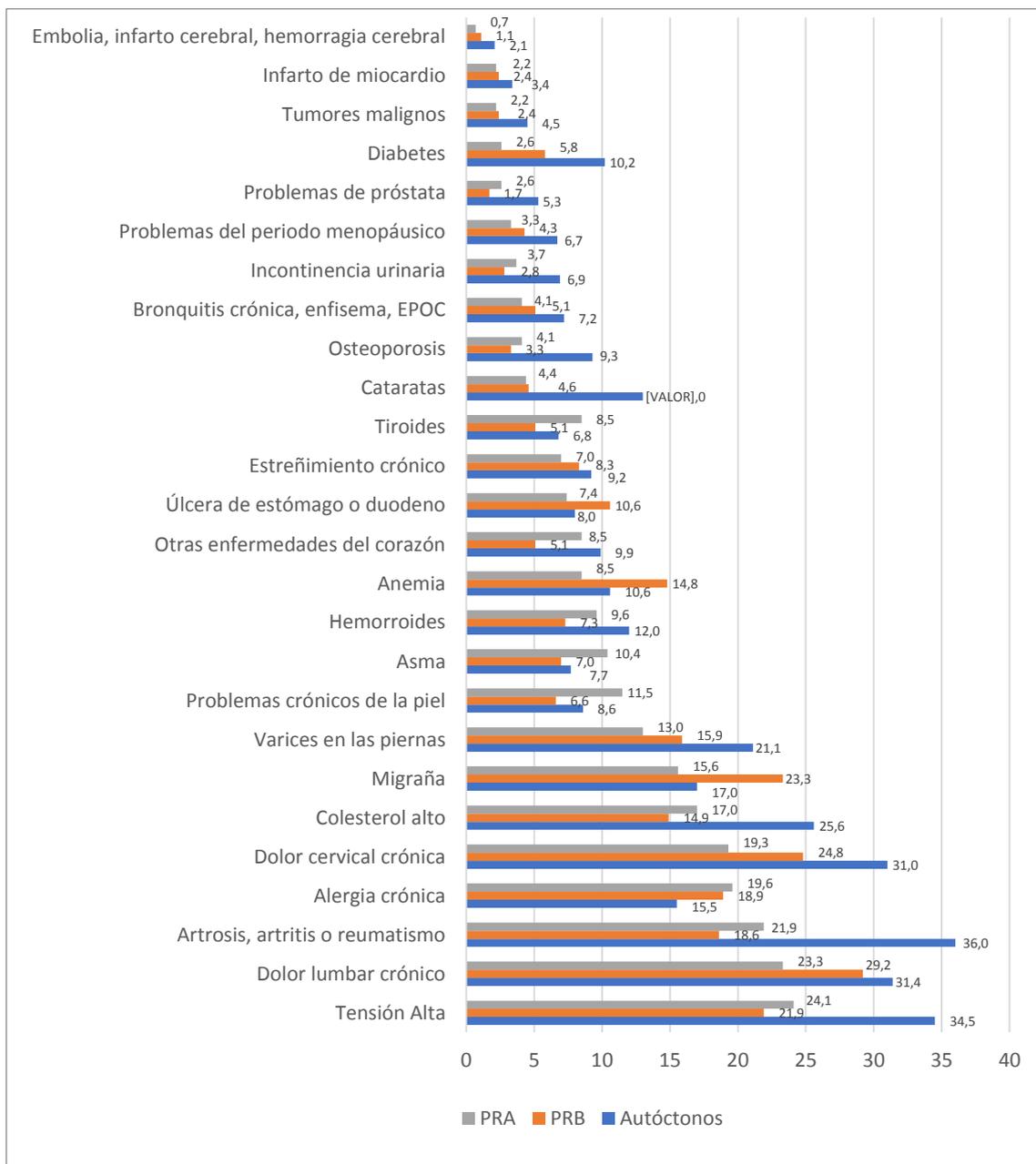
Gráfico 29. Porcentaje de enfermedad crónica según procedencia. ENS 2006 y ENS 2011



1.4. Enfermedades o problemas de salud declarados.

Los resultados muestran que las enfermedades más frecuentes declaradas por la población autóctona en la ENS 2006 son: artrosis, artritis o reumatismo (36,6%), tensión alta (34,5%), dolor lumbar crónico (31,4%), dolor cervical crónico (31,0%), colesterol alto (25,6%), En los inmigrantes procedentes de PRB, si bien padecen menos enfermedades declaradas que los autóctonos, en algunas entidades muestran una mayor frecuencia que los inmigrantes de PRA, por ejemplo, el dolor lumbar crónico y el dolor cervical crónico y la migraña, suponen la primera, segunda y tercera enfermedad declarada (29,2%, 24,8 y 23,3%, respectivamente), mientras que en los procedentes de PRA la tensión alta (34,5%), el dolor lumbar crónico (23,3%), la artrosis, artritis o reumatismo (21,9%), la alergia crónica (19,6%) y el dolor cervical crónico (19,3%), son las enfermedades o problemas de salud más frecuentemente declarados (Gráfico 30).

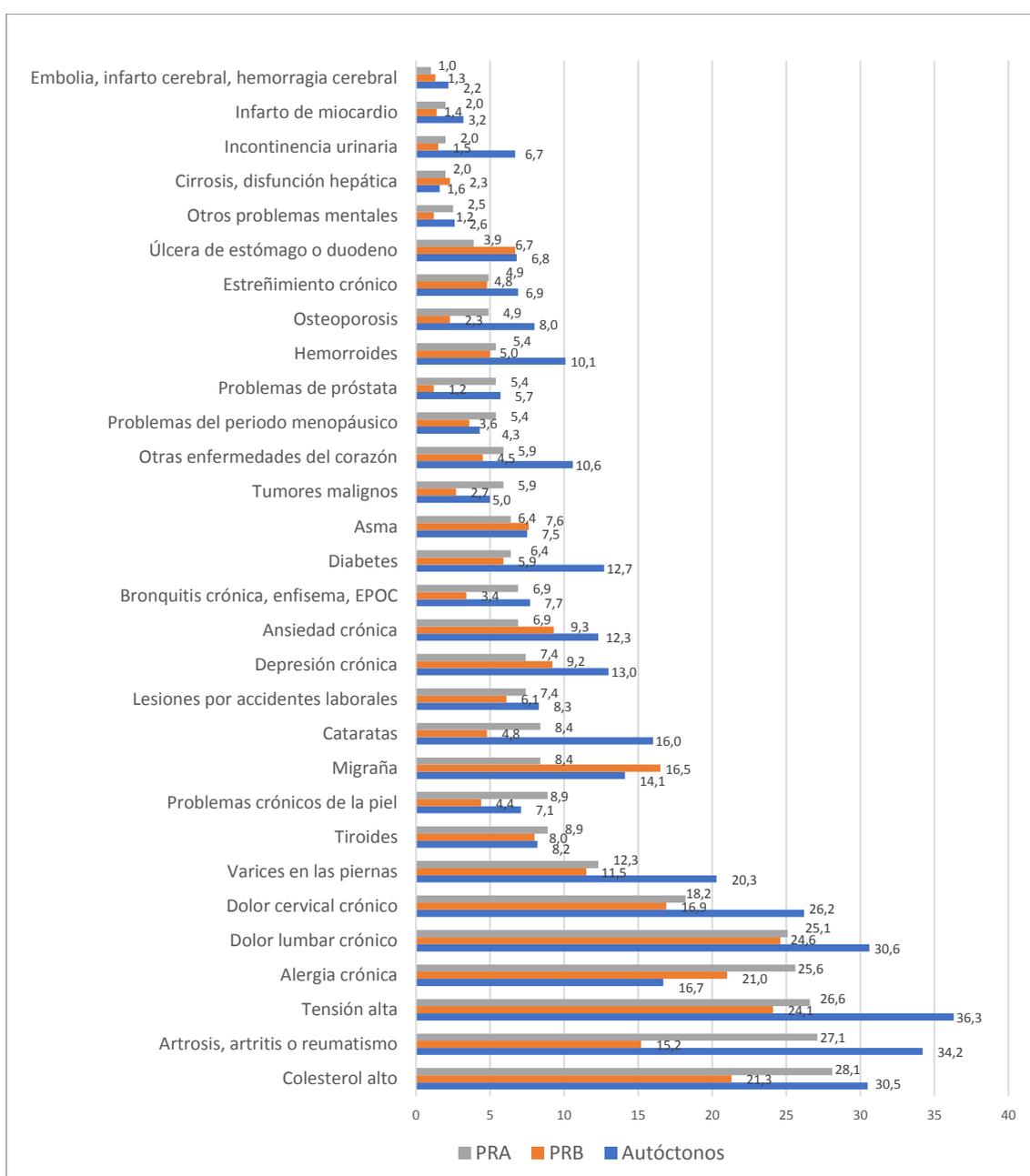
Gráfico 30. Enfermedad o problema de salud declarada según procedencia. ENS 2006



En la ENS 2011, se aprecia una variación en la prevalencia de las enfermedades declaradas. Así que mientras en los autóctonos las tres enfermedades más frecuentes son las mismas, éstas han sufrido una variación en el orden de frecuencia en que se presentan: la tensión alta se ha incrementado con respecto al 2006 y tiene una prevalencia del 36,6%; la artrosis, artritis o reumatismo disminuyen al 34,2%; el dolor lumbar crónico también disminuye al 30,6%, y el colesterol alto se incrementa al 30,5%. En el caso de la población inmigrante, los procedentes PRA presentan mayores proporciones de enfermedades declaradas que los procedentes de PRB, mostrando un incremento

respecto a los resultados obtenidos en la ENS 2006. Así el colesterol alto aumentó del 17% al 28,1% ocupando el primer lugar; la artrosis, artritis o reumatismo se incrementó al 27,1%; la tensión alta al 26,6%; la alergia crónica aumentó al 25,6%; y el dolor lumbar crónico al 25,1%. Mientras que en los inmigrantes procedentes de PRB el dolor lumbar crónico disminuyó al 24,6%, la tensión alta es declarada por el 24,1%, el colesterol alto subió al 21,3%; la alergia crónica al 21%; y el dolor cervical crónico disminuyó al 16,8%, muy similar a migraña con el 16,1% (Gráfico 31).

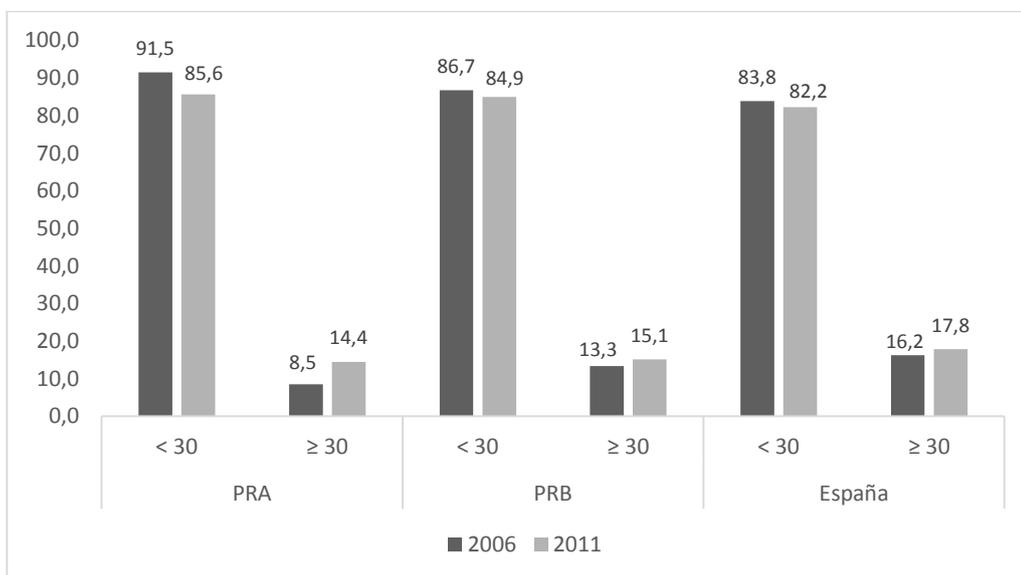
Gráfico 31. Prevalencia de enfermedad o problema de salud declarada según procedencia. ENS 2011



1.5. Variables relacionadas con el estilo de vida.

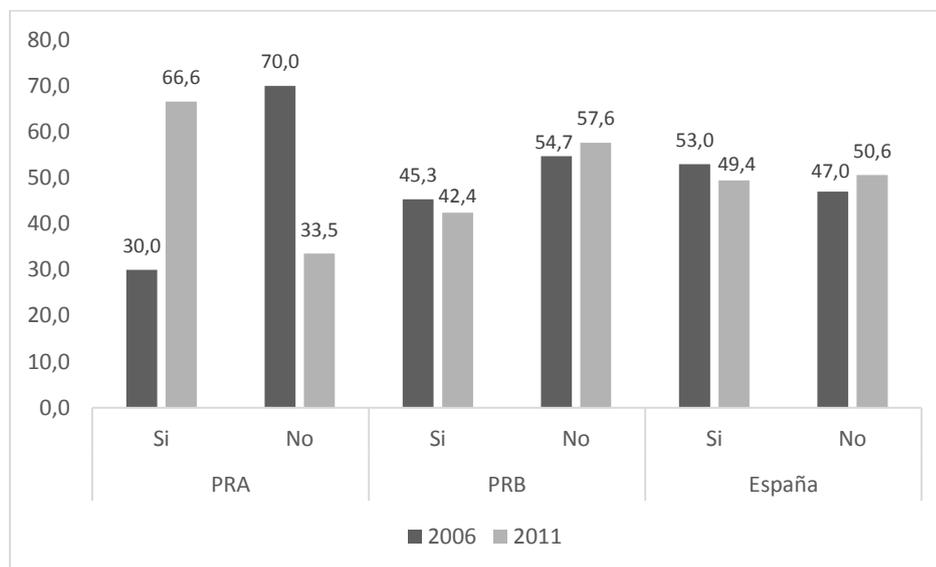
Respecto al Índice de Masa Corporal, IMC, se aprecia que el porcentaje de obesidad ha aumentado en la ENS 2011, tanto en población inmigrante como en población autóctona, siendo mayor el aumento en población procedente de PRA (seis puntos porcentuales), en procedentes de PRB (casi dos puntos) mientras que en la población autóctona se incrementó en un punto y medio porcentual (Gráfico 32).

Gráfico 32. Índice de Masa Corporal (IMC) según procedencia. ENS 2006 y ENS 2011



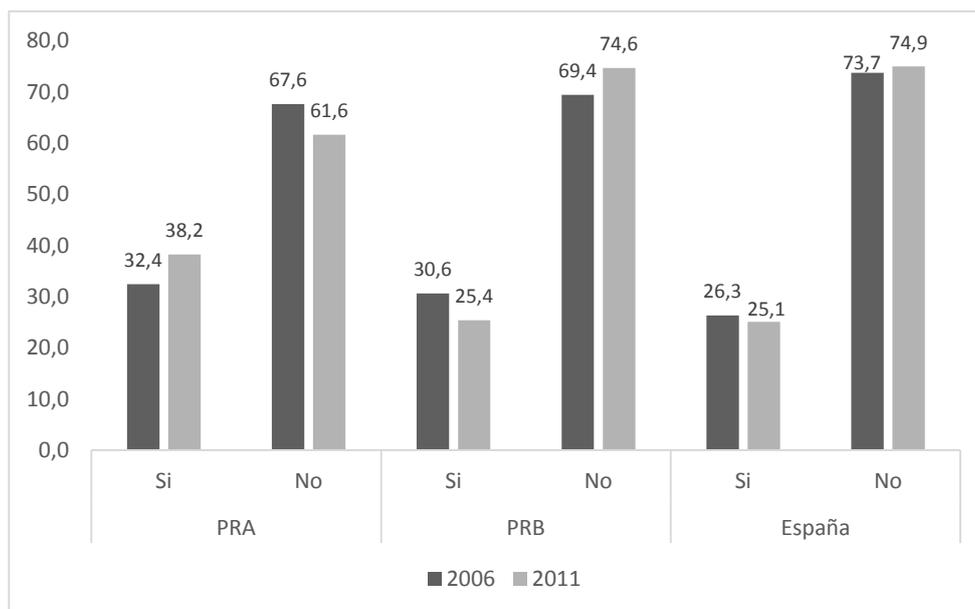
En cuanto al consumo de alcohol, los resultados muestran cifras mayores en la ENS 2011 para inmigrantes procedentes de PRA, quienes además han aumentado a más del doble este consumo, pasando del 30% en la ENS 2006 a 66,5% en la ENS 2011. Los inmigrantes procedentes de PRB y la población autóctona declaran haber disminuido el consumo en la ENS 2011 respecto a la ENS 2006, aunque en menor proporción (45,3% vs. 42,4% y 53% a 49,4%, respectivamente) (Gráfico 33).

Gráfico 33. Consumo de alcohol según procedencia. ENS 2006 y ENS 2011



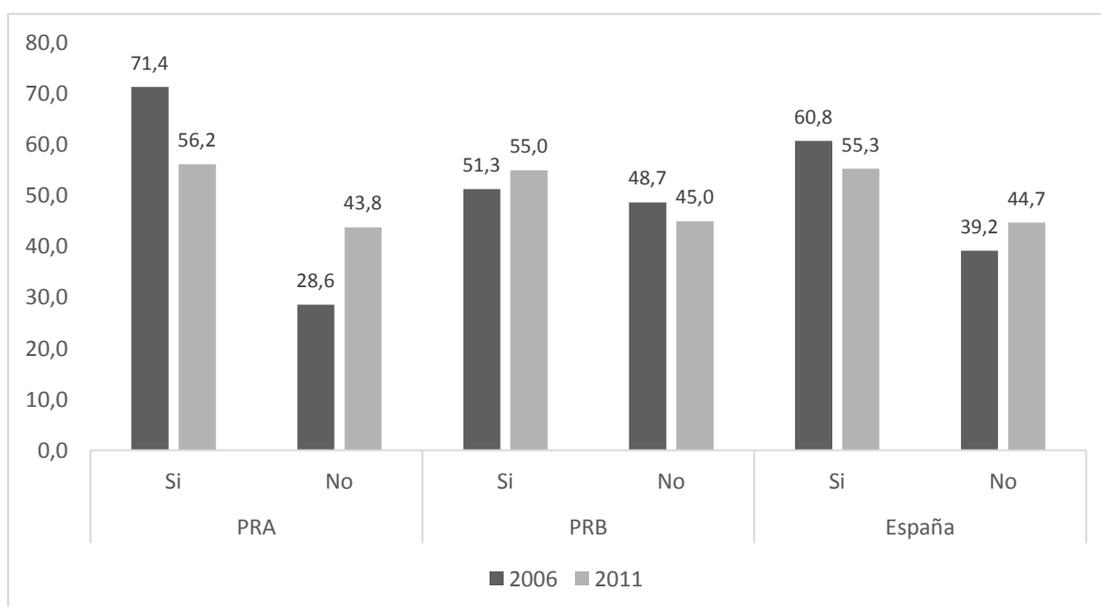
Al analizar el consumo de tabaco presentan una mayor proporción los que no fuman frente a los que fuman. Sin embargo, en los procedentes de PRA, ha aumentado el consumo en la ENS 2011, 38,2%, frente a los 32,4% de la ENS 2006, mientras que en los procedentes de PRB y autóctonos se percibe una leve disminución (Gráfico 34).

Gráfico 34. Consumo de tabaco según procedencia ENS 2006 y ENS 2011



Así mismo, la actividad física según país de procedencia y año de encuesta ha variado. Vemos que el porcentaje de inmigrantes que proceden de PRA que realiza ejercicio físico ha disminuido, de 71,4% en ENS 2006 a 56,2% en ENS 2011; mientras que los autóctonos han pasado del 60,8% a 55,3%. Sólo se aprecia un aumento de la práctica de actividad física en los inmigrantes procedentes de PRB, de 51,3% ENS 2006 a 55% en la ENS 2011 (Gráfico 35).

Gráfico 35. Práctica de actividad física según procedencia ENS 2006 y ENS 2011



1.6. Utilización de los servicios de salud

Los servicios sanitarios se han clasificado en Atención Primaria referido a la visita al Médico de Familia (MF), visita a Médico Especialista (ME), Ingreso Hospitalario (IH) y visita a los Servicios de Urgencias (SU) (Tabla 7).

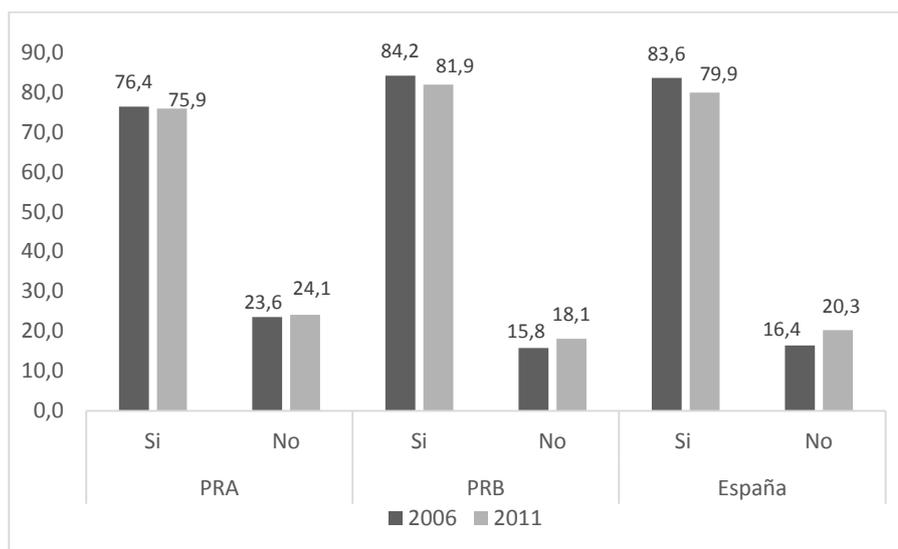
Tabla 7. Utilización de los servicios de salud por país de procedencia y año de encuesta

Variable	Categoría	ENS 2006						ENS 2011					
		PRA		PRB		Autóctonos		PRA		PRB		Autóctonos	
		n	%	n	%	n	%	n	%	n	%	N	%
Médico de Familia	Si	84	76,4	523	84,2	9.646	83,6	66	75,9	376	81,9	6.072	79,7
	No	26	23,6	98	15,8	1.899	16,4	21	24,1	83	18,1	1.550	20,3
Médico Especialista	Si	53	47,7	261	41,4	4.892	42,0	41	47,1	171	37,3	3.139	41,2
	No	58	52,3	369	58,6	6.758	58,0	46	52,9	287	62,7	4.480	58,8
Ingreso Hospitalario	Si	38	9,3	185	9,2	2.818	10,4	21	6,5	127	8,6	1.783	9,3
	No	369	90,7	1.819	90,8	24.212	89,6	301	93,5	1.356	91,4	17.419	90,7
Asistencia a Urgencias	Si	81	19,9	694	34,6	7.777	28,8	61	18,9	444	29,9	5.073	26,4
	No	326	80,1	1.310	65,4	19.253	71,2	261	81,1	1.039	70,1	14.129	73,6
Necesidad de atención de salud y no recibida	Si	23	5,7	124	6,2	1.191	4,4	10	3,1	55	3,7	448	2,3
	No	383	94,3	1.876	93,8	25.804	95,6	312	96,9	1.428	96,3	18.754	97,7

En referencia a la visita al médico de familia, podemos observar que es el servicio más demandado respecto a los otros, tanto por población inmigrante como por población autóctona y en las dos encuestas analizadas. Le siguen la visita al médico especialista, la visita a los servicios de urgencias y, por último, haber tenido algún episodio de ingreso hospitalario. Las consultas al médico de familia en Atención Primaria, por lo menos una vez en las últimas cuatro semanas antes de la encuesta, es mayormente realizada por la población inmigrante procedente de PRB en ambas encuestas, 84,2% ENS 2006 y 81,9% ENS 2011. La población autóctona, por su parte, acude al médico de familia en un porcentaje menor, 83,6% en la ENS 2006 y del 79,7% en la ENS 2011; y en el caso de la población inmigrante procedentes de PRA, el 76,4% declara haber utilizado este servicio

en la ENS 2006 y el 75,9% en al ENS 2011. Sin embargo, se aprecia una disminución de consultas a los médicos de atención primaria en todos los grupos de población en la ENS 2011 respecto a la ENS 2006 (Gráfico 36).

Gráfico 36. Asistencia al Médico de Familia según procedencia. ENS 2006 y ENS 2011

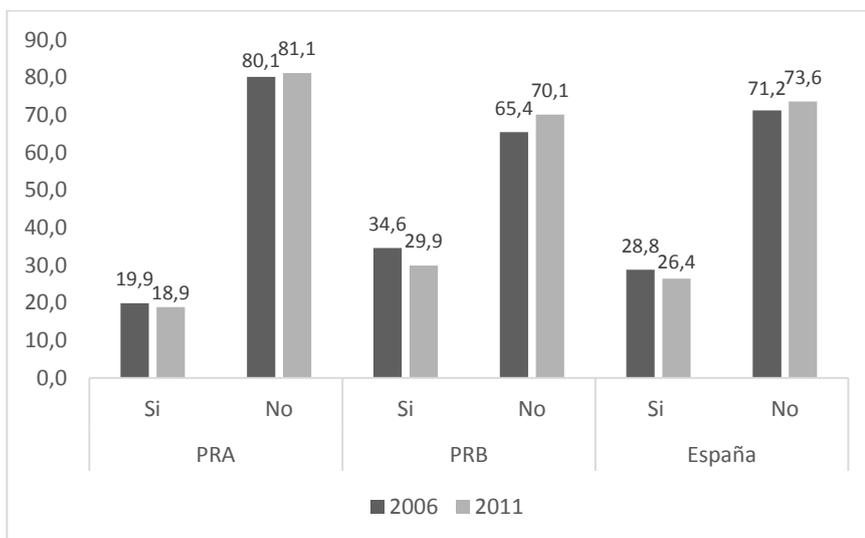


La visita al médico especialista durante el mes anterior a la encuesta es menor en todos los grupos poblacionales y en las dos encuestas analizadas. Se observa que el porcentaje de inmigrantes procedentes de PRA que declaró utilizar este servicio en la ENS 2006 es prácticamente similar al declarado en la ENS 2011; mientras que el 41,4% de la población procedente de PRB declaró acudir al médico especialista en la ENS 2006, disminuyendo en cuatro puntos porcentuales en la ENS 2011, 37,3% (Tabla 7).

En cuanto el ingreso hospitalario ocurrido en el último año, éste se ha producido en mayor proporción en la población autóctona, aunque en similares proporciones en una encuesta y otra. En la población inmigrante, fue prácticamente igual en la ENS 2006 (9,3% PRA vs. 9,2% PRB), mientras que en la ENS 2011, fue mayor en los procedentes de PRB 8,6% vs. 6,5% PRA (Tabla 7).

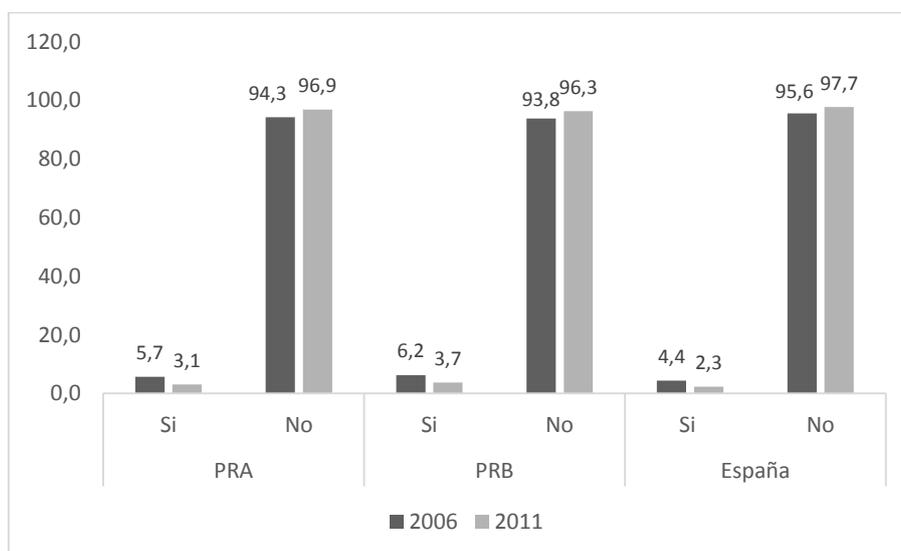
La visita a los Servicios de Urgencias en el último año, como muestra el Gráfico 37, la realiza en mayor proporción la población inmigrante procedente de PRB. Así en la ENS 2006 estos servicios fueron utilizados por el 34,6% y disminuyó al 29,9% en la ENS 2011. En la población autóctona se aprecia una leve disminución, de 28,8% ENS 2006 a 26,4% en la ENS 2011. En los procedentes de PRA, los porcentajes fueron casi similares (19,9% vs 18,9%) (Gráfico 37).

Gráfico 37. Asistencia a Servicios de Urgencia según procedencia. ENS 2006 y ENS 2011



Por otro lado, sobre la necesidad de atención médica y que no fue recibida, podemos apreciar que la gran mayoría de entrevistados de los tres grupos de población y las dos ediciones de las encuestas, señalaron no haber tenido necesidad de atención médica que no haya recibido la atención oportuna. Sin embargo, de los que señalaron que sí la tuvieron y no la recibieron, son los inmigrantes procedentes de PRB quienes presentan una mayor proporción en ambas encuestas, con una disminución en la ENS 2011 de 6,2% a 3,7%. Los procedentes de PRA disminuyeron de 5,7% en la ENS 2006 a 3,1% en la ENS 2011, y por último los autóctonos con cifras inferiores, un 4,4% en la ENS 2006 al 2,3% en la ENS 2011 (Tabla 7 y Gráfico 38).

Gráfico 38. Prevalencia de población que no recibió asistencia médica cuando la precisó. Según procedencia. ENS 2006 y ENS 2011

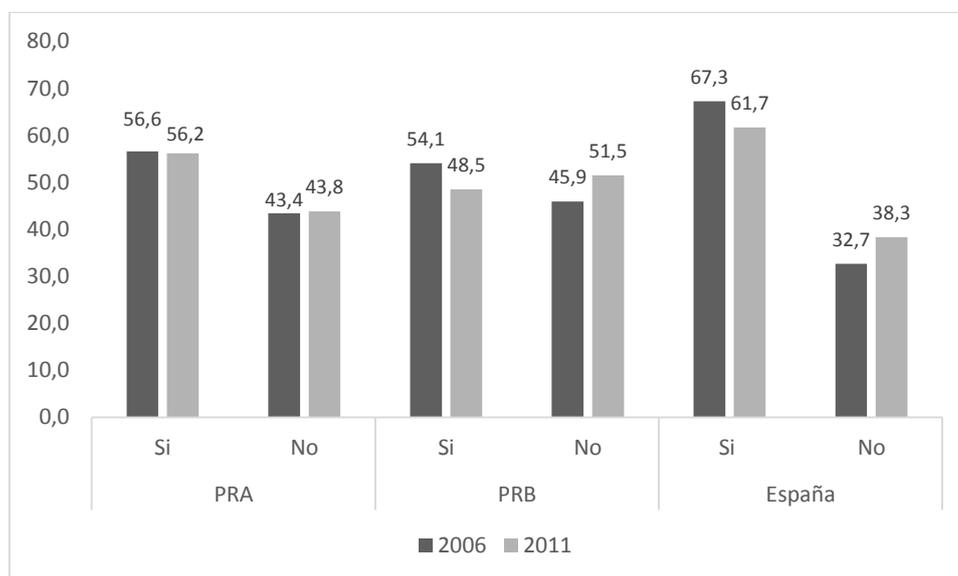


2. Análisis Bivariado

El análisis bivariado se realizó con la variable dependiente, consumo de medicamentos declarados durante las últimas dos semanas anteriores a las encuestas y todas las variables independientes. Se considera consumo total de medicamentos tanto recetados como los derivados de una automedicación, es decir sin mediar una prescripción médica.

Los resultados muestran que el consumo total de medicamentos (recetados y automedicados) ha variado de una encuesta a otra. En la población autóctona se aprecia una prevalencia del 67,3% de consumo de algún tipo de medicamento en la ENS 2006, y de 61,75% ENS 2011. Se observan diferencias de consumo total de medicamentos entre la población inmigrante. Así, los procedentes de PRA declararon una proporción de consumo superior a los procedentes de PRB en ambas encuestas, aunque ha disminuido la prevalencia de consumo en la ENS 2011 respecto a la ENS 2006, (Gráfico 39).

Gráfico 39. Prevalencia del consumo total de medicamentos, prescritos y/o automedicados, en población residente en España según procedencia. ENS 2006 y ENS 2011



2.1. Prevalencia de consumo total de medicamentos, prescritos y automedicados, según tipo de medicamentos. ENS 2006 y ENS 2011.

Al analizar el consumo total de medicamentos, se ha considerado tanto el consumo de medicamentos recetados como automedicados (Tabla 8 y Tabla 9). Se puede observar que la prevalencia de consumo según tipo de medicamento varía en los grupos de población estudiados y según el año de encuesta. Sin embargo, se observa unanimidad en el medicamento más consumido en las dos encuestas y por los tres grupos de población estudiados. Así, los medicamentos para el dolor son los más consumidos, apreciándose además un incremento entre la ENS 2006 y la ENS 2011. Este consumo, presenta una mayor prevalencia en los inmigrantes procedentes de PRB (53,09% ENS 2006 y 53,26% ENS 2011). Mientras que, en el consumo del resto de medicamentos, se aprecia una variabilidad según país de procedencia. Así observamos que, en el caso de la población autóctona, el segundo lugar en consumo lo ocupan los medicamentos para la tensión arterial (26,04% ENS 2006 y 29,99% ENS 2011); en la población procedente de PRA, en segundo lugar se encuentran los medicamentos para el catarro, garganta, gripe y bronquios (21,18% ENS 2006) y para la tensión arterial (25,63% ENS 2011); y en el caso de la población inmigrante procedente de PRB, los medicamentos que son consumidos en segundo lugar son para el catarro, garganta, gripe y bronquios con una prevalencia del 21,79% ENS 2006 y 21,36% ENS 2011.

Destacamos el consumo de antibióticos en los tres grupos estudiados. Mientras que en la ENS 2006 la prevalencia de consumo fue del 6,89% en los inmigrantes procedentes de PRB, en la ENS 2011 este consumo aumentó al 9,61%. Sin embargo, en los inmigrantes procedentes de PRA, la prevalencia de consumo de antibióticos fue de 8,75% ENS 2006 disminuyendo al 2,78% en la ENS 2011. En la población autóctona se incrementó ligeramente, pasando del 6,20% ENS 2006 al 6,55% ENS 2011. De otro lado, la prevalencia de consumo de medicamentos para el colesterol también muestra diferencias entre la población de inmigrantes y autóctonos y por año de la Encuesta. Así, por ejemplo, en la ENS 2006 los procedentes de PRB tienen una prevalencia de 2,58% y aumenta al 7,96% ENS 2011, la población autóctona, pasa de una prevalencia de 13,36 ENS 2006 a 19,20% en la ENS 2011; y los procedentes de PRA evidencian las cifras más altas y pasan del 5,66% ENS 2006 al 24,39% en la ENS 2011.

También el consumo de tranquilizantes, relajantes musculares y pastillas para dormir se ha incrementado en el 2011. En el caso de la población inmigrante procedente de PRB, se observa un mayor incremento de la prevalencia, pasando del 8,02% ENS 2006 a 13,94% ENS 2011.

Tabla 1. Prevalencia de consumo total de medicamentos en población inmigrante residente en España y autóctonos. ENS 2006

<i>Tipo de Medicamentos /Consumo total</i>	<i>Inmigrantes PRA n = 619 Prevalencia IC (95%)</i>	<i>Inmigrantes PRB n = 1.436 Prevalencia IC (95%)</i>	<i>Autóctonos n = 27.423 Prevalencia IC (95%)</i>
Medicinas para el catarro, gripe, garganta, bronquios +*	21,18 (15,83-27,74)	21,79(18,00-26,11)	16,01(15,29-16,76)
Medicinas para el dolor †+*	40,47(33,89-47,40)	53,09(48,28-57,83)	49,31(48,35-50,28)
Medicinas para bajar la fiebre	4,31(2,17-8,35)	5,18(3,52-7,54)	3,29(2,93-3,69)
Reconstituyentes como vitaminas, minerales, tónicos †*	12,74(8,64-18,40)	12,05(9,31-15,47)	8,67(8,18-9,19)
Laxantes	3,22(1,24-8,12)	2,30(1,33-3,93)	4,40(4,04-4,79)
Antibióticos	8,75(5,63-13,55)	6,89(4,75-9,90)	6,20(5,75-6,68)
Tranquilizantes, relajantes, pastillas para dormir †*	7,89(4,95-12,28)	8,02(5,91-10,79)	16,48(15,81-17,16)
Medicinas para la alergia	5,15(2,73-9,53)	6,37(4,43-9,08)	5,68(5,25-6,15)
Medicinas para la diarrea	0,12(0,01-0,85)	0,31(0,10-0,92)	0,83(0,66-1,03)
Medicinas para el reuma †*	3,51(1,83-6,62)	3,75(2,34-5,93)	8,77(8,29-9,27)
Medicinas para el corazón †+*	6,99(4,02-11,88)	1,24(0,65-2,35)	9,38(8,85-9,93)
Medicinas para la tensión arterial †*	10,75(7,30-15,07)	7,23(5,15-10,06)	26,04(25,23-26,86)
Medicinas para el estómago +*	6,03(3,72-9,64)	11,49(8,70-15,02)	13,84(13,21-14,50)
Antidepresivos, estimulantes †*	3,82(1,92-7,34)	3,67(2,24-5,94)	8,97(8,47-9,50)
Píldoras para no quedar embarazada †*	6,79(3,89-11,60)	9,71(7,34-12,75)	3,65(3,31-4,03)
Hormonas para la menopausia	1,18(0,44-3,14)	0,84(0,37-1,85)	1,13(0,96-1,33)
Medicinas para adelgazar	0,95(0,22-3,92)	0,99(0,44-2,21)	0,47(0,35-0,62)
Medicinas para bajar el colesterol †*	5,66(3,34-9,42)	2,58(1,57-4,21)	13,36(12,75-14,00)
Medicinas para la diabetes †*	2,04(0,69-5,85)	1,87(1,00-3,45)	7,79(7,30-8,30)
Otros medicamentos †*	13,40(9,11-19,29)	18,76(15,24-22,87)	27,38(26,56-28,22)
Total †*	56,61(51,27-61,80)	54,08(50,49-57,62)	67,30(66,50-68,05)

† Asociación estadísticamente significativa entre inmigrantes PRB y autóctonos

* Asociación estadísticamente significativa entre inmigrantes PRA y autóctonos

+ Asociación estadísticamente significativa entre inmigrantes PRA e inmigrantes PRB

Tabla 9. Prevalencia de consumo total de medicamentos en población inmigrante residente en España y autóctonos. ENS 2011

<i>Tipo de Medicamentos/ Consumo total</i>	<i>Inmigrantes PRA n = 322 Prevalencia IC (95%)</i>	<i>Inmigrantes PRB n = 1.483 Prevalencia IC (95%)</i>	<i>Autóctonos n = 19.202 Prevalencia IC (95%)</i>
Medicinas para el catarro, gripe, garganta, bronquios †+*	13,46(8,61-20,44)	21,36(17,71-25,54)	17,37(16,56-18,22)
Medicinas para el dolor	45,70(37,09-54,58)	53,26(48,76-57,70)	51,38(50,33-52,43)
Medicinas para bajar la fiebre	4,93(2,04-11,41)	3,64(2,34-5,63)	3,37(3,00-3,79)
Reconstituyentes como vitaminas, minerales, tónicos †+*	12,33(7,79-18,97)	11,36(8,86-14,45)	7,99(7,45-8,56)
Laxantes †+*	1,42(0,41-4,77)	1,39(0,66-2,89)	3,30(2,95-3,68)
Antibióticos †+*	2,78(1,10-6,83)	9,61(7,01-13,03)	6,55(6,05-7,09)
Tranquilizantes, relajantes, pastillas para dormir †+*	10,79(6,90-16,49)	13,94(11,09-17,39)	19,10(18,32-19,92)
Medicamentos para la alergia	5,55(2,63-11,34)	4,80(3,34-6,84)	5,25(4,78-5,76)
Medicamentos para la diarrea	0,00 (0,00-0,00)	0,48(0,17-1,40)	0,80(0,63-1,01)
Medicinas para el reuma †+*	4,06(1,69-9,42)	1,73(0,86-3,44)	6,85(6,38-7,35)
Medicinas para el corazón †+*	5,80(3,06-10,73)	3,68(2,23-6,02)	9,42(8,86-10,00)
Medicinas para la tensión arterial †+*	25,63(18,55-34,27)	12,01(9,48-15,11)	29,99(29,07-30,93)
Medicinas para el estómago †+*	8,17(4,75-13,69)	12,07(9,47-15,26)	20,59(19,78-21,43)
Antidepresivos, estimulantes †+*	4,79(2,50-8,99)	3,14(1,99-4,93)	7,56(7,05-8,10)
Píldoras para no quedar embarazada †+*	5,60(2,22-13,55)	9,20(6,34-13,15)	4,76(4,17-5,43)
Hormonas para la menopausia	1,93(0,61-5,93)	0,49(0,14-1,64)	0,77(0,57-1,02)
Medicinas para adelgazar	0,00(0,00-0,00)	0,51(0,16-1,58)	0,24(0,16-0,37)
Medicinas para bajar el colesterol †+*	24,39(17,34-33,16)	7,96(5,83-10,77)	19,20(18,42-20,00)
Medicinas para la diabetes †+*	6,07(3,21-11,20)	4,46(2,88-6,86)	10,07(9,48-10,69)
Medicinas para el tiroides	8,30(4,63-14,45)	4,42(3,05-6,35)	5,86(5,40-6,37)
Otros medicamentos †+*	19,07(13,54-26,19)	18,15(14,97-21,82)	25,21(24,31-26,12)
Total †+*	56,22(49,72-62,45)	48,55(45,39-51,72)	61,75(60,91-62,59)

† Asociación estadísticamente significativa entre inmigrantes PRB y autóctonos

* Asociación estadísticamente significativa entre inmigrantes PRA y autóctonos

+ Asociación estadísticamente significativa entre inmigrantes PRA e inmigrantes PRB

2.2. Prevalencia de consumo de medicamentos según variables sociodemográficas, socioeconómicas, estado de salud, estilos de vida y utilización de los servicios sanitarios.

La prevalencia de consumo de medicamentos según variables sociodemográficas, estado de salud, estilos de vida y utilización de los servicios sanitarios según país de origen y año de encuesta, se muestran en la Tabla 10 y Tabla 11.

Se observa un aumento en el consumo de medicamentos en las mujeres, de los tres grupos poblacionales estudiados, respecto a los hombres en las dos Encuestas estudiadas. Destacamos que en la ENS 2011, la diferencia de la prevalencia de consumo de medicamentos entre mujeres y hombres ha disminuído respecto a la ENS 2006; así mismo, también ha disminuído la prevalencia de consumo entre las mujeres. Las mujeres autóctonas tienen una mayor prevalencia en ambas encuestas: 75,08 IC 95% (74,14-76,00) ENS 2006 y 68,57 IC 95% (67,45-69,67) ENS 2011. Entre las mujeres inmigrantes, tienen mayor prevalencia de consumo de medicamentos las que proceden de PRA: con una prevalencia del 65,54 IC 95% (58,82-71,70) ENS 2006 y 62,47 IC 95% (53,55-70,61) ENS 2011, con diferencias estadísticamente significativas. Mientras que las mujeres inmigrantes procedentes de PRB, tienen una prevalencia de consumo del 63,28 IC 95% (58,67-67,66) ENS 2006 y 56,20 IC 95% (51,90-60,41) ENS 2011.

Por otro lado, la prevalencia de consumo de medicamentos aumenta significativamente con la edad y en los tres grupos de estudio, sobre todo en la categoría de 75 y más años. Aunque al comparar las dos encuestas nos encontramos que la prevalencia de consumo ha disminuído en la población de 75 y más años procedentes de PRA en la ENS 2011, y también en la población autóctona. Sin embargo, la prevalencia de consumo a aumentado en los inmigrantes de ese mismo rango de edad procedentes de PRB 74,89 IC 95% (39,70-93,11) ENS 2006 y 88,60 IC 95% (70,44-96,21) ENS 2011.

Observando el nivel de estudios, los resultados indican que presentan mayor prevalencia de consumo de medicamentos los inmigrantes que proceden de PRA y tienen estudios universitarios, con un ligero incremento en la ENS 2011. En los inmigrantes procedentes de PRB, en la ENS 2006 se observa que la prevalencia fue mayor en los universitarios, y en la ENS 2011 la prevalencia de consumo fue mayor en los inmigrantes que no saben leer ni escribir 74,11 IC 95% (50,25-89,03), seguidos de los que tienen estudios universitarios. Mientras que, en la población autóctona, y en ambas encuestas, se observa la mayor prevalencia de consumo en quienes no tienen estudios o tienen estudios primarios.

De igual manera, se observa una mayor prevalencia de consumo en quienes se encuentran inactivos laboralmente en ambas encuestas y en los tres grupos estudiados. Apreciándose una disminución en la ENS 2011 para autóctonos e inmigrantes procedentes de PRB.

Respecto a la prevalencia de consumo de medicamentos declarados por la población inmigrante residente en España según tiempo de residencia, pregunta contemplada sólo en la ENS 2011, se observa una mayor prevalencia de consumo en inmigrantes procedentes de PRA con residencia en España igual o superior a once años, 66,03 IC 95% (58,09-73,16) y PRB 54,62 IC 95% (48,83-60,28) frente a los que tienen de seis a diez años de residencia y, por último, los que tienen cinco años o menos.

Tabla 10. Prevalencia de consumo total de medicamentos en población inmigrante residente en España y autóctonos. Según variables sociodemográficas y socioeconómicas. ENS 2006

Variables		Inmigrantes PRA	Inmigrantes PRB	Autóctonos
		Prevalencia IC (95%)	Prevalencia IC (95%)	Prevalencia IC (95%)
Sexo	Hombre ^{†*}	47,14(39,32-55,11)	43,68(38,28-49,24)	59,29(58,01-60,55)
	Mujer ^{†*}	65,54(58,82-71,70)	63,28(58,67-67,66)	75,08 (74,14-76,00)
Edad	16-24	57,93(43,70-70,96)	42,15(33,60-51,21)	47,72(44,89-50,55)
	25-44	51,45(44,08-58,75)	54,99(50,55-59,35)	55,29(53,89-56,67)
	45-64	59,36(48,64-69,25)	62,59(53,81-70,61)	72,69(71,37-73,98)
	65-74	73,44(52,03-87,58)	61,89(33,38-84,04)	89,34(87,94-90,60)
	≥ 75	87,87(61,21-97,08)	74,89(39,70-93,11)	93,60(92,42-94,60)
Estado Civil	Soltero ^{††}	57,63(46,53-68,01)	46,80(40,26-53,45)	61,68(60,19-63,14)
	Casado ^{†*}	56,26(50,16-62,17)	57,40(53,21-61,50)	70,53(69,61-71,42)
Nivel de Estudios	No sabe leer ni escribir ^{†*}	55,42(28,89-79,19)	44,21(30,48-58,88)	87,16(85,48-88,67)
	Primarios ^{†*}	54,55(44,51-64,23)	49,56(43,90-55,22)	70,10(68,95-71,22)
	Secundarios	55,96(48,03-63,59)	57,23(51,42-62,84)	58,62(56,93-60,29)
	Universitarios	61,55(50,36-71,64)	61,72(53,30-69,49)	59,74(57,67-61,77)
Ocupación	Activo	53,51(46,68-60,21)	53,25(48,95-57,50)	57,30(56,10-58,50)
	Desempleado	50,86(33,73-67,79)	51,49(40,09-62,73)	62,07(58,72-65,30)
	Inactivo ^{†*}	66,81(56,37-74,14)	58,04(50,12-65,56)	79,33(78,30-80,34)

† Asociación estadísticamente significativa entre inmigrantes PRB y autóctonos

* Asociación estadísticamente significativa entre inmigrantes PRA y autóctonos

+ Asociación estadísticamente significativa entre inmigrantes PRA e inmigrantes PRB

Tabla 11. Prevalencia de consumo total de medicamentos en población inmigrante residente en España y autóctonos. Según variables sociodemográficas y socioeconómicas. ENS 2011

Variables		Inmigrantes PRA	Inmigrantes PRB	Autóctonos
		Prevalencia IC (95%)	Prevalencia IC (95%)	Prevalencia IC (95%)
Sexo	Hombre*	49,54(40,32-58,79)	40,10(35,63-44,75)	54,66(53,41-55,90)
	Mujer *	62,47(53,55-70,61)	56,20(51,90-60,41)	68,57(67,45-69,67)
Edad	15-24 †	16,67(5,73-39,69)	37,37(29,79-45,62)	42,75(39,87-45,67)
	25-44 *	50,76(39,88-61,56)	45,56(41,56-49,62)	50,52(49,00-52,03)
	45-64	57,34(47,36-66,76)	60,85(53,86-67,42)	65,14(63,71-66,54)
	65-74	73,61(54,82-86,51)	76,69(51,67-91,01)	80,40(78,55-82,13)
	≥ 75	80,17(57,00-92,50)	88,60(70,44-96,21)	86,09(84,41-87,61)
Estado Civil	Soltero†*	56,94(47,99-65,46)	50,09(45,56-54,62)	56,58(55,25-57,90)
	Casado †+	55,69(46,68-64,35)	47,17(42,79-51,60)	65,77(64,70-66,82)
Nivel de Estudios	No sabe leer ni escribir †+	0,00(0,00-0,00)	74,11(50,25-89,03)	85,10(80,82-88,56)
	Primarios †*	48,83(28,42-69,64)	41,16(32,28-50,66)	75,27(73,71-76,77)
	Secundarios*	55,78(47,93-63,36)	47,86(44,19-51,55)	57,71(56,59-58,83)
	Universitarios	62,23(49,09-73,78)	56,75(48,38-64,74)	55,19(53,01-57,35)
Ocupación	Activo	51,91(42,78-60,92)	49,29(44,93-53,66)	53,35(52,05-54,65)
	Desempleado *	52,75(34,87-69,95)	44,03(37,94-50,30)	53,15(50,64-55,64)
	Inactivo †*	63,18(52,83-72,44)	51,78(45,16-58,34)	72,86(71,68-74,02)
Clase Social	Directivos	55,93(46,86-64,62)	55,76(48,07-63,18)	59,88(58,50-61,24)
	Manuales *	56,07(46,70-65,02)	47,20(43,67-50,77)	62,67(61,58-63,76)
Tiempo de Residencia	≤ 5 años	42,61(28,01-58,63)	38,66(32,58-45,12)	NA
	6 a 10 años	44,52(31,21-58,67)	49,81(45,04-54,58)	NA
	≥ 11 años+	66,03(58,09-73,16)	54,62(48,83-60,28)	NA
Apoyo Social	Óptimo *	55,04(27,69-79,65)	45,98(33,73-58,73)	66,28(61,64-70,62)
	Subóptimo *+	56,27(49,27-62,65)	48,72(45,46-51,99)	61,63(60,77-62,48)
Tipo de Seguro	Privado *	46,78(24,25-70,70)	48,63(28,41-69,32)	59,78(54,68-64,67)
	Público +	56,84(50,19-63,26)	48,55(45,36-51,76)	61,81(60,95-62,65)

NA: No aplicable

† Asociación estadísticamente significativa entre inmigrantes PRB y autóctonos

* Asociación estadísticamente significativa entre inmigrantes PRA y autóctonos

+ Asociación estadísticamente significativa entre inmigrantes PRA e inmigrantes PRB

Al analizar el estado de salud, encontramos que la prevalencia de consumo de medicamentos es mayor en quienes declaran mala percepción de salud o refieren padecer enfermedad crónica. Este patrón se repite en ambas encuestas. Sin embargo al comparar la ENS 2006 con la ENS 2011, se aprecia una ligera disminución en la prevalencia de consumo en quienes declaran tener enfermedad crónica y son autóctonos; un ligero incremento en los inmigrantes de PRB y un aumento de 13 puntos porcentuales en los inmigrantes de PRA, de 74,85 IC 95% (67,58-80,96) ENS 2006 a 87,41 IC 95% (79,89-92,38) ENS 2011 (Tabla 12 y Tabla 13).

Tabla 12. Prevalencia de consumo total de medicamentos en población inmigrante residente en España y autóctonos. Según estado de salud, estilo de vida y utilización de servicios de salud. ENS 2006

Variables		Inmigrantes PRA	Inmigrantes PRB	Autóctonos
		Prevalencia IC (95%)	Prevalencia IC (95%)	Prevalencia IC (95%)
Percepción de Salud	Bueno †*	50,20(44,03-56,37)	46,03(41,89-50,22)	55,49(54,45-56,53)
	Malo †*	74,39(63,71-82,78)	73,55(66,68-79,45)	90,10(89,24-90,89)
Enfermedad crónica	No	42,48(35,46-49,40)	40,59(35,84-45,53)	39,29(37,83-40,77)
	Sí †+	74,85(67,58-80,96)	69,73(64,68-74,34)	81,51(80,70-82,29)
Consumo de tabaco	Sí †*	52,50(44,44-60,43)	53,60(46,50-60,55)	60,77(59,18-62,35)
	No †*	59,78(52,76-66,42)	54,26(50,12-58,35)	69,98(69,07-70,88)
Consumo de alcohol	Sí †*	55,13(48,31-61,76)	52,52(47,04-57,94)	62,52(61,42-63,62)
	No †*	58,74(50,14-66,83)	55,33(50,59-59,98)	73,53(72,41-74,62)
Actividad Física	No †*	56,35(48,10-64,26)	53,61(48,45-58,70)	66,60(65,34-67,85)
	Sí †*	56,78(49,77-63,53)	54,49(49,51-59,38)	67,77(66,74-68,79)
IMC	< 30 †*	56,32(50,49-61,97)	51,26(47,30-55,20)	64,09(63,16-65,01)
	≥ 30 †*	66,93(49,75-80,53)	67,41(57,46-76,00)	77,63(75,70-79,45)
Médico de Familia	No †*	47,68(41,54-53,89)	44,23(40,04-48,50)	53,60(52,51-54,69)
	Sí †*	80,82(71,67-87,53)	77,35(71,40-82,37)	88,22(87,36-89,02)
Medicina Alternativa	No	55,69(50,20-61,04)	52,97(49,28-56,63)	66,50(65,67-67,31)
	Sí	75,98(52,50-90,05)	73,55(58,19-84,75)	83,10(80,30-85,58)

† Asociación estadísticamente significativa entre inmigrantes PRB y autóctonos

* Asociación estadísticamente significativa entre inmigrantes PRA y autóctonos

+ Asociación estadísticamente significativa entre inmigrantes PRA e inmigrantes PRB

Tabla 13. Prevalencia de consumo total de medicamentos en población inmigrante residente en España y autóctonos. Según estado de salud y estilo de vida. ENS 2011

Variables		Inmigrantes PRA	Inmigrantes PRB	Autóctonos
		Prevalencia IC (95%)	Prevalencia IC (95%)	Prevalencia IC (95%)
Percepción de Salud	Bueno *	48,30(41,20-55,46)	41,71(38,24-45,27)	52,37(51,34-53,40)
	Malo *+	89,14(77,89-95,03)	71,36(64,34-77,48)	84,73(83,60-85,79)
Enfermedad Crónica	No †*	36,35(28,75-44,70)	40,85(37,26-44,53)	45,22(44,05-46,39)
	Sí *+	87,41(79,89-92,38)	70,28(63,96-75,90)	82,14(81,14-83,09)
Consumo de Tabaco	Sí	48,95(38,87-59,11)	49,79(43,64-55,95)	54,85(53,17-56,52)
	No *+	60,54(52,30-68,22)	48,16(44,49-51,84)	64,31(63,34-65,27)
Consumo de Alcohol	Sí *	54,77(46,97-62,35)	50,28(45,55-55,00)	58,12(56,93-59,31)
	No*	59,25(47,88-69,70)	47,29(43,08-51,55)	65,58(64,39-66,74)
Actividad Física	No †*	51,57(40,77-62,23)	50,26(45,79-54,74)	64,38(63,12-65,61)
	Sí *+	58,72(50,70-66,30)	46,77(42,34-51,24)	59,71(58,57-60,83)
IMC	< 30 *+	54,81(47,68-61,76)	45,87(42,37-49,41)	58,44(57,46-59,41)
	≥ 30 *	64,99(47,79-79,01)	61,11(52,80-68,82)	71,31(69,32-73,22)

† Asociación estadísticamente significativa entre inmigrantes PRB y autóctonos

* Asociación estadísticamente significativa entre inmigrantes PRA y autóctonos

+ Asociación estadísticamente significativa entre inmigrantes PRA e inmigrantes PRB

En referencia a la utilización de los servicios sanitarios, Tabla 14, la prevalencia de consumo de medicamentos es mayor en quienes han utilizado algún tipo de servicio sanitario. Sobre todo, en quienes han realizado una visita al médico de familia. Del mismo modo, la prevalencia de consumo de medicamentos es mayor en quienes han recurrido a la medicina alternativa. Así, la población autóctona tiene la mayor prevalencia de consumo en ambas encuestas, aunque se aprecia una disminución de 21,44 puntos en la ENS 2011 respecto a la ENS 2006. Mientras que en la población inmigrante la prevalencia de consumo de medicamentos entre los que han recurrido a la medicina alternativa en la ENS 2011 es mayor en los procedentes de PRB: 63,94 IC 95% (38,37-83,47) que en los procedentes de PRA: 54,72 IC 95% (26,69-80,05); cabe precisar que también para ambas poblaciones, se aprecia una disminución en la ENS 2011.

Por otro lado, destaca también la prevalencia de consumo de medicamentos en los inmigrantes que han tenido necesidad de atención de salud y no la han recibido: 75,00 IC 95% (60,35-85,54) para procedentes de PRB en la ENS 2011, siendo esta prevalencia mayor en esta población que en los inmigrantes procedentes de PRA y autóctonos.

Tabla 14. Prevalencia de consumo total de medicamentos en población inmigrante residente en España y autóctonos. Utilización de servicios sanitarios. ENS 2011

Variables		Inmigrantes PRA	Inmigrantes PRB	Autóctonos
		Prevalencia IC (95%)	Prevalencia IC (95%)	Prevalencia IC (95%)
Médico de Familia	No *+	52,50(45,30-59,60)	41,18(37,67-44,78)	54,02(53,00-55,05)
	Sí *	71,77(58,02-82,39)	70,25(63,65-76,11)	80,64(79,38-81,85)
Médico Especialista	No *+	55,60(48,72-62,28)	46,34(43,00-49,72)	58,34(57,41-59,27)
	Sí †+	61,91(44,27-76,88)	66,24(57,23-74,21)	79,75(77,98-81,41)
Ingreso Hospitalario	No *+	55,75(49,10-62,21)	46,91(43,62-50,22)	60,48(59,59-61,36)
	Sí *	63,77(38,91-82,95)	66,62(56,48-75,43)	75,21(72,57-77,68)
Asistencia a Urgencias	No *+	54,75(47,60-61,70)	43,16(39,44-46,96)	57,94(56,94-58,92)
	Sí *	63,92(49,51-76,19)	60,64(54,97-66,04)	72,15(70,61-73,64)
Medicina Alternativa	No *+	56,27(49,69-62,65)	48,19(45,00-51,40)	61,53(60,67-62,39)
	Sí	54,72(26,69-80,05)	63,94(38,37-83,47)	66,78(62,71-70,62)
Necesidad de atención de salud y no recibida	No *+	56,10(49,56-62,43)	47,76(44,55-50,99)	61,59(60,74-62,44)
	Sí	59,69(24,26-87,25)	75,00(60,35-85,54)	69,37(63,68-74,53)

† Asociación estadísticamente significativa entre inmigrantes PRB y autóctonos

* Asociación estadísticamente significativa entre inmigrantes PRA y autóctonos

+ Asociación estadísticamente significativa entre inmigrantes PRA e inmigrantes PRB

3. Factores asociados al consumo de medicamentos en población inmigrante residente en España. ENS 2006 y ENS 2011.

Los resultados del análisis multivariante mediante regresión logística, realizado para estimar el efecto que tienen sobre la prevalencia de consumo de medicamentos las variables independientes ajustadas por las otras, se muestran en dos tablas: para la ENS 2006 se presentan en la Tabla 15 y para la ENS 2011 en la Tabla 16.

Así observamos que en la ENS 2006 las mujeres de todos los grupos tienen mayor probabilidad de consumo de medicamentos. Las mujeres procedentes de PRB ostentan la mayor probabilidad (OR 1,82; IC 95% 1,44-2,32). Según la edad, en inmigrantes de PRB y autóctonos, la probabilidad de consumo de medicamentos aumenta con ésta. Dentro de los inmigrantes, es mayor la probabilidad de consumo en inmigrantes de PRB mayores de 75 años, pero llama la atención la probabilidad de consumo entre los que tienen entre 45-64 años, muy superior a sus pares de PRA y autóctonos. La presencia de enfermedad crónica también se asocia al consumo de medicamentos, siendo superior que la edad, sobre todo en inmigrantes de PRA. La percepción de mal estado de salud, en especial en inmigrantes de PRB, está asociado al consumo de medicamentos, con más del doble de probabilidad de aquellos que refieren tener un buen estado de salud. En cuanto a la utilización de los servicios de salud, la visita al médico de familia por inmigrantes procedentes de PRB presenta el mayor valor de la asociación (OR 4,02; IC 95% 3,01-5,36), así mismo la utilización de la medicina alternativa, también con el mayor valor de la asociación en los inmigrantes de PRB.

En la ENS 2011 nuestros resultados muestran que, en cuanto al sexo, las mujeres tienen más probabilidad de consumir medicamentos que los hombres, sobre todo las mujeres inmigrantes procedentes de PRB (OR 1,77; IC 95% 1,32-2,39). Así mismo, existe una alta probabilidad de consumo de medicamentos según aumenta la edad, sobre todo en la población inmigrante procedente de PRA, presentando los valores más elevados de la asociación, los mayores de 75 años (OR 9,75; IC 95% 1,84-31,27).

Otras variables que se asocian de manera independiente y significativa a una mayor probabilidad de consumo de medicamentos entre los inmigrantes de PRA son: La presencia de enfermedad crónica (OR 8,76; IC 95% 4,38-17,55), una mala percepción de salud (OR 3,48; IC 95% 1,25-9,69), siendo en este grupo de población quien presenta el mayor valor de la asociación en comparación con los autóctonos y los de PRB; y el consumo de alcohol (OR 1,56; IC 95% 1,16-2,08). Para los inmigrantes procedentes de

PRB la asociación es estadísticamente significativa para: la presencia de enfermedad crónica y la mala percepción de salud (OR 1,74; IC 95% 1,17-2,57). La búsqueda de atención en los servicios de salud de Atención Primaria (OR 2,55; IC 95% 1,80-3,63) y de Servicios de Urgencias (OR 1,68; IC 95% 1,22-2,33), también guardan asociación con el consumo de medicamentos. Hay que señalar también que en los inmigrantes procedentes de PRB el consumo de medicamentos presenta una asociación con la necesidad de atención de salud que no fue recibida (OR 2,39; IC 95% 1,08-5,30).

El patrón de consumo de medicamentos en la población autóctona tiene como variables significativamente asociadas al sexo mujer con un OR 1,63 IC 95% 1,49-1,78; la edad, ya que la probabilidad de consumo se va incrementando a medida que esta aumenta; la presencia de enfermedad crónica (OR 3,12; IC 95% 2,84-3,43); la mala percepción de salud (OR 1,87; IC 95% 1,66-2,11). Igualmente, el IMC \geq 30, el consumo de alcohol, estado civil casado y pertenecer a la clase social directivos. También las variables sobre utilización de servicios sanitarios como Atención Primaria, Servicios de Urgencia y de Médico Especialista (OR 1,44; IC 95% 1,25-1,65).

Tabla 1. Factores asociados al consumo de medicamentos en población inmigrante residente en España y autóctonos. ENS 2006

Variables		Inmigrantes PRA	Inmigrantes PRB	Autóctonos
		OR IC (95%)	OR IC (95%)	OR IC (95%)
Sexo	Hombre	1	1	1
	Mujer	1,62(1,14-2,329)	1,82(1,44-2,32)	1,71(1,60-1,83)
Edad	15-24	1	1	1
	25-44	0,76(0,45-1,31)	1,56(1,11-2,20)	1,07(0,94-1,21)
	45-64	0,65(0,35-1,95)	1,94(1,25-3,00)	1,37(1,21-1,55)
	65-74	1,55(0,55-4,32)	1,80(0,54-5,95)	2,78(2,33-3,30)
	≥ 75	2,24(0,43-11,48)	2,27(0,59-8,83)	3,89(3,18-4,75)
Nivel de estudios	No sabe leer ni escribir	1	1	1
	Primarios	NS	NS	1,01(0,87-1,17)
	Secundarios	NS	NS	1,08(0,92-1,27)
	Universitarios	NS	NS	1,22(1,03-1,44)
Ocupación	Activo	1	1	1
	Desempleado	NS	NS	0,97(0,85-1,10)
	Inactivo	NS	NS	1,22(1,12-1,34)
Percepción de Salud	Buena	1	1	1
	Mala	1,85(1,16-2,95)	2,16(1,61-2,90)	2,73(2,50-2,99)
Enfermedad Crónica	No	1	1	1
	Sí	3,30(2,24-4,86)	2,46(1,92-3,16)	3,61(3,36-3,87)
Actividad Física	No	NS	NS	1
	Sí	NS	NS	1,08(1,01-1,16)
IMC	< 30	NS	NS	1
	≥ 30	NS	NS	1,25(1,13-1,39)
Médico de Familia	No	1	1	1
	Sí	2,71(1,72-4,26)	4,02(3,01-5,36)	3,54(3,27-3,82)

NS: Asociación no significativa

OR: Odds ratio ajustada

IC 95%: Intervalo de confianza al 95%

Tabla 2. Factores asociados al consumo de medicamentos en población inmigrante residente en España y autóctonos. ENS 2011

Variables		Inmigrantes PRA	Inmigrantes PRB	Autóctonos
		OR IC (95%)	OR IC (95%)	OR IC (95%)
Sexo	Hombre	1	1	1
	Mujer	1,55(0,84-2,87)	1,77(1,32-2,39)	1,63(1,49-1,78)
Edad	15-24	1	1	1
	25-44	6,53(1,61-26,44)	1,20(0,80-1,78)	1,13(0,96-1,32)
	45-64	5,26(1,32-21,01)	2,04(1,28-3,27)	1,39(1,17-1,64)
	65-74	9,72(1,64-37,27)	4,24(1,26-14,20)	2,19(1,79-2,68)
	≥ 75	9,75(1,84-31,27)	6,96(2,28-17,30)	2,55(2,03-3,20)
Estado Civil	Soltero	NS	NS	1
	Casado	NS	NS	1,18(1,07-1,29)
Clase Social	Manuales	NS	NS	1
	Directivos	NS	NS	1,11(1,01-1,20)
Percepción de Salud	Buena	1	1	1
	Mala	3,48(1,25-9,69)	1,74(1,17-2,57)	1,87(1,66-2,11)
Enfermedad Crónica	No	1	1	1
	Sí	8,76(4,38-17,55)	1,93(1,37-2,73)	3,12(2,84-3,43)
Consumo de Alcohol	No	1	NS	1
	Sí	1,56(1,16-2,08)	NS	1,14(1,01-1,23)
IMC	< 30	NS	NS	1
	≥ 30	NS	NS	1,24(1,10-1,39)
Médico de Familia	No	NS	1	1
	Sí	NS	2,55(1,80-3,63)	2,06(1,85-2,29)
Médico Especialista	No	NS	NS	1
	Sí	NS	NS	1,44(1,25-1,65)
Asistencia a Urgencias	No	NS	1	1
	Sí	NS	1,68(1,22-2,33)	1,37(1,23-1,52)
Necesidad de atención de salud y no recibida	No	NS	1	NS
	Sí	NS	2,39(1,08-5,30)	NS

NS: Asociación no significativa

OR: Odds ratio ajustada

IC 95%: Intervalo de confianza al 95%

4. Evolución de los factores asociados al consumo de medicamentos en población inmigrante residente en España. ENS 2006 y ENS 2011.

Para estimar la evolución del consumo de medicamentos durante el periodo de tiempo 2006-2011 en las tres poblaciones de estudio, se han fusionado las bases de datos de las dos ENS. Se ha llevado a cabo un análisis multivariante mediante modelos de regresión logística, tal y como parece reflejado en la Tabla 3.

Los resultados del modelo de regresión, tomando como referencia la ENS del año 2006, indican que el consumo de medicamentos entre la población inmigrante residente en España no ha sufrido un incremento en el año 2011 (PRA: OR 0,84; IC 95% 0,59-1,22; PRB: OR 0,74; IC 95% 0,63-0,87).

En cuanto al resto de variables independientes, los resultados siguen la misma tendencia que al analizar las encuestas individualmente. Es decir, se observa que las mujeres de todos los grupos tienen mayor probabilidad de consumo de medicamentos que los hombres. Y, entre las mujeres, las que proceden de PRB muestran la mayor probabilidad (OR 1,67; IC 95% 1,43-1,95). Según la edad, en los grupos de población estudiados aumenta la probabilidad de consumo de medicamentos cuando aumenta la edad, sobre todo en los autóctonos y seguidos de los inmigrantes de PRB. La percepción negativa del estado de salud está asociada al consumo de medicamentos, en especial en inmigrantes de PRA. La presencia de enfermedad crónica también se asocia al consumo de medicamentos, teniendo la mayor probabilidad los inmigrantes de PRA (OR 4,54; IC 95% 3,12-6,61). De igual manera, se observa una mayor probabilidad de consumo de medicamentos entre quienes declaran un IMC > 30, en los tres grupos poblacionales analizados.

Y en cuanto a la utilización de los servicios de salud, la visita al médico de familia entre los inmigrantes procedentes de PRA presenta el mayor valor de la asociación (OR 2,86; IC 95% 1,74-4,72).

Tabla 3. Evolución de los factores asociados al consumo de medicamentos en población inmigrante residente en España. ENS 2006 y ENS 2011.

Variables		Inmigrantes PRA	Inmigrantes PRB	Autóctonos
		OR IC (95%)	OR IC (95%)	OR IC (95%)
Año de la Encuesta	2006	1	1	1
	2011	0,84(0,59-1,22)	0,74(0,63-0,87)	0,84(0,80-0,88)
Sexo	Hombre	1	1	1
	Mujer	1,47(1,03-2,10)	1,67(1,43-1,95)	1,63(1,56-1,71)
Edad	15-24	1	1	1
	25-44	1,18(0,58-2,41)	1,19(0,94-1,50)	1,02(0,94-1,11)
	45-64	1,57(0,75-3,26)	1,37(1,04-1,81)	1,21(1,11-1,33)
	65-74	2,64(1,07-6,53)	2,64(1,36-5,12)	2,10(1,88-2,34)
	≥ 75	1,86(0,62-5,53)	2,30(1,05-5,02)	2,48(2,20-2,80)
Percepción de Salud	Buena	1	1	1
	Mala	2,74(1,67-4,49)	1,95(1,61-2,37)	2,41(2,28-2,56)
Enfermedad Crónica	No	1	1	1
	Sí	4,54(3,12-6,61)	2,59(2,20-3,05)	3,32(3,15-3,50)
IMC	< 30	1	1	1
	≥ 30	1,74(0,94-3,22)	1,01(0,80-1,27)	1,27(1,18-1,36)
Médico de Familia	No	1	1	1
	Sí	2,86(1,74-4,72)	2,76(2,28-3,34)	2,54(2,40-2,69)

OR: Odds ratio ajustada

IC 95%: Intervalo de confianza al 95%

VII. Discusión

1. Discusión del Método:

Los medicamentos, dentro de un contexto sociocultural y sanitario son un recurso terapéutico, un agente capaz de producir iatrogenia y un indicador sociosanitario (117). En ese sentido, la farmacoepidemiología, es decir “la aplicación de los conocimientos, métodos y razonamiento de la epidemiología al estudio de los efectos –positivos y negativos– y usos de los fármacos en grupos de poblaciones” (118) proporciona las bases para el estudio sobre acceso a los medicamentos. Los estudios con medicamentos (119) incluyen los ensayos clínicos, farmacovigilancia, estudios de seguridad post-autorización y los estudios de utilización de medicamentos (EUM). Dentro de estos últimos, se encuentran los estudios de consumo de medicamentos, y son utilizados para detectar problemas potenciales y, en un primer nivel de análisis, de inadecuación en la utilización de los medicamentos. Sin embargo, su nivel de fiabilidad no siempre es grande al no considerar la patología o la indicación de esos medicamentos utilizados. A pesar de ello, para cumplir su objetivo es preciso que se realicen de forma sistemática y continuada en el tiempo, para permitir determinar las tendencias de consumo en la población (120). Para la OMS, los EUM son aquellos cuyo objetivo es estudiar ‘la comercialización, distribución, prescripción y uso de los medicamentos en una sociedad, con acento especial sobre las consecuencias médicas, sociales y económicas resultantes’ (121). Es decir, los EUM, constituyen una herramienta que permiten su evaluación y su posterior diseño de estrategias de intervención (122). De otro lado, el consumo de medicamentos también se puede estimar a través de estudios de análisis de gasto, de la calidad de la prescripción de medicamentos (123), el consumo en Atención Primaria, entre otros.

Frente a los escasos estudios sobre consumo de medicamentos, como parte del acceso a los servicios de salud, de la población inmigrante residente en España, y ante la necesidad de conocer la situación de los reales y potenciales usuarios de los servicios de salud, se plantea la realización de este estudio utilizando datos secundarios procedentes de las Encuestas Nacionales de Salud de las Ediciones 2006 y 2011, a fin de detectar algunas particularidades que faciliten implementar estrategias de intervención para resolver los problemas sanitarios de este importante poblacional.

Las Encuestas Nacionales de Salud (ENS) son estudios periódicos que se realizan cada cinco años en nuestro país, y tienden a la armonización con la Encuesta Europea de Salud, es decir, el formato de las ENS ha sido adaptado a los requerimientos del proyecto

europeo para la realización de encuestas en salud (124) de tal manera que, en la actualidad, la Encuesta Nacional de Salud y la Encuesta Europea de Salud se alternan cada dos años y medio, en todos los países integrantes de la Unión Europea. Por ello las ENS son una herramienta importante para el estudio de los determinantes sociales, personales, ambientales que determinan la salud de las personas. Además, en la última edición se amplió las dimensiones de algunos determinantes de la salud como el consumo de tabaco, la actividad física, y se han incorporado aspectos no explorados antes como la calidad de vida en adultos (125). El utilizar las dos últimas ediciones para estudiar la evolución temporal del consumo de medicamentos en la población inmigrante residente en España, supone conocer los últimos datos disponibles y vigentes de este grupo de población cuyo aporte al total de la población residente en España es importante. Así mismo, al incluir una variedad de dimensiones y variables, proporciona una idea global y completa de la situación de salud de los entrevistados y por ende da la posibilidad de poder generalizar a toda la población residente.

De otro lado, la Encuesta Nacional de Salud, supone un gran esfuerzo económico y técnico desde la administración central del Estado, tanto para su diseño, recolección de datos, como para el tratamiento estadístico de los mismos, por lo cual moviliza a un gran número de profesionales para el cumplimiento de su objetivo. En ese sentido, el hecho de albergar una información importante que está a disposición de cualquier ciudadano que lo requiera, y que, sobre todo, se haga efectiva, redundará en dar visibilidad a la utilización de los recursos públicos y pone en relieve la utilidad de estas importantes fuentes de datos.

El análisis estadístico realizado en este estudio transversal ha permitido determinar la prevalencia de consumo de medicamentos en población inmigrante residente en España, seleccionando de las Encuestas las variables que respondan a los objetivos de la investigación y controlando una amplia gama de co-variables importantes, incluidas variables sociodemográficas y socioeconómicas y variables sobre estilos de vida, perfil de salud y utilización de los servicios sanitarios, así como identificar los factores asociados a dicho consumo según la literatura consultada. Estos resultados pueden servir de base para la realización de estudios posteriores de diseños analíticos. En esa línea, el utilizar una muestra representativa a partir del muestreo polietápico realizado en las Encuestas, nos permite extrapolar nuestros resultados. Como punto importante del análisis de los resultados, creemos que puede contribuir para un mayor conocimiento de la población usuaria de los servicios de salud, así como establecer o diseñar estrategias de intervención basados en datos reales, exentos de supuestos no demostrables que generan o contribuyen muchas veces con la inequidad en el acceso a los servicios de salud.

Nuestro estudio está limitado por la naturaleza de la Encuesta Nacional de Salud. En primer lugar, el hecho que la Encuesta no ha sido validada para el estudio de uso de medicamentos, es difícil generalizar las conclusiones extraídas de los resultados. En segundo lugar, la ENS recoge datos auto informados por los ciudadanos entrevistados, con el resultado de que la prevalencia del uso de medicamentos puede subestimarse y, debido a las características socioculturales que rodean el uso de medicamentos, algunas respuestas en nuestra población de estudio pueden haber sido socialmente condicionadas. En tercer lugar, la ENS no identifica principios activos específicos, identifica grupos de medicamentos para enfermedades, afecciones o trastornos específicos. Y, por último, dado que la tasa de respuesta inicial en la ENS 2006 fue de 65%, con un 31% de reposición (total de respuesta 96% de la muestra teórica) (126) y de la ENS 2011 fue del 61%, con un 29% de reposición (total de respuesta 90%), se debe tener en cuenta la posibilidad de un sesgo de falta de respuesta (127).

2. Discusión de los Resultados:

Los resultados obtenidos con las ENS 2006 y ENS 2011, muestran que la prevalencia del consumo de medicamentos en la población inmigrante residente en España es menor que la prevalencia en la población autóctona. En la ENS 2006, los inmigrantes presentan una prevalencia de consumo total del 55,3%, mientras que los autóctonos de 67,3%. En la ENS 2011, si bien se aprecia una disminución de la prevalencia de consumo, continúan las diferencias entre la población inmigrante PRB y la población autóctona (48,55% y 61,75%).

Los estudios sobre consumo de medicamentos en población inmigrante en España son escasos y muestran resultados que pueden conducir a confusión en la medida que utilizan diferentes definiciones y/o clasificación de la población inmigrante. Sin embargo, en su mayoría coinciden que la población inmigrante consume menos medicamentos que la población autóctona. Así la investigación realizada por Carrasco-Garrido *et al.* (96) con datos de la ENS 2003 estudiaron el perfil de salud, estilo de vida y uso de los servicios sanitarios de la población inmigrante residente en España y encontraron que los inmigrantes consumían menos medicamentos que la población española. En el análisis compararon a la población inmigrante con la población autóctona, es decir, estudiaron a dos grupos poblacionales. En la investigación llevada a cabo por Jiménez *et al.* (98) cuyo objetivo era examinar las diferencias en el consumo de medicamentos entre población inmigrante y población española, utilizando datos poblacionales y clasificando a los

inmigrantes por regiones geográficas de origen, encontraron que los ciudadanos de la Unión Europea (excluidos los procedentes de Europa del Este) tenían menor probabilidad de consumir medicamentos que los españoles; los inmigrantes africanos consumían menos medicamentos prescritos al igual que los procedentes de Europa del Este, sin embargo, éstos últimos tenían una probabilidad más alta de automedicación. En otro estudio más reciente realizado por Gimeno-Feliu *et al.* (128) en la Región de Aragón -en el cual definieron a los inmigrantes tener por nacionalidad no española independientemente del país de nacimiento y tiempo de estancia en España y los clasificaron por regiones geográficas de nacimiento-, encontraron un menor consumo de medicamentos recetados en los inmigrantes independientemente de su nacionalidad, edad o duración de la estancia en España.

Nuestros resultados corroboran la heterogeneidad de la población inmigrante descritos en estudios nacionales, como el realizado por Villarroel y Artazcoz (129) sobre diferentes patrones de utilización de los servicios de salud utilizando la ENS 2006; y en estudios internacionales como el de Huang *et al.* (130), realizado utilizando datos del censo estadounidense del 2000 -cuyo objetivo fue determinar las diferencias de salud entre los inmigrantes llegados a Estados Unidos en los años posteriores a 1990 y de todas las principales regiones del mundo-, encontraron heterogeneidad entre los subgrupos de inmigrantes, porque los inmigrantes recién llegados a Estados Unidos en edad laboral informaron niveles más bajos de discapacidad mental y discapacidad física en comparación con los estadounidenses nativos, sin embargo encontraron mayor prevalencia de incapacidad laboral declarada, con excepción de los inmigrantes de Canadá, Europa Occidental y Asia Oriental. Estas diferencias de consumo de medicamentos por etnia están documentadas en Estados Unidos, país con mayor tradición inmigrante que España, donde han encontrado que beneficiarios de Medicare de ascendencia hispana o negra consumen menos medicamentos, y además de menor costo, que las personas de etnia blanca con la misma enfermedad y cobertura sanitaria (131).

La heterogeneidad de la población inmigrante viene determinada por las diferencias entre los nacidos en diferentes continentes, países o regiones que se manifiestan en las expresiones de vida, de salud, búsqueda de recursos laborales, sociales y de servicios sanitarios, entre otros. Dada esta situación, nuestro estudio clasifica a la población inmigrante residente en España en dos grandes grupos: población procedente de países de renta alta (PRA) y procedentes de países de renta baja (PRB) (132). Esta clasificación nos permite unificar la naturaleza de la inmigración por países de procedencia atendiendo al nivel de renta nacional. Este indicador expresa el grado de desarrollo de los países,

nivel de vida, relación con los servicios de salud, entre otras, y a su vez e indirectamente puede expresar el efecto de la inmigración en la salud de las personas.

En ese sentido, al analizar la ENS 2006, encontramos que el consumo de medicamentos muestra diferencias significativas entre la población autóctona y la población inmigrante procedente de PRA y entre la población autóctona y la población inmigrante de PRB; de igual manera, las diferencias también son significativas entre ambos grupos de población inmigrante. Así mismo, en la ENS 2011, se mantienen las diferencias en la prevalencia de consumo de medicamentos entre los autóctonos e inmigrantes procedentes de PRB; y aunque la diferencia de consumo entre autóctonos e inmigrantes procedentes de PRA haya disminuido, los resultados también muestran la existencia de diferencias entre ambas prevalencias de consumo de medicamentos.

Las diferencias de consumo encontradas en las encuestas estudiadas muestran que, primero la población inmigrante residente en España no constituye una población homogénea; en segundo lugar, que entre la población inmigrante hay diferencias de consumo al categorizarlas por países de origen según el nivel económico de los mismos; y, en tercer lugar, que la población inmigrante procedente de PRB está en desventaja de consumo respecto a la procedente de PRA y población autóctona. En algunos casos, las diferencias son mayores entre PRA y autóctonos para algunos tipos de medicamentos y variables analizadas, como enfermedad crónica y estilos de vida como el consumo de alcohol. Nuestros resultados están en línea con los encontrados por Gimeno-Feliu *et al.* (133) en el estudio europeo sobre patrones de consumo de medicamentos en inmigrantes y nativos de la Comunidad Autónoma de Aragón y Noruega, medido a través de la compra de medicamentos en las oficinas de farmacia, en cuya conclusión señala que los inmigrantes compraron menos medicamentos que los nativos, aunque en la población inmigrante existía variabilidad en el consumo de estos.

De otro lado, el consumo de medicamentos también se puede validar analizando el gasto farmacéutico que invierte la familia o individuo en la compra de medicamentos. Por ello, analizando la Encuesta de Presupuestos Familiares (EPF) -realizada por el INE en todo el territorio español- del año 2015 refleja que el gasto personal medio anual en los inmigrantes en medicamentos y otros productos farmacéuticos, aparatos y material terapéutico, fue de 91,78 €, muy inferior a la cantidad destinada a estos productos por los españoles, 179,43 €. Además, se observa que entre los años 2007 y 2015 el gasto realizado por los españoles se incrementó en 15,87%, mientras que, en los inmigrantes, se mantuvo constante con un leve incremento del 0,17% (134). El gasto farmacéutico es el

dinero en Euros que destina la familia para comprar los medicamentos a lo largo de un año, descontando el porcentaje de financiación según el tipo de seguro que se posea. En el caso de la población inmigrante, este gasto depende del tipo de seguro privado que puedan disponer, de la tenencia de la tarjeta sanitaria para el acceso a los servicios públicos de salud, de la financiación de los medicamentos y la compra de medicamentos de venta sin receta, en este caso deberá parar el total del costo. En ese sentido, la investigación llevada a cabo en Cataluña (105) para analizar las diferencias en el gasto farmacéutico en el año 2007 entre población inmigrante y población autóctona que acude a los Centros de Atención Primaria y la asociación con el ámbito de residencia (urbano/rural), encontró que había diferencias, entre ambas poblaciones, en el gasto farmacéutico anual. Este gasto fue mayor en la población autóctona para la mayoría de los grupos terapéuticos, excepto para el grupo de antiinflamatorios no esteroideos (AINE) y analgésicos. El gasto, según ámbito de residencia, fue mayor en la población autóctona de la zona rural que en los inmigrantes. Otra investigación reciente cuyo objetivo fue analizar el consumo de medicamentos, mediante la adquisición en la oficina de farmacia de medicamentos prescritos, por los inmigrantes nacidos en cuatro países y en las que utilizaron datos nacionales y regionales (Noruega y Comunidad de Aragón), encontró que los inmigrantes compran menos medicamentos que los nativos (130) para todos los grupos terapéuticos y en los dos países estudiados.

Destacamos, que el consumo es diferenciado según tipo de medicamentos y origen de los inmigrantes en comparación con la población autóctona. Al analizar el tipo de medicamentos consumidos por la población inmigrante residente en España, nuestros resultados muestran que, en ambas encuestas, los medicamentos para el dolor son los más utilizados por los inmigrantes que proceden de PRB. La encuesta no aporta información sobre el principio activo de los analgésicos, por lo cual consideramos que estos resultados engloban una variedad de medicamentos que son utilizados tanto en el dolor agudo como en el dolor crónico de diferente etiología. A pesar de ello, en la encuesta del 2011, se aprecia un ligero aumento respecto al consumo encontrado en la ENS 2006, en los inmigrantes procedentes de PRB y un aumento más pronunciado en los procedentes de PRA. En la población autóctona el consumo de los analgésicos es superior a los inmigrantes procedentes de PRB, pero menor que los procedentes de PRA. Tal como corroboran anteriores estudios, los analgésicos constituyen uno de los medicamentos más consumidos en el mundo (135,136) debido a que se utilizan en diversas enfermedades y sintomatología prevalentes como el dolor de cualquier origen (137). El dolor es una de las causas principales de morbilidad en países europeos (138) produciendo discapacidad para el desarrollo de una vida satisfactoria como queda reflejado en la Encuesta Nacional de

Salud y Bienestar (NHWS en sus siglas en inglés) del 2010, donde se señala 17,25% de las personas en España han padecido dolor de cualquier intensidad en el último mes (139). También la investigación realizada en España utilizando datos de la Encuesta Europea de Salud para la versión española del 2009 y realizado por Carrasco *et al.* (140) encontró una prevalencia de consumo de analgésicos para el dolor de cualquier origen del 31,8% siendo el 23,7% un consumo sin prescripción médica. Si tenemos en cuenta que algunas especialidades pueden obtenerse como Over The Counter (OTC) (141) podría explicarse en parte, la mayor frecuencia de automedicación con estos fármacos en inmigrantes de PRB. De otro lado, los AINEs son medicamentos que se utilizan para el dolor de diversa etiología y según el informe de la Agencia Española del Medicamento del año 2017, el consumo en el ámbito extrahospitalario con receta médica en el período 2013-2016 de este tipo de fármacos ha descendido. En España ha pasado de 43,12% en el año 2013 a 37,89% en el año 2016, lo que supone un descenso del 12,13% (142).

Los medicamentos para el catarro, gripe, garganta y bronquios ocupan el segundo lugar en prevalencia de consumo tanto para la población inmigrante, independiente de los países de origen, como para la población autóctona y durante el periodo de estudio. Sin embargo, nos llama la atención que, mientras en la población autóctona el incremento de consumo es escaso, en la población procedente de PRA, al contrario, presenta una disminución destacable, y en la población inmigrante procedente de PRB el consumo permanece estable, con una prevalencia de más del 21%. Una posible explicación para el elevado consumo de este tipo de medicamento puede guardar relación con la morbilidad derivada de, entre otras razones, las condiciones de vida de los inmigrantes de PRB. Como señala el Colectivo IOE, en su informe Inmigración y Vivienda en España (143), en la mayoría de los casos los inmigrantes recientes viven en régimen de alquiler cuando no se dispone de recursos para alquilar o comprar una casa, o cuando no se ha conseguido la reagrupación familiar. Así mismo señalan que el elevado número de miembros por viviendas en comparación con los autóctonos, con más de cinco miembros, eran comunes en inmigrantes procedentes de África, América Latina y de Europa del Este. Y, por otro lado, es común entre los inmigrantes las situaciones de subarriendo de habitaciones de una misma casa, o el alquiler de camas en el llamado fenómeno de “camas calientes”. Y si sumamos a esta situación las carencias de equipamiento adecuado, como uso de calefacción en invierno, agua caliente, o la ausencia de cuarto de baño en el interior de la vivienda, como señala Onrubia en su informe Vivienda en Inmigración en España (144), la vivienda expone a malas condiciones de habitabilidad e incluso al hacinamiento, tal como refleja el estudio de Jansà *et al.* (145) y que constituyen factores de riesgo para la salud, destacando el desarrollo de enfermedades broncopulmonares.

Por otro lado, nuestra investigación constata que el consumo de tranquilizantes, relajantes y pastillas para dormir, los cuales precisan de una receta médica para su dispensación, ocupan el tercer lugar de los medicamentos consumidos por población inmigrante que proceden de PRB. La prevalencia de consumo de este tipo de medicamentos ha experimentado un crecimiento de casi seis puntos en la última encuesta. En el caso de la población inmigrante procedente de PRA este crecimiento es menor pero pasa del quinto al sexto medicamento más consumido en la ENS 2011. Los estudios sobre salud mental e inmigración señalan a la inmigración en sí como un factor determinante de riesgo en inmigrantes vulnerables (146). El consumo de tranquilizantes, relajantes y pastillas para dormir, por la población inmigrante, sobre todo la procedente de PRB puede estar asociado a la aparición de sintomatología psicósomática, por el padecimiento del duelo migratorio, difícil de gestionar y manifestado como un duelo complejo y difícil sobre todo con presencia de estresores y situaciones adversas a nivel personal o social de los inmigrantes que pueden producir impacto negativo en su salud mental. A decir por Anchotegui, las vivencias de los inmigrantes pueden ocasionar altas dosis de estrés acumulativo convirtiéndose en estrés crónico que sumado al duelo migratorio provocan el denominado Síndrome de Ulises descrito por él mismo en el año 2002 (147). Este síndrome (conjunto de signos y síntomas) manifestadas por tristeza, ansiedad, depresión, temores, irritabilidad, trastornos disociativos y psicósomáticos -cefaleas y dolores abdominales o fatiga intensa- y en el peor de los casos, trastornos psicóticos, es padecido por los inmigrantes en situación de vulnerabilidad, sobre todo en los primeros años, que puede convertirse en un padecimiento transgeneracional. El estrés, en la mayoría de los casos, se genera antes de emprender el viaje migratorio y está relacionado con los lazos familiares en su país de origen, la responsabilidad familiar que deja atrás, la incertidumbre pensando en la acogida en el país de destino, y que se suma al estrés que provoca el viaje en sí. Es decir, el viaje constituye en sí mismo un estresor mental y físico, sobre todo cuando observamos la vía de entrada al país de destino, el cumplimiento con los requisitos administrativos para una recepción y entrada sin temor ni sobresaltos, el medio de transporte utilizado, entre otros. El inmigrante se encuentra inmerso en un proceso migratorio puede presentar niveles altos de estrés cuando es consciente de su nueva realidad, de la inexistencia (muchas veces) de redes sociales y familiares, de la búsqueda necesaria de trabajo y de domicilio, o incluso de un enfrentamiento a una realidad, que habiendo sido idealizada o vista como una oportunidad de mejorar su vida, se presenta como un desafío que provoca que los mecanismos de adaptación se activen para mantener una salud adecuada. Este estrés requiere tiempo para su resolución, pero puede

ser agravado por las circunstancias y condiciones de vida en el país destino. Aun cuando los medicamentos tranquilizantes, relajantes y pastillas para dormir, tienen una amplia indicación terapéutica y son utilizados también para el tratamiento de distintas patologías que van desde las contracturas musculares, distonías neurovegetativas o para el tratamiento de convulsiones en epilepsia, su principal indicación es para el tratamiento del insomnio y los trastornos de ansiedad, como señala la Agencia Española de Medicamentos y Productos Sanitarios. Un reciente informe de esta Agencia basado en un análisis del consumo de este tipo de medicamentos en la población general durante el período de tiempo comprendido entre los años 2000 y 2012, señala que el consumo de los medicamentos del grupo de hipnóticos y sedantes se incrementó en un 81,8%, mientras que el de medicamentos ansiolíticos aumentó en 46,8% (148).

Esta situación de salud puede ser el resultado del duelo migratorio crónico o Síndrome de Ulises, antes descrito, y otros determinantes sociales que en conjunto provocan enfermedad mental en las personas como la ansiedad o depresión. Estas patologías junto con la distimia son las más frecuentes entre los inmigrantes extracomunitarios no regularizados atendidos en dispositivos específicos. Mientras que, entre los inmigrantes regularizados, atendidos en los Servicios de Salud Mental, son más frecuentes los trastornos de ansiedad y trastornos adaptativos, tal como lo recoge la investigación realizada por Ochoa *et al.* (149). Sin embargo, esta sintomatología puede ser confundida en las consultas de los servicios de salud, con dolores musculoesqueléticos (150) o sintomatología mal definida y pueden generar infravaloración de estos o demoras en el diagnóstico (88). Aunque el consumo de medicamentos para la depresión y ansiedad ha aumentado de forma alarmante en la población general residente en España, pasando de 26,5 DHD en el año 2000 a 79,5 DHD en el año 2013 -como apunta la Agencia Española de Medicamentos y Productos Sanitarios (151) representando un incremento del 200%- en la población inmigrante los resultados son diferentes. Así señala la investigación realizada por Cruz *et al.* (152) en una región de Cataluña y comparando el consumo de antidepresivos en las poblaciones inmigrantes (clasificadas por regiones geográficas) y nativas, donde encontró que este tipo de medicamentos fueron dispensadas en un 11% a la población nativa, mientras que en los inmigrantes el porcentaje de dispensación fue del 2,6%. Así mismo encontró que según sexo, se prescribieron entre 1,9 y 2,17 veces más en las mujeres nativas que en las mujeres inmigrantes. Igual sucede en el caso de los hombres en quienes la prescripción de este tipo de medicamentos es entre 2,5 y 3,1 veces más que sus homólogos inmigrantes. Pero entre las mujeres inmigrantes, la tasa más alta de prescripción se encontró en las latinoamericanas (6,6%) y la más baja en las mujeres subsaharianas (1,4%). Estos resultados contrastan con los encontrados en Holanda, en un

estudio sobre dispensación de medicamentos psicotrópicos realizados con 400,000 residentes en las cuatro ciudades más grandes en el año 2013, que al observar una alta prevalencia de algunos trastornos psiquiátricos entre los inmigrantes no occidentales quisieron explorar si se correspondía con mayor prescripción de medicamentos psicotrópicos. Los resultados obtenidos mostraron que la prevalencia de dispensación de antidepresivos entre inmigrantes turcos-holandeses (OR=1,93) y marroquíes-holandeses (OR=1,75) fue significativamente más alta que entre los nativos holandeses, sin embargo, entre los surinameses-holandeses y antillano-holandeses eran más bajas que los nativos holandeses. Las tasas de dispensación de ansiolíticos fueron similares (153).

Otro tipo de medicamento que presenta un importante consumo en la población inmigrante residente en España son los antibióticos. En la ENS 2006 este consumo era superior en los inmigrantes que en la población autóctona. En los procedentes de PRA, la prevalencia de consumo fue de 8,75% frente al 6,89% en la población de procedente de PRB y de 6,2% en la población autóctona. Sin embargo, en la ENS 2011, se observa que, mientras los inmigrantes procedentes de PRA han disminuido la prevalencia de consumo al 2,7%, en la población autóctona ha aumentado ligeramente; pero sobre todo el consumo de antibióticos se ha incrementado en la población inmigrante procedente de PRB a una prevalencia del 9,61% con diferencias significativas. Este consumo evidenciaría una elevada prevalencia de enfermedades infecciosas, como el encontrado por Esteban *et al.* (93) en su estudio sobre motivos de consulta de inmigrantes a un centro de salud, el 18% lo hacía por procesos infecciosos respiratorios agudos. También Jansà (147) señala que la tuberculosis y las parasitosis intestinales han generado más documentación bibliográfica y que las notificaciones de tuberculosis en Europa se producen en inmigrantes procedentes de países con alta prevalencia, sin embargo, en España las cifras son dispares y presentan una prevalencia media del 2,5% y que existen zonas donde alcanzan hasta un 32%. Aunque a decir por Guerrero y Colomina (154) la mayoría de las enfermedades infecciosas que padecen de los inmigrantes no tienen repercusión en términos de salud pública ya que el mecanismo de transmisión es muy difícil en nuestro medio. Sin embargo, las condiciones de vida, las condiciones higiénico-sanitarias, las de habitabilidad, pueden suponer un riesgo para la salud de los inmigrantes, sobre todo para determinadas patologías como la tuberculosis (155). Por otro lado, el consumo de antibióticos también podría estar relacionado con las enfermedades odontológicas y cutáneas (156), atendidas por médicos estomatólogos en consultas privadas.

Así mismo, este elevado consumo de antibióticos entre la población inmigrante procedente de PRB -sobre todos en los entrevistados de países de América Latina y de

Europa del Este- puede deberse a una automedicación. Así queda reflejado en los resultados de la investigación realizada con inmigrantes latinos por Mainous *et al.* en Carolina del Sur (156), Estados Unidos. En dicha investigación el 19,2% de los encuestados declararon este comportamiento, además los antibióticos fueron utilizados para tratar “la gripe”, dolor de garganta, tos y dolor de oído. En la población inmigrante procedente de PRB existe una ‘cultura’ de automedicación con fármacos en general, y con antibióticos en particular, cuando se presentan procesos bronquiales y catarrales, o cualquier proceso infeccioso leve, además de no completar el tratamiento farmacológico. Así queda patente en el estudio realizado por Jiménez y Hernández (84), sobre automedicación en población adulta española, donde encontró que los inmigrantes procedentes de Rumanía tenían un autoconsumo superior; señala así mismo que esta es una práctica habitual en ese país y que la automedicación con antibióticos es superior incluso que en la población española. Estos comportamientos pueden ser derivados del tipo de relación con los servicios de salud y la organización sanitaria de los respectivos países, donde el acceso a los servicios sanitarios no es universal y el gasto en salud merma la economía familiar, sobre todo cuando el aporte en las farmacias es de la totalidad del costo del medicamento, generando que la población obvie la consulta médica para ahorrar costos y acuden directamente a la oficina de farmacia para proveerse de los antibióticos. Este comportamiento lo corrobora el estudio cualitativo realizado por mismos autores, Mainous AG III *et al.* (157), donde la población de origen latino señalaba como innecesaria la visita al médico; y también otra investigación de diseño cualitativo donde queda patente la norma cultural fuertemente arraigada para realizar este tipo de prácticas, señalando la comodidad y familiaridad con los proveedores de los medicamentos (158) en la automedicación de inmigrantes latinos. En este sentido la farmacia comunitaria se convierte en el primer lugar donde el individuo expone sus problemas de salud en busca de atención. El informe sobre necesidades de los pacientes inmigrantes que acuden a las farmacias de la provincia de Valencia (159), cuyo objetivo era conocer las necesidades de uso de medicamentos de los pacientes inmigrantes en la provincia de Valencia, aporta evidencia de este comportamiento y señala que los inmigrantes prefieren acudir a la farmacia cuando tienen un problema de salud, sin embargo, el 13% fueron remitidos al médico porque los medicamentos solicitados precisaban receta. También describieron que el 47,5% de medicamentos que adquieren son aconsejados por el farmacéutico y el 35% de los medicamentos fueron dispensados con receta médica.

Cabe precisar que en España la dispensación de antibióticos se realiza bajo receta médica, por tanto, su utilización está justificada y supervisada. Sin embargo, a la vista de los resultados y debido a la mayor prevalencia de automedicación en la población

inmigrante procedente de PRB, habría que ahondar en la forma cómo obtienen estos medicamentos, sobre todo si queremos realizar intervenciones efectivas y disminuir la resistencia antimicrobiana, que es un importante problema de salud pública, como lo describe la OMS y autoridades sanitarias españolas. Para combatir la automedicación de medicamentos en general, pero sobre todo de antibióticos y disminuir la alta prevalencia de resistencias y multirresistencias a éstos, se han realizado campañas divulgativas y educativas desde organismos sanitarios que intentan evitar el consumo inadecuado y las resistencias, en la actualidad se han implementado el PRAN, Plan Nacional Resistencia a Antibióticos (160). Además, cabe señalar que la dispensación de antibióticos sin receta oficial de la seguridad social es importante en España, buena parte del consumo español se atribuye a los odontólogos y, aunque se desconoce con precisión las cantidades, se considera elevado (161).

En la literatura nacional como internacional están ampliamente descritas las diferencias por sexo en el consumo de medicamentos, así en la investigación realizada con el objetivo de explorar las características de la población que se asocia al consumo y autoconsumo de fármacos en la región de Aragón (162) encontraron un mayor consumo de fármacos en las mujeres. De igual manera el estudio realizado en todo el territorio español y utilizando la ENS 2006 (98) obtuvo similares resultados, observándose que las mujeres presentaron mayor autoconsumo de medicamentos que los hombres. Los resultados de nuestro estudio van en esa línea y muestran que las mujeres de cualquier origen consumen más medicamentos que los hombres de su respectivo grupo en las dos encuestas analizadas, a pesar de apreciarse una disminución de la prevalencia de consumo en la ENS 2011. Sin embargo, al comparar a las mujeres por procedencia, encontramos que en la ENS 2006 las diferencias en consumo de medicamentos entre los grupos de mujeres inmigrantes y autóctonas son similares que en la ENS 2011, aunque el consumo de medicamentos entre ellas haya disminuido. Ostentan la mayor fuerza de la asociación las mujeres inmigrantes procedentes de PRB: OR 1,82 IC 95% 1,44-2,32 en la ENS 2006 y OR 1,77 IC 95% 1,32-2,39 en la ENS 2011. El análisis pone en relieve dos puntos, en primer lugar, la diferencia de consumo de medicamentos entre hombres y mujeres y, en segundo lugar, la diferencia de consumo de medicamentos entre mujeres autóctonas y mujeres inmigrantes.

Nuestros resultados están en consonancia con los hallazgos encontrados en otros estudios poblacionales como el realizado por Carrasco *et al.* (142), cuyo objetivo fue conocer la prevalencia de la automedicación con analgésicos en la población española e identificar las variables asociadas utilizando la Encuesta Europea de Salud 2009 versión

España, donde encontró un mayor consumo de analgésicos automedicados en las mujeres. También presentan hallazgos similares la investigación internacional realizada por Gerritsen (163) con población de refugiados en Holanda, donde observó que las mujeres tenían dos veces más probabilidad de consumir medicamentos que los hombres. Las diferencias de consumo por sexo, hombre y mujer en el sentido biológico, y en el sentido más amplio, las diferencias de consumo de medicamentos por género, femenino y masculino, podrían estar relacionadas con distintas variables, sobre todo con la presencia de enfermedad crónica, mala percepción de salud (164), morbilidad asociada, clase social más desfavorecida, que son manifestaciones de la división sexual del trabajo (165) y básicamente del trabajo reproductivo de las mujeres (166), donde la doble o triple carga de éstas (familia, trabajo remunerado y cuidados de salud a familiares no remunerado) pueden generar situaciones de estrés o fatiga crónica y desencadenar problemas de salud que requieran, entre otros tratamientos, la administración de fármacos. De hecho, en el Informe Salud y Género 2006: las edades centrales de la vida (167), se señala que casi el 100% de las mujeres entre 45 y 65 años dedica casi seis horas diarias a las actividades del hogar, mientras que sólo el 71% de los hombres lo hace y en una jornada que no alcanza las dos horas y media de dedicación. Por otro lado, las mujeres que tienen empleo remunerado tienen dificultad para conciliar la vida familiar y hacer reconciliables las dos caras de la “doble presencia”, realizando un gran esfuerzo que genera pérdida de su bienestar y calidad de vida.

De igual manera, el cambio de los flujos migratorios producidos en las últimas décadas en España ha dado lugar a feminización de la inmigración (168, 169), es decir, las mujeres se convierten en motores y responsables de la nueva situación familiar. Tradicionalmente los procesos migratorios familiares eran encabezados por los hombres de la familia, y posteriormente, gracias a la reagrupación familiar, se sumaban las mujeres, e hijos de la pareja. Aunque en las migraciones internacionales procedentes de países africanos, sobre todo Marruecos, o de Europa del Este, fundamentalmente Rumanía, y países asiáticos se mantiene esta tendencia; en los países de América Latina quienes lideraron la inmigración en los años noventa y dos mil fueron las mujeres, fundamentalmente en la época de crisis económica a ambos lados del Atlántico. Esta situación, que en principio otorga a las mujeres migrantes mayor independencia, autonomía, proyectos personales y revalorización de su rol en el seno familiar, puede ocasionar un mayor peso emocional y físico. Las mujeres con cargas familiares tanto en el país destino como en el país origen, pueden ver incrementado su morbilidad como consecuencia del duelo migratorio, por la responsabilidad de la familia nuclear (pareja e hijos) y de la familia extensa (padres, hermanos, abuelos, sobrinos, tíos) ya que la

inmigración se convierte en un proyecto familiar. Como resultado de esta realidad, la tensión que pueden padecer las mujeres inmigrantes por la “doble presencia” antes descrita -pero en este caso, pensando en España y en su país de origen-, puede contribuir a la morbilidad diagnosticada y generar el consumo de medicamentos (170). En aquellos años, comienzos de los noventa, y ahora, las mujeres inmigrantes tienen como principal ocupación laboral el servicio doméstico, hostelería y cuidado de niños y ancianos, tal y como se refleja en el estudio cualitativo de Gentil, realizado con mujeres procedentes de Latinoamérica, quien señala además que para las mujeres inmigrantes los trabajos domésticos o de cuidados requerían grandes esfuerzos físicos (170). A pesar de esta situación, la contribución a la economía de las familias españolas de las mujeres inmigrantes es importante y su presencia en los hogares, ha facilitado la incorporación de las mujeres españolas al mercado laboral.

En nuestro estudio se ha observado que el consumo de medicamentos crece a medida que la edad se va incrementando. La edad avanzada está asociada a una mayor probabilidad de consumir medicamentos casi en todos los grupos de población estudiados, alcanzando valores significativos en inmigrantes mayores de 65 años con independencia del país de procedencia, este patrón se repite en ambas encuestas. Sin embargo, en la última edición de la encuesta se aprecia un aumento notable de consumo de medicamentos en la población mayor de 65 años y procedentes de PRA superando más de cuatro veces la probabilidad de consumir medicamentos que las que no consumen, mientras que la población procedente de PRB triplica la probabilidad de consumir medicamentos y la población autóctona disminuye un punto esta probabilidad. La edad parece estar asociada al padecimiento de patologías de diversa índole, a la presencia de multimorbilidad o de enfermedad crónica generando un consumo elevado del número de medicamentos. Nuestros resultados están en la línea de la investigación de Carrera-Las Fuentes *et al.* (164), quienes utilizando datos de la ENS 2006 y estudiando la población cuya residencia era la Comunidad Autónoma de Aragón, encontró que la prevalencia de consumo de medicamentos fue más elevada a medida que aumentaba la edad, peor percepción de salud, en las mujeres, en quienes no tenían estudios y que habían presentado una enfermedad limitante en el último año. También los resultados obtenidos por Carrasco *et al.* (99) señalan la edad como un factor asociado al consumo de medicamentos, sobre todo en población autóctona e inmigrantes económicos mayores de 45 años.

De igual manera, encontramos una fuerte asociación entre la presencia de enfermedad crónica y el consumo de medicamentos. Mientras que en la población

autóctona se observa una ligera disminución de consumo de medicamentos en presencia de enfermedad crónica, en los inmigrantes procedentes de PRB esta disminución es mayor. Sin embargo, la probabilidad de consumo de medicamentos en los inmigrantes procedentes de PRA cuando padecen alguna enfermedad crónica casi se triplica en la ENS 2011 (OR 8,76; IC 95% 4,38-17,55). En nuestro estudio esta población procede fundamentalmente del Reino Unido, Alemania, Portugal y Francia, países que son miembros de la Unión Europea, y además son personas de edades medias más avanzadas que fijan su residencia en nuestro país y por tanto son usuarios del sistema nacional de salud con facultades para la utilización de los recursos sanitarios incluidos los servicios de farmacia comunitaria.

Los estudios realizados con ancianos revelan la presencia de multimorbilidad, definida como la presencia de más de una enfermedad crónica. Así Formiga *et al.* (171) encontró, en una población general (sin distinguir entre inmigrantes y autóctonos), una tasa de multimorbilidad del 95,1% siendo los hombres los que tenían un mayor porcentaje de EPOC y tumores malignos. La presencia de enfermedad crónica tiene como consecuencia un elevado consumo de medicamentos independientemente de que sean potencialmente inapropiados o prescripciones potenciales por omisión, como se observa en el estudio multicéntrico de San-José *et al.* (172) realizado con ancianos hospitalizados mayores de 85 años, donde además se señala como factores asociados el consumo de 10 o más medicamentos. Cabe apuntar que la multimorbilidad está asociada a mayores índices de mortalidad y de discapacidad, a la disminución del estado funcional y, en suma, a una menor calidad de vida. A la vez, el número total de fármacos que consume una persona es el principal factor asociado a la aparición de efectos adversos (173). Es decir que el consumo de medicamentos está fuertemente asociado a la edad, como queda demostrado en el estudio americano de Daniel y Malone (85) donde encontró que la prescripción de medicamentos aumenta con la edad siendo la prescripción un 10% mayor en mujeres que en hombres. Igualmente, la investigación llevada a cabo por Dale *et al.* (143) en Noruega describió una asociación entre el uso diario de analgésicos OTC y el aumento de la edad.

En otro estudio sobre multimorbilidad, realizado con población inmigrante en Noruega y utilizando datos poblacionales, cuyo objetivo fue determinar si la duración y el motivo de la migración tenían influencia en esta (174), se encontró que la multimorbilidad fue menor entre los inmigrantes laborales y en los inmigrantes por razones de estudio y mayor entre los refugiados en comparación con los inmigrantes de reunificación familiar. Sin embargo, la multimorbilidad fue duplicada después de cinco años de residencia en

dicho país para todos los grupos estudiados además se apreció un rápido incremento entre los inmigrantes laborales, especialmente en las mujeres. De otro lado, la presencia de enfermedades crónicas en población inmigrante puede estar asociado a mayor gravedad de estas como señala Oosterberg (175) en el estudio realizado con inmigrantes de origen surinamés, turco y marroquí residentes en Holanda, en el que encontraron que la diabetes mellitus y las enfermedades cardiovasculares son más comunes y con frecuencia más graves en estos pacientes. Probablemente esté asociado a la tardanza en la consulta inicial, el inadecuado seguimiento, o incluso la falta de adherencia al tratamiento farmacológico cuando se tenga.

En el estudio realizado en población inmigrante en los Estados Unidos de Norteamérica utilizando la Encuesta Nacional de Salud 2010-2016, se encontró que la enfermedad crónica está presente en los inmigrantes procedentes de México, América Central y el Caribe y de la India presentan más sobrepeso/obesidad y diabetes, mientras que los del Sudeste asiático y Rusia, presentan más prevalencia de hipertensión (176) y los africanos y provenientes de Oriente medio, presentaron mayor prevalencia de diabetes, aunque sin sobrepeso en comparación con los inmigrantes europeos.

La percepción de salud autodeclarada es una medida fiable de la salud objetiva (177), además se considera un indicador muy utilizado para medir el estado de salud de las poblaciones, y está relacionado con la mortalidad y el uso de los servicios sanitarios (178). Sin embargo, el estado de salud percibido puede reflejar las condiciones, percepciones y experiencias particulares del individuo (51), y puede variar con la edad, la situación socioeconómica y otras características (179). Es esperable que una mala percepción de salud esté asociada a la presencia de morbilidad y, por tanto, predispone a la búsqueda de recursos sanitarios.

Los resultados de nuestro estudio muestran un mayor consumo de medicamentos en quienes tienen una percepción negativa de su salud, tanto en población inmigrante como en autóctonos. Sin embargo, la evolución de consumo de medicamentos en población inmigrante con mala percepción de salud es diferente entre las encuestas analizadas. Así, mientras en la ENS 2006 la probabilidad de consumo de medicamentos en población que declara mala percepción de salud era mayor en los inmigrantes procedentes de PRB (OR 2,16; IC 95% 1,61-2,90) en comparación con los de procedencia de PRA; en la ENS 2011 el valor de la asociación más elevado entre los inmigrantes fue en los procedentes de PRA (OR 3,48; IC 95% 1,25-9,69), es decir el OR aumentó un 1,63 respecto a la edición anterior; y entre los inmigrantes procedentes de PRB y autóctonos se aprecia una

disminución del valor de la asociación, siendo mayor el descenso en los autóctonos. Estos resultados están en consonancia con estudios nacionales como el realizado por Carrasco *et al.* (99) donde, utilizando fuentes secundarias poblacionales, encontró que el consumo de medicamentos en población inmigrante procedente de países de renta baja estaba asociado a una mala percepción de salud. También, la mala percepción de salud parece estar presente en población inmigrante como queda patente en el estudio europeo de Moullan y Jusot (180), quienes utilizando datos armonizados de las Encuestas Nacionales de cuatro países (Bélgica, Francia, Italia y España), encontraron que los inmigrantes auto declaran peor estado de salud, salvo los que viven en Italia, y con una gradiente Norte-Sur, es decir peor percepción de salud en los países que se encuentran más al norte. A diferencia de los realizados en Estados Unidos (181) que encontraron mejor percepción de salud en inmigrantes que en población nativa que podría explicarse por la paradoja del “inmigrante sano” (51) que señala que los inmigrantes en general experimentan resultados similares o mejores que la población autóctona a pesar de las desventajas socioeconómicas y las barreras en el uso de la atención sanitaria (182). Es decir, esta paradoja se manifiesta sobre todo en los inmigrantes recién llegados a los países destino que suelen tener mejor estado de salud y por tanto mejor percepción de salud que los nativos. Sin embargo, en la revisión llevada a cabo en Estados Unidos por Cunningham (183), se concluye que la salud de los inmigrantes se parece a la salud de los nacidos en el país a medida que aumenta el tiempo de residencia y además experimentan tasas más altas de diabetes, algunas infecciones y lesiones laborales. En nuestro caso, dado que los que refieren peor estado de salud percibido son procedentes de PRA con edad elevada, comorbilidad y presencia de enfermedad crónica, es esperable que el consumo de medicamentos esté asociado a esa mala percepción de salud. Por otro lado, no podemos descartar el efecto de la crisis económica en nuestro país, que castigó sobre todo a los inmigrantes de PRB, que probablemente haya conducido a un empeoramiento de su estado de salud y por tanto a la percepción negativa de su salud, como señalan algunas investigaciones que estudian el efecto de la crisis en la salud de esta población (183,184), que puedan llevarlo a la búsqueda de recursos sanitarios.

El acceso y utilización de los servicios sanitarios constituyen determinantes de la salud de las personas. Como se recuerda, en España la población inmigrante tenía el acceso universal a todos los servicios sanitarios durante la realización de las ediciones de las ENS empleadas en este estudio. Una parte importante de este determinante es el acceso a los medicamentos, y el estudio de su consumo puede considerarse como un *proxy* de las disparidades en el uso de la atención médica (135). Los servicios sanitarios incluidos en el análisis del presente estudio de investigación incluyen la atención del

médico de familia, atención del médico especialista, la hospitalización y los servicios de urgencias, con el propósito de poder abarcar un abanico de servicios que puedan atender diferentes situaciones de salud-enfermedad de los inmigrantes residentes en España.

En ese sentido, al analizar la utilización de los servicios de atención primaria, nuestros resultados muestran que el consumo de medicamentos se asocia a la visita a los médicos de familia (cabe recordar que la ENS indaga sobre la visita al médico de familia en el último mes antes de la encuesta). Esta asociación se produce tanto en población inmigrante como en población autóctona, sin embargo, la fuerza de la asociación es diferente en ambas encuestas. Por otro lado, se aprecia una disminución en la asociación entre el consumo de medicamentos en población autóctona y población inmigrante de PRB que acude al médico de familia en la ENS 2011 respecto a la ENS 2006, mientras que para la población inmigrante de PRA esta asociación no es significativa. La mayor asociación se produce en los inmigrantes de PRB OR 2,55 IC 95% (1,80-3,63).

Los servicios de Atención Primaria constituyen, en teoría, la puerta de entrada al sistema nacional de salud de los usuarios. La capacidad de respuesta de este tipo de servicios sumado a la capacidad de resolución de los problemas de salud que consultan los usuarios puede ser considerado un indicador de la calidad de la atención sanitaria. Es por ello por lo que conviene analizar la relación que tienen con este servicio la población inmigrante que reside en España y si esta visita está asociada al consumo de medicamentos. Más si consideramos que los servicios de Atención Primaria deberían ser capaces de atender a toda la población y garantizar un acceso real a este primer nivel de atención, aunque, claro está, la totalidad de visitas al médico no siempre se culmina con la prescripción de fármacos. En esa línea, la mayoría de los estudios realizados en España y en otros países señalan un uso desigual de estos servicios entre los inmigrantes y la población autóctona, encontrando un menor uso entre los inmigrantes en comparación con los autóctonos. Sin embargo, los resultados son confusos ya que algunos señalan un uso menor y otros una utilización igual a la población nativa. Así, por ejemplo, en el estudio retrospectivo de Calderón-Larrañaga *et al.* (185) realizado en tres centros de salud urbanos de Zaragoza, Aragón y con el objetivo de comparar los patrones de utilización de los servicios de atención primaria entre los inmigrantes y la población nativa, encontraron que el número medio de consultas anuales de los inmigrantes eran menores que en los nativos sin embargo al ajustar por carga de morbilidad según origen (inmigrantes y nativos) esta diferencia desapareció entre los adultos. Del mismo modo el estudio a nivel nacional realizado por Carrasco *et al.* (96) señala un uso de las consultas del médico de familia similar a la población autóctona; y en otra investigación realizada en cuatro regiones

españolas en el año 2005 (57), se encontró que la visita al médico general de los inmigrantes era muy similar o ligeramente inferior a los españoles, sin embargo existía una variación por zonas de procedencia de la población inmigrante y región de residencia, así por ejemplo la población africana residente en Madrid utilizaba más los servicios de atención primaria, mientras que en la Comunidad Valenciana la visita a los servicios de urgencias es un 36% superior en los inmigrantes que en los españoles.

Los resultados de nuestra investigación sobre la utilización de servicios sanitarios por población inmigrante residente en España, están en línea con los resultados obtenidos por distintas investigaciones realizadas en nuestro país (131,186,187), como la realizada por Gimeno-Feliu *et al.* (130) cuyo objetivo fue analizar el uso global de los servicios de salud por los inmigrantes en comparación con los españoles, donde encontró que la población inmigrante utilizaba con menor frecuencia todos los servicios de salud que los autóctonos. Estas diferencias de uso de los servicios de salud según el país de procedencia, también se observa en un estudio holandés que encontró diferencias entre la población de los cuatro grupos étnicos minoritarios más grandes (Turquía, Surinam, Marruecos y Antillas) y la población autóctona, observando que los marroquíes mostraron patrones inferiores de uso de los servicios de salud mientras que turcos y antillanos utilizaron igual o más que los holandeses autóctonos (66).

En la mayoría de los casos la visita al médico de cualquier nivel asistencial, está asociado a la prescripción de fármacos una vez realizado el diagnóstico, quedando en la facultad del usuario o paciente, la visita a la oficina de farmacia para su dispensación y compra, y finalmente para el consumo de medicamentos. En pocas situaciones los pacientes no reciben una receta después de la atención y se prescriben tratamientos no farmacológicos. En ese sentido, la fuerte asociación entre el consumo de medicamentos y la visita al médico de familia encontrada en nuestra investigación corroboraría este hecho.

Otro servicio clave en la atención de salud lo constituyen los servicios de Urgencias. Este servicio es utilizado cuando la situación de salud ha empeorado, se presenta un episodio agudo y/o grave, o cuando no es posible la utilización de los servicios de niveles de menor complejidad, como Atención Primaria, por cualquier motivo. La utilización de este servicio puede ser aconsejada por profesionales de atención primaria, atención especializada e incluso derivada por los servicios de urgencias ambulatorios. Nuestro estudio pone de manifiesto una mayor probabilidad de consumo de medicamentos en la población que ha utilizado este servicio ya sea autóctona o inmigrante procedente de PRB, en estos últimos es mayor el valor de la asociación (OR 1,68 IC 95% 1,22-2,33).

La utilización de este tipo de servicio sanitario también es diferenciada según procedencia de la población estudiada. Si bien en el análisis bivariado la prevalencia de consumo de medicamentos fue mayor en la población inmigrante que procede de PRA, el análisis multivariado evidencia un mayor consumo en la población procedente de PRB. Cabría esperar una utilización complementaria entre el servicio de atención primaria y urgencias, es decir, que quienes hacen un uso menor de Atención Primaria podrían estar haciendo un mayor uso de las Urgencias. En nuestro caso no es así, ya que la asociación entre consumo de medicamentos y utilización de servicios de Atención Primaria es mayor en los procedentes de PRB y de igual modo, esta misma población presenta la mayor asociación entre consumo de medicamentos y utilización de los servicios de Urgencias, superior incluso que la población autóctona. El estudio de Calderón-Larrañaga *et al.* (187) anteriormente citado, encontró un mayor uso de los servicios de urgencias de los inmigrantes adultos. Así mismo el estudio de Regidor *et al.* (57) con encuestas regionales de Cataluña, Valencia, Madrid y Canarias obtuvieron en Valencia una utilización 36% superior de los servicios de urgencias en inmigrantes que en españoles. En el caso contrario, en el estudio realizado por Junyent *et al.* (95) realizado, en Barcelona, señala que el 6,4% de las urgencias atendidas en un hospital urbano de tercer nivel correspondían a población inmigrante y añade que no difieren en las patologías ni en el destino final de los pacientes autóctonos, además mostraron una mayor satisfacción con la atención recibida que los autóctonos.

Aunque el análisis multivariante de la presente investigación no encontró asociación significativa entre el consumo de medicamentos por la población inmigrante y la visita al médico especialista ni con el ingreso hospitalario en la ENS 2011. Sería conveniente realizar un análisis sobre la utilización de este tipo de servicios sanitarios, sobre todo en la población inmigrante, para determinar algunas posibles barreras en la atención, sobre todo y considerando que la visita al médico especialista es derivada por el médico de familia, cuando el problema de salud consultado excede su capacidad de resolución (188). La utilización de este servicio sanitario también puede estar motivada después de la visita y atención a urgencias y en otras después de un período de hospitalización. En algunos estudios se ha enfatizado la diferencia en las derivaciones de los inmigrantes al médico especialista que se realiza en condiciones menores que en los autóctonos, y consideran que un criterio de calidad de la atención está asociado a la pertinencia de las derivaciones desde atención primaria a la Atención especializada (189). Las investigaciones que evalúan esta relación son escasas, sin embargo, encontramos en la literatura nacional que la tasa de derivación al médico especialista en la población general de una consulta de Atención Primaria de Sevilla (190), fue de 4,8%, siendo las especialidades con más

frecuencia de derivación la traumatología 21,4%, oftalmología 15,3% y dermatología 14,1%. En nuestro caso, los resultados del análisis bivariado demuestran que la prevalencia de consumo de medicamentos, tanto en población autóctona como en población inmigrante, es mayor en quienes visitan al médico especialista. Sin embargo, el análisis multivariante solo encontró asociación estadísticamente significativa entre la población autóctona que utiliza los servicios del médico especialista.

En cuanto al ingreso hospitalario en población inmigrante, la investigación de Elstad (191) centrada en el uso de la hospitalización de inmigrantes de 30-69 años residentes en Noruega encontró altas tasas de ingreso en los refugiados con llegada reciente. Y además los episodios de hospitalización estaban relacionados con el origen, el motivo de la migración y la duración de la residencia. Los inmigrantes que residían desde los años 70 a 89 en Noruega experimentaban niveles de hospitalización similares a la población nativa noruega mientras que los migrantes laborales tenían tasas inferiores de hospitalización. Una investigación realizada con datos nacionales de España (96), encontró un consumo diferenciado entre inmigrantes y autóctonos, señalando que los inmigrantes presentan más hospitalizaciones que los autóctonos. En esa línea, la investigación de Regidor *et al.* (57) también encontró una frecuencia de utilización similar entre los inmigrantes y la población autóctona en toda España, pero al analizar por CCAA los inmigrantes residentes en Madrid ingresan un 27% más que la población autóctona.

Es un hecho que el consumo de medicamentos está fuertemente asociado al ingreso hospitalario. En nuestro estudio el análisis bivariado encontró mayor prevalencia de consumo entre los inmigrantes de cualquier origen y entre la población autóctona y los episodios de ingresos hospitalarios, sin embargo, los resultados obtenidos a través de regresión multivariante no muestran asociación entre el consumo de medicamentos y el ingreso hospitalario. Convendría la realización de estudios que profundicen y que puedan explicar esta situación, sobre todo considerando la naturaleza del ingreso hospitalario. Es decir, si es un ingreso programado para intervención quirúrgica, en cuyo caso esta pudo haberse producido en un tiempo anterior a las dos semanas previas a la encuesta, (la pregunta sobre consumo de medicamentos hace referencia a este tiempo), o en ingresos por procesos agudos, cuyo desenlace podría ser el mismo. Y en todo caso, durante la estancia hospitalaria la administración de medicamentos está asegurada en cumplimiento a las indicaciones médicas.

Nuestra investigación también explora sobre las necesidades de atención de salud de los entrevistados y que no la reciben. La mayoría de los estudios realizados en Europa

señalan que la población inmigrante tiene una mala percepción de salud en comparación con los nativos, hace un uso menor de los recursos sanitarios, entre otras conclusiones, sin embargo, es escaso el conocimiento de las necesidades insatisfechas ante un problema de salud, sobre todo en la población inmigrante, por ello nuestro propósito es analizar el consumo de medicamentos mediado por esta situación. En ese sentido, nuestros resultados muestran que los inmigrantes procedentes de PRB que declaran haber necesitado una atención de salud y no haberla recibido, tienen dos veces más probabilidad de consumir medicamentos (OR 2,39; IC 95% 1,08-5,30) ENS 2011. Es decir, que probablemente busquen y encuentren los medicamentos fuera del circuito formal de asistencia sanitaria, ya sea a través de amigos, familiares, o consumo de medicamentos prescritos en procesos anteriores y que se conservan como parte del botiquín domiciliario, es decir tiendan más al autoconsumo, o que sean dispensadas en la oficina de farmacia con el consiguiente pago total del medicamento.

La necesidad de atención de salud y que no es recibida en población inmigrante ha sido poco estudiada en España, sin embargo, destacan las investigaciones realizadas en comunidades autónomas. Así en la realizada en la Comunidad de Madrid (192) con mujeres inmigrantes procedentes de Filipinas, Marruecos y Ecuador, las autoras encontraron que el 70% se había sentido enferma alguna vez, que el 81,1% de las mujeres utilizaron los servicios sanitarios en el último episodio de morbilidad percibida y esta utilización de asistencia sanitaria está asociada a la situación administrativa de las mismas; además encontró que la no utilización de estos servicios está asociado a la falta de gravedad percibida. Mientras que la investigación realizada en la Región de Murcia utilizando datos del estudio Salud y Culturas y la ENS 2006 (188), encontró un mayor nivel de necesidades insatisfechas de atención médica, medida por la razón de prevalencia, entre los inmigrantes marroquíes 12,20 y en los inmigrantes ecuatorianos 2,36, mientras que en los inmigrantes procedentes de Europa Occidental y de Europa del Este, los resultados eran similares a los autóctonos. Así mismo los resultados muestran que la utilización de los servicios sanitarios es similar o menor que los autóctonos con excepción de los servicios de urgencias y que además los inmigrantes consumían menos medicamentos y acudían en menor medida que los autóctonos a los médicos especialistas. Cabe recordar que en la Región de Murcia se asientan inmigrantes procedentes fundamentalmente de Marruecos y Ecuador cuya actividad laboral está relacionada con la agricultura. De igual manera, la investigación de ámbito nacional realizada por Rivera y Casal (47) utilizando datos procedentes de la Encuesta de Calidad de Vida del año 2005, muestra que el porcentaje de personas nacidas en otros países europeos que no pudieron recibir asistencia médica fue del 7,1% y que el 26,5% se

encuentran en lista de espera, siendo estas cifras mayores que para los otros grupos de países de nacimiento. Analizando a la población española con necesidades de salud no cubiertas, el artículo de Urbanos-Garrido (193), con datos del año 2013, señala que estaba en esta situación el 6,8% de la población, además de que tienden a concentrarse en las poblaciones con menos recursos económicos.

Es evidente que, ante un menor contacto con el sistema sanitario, menos probabilidades de satisfacer una necesidad de salud y por tanto menos posibilidad de recibir un diagnóstico y tratamiento oportuno con la consiguiente desventaja en salud que puede prolongar sufrimientos, malestares y pronóstico de la enfermedad. Como refleja el estudio holandés de Oosterberg *et al.* (177) la presencia de enfermedades crónicas más comunes, como la diabetes y la hipertensión arterial, en pacientes inmigrantes se presentan en estadios más graves, sobre todo los procedentes de Surinam, Marruecos y Turquía, sin embargo, la asistencia y seguimiento son peores que en los nativos holandeses. Así pensamos que nuestros resultados, el consumo de medicamentos asociado a la necesidad de atención de salud y no recibida, se puede enmarcar en la llamada “ley de cuidados inversos” que señala que quienes tienen más necesidades médicas, menos atención reciben (194), por tanto, la población inmigrante tiene que hacer uso de diversas estrategias individuales y familiares para resolver sus problemas de salud fuera del circuito formal de atención sanitaria, o como se ha mencionado antes, empeoran su situación de salud cuando se trata de enfermedades crónicas, enfermedades importantes por la gravedad o el curso mismo de ellas si no se tratan o enfermedades agudas o leves, en cuyo caso se pueden transformar en patologías crónicas.

Por otro lado y considerando que la población inmigrante residente en España entrevistada en las ENS 2006 y ENS 2011, procedente de PRB son naturales de países latinoamericanos, de Europa del Este, y norte de África, cabe esperar a priori peores condiciones de vida y una desventaja en salud, -aunque esta circunstancia no supone un uso mayor de los servicios de salud-, tal y como se refleja en nuestros resultados y también en otras investigaciones realizadas en países con mayor tradición de inmigración como Holanda, donde encontraron que el origen étnico en sí puede explicar los patrones de consumo, potencialmente debido a un acceso limitado (68).

Las necesidades son individuales, es decir las personas son agentes individuales que las sienten o padecen. Pero es en la sociedad cuando esas necesidades se identifican como tales, se priorizan y se satisfacen, sobre todo las necesidades universales básicas como son de salud física (queda satisfecha cuando los individuos no padecen de manera

prolongada una o más dolencias) y autonomía, estas necesidades son objetivas, es decir son capaces de ser medidas y que afectan a todos los aspectos de la vida social (195). En ese sentido, la de atención de salud no recibida está en relación en primer lugar, a la percepción de salud, la presencia de enfermedad o malestar ya sea agudo o crónico, y, en segundo lugar, a la conciencia de necesitar atención sanitaria, es decir el individuo es capaz de discernir que precisa una atención sanitaria, y que no es posible su realización, con el siguiente malestar, añadido al padecimiento propio de la dolencia o enfermedad, que puede generar mayor frustración, pérdida de autoestima, y en todo caso empeorar su situación.

Según las causas que esgriman para no hacerla efectiva, tendrá parte de responsabilidad la organización de los servicios de salud, de la relación laboral, del propio individuo y de cómo está configurado el estado de bienestar. En la medida que éste no es capaz de solventar esta situación, evidencia la existencia de inequidad en salud, que además puede perpetuarse, originando que una situación de salud leve que necesite asistencia del primer nivel de atención pase a convertirse en más grave y pueda requerir la utilización de servicios sanitarios de mayor complejidad y costo, además de alargar los malestares o el sufrimiento en las personas. En este sentido, consideramos que en una sociedad igualitaria y que respeta los derechos humanos de todos sus ciudadanos, cabría esperar que el Estado asegure que todas las personas ante una necesidad de atención de salud, independientemente de su país de origen, tengan igual acceso a los servicios sanitarios necesarios para un diagnóstico y tratamiento eficaz que mejore su condición de salud. Así mismo la igualdad de acceso a los servicios a igual necesidad es una recomendación de la OMS y para los Estados miembros de la Unión Europea es un mandato (196), por ello y con el propósito de asegurar que el acceso sea efectivo se recomienda dar cobertura a las necesidades percibidas y prestación de servicios adecuados de calidad y coste-efectivos, para todos lo que lo precisen (195). Por otro lado, cabe recordar que en los años en que se recogieron los datos para las dos Encuestas analizadas estaba en vigor la Ley Orgánica 4/2000, del 11 de enero, sobre derechos y libertades de los extranjeros en España y su integración social. En ella se reconocía el derecho a la asistencia sanitaria a todos los inmigrantes, es decir que la cobertura era universal. Por ello es más llamativo y quizá nos debe llevar a la reflexión sobre la existencia de barreras o situaciones que limitan este derecho básico a una población más vulnerable.

En consecuencia, y a la vista de nuestros hallazgos, y a pesar que no hemos indagado en las razones por la que los inmigrantes no reciben atención sanitaria cuando la

necesitan y por tanto, buscan medicamentos fuera del circuito de la atención formal sanitaria y las consumen para conservar o recuperar su salud, pensamos que éstas podrían estar relacionadas con determinantes socioeconómicos y culturales (58) y de las potenciales barreras encontradas en los servicios sanitarios, tanto a nivel del proveedor: actitudes y habilidades, problemas de comunicación, ya sea del personal administrativo como del profesional sanitario, y de las características organizativas del sistema de atención: horario de atención, tiempos de espera, petición de tarjeta sanitaria o documento acreditativo de cobertura sanitaria, es decir un conjunto de trabas administrativas; como también del propio paciente: creencias, actitudes y recursos personales (197), en especial las barreras lingüísticas, la disponibilidad del tiempo para la utilización del servicio, la lejanía de su domicilio, su condición administrativa, la experiencia con otros sistemas sanitarios, especialmente de su país de origen (59) que podrían condicionar el acceso a los servicios de salud y cuyo resultado se traduce en la existencia de inequidades en la atención de salud, y que puede manifestarse, entre otras situaciones, en un menor gasto en medicamentos como señala Rue *et al.* (105) en la investigación sobre gasto farmacéutico entre los inmigrantes y autóctonos que acuden a los Centros de Atención Primaria. O como la investigación cualitativa realizada por Terraza-Nuñez *et al.* (198) en Barcelona con el objetivo de identificar los factores que influyen en acceso a los servicios sanitarios de la población inmigrante procedente de Ecuador encontró que el acceso era fácil para los titulares de tarjetas personales de atención médica, para quienes conocían el idioma, tenían redes sociales y el conocían el sistema de salud, destacando la atención gratuita y el horario. Sin embargo, señalan que los factores que obstaculizan la atención están en el conocimiento insuficiente del sistema, problemas para obtener la documentación, las condiciones de trabajo y por otro lado con la organización del sistema: disponibilidad de información, recursos, organización, actitud del personal. También en el trabajo de Bas-Sarmiento *et al.* (199), realizado utilizando la misma metodología y en el ámbito del Campo de Gibraltar, con inmigrantes procedentes de 11 nacionalidades, ninguna latinoamericana, se encontró que los procedentes de Europa del Este prefieren esperar, antes de acudir a un servicio sanitario, para una resolución por sí sola, evidenciando además el concepto “utilitario” de la salud en la medida que es importante para poder trabajar; los senegaleses mezclan plantas medicinales y recursos terapéuticos actuales; mientras que los chinos utilizan la medicina privada o los servicios de urgencias; en cambio los procedentes del África Subsahariana tienen un comportamiento parecido al de su país de origen, es decir, se decantan por acceder al hospital o utilizar la medicina tradicional, dependiendo de la gravedad de la sintomatología o enfermedad y su capacidad económica.

Así mismo, es importante la opinión de los profesionales sanitarios que atienden a los inmigrantes sobre el consumo de medicamentos, sobre todo utilizando metodología cualitativa que permita profundizar en la existencia de barreras o fortalezas que puedan corregirse o potenciarse desde las organizaciones sanitarias. Como las obtenidas por Llosada Gistau *et al.* (200), en la investigación realizada en Barcelona, según las cuales, la población inmigrante no tiene barreras de acceso a los servicios sanitarios; perciben un mayor uso de los servicios de urgencias, incluso considerándolos la puerta de entrada al sistema; y consideran que la mayoría realiza menor continuidad asistencial. Sin embargo, sí detectan diferencias en el acceso y uso de los servicios según el origen e integración social de los mismos. Estas diferencias lo atribuyen a factores relacionados con la precariedad económica y con la inclusión social.

Enlazando con lo anterior, Macipe y Gimeno (201) destacan la importancia de la competencia cultural de los profesionales sanitarios en la atención de la población inmigrante. Definiéndola como un "conjunto de actitudes, habilidades y comportamientos con el que el profesional debería estar entrenado para proporcionar cuidados sensibles, empáticos, flexibles y respetuosos con el paciente y que implican una comunicación efectiva con el paciente".

El análisis del consumo de medicamentos por la población inmigrante residente en España entre los años 2006 y 2011, muestra que el consumo de medicamentos se mantiene diferenciado en la prevalencia, tipo de medicamentos y la procedencia de la población inmigrante. Si bien se observa un consumo menor en la población inmigrante que en la población autóctona y además una disminución del consumo de medicamentos en la ENS 2011, se sigue apreciando una diferencia en el consumo de la población inmigrante procedente de PRB y la población autóctona. Algunos medicamentos permanecen prácticamente estables en su consumo en ambas encuestas, como los utilizados para el catarro, gripe, garganta y bronquios por la población inmigrante procedente de PRB, pero esta prevalencia de consumo es casi ocho puntos porcentuales superior que en la población de PRA. En cambio, la prevalencia de consumo de tranquilizantes, relajantes y pastillas para dormir por la población inmigrante PRB se ha incrementado en casi seis puntos en la ENS 2011. Destacamos también el consumo de antibióticos en la población inmigrante procedente de PRB que ha incrementado de 6,8% a 9,6%, mientras que en la procedente de PRA este consumo ha disminuido.

En cuanto a las variables que están asociadas a una mayor probabilidad de consumo de medicamentos, el sexo femenino sigue siendo un factor asociado positivamente, aunque con una disminución en la Odds Ratio correspondiente en la ENS 2011 (1,82 a 1,77), sin embargo, la asociación es mayor en las mujeres inmigrantes procedentes de PRB. De igual manera, la edad se asocia a un mayor consumo de medicamentos, también mencionado en otros estudios, pero en nuestra investigación constata el aumento de esta asociación en la ENS 2011 respecto a la de ENS 2006, sobre todo en los tramos de edad de 65-74 y 75 y más años para los inmigrantes procedentes de PRA.

Respecto a la asociación entre percepción de salud y presencia de enfermedad crónica y el consumo de medicamentos, se aprecia una disminución de la mala percepción de salud para la población inmigrante PRB y población autóctona y un aumento en la población inmigrante de PRA en la ENS 2011. La enfermedad crónica si bien presenta una disminución en la asociación en la última edición de la encuesta, mayor en la población autóctona que en la población inmigrante procedente de PRB, en la población inmigrante procedente de PRA el incremento de la asociación es mayor en la ENS 2011, OR 8,76, que supera notablemente a la asociación para la población autóctona y para la población inmigrante de PRB.

La utilización de los servicios sanitarios está asociados al consumo de medicamentos, evidenciando también la disminución de asociación en la ENS 2011 para la población inmigrante procedente de PRB y para los autóctonos, en cambio no existe asociación significativa entre consumo de medicamentos y utilización de servicios sanitarios de atención primaria para los inmigrantes procedentes de PRA. Así mismo, la concurrencia a los servicios de urgencia está asociado al consumo de medicamentos en inmigrantes procedentes de PRB, mayor que en los autóctonos (OR 1,68 vs 1,37).

La presencia de necesidad de atención de salud y no recibida, tiene la mayor fuerza de la asociación en la población inmigrante procedente de PRB en la ENS 2011, mientras que en los otros dos grupos poblacionales no se encontró asociación significativa. Estos resultados indican la presencia de inequidad en el acceso a los servicios de salud, en concreto a la utilización de medicamentos, que repercute en la salud de la población inmigrante residente en España, así como en la búsqueda de recursos para hacer frente a estas necesidades. Y, aunque tendríamos que profundizar en las causas de este consumo desigual de medicamentos, este conocimiento puede contribuir a implementar políticas públicas diferenciadas orientadas a esta importante población residente en España, considerando sus necesidades particulares según países de procedencia.

Para finalizar indicar que, una vez realizado el análisis multivariante, al comparar las dos encuestas a través del estudio de aquellas variables sociodemográficas y del perfil de salud que mostraban asociaciones con el consumo de medicamentos en los años 2006 y 2011, no se han encontrado valores de Odds Ratio significativos que pudieran indicar que el consumo de medicamentos en la población inmigrante residente en España realmente había experimentado cambios en ese periodo de tiempo.

Nuestro estudio muestra la existencia de una diferencia en el consumo de medicamentos por la población inmigrante entre los grupos de procedencia, aportando la evidencia científica y corroborando una vez más la heterogeneidad de la población inmigrante residente en España.

VIII. Conclusiones

La prevalencia de consumo de medicamentos de la población inmigrante residente España es menor que el de la población autóctona.

Existe un consumo diferenciado de medicamentos entre los inmigrantes, tanto en la prevalencia de consumo total como en el tipo de medicamento, observándose una variación según nivel de renta de los países de procedencia de los inmigrantes residentes en España.

Para la población inmigrante procedente de PRA según los datos de la ENS 2006, los factores que están asociados al consumo de medicamentos son tener 65 o más años, ser mujer, tener mala autopercepción de salud, padecer enfermedad crónica y utilizar el servicio sanitario de medicina de familia. En la ENS 2011, el consumo de medicamentos está vinculado a ser mujer, tener 25 o más años, declarar mala percepción de la salud, padecer una enfermedad crónica y consumir alcohol.

En la población inmigrante procedente de PRB tanto en la ENS 2006 como en la ENS del 2011, el consumo de medicamentos está vinculado a la condición de mujer, tener 25 o más años, mala percepción de salud autodeclarada, presencia de enfermedad crónica y recibir asistencia del médico de familia. Además, en la ENS 2011 se incorporan como variables asociadas la utilización de los servicios de urgencias y tener necesidad de atención de salud y no recibirla.

La población autóctona en la ENS 2006 presenta un consumo de medicamentos asociado al sexo femenino, la edad de 25 o más años, el nivel de estudios, la inactividad laboral, declarar mala percepción de salud, padecer alguna enfermedad crónica, realizar actividad física, presentar obesidad y acudir al médico de familia. En la ENS 2011 el consumo de medicamentos también se asoció a ser mujer, tener 25 o más años, tener mala percepción de salud, padecer enfermedad crónica, presentar obesidad, acudir al médico de familia, y además a estar casado, pertenecer a la clase social directivos, consumir alcohol, acudir al médico especialista y a los servicios de urgencias.

Existen diferencias entre la población inmigrante procedente de PRA y de PRB en la necesidad de atención de salud en los Servicios Sanitarios, dando lugar a que los inmigrantes que proceden de PRB tienen más probabilidad de consumir medicamentos cuando sienten una necesidad de atención de salud que no es recibida.

El tiempo de residencia, el estado civil, la clase social, nivel educativo, nivel de ingresos, no presentan asociación con el consumo medicamentos en población inmigrante.

Este estudio muestra que la tendencia del consumo de medicamentos en la población inmigrante que reside en España, independientemente de su país de procedencia, no ha experimentado cambios significativos en el periodo de tiempo comprendido entre los años 2006 y 2011.

IX. Bibliografía

- (1) Organización Internacional de Migraciones (OIM). Los términos clave de migración. En: <http://www.oim.int/cms/es/sites/iom/home/about-migration/key-migration-terms-1.html#Migrante>. Acceso: 25/01/2015.
- (2) Instituto Nacional de Estadística. Encuesta Nacional de Inmigrantes 2007. Boletín Cifras INE 1/2009. En: <http://www.ine.es/revistas/cifraine/0109.pdf>. Acceso: 28/02/10.
- (3) Instituto Nacional de Estadística. Estadística de Migraciones. Conceptos y definiciones estadísticos. En: <http://www.ine.es/dynt3/metadatos/es/RespuestaDatos.htm?oe=30277>. Acceso: 08/04/2015.
- (4) Malmusi D, Jansá JM. Recomendaciones para la investigación e información en salud sobre definiciones y variables para el estudio de la población inmigrante de origen extranjero. Rev Esp Salud Publica. 2007; 81(4):399-409.
- (5) United Nations, Department of Economic and Social Affairs (DESA), Population Division (2009). Trends in International Migrant Stock: The 2008 Revision. En: <http://esa.un.org/migration/p2k0data.asp>. Acceso: 28/01/2010.
- (6) United Nations, Department of Economic and Social Affairs (DESA), Population Division. International Migration 2013. En: <http://www.un.org/en/development/desa/population/migration/publications/wallchart/docs/wallchart2013.pdf>. Acceso: 07/04/2015.
- (7) Organización Internacional de Migraciones. World Migration Report 2018. En: <http://www.iom.int/wmr/world-migration-report-2018>. Acceso: 20/03/2018.
- (8) Organización Internacional para las Migraciones. La migración Sur-Sur: asociarse de manera estratégica en pos del desarrollo. Diálogo Internacional sobre la Migración N° 23, 2014. En: http://publications.iom.int/system/files/pdf/rb23_sp_2oct.pdf. Acceso: 21/09/2018.
- (9) Banco Mundial. Reseña sobre migración y remesas. En: <https://www.knomad.org/publication/migration-and-development-brief-29>. Acceso: 15/09/2018.

- (10) UN DESA 2018. Conjuntos de datos para la revisión del 2017 de migraciones internacionales hacia y desde regiones seleccionadas. En: http://www.un.org/en/development/desa/population/migration/data/estimates2/estimatesgra_phs.shtml?2g2. Acceso: 16/03/2018.
- (11) Eurostat. Estadísticas de migración y población inmigrante. En: http://ec.europa.eu/eurostat/statistic-explained/index.php/Migration_and_migrant_population_statistics/es. Acceso: 21/02/2018.
- (12) Roberts H. FMO Research Guide: Forced Migration and Electoral Participation. En: <http://www.forcedmigration.org/research-resources/expert-guides/forced-migration-and-electoral-participation/fmo020.pdf>. Acceso: 07/04/2015.
- (13) Organización Internacional de Migraciones. Informe sobre las Migraciones en el Mundo 2013: El bienestar de los inmigrantes y el desarrollo. Ginebra 2013.
- (14) Organización Internacional para las Migraciones, Organización Mundial de la Salud OMS, Alto Comisionado de Naciones Unidas para las Migraciones. Migración internacional, salud y derechos humanos. Ginebra 2013.
- (15) Eurostat. Europe in Figures. Eurostat Yearbook 2009: 162-6.
- (16) Peixoto Calda JM. Inmigración y salud: un nuevo reto para las políticas de salud pública. Ministerio de Asuntos Exteriores. VII Jornadas de Sociología de la Universidad de Buenos Aires (UBA). "Pasado, presente y futuro de la Sociología" 5-9 de noviembre de 2007.
- (17) Kristiansen M, Mygind M, Krasnik A. Health effects of migration. Danish Medical Bull. 2007;54:46-7.
- (18) Vall-Ilosera L, Saurina C, Saez M. Inmigración y salud: necesidades y utilización de los servicios de atención primaria por parte de la población inmigrante en la región sanitaria Girona. Rev Esp Salud Publica. 2009; 83(2): 292-307.
- (19) Programa de las Naciones Unidas para el Desarrollo (PNUD). Informe sobre Desarrollo Humano 2009. Superando barreras: movilidad y desarrollo humanos.

- (20) Eurostat. Eurostat regional yearbook. 2016. En: http://ec.europa.eu/eurostat/statistics-explained/index.php/Eurostat_regional_yearbook. Acceso: 21/02/2018.
- (21) UNFPA. División de Población. Migración Internacional. Stock 2017: graphs. En: http://www.un.org/en/development/desa/population/migration/data/estimates2/estimatesgra_phs.shtml?0g0. Acceso: 19/04/2018.
- (22) Eurostat. Estadísticas de migración y población inmigrante. En: http://ec.europa.eu/eurostat/statistics-explained/index.php/Migration_and_migrant_population_statistics/es. Acceso: 21/02/2018.
- (23) Eurostat. Population statistics introduced. En: <http://ec.europa.eu/eurostat/web/population-demography-migration-projections/population-data>. Acceso: 26/02/2015.
- (24) Eurostat Statistic explained. Migration and migrant population statistics. Data from May 2014. Most recent data: [Further Eurostat information, Main tables and Database](#). En: <http://ec.europa.eu/eurostat>. Acceso: 01/03/2015.
- (25) Comisión Europea. Red Europea de Migración. Medidas prácticas para la reducción de la inmigración irregular elaborado por la Red Europea de Migración. 2012. En: http://extranjeros.empleo.gob.es/es/redeuropeamigracion/Estudios_monograficos/REM_Informe_de_Sintesis_Migracion_Irregular_ES_2011.pdf. Acceso: 03/03/2015.
- (26) Oliva J, Pérez G. Inmigración y Salud. Gac Sanit. 2009; 23(Supl1):1–3.
- (27) Instituto Nacional de Estadística. Estadísticas del padrón continuo. Población a 1 de enero de cada año. En: http://www.ine.es/prensa/padron_tabla.htm. Acceso: 01/03/2015.
- (28) Instituto Nacional de Estadística. Población Extranjera en España por Nacionalidad, sexo y año. En: <http://www.ine.es/jaxi/tabla.do>. Acceso: 28/02/2010.
- (29) Arroyo Pérez A, Bermúdez Parrado S, Romero Valiente JA, Hernández Rodríguez JA, Planelles Romero J. Una aproximación demográfica a la población extranjera. Documentos del Observatorio Permanente de la Inmigración, Nº 29. Ministerio de Empleo y Seguridad Social. 2012.

- (30) Instituto Nacional de Estadística (INE). Nota de prensa. Cifras de Población a 1 de Julio de 2014. Estadística de Migraciones. Primer semestre de 2014. Datos Provisionales. En: <http://www.ine.es/prensa/np884.pdf>. Acceso: 2/5/2015.
- (31) Instituto Nacional de Estadística. Cifras de Población a 1 de julio de 2017. Estadística de Migraciones. Primer semestre de 2017 Datos Provisionales. En: http://www.ine.es/prensa/cp_j2017_p.pdf. Acceso: 09/02/2018.
- (32) Ronda-Pérez E, Ortiz-Barreda G, Hernando C, Vives-Cases C, Gil-González D, Casabona J. Características generales de los artículos originales incluidos en las revisiones bibliográficas sobre salud e inmigración en España. *Rev Esp Salud Publica*. 2014;88(6):675-85.
- (33) Organización Panamericana de la Salud, Organización Mundial de la Salud. Los Proyectos Locales de Promoción de la Salud. Nuevos Escenarios para el Desarrollo de la Salud Pública. Serie Desarrollo de la Representación OPS/OMS en Cuba N° 19, 1995.
- (34) Organización Panamericana de la Salud. Determinantes de Salud. En: http://www.paho.org/hq/index.php?option=com_content&view=article&id=5165%3A2011-determinants-health&catid=5075%3Ahealth-promotion&Itemid=3745&lang=es. Acceso: 17/06/2017.
- (35) Lalonde M. A new perspective on the health of Canadians. A working document. Department of National Health and Welfare. Government of Canada. Ottawa 1974.
- (36) Marmot M. Social determinants of health inequalities. *Lancet*. 2005;365(9464):1099-1104.
- (37) Brunner E. Biology and health inequality. *PLoS Biology*. 2007;5:2449-52.
- (38) Brunner E. Marmot M. Social organization, stress, and health. En: Marmot M. Wilkinson R, Editors. *Social determinants of health* 2nd ed. Oxford: Oxford University Press: 2006:6-30.
- (39) Puyol A. Ética, equidad y determinantes sociales de la salud. *Gac Sanit*. 2012;26(2):178-81.

(40) Solar O, Irwin A. A conceptual framework for action on the social determinants of health, Social determinants of health discussion paper 2 (policy and practice). World Health Organization. 2010.

(41) Whitehead M. The concepts and principles of equity and health. *Int J Health Serv.* 1992; 22:429–45.

(42) Robert Wood Johnson Foundation. Health Care's Blind Side. The overlooked connection between social needs and good health. En: <http://bit.ly/WIQWpb>. Acceso: 17/11/2012.

(43) Cofiño R. Tú código postal es más importante para tu salud que tu código genético. EDITORIAL semFYC. *Aten Primaria.* 2013;45(3):127-8.

(44) World Health Organization. Commission on Social Determinants of Health. Closing the Gap in a Generation, 2008. En: http://www.who.int/socialdeterminants/finalreport/csdh_finalreport_2008.pdf. Acceso: 22/09/2018.

(45) Dalghren G, Whitehead M. Policies and strategies to promote social equity in health. Institute for Future Studies, (1991). En: <https://core.ac.uk/download/pdf/6472456.pdf>. Acceso: 22/09/2018.

(46) Ministerio de Sanidad y Política Social España. Comisión para reducir las desigualdades en salud en España. Avanzando hacia la equidad: propuestas de políticas e intervenciones para reducir las desigualdades sociales en salud en España. Madrid: Ministerio de Sanidad y Política Social: 2010.

(47) Rivera B, Casal B, Cantarero D, Pascual M. Adaptación de los servicios de salud a las características específicas y de utilización de los nuevos españoles. Informe SESPAS 2008. *Gac Sanit.* 2008; 22 (Supl1): 86-95.

(48) Ministerio de Economía y Competitividad, ISCIII y CIBERESP. Estado de salud, determinantes y uso de servicios de la población inmigrada en España. Encuestas Nacionales de Salud 2006 y 2012. Mayo 2014. Coordinador: Malmusi D. En: <https://www.ciberesp.es/media/445100/estadosaluddeterminantes.pdf>. Acceso: 22/09/2018.

- (49) Comisión Europea. Declaración de Amsterdam. "MFH-Hospitales amigos del inmigrante". 2005. En: http://www.mfh-eu.net/public/files/european_recommendations/mfh_amsterdam_declaration_spanish.pdf. Acceso: 08/04/2015.
- (50) Ahonen EQ, Benavides FG, Benach J. Immigrant populations, work and health - a systematic literature review. *Scand J Work Environ Health*. 2007; 33: 96-104.
- (51) Rivera B, Casal B, Currais L. Healthy Immigrant Effect: Trayectoria de salud de la población inmigrante a partir de la ENSE 2011-2012. *Estudios de Economía Aplicada*. 2013; 31 (2):339-57.
- (52) Norman P, Boyle P, Rees P. Selective migration, health and deprivation: a longitudinal analysis. *Soc Sc iMed*. 2005; 60:2755–71.
- (53) Ministerio de Sanidad, Servicios sociales e Igualdad. Gasto Sanitario Informe Anual del Sistema Nacional de Salud 2016. Informes, Estudios e Investigación 2017. En: https://www.msssi.gob.es/estadEstudios/estadisticas/sisInfSanSNS/tablasEstadisticas/InfAnualSNS2016/7Gast_Sanit.pdf. Acceso: 09/03/2018.
- (54) Boletín Oficial del Estado. Real Decreto-ley 16/2012, de 20 de abril, de medidas urgentes para garantizar la sostenibilidad del Sistema Nacional de Salud y mejorar la calidad y seguridad de sus prestaciones. En: http://www.boe.es/diario_boe/txt.php?id=BOE-A-2012-5403. Acceso: 23/05/2015.
- (55) Henríquez Torres M. Estudio de la evolución de la financiación pública de los medicamentos en España con especial atención a los efectos de la reforma del copago. Universidad de La Laguna. España 2015.
- (56) Rodríguez S. Barreras y determinantes del acceso a los servicios de salud de Colombia. Trabajo de Investigación. Programa de Máster de Investigación en Economía Aplicada. Barcelona: Universidad Autónoma de Barcelona. 2010.
- (57) García-Gómez P, Oliva J. Calidad de vida relacionada con la salud en población inmigrante en edad productiva. *Gac Sanit*. 2009; 23(Supl 1):38-46.

(58) Rivera B, Casal B, Currais L. Estado de salud y frecuentación de los servicios sanitarios de los menores hijos de inmigrantes. *Gac Sanit.* 2009; 23(Supl 1):53-6.

(59) Regidor E, Sanz B, Cruz P, Lostao L, Sánchez E, Díaz Olalla JM. La utilización de los servicios sanitarios por la población inmigrante en España. *Gac Sanit.* 2009; 23(Supl 1):4-11.

(60) Jiménez-Martín S, Jorgensen N. Inmigración y demanda de seguros sanitarios. *Gac Sanit.* 2009; 23(Supl 1): 19-24.

(61) Instituto de Salud Pública. CAM. La perspectiva de la población inmigrante. Instituto de Salud Pública. Documentos Técnicos Salud Pública N° 91. Inmigración, salud y servicios sanitarios. Madrid, 2005.

(62) Llop-Gironés A, Vargas Lorenzo I, Garcia-Subirats I, Aller M-B, Vázquez Navarrete ML. Acceso a los servicios de salud de la población inmigrante en España. *Rev Esp Salud Publica* 2014; 88:715-34.

(63) Aday LA, Andersen R. A framework for the study of access to medical care. *Health Serv Res.* 1974; 9:20820.

(64) Aday LA, Andersen RM. Theoretical framework for the study of access to medical care. *Health Serv Res.* 1993;208-22.

(65) Díaz A, Rodríguez A, García R, *et al.* Utilización de los servicios médicos en un área de salud. En: http://bvs.sld.cu/revistas/hie/vol51_1_13/hie04113.htm. Acceso:17/06/2017.

(66) Ruiz-Rodríguez M, Valdez-Santiago R. Revisión sobre la utilización de servicios de salud, 1996-2006. *Rev Cubana Sal Públ.* 2008;10(2):332-42. En: <http://www.scielosp.org/pdf/rsap/v10n2/v10n2a14.pdf>. Acceso: 17/06/2017.

(67) Molina-Rodríguez JF, Poblano-Verástegui O, Carrillo-Ordaz CE, Saucedo-Valenzuela AL. Utilización de los servicios de salud en México. *Rev Sal Tab.* 2006;12(1):427-32.

(68) Uiters E, Deville W, Foets M, *et al.* Use of health care services by ethnic minorities in The Netherlands: do patterns differ? *Eur J Public Health.* 2006; 16:388-93.

(69) Reijneveld S.A. Reported health, lifestyles, and use of health care of first generation immigrants in the Netherlands: do socioeconomic factors explain their adverse position? *Epidemiol Community Health*. 1998; 52:298-304.

(70) Stronks K, Ravelli ACJ, Reijneveld SA. Immigrants in the Netherlands: equal access for equal needs? *Epidemiol Community Health*. 2001; 55:701-7.

(71) Dunn J.R., Dyck I. Social determinants of health in Canada's immigrant population: results from the National Population Health Survey. *Soc Sci Med*. 2000; 51:1573-93.

(72) Boletín Oficial del Estado. Nº 178. Ley 29/2006 de 26 Julio 2006, de Garantías y uso racional de los medicamentos y productos sanitarios. <https://www.boe.es>. Acceso: 22/09/2018.

(73) Acuña C, Marin N, Mendoza A, Martins I, Luiza V, Botelho T. Determinantes sociales de la exclusión a los servicios de salud y a medicamentos en tres países de América Central. *Rev Panam Salud Pública*. 2014; 35 (2): 128-35.

(74) Alomar A, Moscoso N, Larrosa J. Determinantes del acceso a los medicamentos: el caso argentino. *Anales de la Asociación de Economía Política*, 2006. ISBN: 987-99570-4-0.

(75) Ernst FR, Grizzle AJ: Drug-related morbidity and mortality: updating the cost-of-illness model. *JAm Pharm Assoc (Wash)*. 2001;41(2):192-9.

(76) Johnson JA, Bootman JL. Drug-related morbidity and mortality: a cost-of-illness model. *Arch Inter Med* 1995, 155:1949-56.

(77) Ministerio de Sanidad, Servicios sociales e Igualdad. Instituto para el uso seguro de los medicamentos. España. En: <http://www.ismp-espana.org/noticias/view/124>. Acceso 09/03/2018.

(78) Otero MJ, Alonso P, Maderuelo JA, Ceruelo J, Domínguez-Gil A, Sánchez A. Prevalencia y factores asociados a los acontecimientos adversos prevenibles por medicamentos que causan el ingreso hospitalario". *Farm Hosp*. 2006; 30:161-70.

(79) González López-Valcárcel B, Campillo-Artero C. La prevención y el control de la iatrogenia requieren varios frentes y alianzas. *Gac Sanit* 2017;31(5):368-70.

- (80) WHO. Patient safety. Medication without harm: WHO's Third global patient safety challenge. Geneva 2017. En: <http://www.who.int/patientsafety/medication-safety/en/>. Acceso: 16/09/2018.
- (81) Organización Mundial de la Salud. Promoción del uso racional de medicamentos: componentes centrales. Ginebra: Perspectivas políticas de la OMS. Informe 5. 2002. En: <http://apps.who.int/medicinedocs/pdf/s4874s/s4874s.pdf>. Acceso 22/09/2018.
- (82) Kristiansson C, Gotuzzo E, Rodriguez H, Bartolini A, Strohmeyer M, Tomson G, *et al.* Access to health care in relation to socioeconomic status in the Amazonian area of Peru. In *J Equity Health*. 2009;15(8):11.
- (83) Boletín Oficial del Estado Nº. 10. Ley Orgánica 4/2000 del 11 enero 2000, sobre derechos y libertades de los extranjeros en España y su integración social.
- (84) Jiménez D, Hernández C. Diferencias en la automedicación en la población adulta española según el país de origen. *Gac Sanit*. 2010; 24(2): 116e1-116e8. En: http://scielo.isciii.es/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0213-91112010000200005&lng=es. Acceso: 23/09/2018.
- (85) Daniel GW, Malone DC. Characteristics of older adults who met the annual prescription drug expenditure threshold for medicare medication therapy management programs. *J. Manag Care Phan*. 2007;23(2):145-54.
- (86) Borrell C, Artazcoz L. Las políticas para disminuir las desigualdades en salud. *Gac Sanit*. 2008;22(5): 465-73.
- (87) Kunkel SR, Atchley RC. Why gender matters: being female is not the same as not being male. *Am J Prev Med*. 1996;51: 294-6.
- (88) Ruiz-Cantero MT, Verdú-Delgado M. Sesgo de género en el esfuerzo terapéutico. *GacSanit*. 2004;18 (Supl 1):118-25.
- (89) Fuertes C, Martín MA. El inmigrante en la consulta de atención primaria. En: <http://www.cfnavarra.es/salud/anales/textos/vol29/sup1/suple2a.html>. Acceso: 16/03/2009.

(90) Villarroel N, Artazcoz L. Heterogeneous patterns of health status among immigrants in Spain. *Health & Place*. 2012; 18: 1282–91.

(91) Cid G, Gómez ML, Porras T, Antón MJ, Vázquez MD, Buedo B. ¿Cómo perciben su salud los inmigrantes de Toledo? *Enferm Comun*. 2005; 1(1): 24-8.

(92) Salinero-Fort MÁ, Gómez-Campelo P, Bragado-Alvárez C, Abánades-Herranz JC, Jiménez-García R, de Burgos-Lunar C. Health & Immigration Group. (2015). Health-Related Quality of Life of Latin-American Immigrants and Spanish-Born Attended in Spanish Primary Health Care: Socio-Demographic and Psychosocial Factors. *PLoS ONE*, 10(4), e0122318. <http://doi.org/10.1371/journal.pone.0122318>.

(93) Esteban MM. Motivos de consulta y características demográficas de una comunidad de inmigrantes «sin papeles» en el distrito de Usera-Villaverde (Madrid). *Rev Atencion Primaria*. 2001; 27(1): 25-28.

(94) Stoyana A, Díaz-Serrano L. El impacto diferencial del capital social sobre la salud mental de la población autóctona y los inmigrantes residentes en Cataluña. *Gac Sanit*. 2009; 23 (Supl 1); 93-99.

(95) Junyent M, Miró O, Sánchez M. Comparación de la utilización de los servicios de urgencias hospitalarios entre la población inmigrante y la población autóctona. *Emergencias* 2006; 18:232-5.

(96) Carrasco-Garrido P, Gil De Miguel A, Hernández V, Jiménez-García R. Health profiles, lifestyles and use of health resources by the immigrant population resident in Spain. *European Journal of Public Health*. 2007; 17(5):503–7.

(97) Aerny Perreten N, Ramasco Gutiérrez M, Cruz Maceín JL, Rodríguez Rieiro C, Garabato González S, Rodríguez Laso A. La salud y sus determinantes en la población inmigrante de la Comunidad de Madrid. *Gac Sanit*. 2010; 24(2): 136-144.

(98) Jiménez D, Hernández C. Explaining the demand for pharmaceuticals in Spain: are there differences in drug consumption between foreigners and the Spanish population? *Health Policy*. 2010;97(2-3): 217-4.

- (99) Carrasco-Garrido P, Jiménez-García R, Hernández Barrera V, López de Andrés A, Gil de Miguel A. Patterns of medication use in the immigrant population resident in Spain: associated factors. *Pharmacoepidemiology and Drug Safety* 2009; 18:743-50.
- (100) Muñoz de Bustillo R, Antón J. Utilización de los servicios públicos de salud por parte de la población inmigrante latinoamericana en España. *Salud Publica Mex* 2010; 52:357-63.
- (101) Gimeno-Feliu LA, Magallón-Botaya R, Macipe-Costa RM, Luzón-Oliver L. Differences in the use of primary care services between Spanish national and immigrant patients. *Journal of immigrant and minority health* 15 (3), 584-90.
- (102) Denктаş S, Koopmans G, Birnie E, Foets M, Bonsel G. Underutilization of prescribed drugs use among first generation elderly immigrants in the Netherlands. *BMC Health Services Research*. 2010; 10:176. En: <http://www.biomedcentral.com/1472-6963/10/176>. Acceso: 23/09/2018.
- (103) Organización Internacional de Migraciones, Organización Mundial de la Salud. Alto Comisionado de Naciones Unidas para las Migraciones. Migración internacional, salud y derechos humanos. Ginebra 2013.
- (103) World Health Organization. Health of Migrants – The Way Forward. Report of a Global Consultation, Madrid, Spain, 2010. En: <https://publications.iom.int/books/health-migrants-way-forward-report-global-consultation>. Acceso: 23/09/2018.
- (104) Rue M, Bosh A, Serna MC, Soler-González J, Galván L, Cruz I. Estudio observacional del gasto farmacéutico en población inmigrante y autóctona de la región sanitaria de Lleida (Cataluña). *Aten Primaria*. 2010;42(06):328-37.
- (105) World Health Organization. The Role of pharmacist in Health Care System; 1998. En: <http://apps.who.int/medicinedocs/pdf/h2995e/h2995e.pdf>. Acceso: 26/03/2018.
- (106) Orueta R, Gómez-Calcerrada RM, Sánchez A. Automedicación. *SEMERGEN-Medicina de Familia*. 2008; 34 (3): 133-7.
- (107) Ruiz ME. Risks of self-medication practices. *Curr Drug Saf*. 2010;5(4):315-23.

- (108) Carrasco-Garrido P, Jiménez-García R, Hernández V, Gil A. Predictive factors of self-medicated drug use among the Spanish adult population. *Pharmacoepidemiol Drug Saf.* 2008;17(2):193–9.
- (109) Ruiz-Sternberg ÁM, Pérez-Acosta AM. Automedicación y términos relacionados: una reflexión conceptual. *Rev Cienc Salud* 2011;9(1):83-97.
- (110) World Health Organization. Rational use of medicines. En: http://www.who.int/medicines/areas/rational_use/en/. Acceso: 10/11/2009.
- (111) Ministerio de Sanidad, Servicios Sociales e Igualdad. Encuesta Nacional de Salud 2006. En: <http://www.msssi.gob.es/estadEstudios/estadisticas/encuestaNacional/encuesta2006.htm>. Acceso: 05/05/2015.
- (112) Instituto Nacional de Estadística (INE). Encuesta Nacional de Salud 2011-2012. En: <http://www.ine.es/jaxi/menu.do?type=pcaxis&path=/t15/p419&file=inebase>. Acceso: 05/05/2015.
- (113) International Monetary Fund. World economic outlook: Slowing growth, rising risks. September 2011. En: www.imf.org/external/pubs/ft/weo/2011/02/pdf/text.pdf. Acceso: 09/10/2016.
- (114) Domingo-Salvany A, Bacigalupe A, Carrasco JM, Espelt A, Ferrando J, Borrell C. Propuestas de clase social neoweberiana y neomarxista a partir de la Clasificación Nacional de Ocupaciones 2011. *Gac Sanit.* 2013; 27(3):263-72.
- (115) Bellón JA, Delgado A, Luna JD, Lardelli P. Validez y fiabilidad del cuestionario de apoyo social funcional Duke-UNC-11. *Aten Primaria.* 1996; 18:153-63.
- (116) Organización Mundial de la Salud (OMS). Nutrition. Body mass index BMI. En: <http://www.euro.who.int/en/health-topics/disease-prevention/nutrition/a-healthy-lifestyle/body-mass-index-bmi>. Acceso: 06/04/2015.
- (117) Tognoni G. Drug Use and Monitoring, and Evaluation of Health Care. WW Holland edit. Oxford: Oxford University Press, 1983. Tomado de: Altamira y otros.

Farmacoepidemiología, estudios de medicamentos. Altamairas J, Bautista J, Puigsventos F. Farmacia Hospitalaria. Capítulo 29, 1992.

(118) Porta H, Hartsema AG. The contribution of epidemiology A contribution to the study of drugs. Drug Inter Clin Pharm. 1987; 21:121-4.

(119) Laporte J, Tognoni G. Principios de epidemiología del medicamento. 2ª ed. Barcelona: Masson Salvat;1993.

(120) Grupo EUM de la SEFH (coordinador: J. Altimiras). Estimación de la dosis diaria prescrita de antiinfecciosos en hospitales españoles. Farm Hosp. 1994;18:15-21.

(121) Organización Mundial de la Salud. Selección de Medicamentos Esenciales. Serie Informes Técnicos Nº 615, 1977.

(122) Alvarez Luna F. Farmacoepidemiología. Estudios de Utilización de Medicamentos. Parte I: Concepto y metodología. Seguir Farmacoter. 2004; 2(3): 129-136.

(123) Gómez V, Candás MA, Fidalgo S, Armesto J, Cakvo MJ, Caldenty C. Análisis del Consumo de medicamentos utilizando indicadores de calidad en la prescripción. Aten Primaria 2000; 9:46-60.

(124) European Commission (Eurostat). Office for National Statistics. Guidelines for the development and criteria for the adoption of Health Survey instrument. En: http://ec.europa.eu/health/ph_information/dissemination/reporting/healthsurveys_en.pdf. Acceso 06/06/2017.

(125) Instituto Nacional de Estadística. Nota de Prensa 14 de marzo de 2013. Encuesta Nacional de Salud 2011 – 2012). En: <http://www.ine.es/prensa/np770.pdf>. Acceso: 28/06/2018.

(126) Instituto Nacional de Estadística. Evaluación de la no respuesta ENS 2006. En: <http://www.ine.es/daco/daco42/sanitarias/evaluacion06.pdf>. Acceso: 28/06/2018.

(127) Instituto Nacional de Estadística. Evaluación de la no respuesta ENS 2011. En: <http://www.ine.es/daco/daco42/sanitarias/evaluacion12.pdf>. Acceso: 28/06/2018.

- (128) Gimeno-Feliu LA, Calderón-Larrañaga A, Diaz E, Poblador-Plou B, Macipe-Costa R, Prados-Torres A. Global healthcare use by immigrants in Spain according to morbidity burden, area of origin, and length of stay. *BMC Public Health*. 2016. En: <http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pmc/articles/PMC4882823/>. Acceso: 28/03/2018.
- (129) Villarroel N, Artazcoz L. Different Patterns in Health Care Use Among Immigrants in Spain. *J Immigr Minor Health*. 2016;18(2):318-29.
- (130) Huang C, Mehta NK, Elo IT, Cunningham SA, Stephenson R, Williamson DF, *et al*. Region of Birth and Disability Among Recent U.S. Immigrants: Evidence from the 2000 Census. *Popul Res Policy Rev*. 2011;30(3):399-418.
- (131) Gaskin DJ, Briesacher BA, Limcangco R, Brigantti LB. Exploring racial and ethnic disparities in prescription drug spending and use among Medicare beneficiaries. *The American Journal of Geriatric Pharmacotherapy*. 2006; 4:96–111.
- (132) International Monetary Fund. World economic outlook: Slowing growth, rising risks. September 2011. En: www.imf.org/external/pubs/ft/weo/2011/02/pdf/text.pdf. Acceso: 09/10/2016.
- (133) Gimeno-Feliu LA, Calderón-Larrañaga A, Prados-Torres A, Revilla-López C, Diaz E. Patterns of pharmaceutical use for immigrants to Spain and Norway: a comparative study of prescription databases in two European countries. *Int J Equity Health*. 2016; 15:32.
- (134) Jaén, B. El gasto farmacéutico en España en 2016. Evolución internacional y situación desde el punto de vista nacional. Agosto 2016. Ed. EAE Business School. En: www.eae.es. Acceso: 10/03/2018.
- (135) French DP, James DH. Reasons for the use of mild analgesics among English students. *Pharm World Sci*. 2008;30(1):79-85.
- (136) Kontogiorgis C, Nena E, Berberoglou E, Moschoni K, Polyzois S, Tselemonis A, *et al*. Estimating Consumers' Knowledge and Attitudes Towards Over-The-Counter Analgesic Medication in Greece in the Years of Financial Crisis: The Case of Paracetamol. *Pain Ther*. 2016;5(1):19-28.

(137) Global Burden of Disease Study 2013 Collaborators. Global, regional, and national incidence, prevalence, and years lived with disability for 301 acute and chronic diseases and injuries in 188 countries, 1990-2013: a systematic analysis for the Global Burden of Disease Study 2013. *Lancet*. 2015;386(9995):743-800.

(138) Langley P. The prevalence, correlates and treatment of pain in the European Union. *Curr Med Res Opin* 2011, 27: 463–80.

(139) Langley P, Ruiz-Iban MA, Tornero J, De Andrés J, González-Escalada JR. Castellón. The prevalence, correlates and treatment of pain in Spain. *Journal of Medical Economics*.2011;14: 3, 367-80, DOI: 10.3111 / 13696998.2011.583303.

(140) Carrasco-Garrido P, de Andrés AL, Barrera VH, Jiménez-Trujillo I, Fernández-de-las-Peñas C, Palacios-Ceña D, *et al*. Predictive factors of self-medicated analgesic use in Spanish adults: a cross-sectional national study. *BMC Pharmacol Toxicol*. 2014; 15:36. DOI: 10.1186/2050-6511-15-36.

(141) Dale O, Borchgrevink PC, Fredheim OMS, Mahic M, Romundstad P, Skurtveit S. Prevalence of use of non-prescription analgesics in the Norwegian HUNT3 population: Impact of gender, age, exercise and prescription of opioids. *BMC Public Health*. 2015;15(1):461.

(142) Ministerio de Sanidad, Servicios Sociales e Igualdad. Agencia Española de Medicamentos y Productos Sanitarios. Utilización de medicamentos antiinflamatorios no esteroideos en España durante el periodo 2013-2016. En: <https://www.aemps.gob.es/medicamentosUsoHumano/observatorio/docs/antiinflamatorios-AINEs-periodo-2013-2016.pdf>. Acceso: 8/07/2018.

(143) Ministerio de Trabajo y Asuntos Sociales. Colectivo IOE. Inmigración y Vivienda en España. Documentos del Observatorio Permanente de la Inmigración, Nº 7. 2006.

(144) Onrubia J. Vivienda e inmigración en España: Situación y políticas públicas. *Presupuesto y Gasto Público*. 2010; 61:273-310.

(145) Jansà JM, García de Olalla P. Salud e inmigración: nuevas realidades y nuevos retos. *Gac Sanit*. 2004;18(4):207-13.

- (146) Achotegui J. Emigrar hoy en situaciones extremas. El síndrome de Ulises. Aloma: Revista de Psicología, Ciències de l'Educació i de l'Esport. 2012. En: <http://www.revistaaloma.net/index.php/aloma/article/view/171>. Acceso: 10/06/2018.
- (147) Achotegui J. Migración y salud mental. El síndrome del inmigrante con estrés crónico y múltiple (Síndrome de Ulises). Zerbitzuan. 2009; 46:163–171.
- (148) Ministerio de Sanidad, Servicios Sociales e Igualdad. Agencia Española de Medicamentos y Productos Sanitarios, AEMPS. Utilización de medicamentos ansiolíticos e hipnóticos en España durante el periodo 2000-2012. Publicado el 27/01/2014. En: https://cima.aemps.es/medicamentosUsoHumano/observatorio/docs/ansioliticos_hipnoticos-2000-2012.pdf. Acceso: 8/07/2018.
- (149) Ochoa E, Vicente N, Lozano M. Síndromes depresivos en la población inmigrante. *Revista Clínica Española*. 2005;205,3: 116-8. En: <https://doi.org/10.1157/13072968>.
- (150) Taylor SJC, Carnes D, Homer K, Kahan BC, Hounscome N, Eldridge S, *et al.* Novel Three-Day, Community-Based, Nonpharmacological Group Intervention for Chronic Musculoskeletal Pain (COPERS): A Randomised Clinical Trial. *PLoSMed*. 2016. En: <http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pmc/articles/PMC4907437/>.
- (151) Ministerio de Sanidad, Servicios Sociales e Igualdad. Agencia Española de Medicamentos y Productos Sanitarios. Utilización de medicamentos antidepresivos en España durante el periodo 2000-2013. Publicado el 14/01/2015. En: <https://cima.aemps.es/medicamentosUsoHumano/observatorio/docs/antidepresivos-2000-2013.pdf>. Acceso: 08/07/2018.
- (152) Cruz I, Serna C, Real J, Rué M, Soler J, Galván L. Comparison of the consumption of antidepressants in the immigrant and native populations in a Spanish health region: an observational study. *BMC Public Health* 2010, 10:255. DOI: 10.1186/1471-2458/10/255.
- (153) Termorshuizen F, Selten JP, Heerdink E. Dispensing of psychotropic medication among 400,000 immigrants in The Netherlands. *Soc Psychiatry Psychiatr Epidemiol*. 2017; 52:963–77.

(154) Guerrero A, Colomina J. Población Inmigrante y enfermedades infecciosas. Rev Esp Salud Pública 2004; 78 (5): 565-70.

(155) Lillebaek T, Andersen AB, Dirksen A, Smith E, Skovgaard LT, Kok-Jensen A. Persistent high incidence of tuberculosis in immigrants in a low-incidence country. Emerg Infect Dis. 2002; 8: 679-84.

(156) Mainous AG III, Cheng AY, Garr RC, Tilley BC, Everett CJ, McKee MD. Nonprescribed antimicrobial drugs in Latino community, South Carolina. Emerg Infect Dis. 2005 Jun;11(6):883-8.

(157) Mainous AG III, A. Diaz V, Carnemolla M. Factors Affecting Latino Adults' Use of Antibiotics for Self-Medication. J Am Board Fam Med. 2008;21: 128–34.

(158) Coffman MJ, Shobe M, O'Connell B. Self-Prescription Practices in Recent Latino Immigrants. Public Health Nursing. 2008; 25 (3). 203–211.

(159) García Castillo E, López Castellano A. Informe sobre necesidades de los pacientes inmigrantes que acuden a las farmacias de la provincia de Valencia. Departamento de Fisiología, Farmacología y Toxicología del CEU Cardenal Herrera. Valencia. 2008.

(160) Ministerio de Sanidad y Consumo. PRAN: Plan Nacional de Resistencia a Antibióticos. En: <http://www.resistenciaantibioticos.es/es/profesionales/comunicacion/campanas>. Acceso 15/07/2018.

(161) Simó J. Utilización de medicamentos en España y Europa. Aten Primaria. 2012;44(6):335-47.

(162) Carrera-Lasfuentes P, Aguilar-Palacio I, Clemente Roldán E, Malo Fumanal S, Rabanaque Hernandez MJ. Consumo de medicamentos en población adulta: influencia del autoconsumo. Aten Primaria. 2013;45(10):528-35.

(163) Gerritsen AAM, Bramsen I, Devillé W, van Willigen LHM, Hovens JE, van der Ploeg HM. Use of health care services by Afghan, Iranian, and Somali refugees and asylum seekers living in The Netherlands. Eur J Public Health. 2006;16(4):394-9.

(164) Pokela N, Simon Bell J, Lihavainen K, Sulkava R, Hartikainen S. Analgesic use among community-dwelling people aged 75 years and older: A population-based interview study. *Am J Geriatr Pharmacother*. 2010;8(3):233-44.

(165) Borrell C, Muntaner C, Gil-González D, Artazcoz L, Rodríguez-Sanz M, Rohlfs I, *et al*. Perceived discrimination and health by gender, social class, and country of birth in a Southern European country. *Prev Med*. 2010;50(1-2):86-92.

(166) Borrell C, Artazcoz L. Las desigualdades de género en salud: retos para el futuro. *Rev Esp Salud Publica*. 2008;82(3):241-9.

(167) Ministerio de Sanidad y Consumo. Informe Salud y Género 2006. Las edades centrales de la vida. Informes, Estudios e Investigación 2008. En: <http://www.msc.es/ciudadanos/proteccionSalud/mujeres/docs/informeSaludGenero2006.pdf>. Acceso: 20/07/2018.

(168) Ministerio de la Presidencia y Relación con las Cortes. Instituto de la Mujer y para la Igualdad de Oportunidades. Mujeres Migrantes. En: <http://www.inmujer.gob.es/areasTematicas/multiDiscriminacion/mujeresMigrantes/home.htm>. Acceso: 15/07/2018.

(169) Donato KM, Gabaccia D. The Global Feminization of Migration: Past, Presente, and Future. 2016. En: <https://www.migrationpolicy.org/article/global-feminization-migration-past-present-and-future>. Acceso: 6/12/2018.

(170) Gentil I. Salud y mujeres inmigrantes latinoamericanas: Autoestima y resiliencia. *Index Enferm*. 2009;18(4):229-33.

(171) Formiga F, Ferrer A, Sanz H, Marengoni A, Albuquerque J, Pujol R. Patterns of comorbidity and multimorbidity in the oldest old: The Octabaix study. *Eur J Inter Med*. 2013;24(1):40-4.

(172) San-José A, Agustí A, Vidal X, Formiga F, Gómez-Hernández M, García J, *et al*. Inappropriate prescribing to the oldest old patients admitted to hospital: prevalence, most frequently used medicines, and associated factors. *BMC Geriatr*. 2015. En: <http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pmc/articles/PMC4403827/>. Acceso: 06/12/2018.

- (173) Blasco F, Martínez J, Villares P, Jiménez AI. El paciente anciano polimedcado: efectos sobre su salud y sobre el sistema sanitario. *Inf Ter Sist Nac Salud*. 2005; 29 (6): 152-62.
- (174) Díaz E, Kumar BN, Gimeno-Feliu L, Calderón-Larrañaga A, Poblador-Pou B, Prados-Torres. Multimorbidity among registered immigrants in Norway: the role of reason for migration and length of stay. *Trop Med Int Health*. 2015;20(12):1805-14.
- (175) Oosterberg E, Devillé W, Brewster L, Agyemang C, Van den Muijsenbergh M. Chronic disease in ethnic minorities: tools for patient-centred care in diabetes, hypertension and COPD. *Nederlands Tijdschriftvoor Geneeskunde*. 2013;(157). En: <https://dare.uva.nl/search?identifier=8e33aa6a-c7db-4e80-9922-0efc79c4094f>. Acceso: 23/09/2018.
- (176) Commodore-Mensah Y, Selvin E, Aboagye J, Turkson-Ocran RA, Li X, Himmelfarb CD, Ahima RS, Cooper LA. Hypertension, overweight/obesity, and diabetes among immigrants in the United States: an analysis of the 2010-2016 National Health Interview Survey. *BMC Public Health*. 2018; 20;18(1):773. DOI: 10.1186/s12889-018-5683-3.
- (177) Martikainen P, Aromaa A, Heliövaara M, Klaukka T, Knekt P, Maatela J, *et al*. Reliability of perceived health by sex and age. *Soc Sci Med*. 1999;48(8):1117-22.
- (178) Jylhä M. What is self-rated health and why does it predict mortality? Towards a unified conceptual model. *Soc Sci Med*. 2009; 69: 307-316.
- (179) MC Donald JT, Kennedy S004). "Insights into the 'healthy immigrant effect': health status and health service use of immigrants to Canada". *Social Science and Medicine*. 2004; 59:1613-27.
- (180) Moullan Y, Jusot F. Why is the «healthy immigrant effect» different between European countries? *Eur J Public Health*. 2014;24 Suppl 1:80-6.
- (181) Argeseanu Cunningham S, Ruben JD, Narayan KMV. Health of foreign-born people in the United States: a review. *Health Place*. 2008;14(4):623-35.

(182) Urquía ML, O'Campo PJ, Heaman MI. Revisiting the immigrant paradox in reproductive health: The roles of duration of residence and ethnicity. *Social Science & Medicine*. 2012;74(10): 1610-21.

(183) Agudelo-Suárez AA, Ronda E, Vázquez-Navarrete ML, García AM, Martínez JM, Benavides FG. Impact of economic crisis on mental health of migrant workers: what happened with migrants who came to Spain to work? *Int J Public Health*. 2013;58(4):627-31.

(184) Perez-Molina J, Pulido Ortega F, Comité de expertos del Grupo para el Estudio del Sida (GESIDA) de la Sociedad Española de Enfermedades Infecciosas y Microbiología Clínica (SEIMC). Assessment of the impact of the new health legislation on illegal immigrants in Spain: the case of human immunodeficiency virus infection. *Enferm Infecc Microbiol Clin*. 2012;30(8):472-8.

(185) Calderón-Larrañaga A, Gimeno-Feliu LA, Macipe-Costa R, Poblador-Plou B, Bordonaba-Bosque D, Prados-Torres A. Primary care utilization patterns among an urban immigrant population in the Spanish National Health System. *BMC Public Health*. 2011; 6:11:432. DOI: 10.1186/1471-2458-11-432.

(186) Tormo M-J, Salmerón D, Colorado-Yohar S, Ballesta M, Dios S, Martínez-Fernández C, *et al*. Resultados de dos encuestas dirigidas a inmigrantes y nativos del sureste español: salud, uso de servicios y necesidad de asistencia médica. *Salud Publica Mex*. 2015;57(1):38-49.

(187) Hernández-Quevedo C, Jiménez-Rubio D. A comparison of the health status and health care utilization patterns between foreigners and the national population in Spain: New evidence from the Spanish National Health Survey. *Soc Sci Med*. 2009;69(3):370-8.

(188) Báez Montilla JM, Sánchez Oropesa A, Garcés Redondo G, González Carnero R, Santos Béjar L, López de Castro F. Motivos y condicionantes de la interconsulta entre atención primaria y especializada. *Medicina de Familia SEMERGEN*. 2013; 39(2): 89-94.

(189) García MJ, Rigueiro MT, Rodríguez P, Rodríguez C, Muriel A, Abraira V, *et al*. Idoneidad de las derivaciones de Atención Primaria a especialidades médicas hospitalarias. *Semergen*. 2006; 32:376-81.

- (190) Rojas Lucenan IM. Evaluación de las derivaciones desde atención primaria a atención especializada. ¿Hacemos un uso excesivo de ellas? *Medfam Andal.* 2015;16(2):135-43.
- (191) Elstad JI. Register study of migrants' hospitalization in Norway: World region origin, reason for migration, and length of stay. *BMC Health Services Research* (2016) 16: 306. DOI 10.1186 / s12913-016-1561-9.
- (192) Sanz B, Castillo S, Mazarrasa L. Uso de los servicios sanitarios en las mujeres inmigrantes de la Comunidad de Madrid. *Metas de enfermería.* 2004;7(1):26-32.
- (193) Urbanos-Garrido R. La desigualdad en el acceso a las prestaciones sanitarias. Propuestas para lograr la equidad. Informe SESPAS. *Gac Sanit.* 2016;30(S1):25-30.
- (194) Gérvas J. Atención Primaria fuerte: fundamento clínico, epidemiológico y social en los países desarrollados y en desarrollo. *Rev Bras Epidemiol.* 2006; 9(3): 384-400.
- (195) Mateo Pérez MA. Sobre las necesidades insatisfechas. Género y migraciones como factores de pobreza. Universitat d' Alacant. Departament de Sociologia II. 2002; Papers 66: 93-115.
- (196) European Commission Expert panel on effective ways of investing in health. Access to health services in the European Union, September 2015. En: http://ec.europa.eu/health/expertpanel/opinions/docs/010_access_healthcare_en.pdf. Acceso: 20/07/2018.
- (197) Scheppers E, van Dongen E, Dekker J, Geertzen J, Dekker J. Potential barriers to the use of health services among ethnic minorities: a review. *Fam Pract.* 2006;23(3):325-48.
- (198) Terraza-Núñez R, Toledo D, Vargas I, Vázquez ML. Perception of the Ecuadorian population living in Barcelona regarding access to health services. *Int J Public Health.* 2010; 55:381-90.

(199) Bas-Sarmiento P, Fernández-Gutiérrez M, Albar-Marín MJ, García-Ramírez M. Percepción y experiencias en el acceso y el uso de los servicios sanitarios en población inmigrante. *Gac Sanit.* 2015; 29(4): 244-51.

(200) Llosada J, Vallverdú I, Miró M, Pijem C, Guarga A. Acceso y uso de los servicios sanitarios por parte de los pacientes: la voz de los profesionales. *Atención Primaria.* 2012; 44(2): 82-8.

(201) Macipe Costa RM, Gimeno Feliu LA. Competencia cultural y población inmigrante: un reto cotidiano en nuestras consultas. *Rev Pediatr Aten Primaria.* 2011;13: 299-319.

X. Anexos

Anexo 1

Encuesta Nacional de Salud 2006

Anexo 2

Encuesta Nacional de Salud 2011

1. Datos de identificación de la sección

Provincia _____ [][]

Nº de orden de la sección _____ [][][][]

Municipio _____ [][][][]

Distrito/sección _____ [][][][][]

Año/trimestre/bisemana _____ [][][][][]

2. Identificación de la vivienda y hogar

Nº de orden de la vivienda _____ [][]

Nº de hogar dentro de la vivienda _____ []

3. Identificación de la persona seleccionada

Nombre _____

Nº de orden _____ [][]

Fecha de nacimiento [][][][][][]

Edad _____ [][][]

4. ¿El/la informante es la persona seleccionada?

Sí 1 → P 5.5 (Teléfono del/de la informante)

No 6

5. Identificación del/de la informante

Entrevistador/a: ¿El/la informante es miembro del hogar?

Sí 1 → nº de orden [][] → P 5.5

No 6

5.1 Nombre del/de la informante _____

5.2 Edad _____ [][][]

5.3 Sexo 1 Varón 6 Mujer

5.4 Relación del/de la informante con el adulto seleccionado

Cónyuge o pareja 1 Otros familiares 5

Hijo/a 2 Servicios sociales 6

Padre/Madre 3 Voluntarios 7

Hermano/a 4 Otros 8

5.5 Teléfono del/de la informante

[][][][][][][][]

6. Fecha de cumplimentación _____ [][] [][] [][][][]

Día Mes Año

7. Hora de inicio de la entrevista _____ [][] [][]

Hora Minutos

Naturaleza, características y finalidad

La Encuesta Nacional de Salud (ENS 2006) es una investigación estadística a nivel estatal, diseñada con la finalidad de obtener datos sobre el estado de la salud, utilización de servicios sanitarios, prevención, factores de riesgo, ... de las personas.

La trascendencia de estos objetivos y las características del servicio público de este estudio nos impulsan a solicitar, de forma voluntaria, su importante y valiosa colaboración.

Legislación

Secreto estadístico: serán objeto de protección y quedarán amparados por el secreto estadístico los datos personales que obtengan los servicios estadísticos, tanto directamente de los informantes como a través de las fuentes administrativas (Art. 13.1 de la Ley de la Función Estadística Pública de 9 de Mayo de 1989, LFEP). Todo el personal tendrá obligación de preservar el secreto estadístico (Art. 17.1 de la LFEP). Los servicios estadísticos podrán solicitar datos de todas las personas físicas y jurídicas, nacionales y extranjeras residentes en España (Art. 10.1 de la LFEP). Todas las personas físicas y jurídicas que suministren datos, tanto si su colaboración es obligatoria como voluntaria, deben contestar de forma veraz, exacta, completa y dentro del plazo a las preguntas ordenadas en la debida forma por parte de los servicios estadísticos (Art. 10.2 de la LFEP). (Ley 12/1989, de la Función Estadística Pública).

Entrevistador/a: Recuerde que el/la entrevistado/a debe ser el/la adulto/a seleccionado/a salvo en los casos excepcionales recogidos en el manual.

A. Trabajo reproductivo

Entrevistador/a, leáale al/a la entrevistado/a: "En primer lugar le voy a realizar varias preguntas sobre el cuidado de las personas del hogar"

1. ¿En su hogar viven personas que no sean capaces de cuidarse por sí mismas, como menores de 15 años, personas mayores de 74 años o bien personas con alguna discapacidad o limitación?

Sí _____ 1

No _____ 6 → **P11**

2. ¿Vive en el hogar algún menor de 15 años que requiera cuidados?

Sí _____ 1

No _____ 6 → **P5**

3. ¿Quién se ocupa de su cuidado, principalmente?

Vd. solo/a _____ 01

Vd. compartiéndolo con su pareja _____ 02

Vd. compartiéndolo con otra persona que no es su pareja _____ 03

Su pareja sola _____ 04

Otra persona de la casa que no es su pareja _____ 05

Una persona remunerada por ello _____ 06

Otra persona que **NO** reside en el hogar _____ 07

Los servicios sociales _____ 08

Ninguna persona _____ 09

Otra situación _____ 10

Nº de orden

→ **P5**

4. ¿Cuántas horas dedica Vd. a su cuidado?

1. De lunes a viernes (promedio diario) ___ Nº de horas

2. Sábado más domingo _____ Nº de horas

5. ¿Vive en el hogar algún mayor de 74 años que requiera cuidados?

Sí _____ 1

No _____ 6 → **P8**

6. ¿Quién se ocupa de su cuidado, principalmente?

Vd. solo/a _____	<input type="checkbox"/>	01	
Vd. compartiéndolo con su pareja _____	<input type="checkbox"/>	02	
Vd. compartiéndolo con otra persona que no es su pareja _____	<input type="checkbox"/>	03	
Su pareja sola _____	<input type="checkbox"/>	04	
Otra persona de la casa que no es su pareja _____	<input type="checkbox"/>	05	→ N° de orden <input type="text"/>
Una persona remunerada por ello _____	<input type="checkbox"/>	06	
Otra persona que NO reside en el hogar _____	<input type="checkbox"/>	07	
Los servicios sociales _____	<input type="checkbox"/>	08	
Ninguna persona _____	<input type="checkbox"/>	09	
Otra situación _____	<input type="checkbox"/>	10	

→ **P8**

7. ¿Cuántas horas dedica Vd. a su cuidado ?

1. De lunes a viernes (promedio diario) ___ N° de horas

2. Sábado más domingo _____ N° de horas

8. ¿Existe alguna persona con discapacidad o limitación que requiera cuidados?

Sí _____ 1

No _____ 6 → **P11**

9. ¿Quién se ocupa de su cuidado, principalmente?

Vd. solo/a _____	<input type="checkbox"/>	01	
Vd. compartiéndolo con su pareja _____	<input type="checkbox"/>	02	
Vd. compartiéndolo con otra persona que no es su pareja _____	<input type="checkbox"/>	03	
Su pareja sola _____	<input type="checkbox"/>	04	
Otra persona de la casa que no es su pareja _____	<input type="checkbox"/>	05	→ N° de orden <input type="text"/>
Una persona remunerada por ello _____	<input type="checkbox"/>	06	
Otra persona que NO reside en el hogar _____	<input type="checkbox"/>	07	
Los servicios sociales _____	<input type="checkbox"/>	08	
Ninguna persona _____	<input type="checkbox"/>	09	
Otra situación _____	<input type="checkbox"/>	10	

→ **P11**

10. ¿Cuántas horas dedica Vd. a su cuidado?

- 1. De lunes a viernes (promedio diario) ___ N° de horas [][]
- 2. Sábado más domingo _____ N° de horas [][]

11. En su casa, ¿quién se ocupa principalmente de las tareas del hogar, como fregar, cocinar, planchar ...?

- Vd. solo/a _____ 01
 - Vd. compartiéndolo con su pareja _____ 02
 - Vd. compartiéndolo con otra persona que no es su pareja _____ 03
 - Su pareja sola _____ 04
 - Otra persona de la casa que no es su pareja _____ 05 → N° de orden [][]
 - Una persona remunerada por ello _____ 06 → anote **Sí** en la **P13**
 - Otra persona que no reside en el hogar _____ 07
 - Los servicios sociales _____ 08
 - Ninguna persona _____ 09
 - Otra situación _____ 10
- **P13**

12. ¿Cuántas horas dedica Vd. ?

- 1. De lunes a viernes (promedio diario) ___ N° de horas [][]
- 2. Sábado más domingo _____ N° de horas [][]

13. ¿Tiene en su casa alguna persona remunerada para realizar el trabajo doméstico (limpiar, cocinar, planchar, ...)?

- Sí _____ 1
- No _____ 6

B. Estado de salud

Entrevistador/a, leáele al/a la entrevistado/a: Ahora voy a hacerle varias preguntas sobre su estado de salud.

14. En los últimos doce meses, ¿diría que su estado de salud ha sido muy bueno, bueno, regular, malo, muy malo?

- Muy bueno _____ 1
- Bueno _____ 2
- Regular _____ 3
- Malo _____ 4
- Muy malo _____ 5

15. A continuación le voy a leer una lista con una serie de enfermedades o problemas de salud, ¿padece o ha padecido alguna vez alguna de ellas?

Entrevistador/a: léale a la persona entrevistada las enfermedades que se relacionan una a una anotando la respuesta que proceda. En el caso de que conteste "Sí" en alguna de las opciones de 15.a formule las preguntas 15.b, 15.c y 15.d. Si la persona entrevistada es varón, anote **NO** en la opción 27 de 15.a y si es mujer anote **NO** en la opción 26 de 15.a directamente.

	15. a ¿Ha padecido alguna vez alguna de ellas?		En caso de respuesta afirmativa en la pregunta 15. a, preguntar y anotar lo que proceda							
	SÍ	NO	15. b ¿La ha padecido en los últimos 12 meses?		15. c ¿Le ha dicho un médico que la padece?		15. d ¿Está tomando o ha tomado medicación en los últimos 12 meses por este problema?			
	SÍ	NO	SÍ	NO	SÍ	NO	SÍ	NO		
1. Tensión alta _____	<input type="checkbox"/> 1	<input type="checkbox"/> 6	<input type="checkbox"/> 1	<input type="checkbox"/> 6	<input type="checkbox"/> 1	<input type="checkbox"/> 6	<input type="checkbox"/> 1	<input type="checkbox"/> 6		
2. Infarto de miocardio _____	<input type="checkbox"/> 1	<input type="checkbox"/> 6	<input type="checkbox"/> 1	<input type="checkbox"/> 6	<input type="checkbox"/> 1	<input type="checkbox"/> 6	<input type="checkbox"/> 1	<input type="checkbox"/> 6		
3. Otras enfermedades del corazón _____	<input type="checkbox"/> 1	<input type="checkbox"/> 6	<input type="checkbox"/> 1	<input type="checkbox"/> 6	<input type="checkbox"/> 1	<input type="checkbox"/> 6	<input type="checkbox"/> 1	<input type="checkbox"/> 6		
4. Varices en las piernas _____	<input type="checkbox"/> 1	<input type="checkbox"/> 6	<input type="checkbox"/> 1	<input type="checkbox"/> 6	<input type="checkbox"/> 1	<input type="checkbox"/> 6	<input type="checkbox"/> 1	<input type="checkbox"/> 6		
5. Artrosis, artritis o reumatismo _____	<input type="checkbox"/> 1	<input type="checkbox"/> 6	<input type="checkbox"/> 1	<input type="checkbox"/> 6	<input type="checkbox"/> 1	<input type="checkbox"/> 6	<input type="checkbox"/> 1	<input type="checkbox"/> 6		
6. Dolor de espalda crónico (cervical) _____	<input type="checkbox"/> 1	<input type="checkbox"/> 6	<input type="checkbox"/> 1	<input type="checkbox"/> 6	<input type="checkbox"/> 1	<input type="checkbox"/> 6	<input type="checkbox"/> 1	<input type="checkbox"/> 6		
7. Dolor de espalda crónico (lumbar) _____	<input type="checkbox"/> 1	<input type="checkbox"/> 6	<input type="checkbox"/> 1	<input type="checkbox"/> 6	<input type="checkbox"/> 1	<input type="checkbox"/> 6	<input type="checkbox"/> 1	<input type="checkbox"/> 6		
8. Alergia crónica _____	<input type="checkbox"/> 1	<input type="checkbox"/> 6	<input type="checkbox"/> 1	<input type="checkbox"/> 6	<input type="checkbox"/> 1	<input type="checkbox"/> 6	<input type="checkbox"/> 1	<input type="checkbox"/> 6		
9. Asma _____	<input type="checkbox"/> 1	<input type="checkbox"/> 6	<input type="checkbox"/> 1	<input type="checkbox"/> 6	<input type="checkbox"/> 1	<input type="checkbox"/> 6	<input type="checkbox"/> 1	<input type="checkbox"/> 6		
10. Bronquitis crónica _____	<input type="checkbox"/> 1	<input type="checkbox"/> 6	<input type="checkbox"/> 1	<input type="checkbox"/> 6	<input type="checkbox"/> 1	<input type="checkbox"/> 6	<input type="checkbox"/> 1	<input type="checkbox"/> 6		
11. Diabetes _____	<input type="checkbox"/> 1	<input type="checkbox"/> 6	<input type="checkbox"/> 1	<input type="checkbox"/> 6	<input type="checkbox"/> 1	<input type="checkbox"/> 6	<input type="checkbox"/> 1	<input type="checkbox"/> 6		
12. Úlcera de estómago o duodeno _____	<input type="checkbox"/> 1	<input type="checkbox"/> 6	<input type="checkbox"/> 1	<input type="checkbox"/> 6	<input type="checkbox"/> 1	<input type="checkbox"/> 6	<input type="checkbox"/> 1	<input type="checkbox"/> 6		
13. Incontinencia urinaria _____	<input type="checkbox"/> 1	<input type="checkbox"/> 6	<input type="checkbox"/> 1	<input type="checkbox"/> 6	<input type="checkbox"/> 1	<input type="checkbox"/> 6	<input type="checkbox"/> 1	<input type="checkbox"/> 6		
14. Colesterol alto _____	<input type="checkbox"/> 1	<input type="checkbox"/> 6	<input type="checkbox"/> 1	<input type="checkbox"/> 6	<input type="checkbox"/> 1	<input type="checkbox"/> 6	<input type="checkbox"/> 1	<input type="checkbox"/> 6		
15. Cataratas _____	<input type="checkbox"/> 1	<input type="checkbox"/> 6	<input type="checkbox"/> 1	<input type="checkbox"/> 6	<input type="checkbox"/> 1	<input type="checkbox"/> 6	<input type="checkbox"/> 1	<input type="checkbox"/> 6		
16. Problemas crónicos de piel _____	<input type="checkbox"/> 1	<input type="checkbox"/> 6	<input type="checkbox"/> 1	<input type="checkbox"/> 6	<input type="checkbox"/> 1	<input type="checkbox"/> 6	<input type="checkbox"/> 1	<input type="checkbox"/> 6		
17. Estreñimiento crónico _____	<input type="checkbox"/> 1	<input type="checkbox"/> 6	<input type="checkbox"/> 1	<input type="checkbox"/> 6	<input type="checkbox"/> 1	<input type="checkbox"/> 6	<input type="checkbox"/> 1	<input type="checkbox"/> 6		
18. Depresión ansiedad u otros trastornos mentales _____	<input type="checkbox"/> 1	<input type="checkbox"/> 6	<input type="checkbox"/> 1	<input type="checkbox"/> 6	<input type="checkbox"/> 1	<input type="checkbox"/> 6	<input type="checkbox"/> 1	<input type="checkbox"/> 6		
19. Embolia _____	<input type="checkbox"/> 1	<input type="checkbox"/> 6	<input type="checkbox"/> 1	<input type="checkbox"/> 6	<input type="checkbox"/> 1	<input type="checkbox"/> 6	<input type="checkbox"/> 1	<input type="checkbox"/> 6		
20. Migraña o dolor de cabeza frecuente _____	<input type="checkbox"/> 1	<input type="checkbox"/> 6	<input type="checkbox"/> 1	<input type="checkbox"/> 6	<input type="checkbox"/> 1	<input type="checkbox"/> 6	<input type="checkbox"/> 1	<input type="checkbox"/> 6		
21. Hemorroides _____	<input type="checkbox"/> 1	<input type="checkbox"/> 6	<input type="checkbox"/> 1	<input type="checkbox"/> 6	<input type="checkbox"/> 1	<input type="checkbox"/> 6	<input type="checkbox"/> 1	<input type="checkbox"/> 6		
22. Tumores malignos _____	<input type="checkbox"/> 1	<input type="checkbox"/> 6	<input type="checkbox"/> 1	<input type="checkbox"/> 6	<input type="checkbox"/> 1	<input type="checkbox"/> 6	<input type="checkbox"/> 1	<input type="checkbox"/> 6		
23. Osteoporosis _____	<input type="checkbox"/> 1	<input type="checkbox"/> 6	<input type="checkbox"/> 1	<input type="checkbox"/> 6	<input type="checkbox"/> 1	<input type="checkbox"/> 6	<input type="checkbox"/> 1	<input type="checkbox"/> 6		
24. Anemia _____	<input type="checkbox"/> 1	<input type="checkbox"/> 6	<input type="checkbox"/> 1	<input type="checkbox"/> 6	<input type="checkbox"/> 1	<input type="checkbox"/> 6	<input type="checkbox"/> 1	<input type="checkbox"/> 6		
25. Problemas de tiroides _____	<input type="checkbox"/> 1	<input type="checkbox"/> 6	<input type="checkbox"/> 1	<input type="checkbox"/> 6	<input type="checkbox"/> 1	<input type="checkbox"/> 6	<input type="checkbox"/> 1	<input type="checkbox"/> 6		
26. Problemas de próstata (sólo hombres) _____	<input type="checkbox"/> 1	<input type="checkbox"/> 6	<input type="checkbox"/> 1	<input type="checkbox"/> 6	<input type="checkbox"/> 1	<input type="checkbox"/> 6	<input type="checkbox"/> 1	<input type="checkbox"/> 6		
27. Problemas del periodo menopáusico (sólo mujeres) _____	<input type="checkbox"/> 1	<input type="checkbox"/> 6	<input type="checkbox"/> 1	<input type="checkbox"/> 6	<input type="checkbox"/> 1	<input type="checkbox"/> 6	<input type="checkbox"/> 1	<input type="checkbox"/> 6		
¿Ha padecido alguna otra enfermedad crónica?										
28.	<input type="checkbox"/> 1	<input type="checkbox"/> 6	<input type="checkbox"/> 1	<input type="checkbox"/> 6	<input type="checkbox"/> 1	<input type="checkbox"/> 6	<input type="checkbox"/> 1	<input type="checkbox"/> 6		
29.	<input type="checkbox"/> 1	<input type="checkbox"/> 6	<input type="checkbox"/> 1	<input type="checkbox"/> 6	<input type="checkbox"/> 1	<input type="checkbox"/> 6	<input type="checkbox"/> 1	<input type="checkbox"/> 6		

Entrevistador/a: si en la pregunta 15 todas las respuestas a la columna 15.a han sido **NO** → pasar al Módulo C. Si alguna respuesta es **SI** → continuar en P16.

16. Durante los últimos doce meses, ¿esa/s enfermedad/es o problema/s de salud, le ha/n limitado de alguna forma sus actividades habituales?

Sí _____ 1
 No _____ 6

C. Accidentalidad (últimos 12 meses)

Entrevistador/a, léale al el/a la entrevistado/a: *A continuación voy a preguntarle si ha sufrido algún tipo de accidente, sus consecuencias, tratamiento, en los últimos doce meses.*

17. Durante los últimos doce meses, ¿ha tenido algún accidente de cualquier tipo incluido intoxicación o quemadura?

Sí _____ 1
 No _____ 6 → **Módulo D**

18. ¿De qué tipo y cuántas veces ha tenido este tipo de accidente?

	Sí	Nº de veces	No
1. Caída a desnivel (escalera, silla, ...)	<input type="checkbox"/> 1 →	<input type="text"/>	<input type="checkbox"/> 6
2. Caída a nivel del suelo	<input type="checkbox"/> 1 →	<input type="text"/>	<input type="checkbox"/> 6
3. Quemadura	<input type="checkbox"/> 1 →	<input type="text"/>	<input type="checkbox"/> 6
4. Golpe	<input type="checkbox"/> 1 →	<input type="text"/>	<input type="checkbox"/> 6
5. Intoxicación (excluidas las intoxicaciones alimentarias)	<input type="checkbox"/> 1 →	<input type="text"/>	<input type="checkbox"/> 6
6. Accidente de tráfico como conductor o pasajero sufriendo daños físicos	<input type="checkbox"/> 1 →	<input type="text"/>	<input type="checkbox"/> 6
7. Accidente de tráfico como peatón	<input type="checkbox"/> 1 →	<input type="text"/>	<input type="checkbox"/> 6
8. Otros	<input type="checkbox"/> 1 →	<input type="text"/>	<input type="checkbox"/> 6

19. Y refiriéndonos, en concreto, al último accidente que haya tenido (si es que ha tenido varios en los últimos doce meses), ¿dónde tuvo lugar?

En casa, escaleras, portal ... 1
 En la calle o carretera y fue un accidente de tráfico 2
 En la calle, pero no fue un accidente de tráfico 3
 En el trabajo 4
 En el lugar de estudio 5
 En una instalación deportiva 6
 En una zona recreativa o de ocio 7
 En otro lugar 8

20. ¿Consultó con algún/a profesional sanitario/a, acudió a un centro de urgencias o ingresó en un hospital a consecuencia de este accidente?

Consultó a un/a médico/a o enfermero/a 1
 Acudió a un centro de urgencias 2
 Ingresó en un hospital 3
 No fue necesario hacer ninguna consulta ni intervención 4

21. ¿Qué efecto o daño le produjo este accidente?

Entrevistador/a: anote dos respuestas como máximo (las que el/la informante considere más importantes)

1. Contusiones, hematomas, esguinces-luxaciones o heridas superficiales
 2. Fracturas o heridas profundas
 3. Envenenamiento o intoxicación
 4. Quemaduras
 5. Otros efectos

D. Restricción de la actividad (últimas dos semanas)

Entrevistador/a, léale al/a la entrevistado/a: "A continuación le voy a preguntar sobre restricciones en sus actividades habituales en las dos últimas semanas". Por favor piense en el tiempo pasado desde _____ (día que corresponde con dos semanas menos) hasta ayer".

22. 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?

Entrevistador/a: si el tiempo que ha tenido que reducir o limitar sus actividades habituales ha sido la mitad de un día, anote 01.

Sí _____ 1 → N° de días

No _____ 6

23. Durante las últimas dos semanas, ¿se ha visto obligado a quedarse más de la mitad de un día en cama por motivos de salud? (Si ha estado hospitalizado considere también los días pasados en el hospital).

Entrevistador/a: si el tiempo que ha tenido que permanecer en la cama ha sido la mitad de un día, anote 01.

Sí _____ 1 → N° de días

No _____ 6

Entrevistador/a: si P22 = **NO** y P23 = **NO**, pase al Módulo E. Si en P22 ó P23 ha anotado **SÍ**, conteste a la/s columna/s correspondiente/s marcando con una X en P24.a ó P24.b los dolores o síntomas indicados por el entrevistado.

24. ¿Cuáles han sido esos dolores o síntomas, que le han obligado a limitar o reducir sus actividades habituales y/o a guardar cama, al menos la mitad de un día?

	24.a Actividad habitual	24.b Guardar cama
01. Dolor de huesos, de espalda o de las articulaciones _____	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
02. Problemas de nervios, depresión o dificultad para dormir _____	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
03. Problemas de garganta, tos, catarro o gripe _____	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
04. Dolor de cabeza _____	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
05. Contusión, lesión o heridas _____	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
06. Dolor de oídos, otitis _____	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
07. Diarrea o problemas intestinales _____	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
08. Ronchas, picor, alergias _____	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
09. Molestias de riñón o urinarias _____	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
10. Problemas de estómago, digestivo, hígado o vesícula biliar _____	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
11. Fiebre _____	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
12. Problemas con los dientes o encías _____	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
13. Mareos o vahídos _____	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
14. Dolor en el pecho _____	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
15. Tobillos hinchados _____	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
16. Ahogo, dificultad para respirar _____	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
17. Cansancio sin razón aparente _____	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
18. Dolor menstrual _____	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
19. Otros dolores o síntomas _____	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

E. Consumo de medicamentos (últimas dos semanas)

Entrevistador/a, léale al/a la entrevistado/a: *Ahora le voy a preguntar sobre los medicamentos que ha consumido en las dos últimas semanas.*

25. A continuación voy a leerle una lista de medicamentos, por favor dígame, ¿cuál o cuáles de ellos ha consumido en las últimas dos semanas y cuáles le fueron recetados por el/la médico/a, independientemente de que se hayan consumido?

Entrevistador/a: léale a la persona entrevistada la lista de medicamentos y pregúntele, para cada uno de ellos, si lo ha consumido o no en las últimas dos semanas y si le fue o no recetado por algún/a médico/a. Debe cumplimentar las columnas **Consumido** y **Recetado** con SI o NO para **cada uno** de los medicamentos salvo en las opciones 21 y 22. Si el sujeto de entrevista es varón, en las opciones 15 y 16 anote directamente No en **Consumido** y **Recetado**.

	Consumido		Recetado	
	Sí	No	Sí	No
01. Medicinas para el catarro, gripe, garganta, bronquios _____	<input type="checkbox"/> 1	<input type="checkbox"/> 6	<input type="checkbox"/> 1	<input type="checkbox"/> 6
02. Medicinas para el dolor _____	<input type="checkbox"/> 1	<input type="checkbox"/> 6	<input type="checkbox"/> 1	<input type="checkbox"/> 6
03. Medicinas para bajar la fiebre _____	<input type="checkbox"/> 1	<input type="checkbox"/> 6	<input type="checkbox"/> 1	<input type="checkbox"/> 6
04. Reconstituyentes como vitaminas, minerales, tónicos _____	<input type="checkbox"/> 1	<input type="checkbox"/> 6	<input type="checkbox"/> 1	<input type="checkbox"/> 6
05. Laxantes _____	<input type="checkbox"/> 1	<input type="checkbox"/> 6	<input type="checkbox"/> 1	<input type="checkbox"/> 6
06. Antibióticos _____	<input type="checkbox"/> 1	<input type="checkbox"/> 6	<input type="checkbox"/> 1	<input type="checkbox"/> 6
07. Tranquilizantes, relajantes, pastillas para dormir _____	<input type="checkbox"/> 1	<input type="checkbox"/> 6	<input type="checkbox"/> 1	<input type="checkbox"/> 6
08. Medicamentos para la alergia _____	<input type="checkbox"/> 1	<input type="checkbox"/> 6	<input type="checkbox"/> 1	<input type="checkbox"/> 6
09. Medicamentos para la diarrea _____	<input type="checkbox"/> 1	<input type="checkbox"/> 6	<input type="checkbox"/> 1	<input type="checkbox"/> 6
10. Medicinas para el reuma _____	<input type="checkbox"/> 1	<input type="checkbox"/> 6	<input type="checkbox"/> 1	<input type="checkbox"/> 6
11. Medicinas para el corazón _____	<input type="checkbox"/> 1	<input type="checkbox"/> 6	<input type="checkbox"/> 1	<input type="checkbox"/> 6
12. Medicinas para la tensión arterial _____	<input type="checkbox"/> 1	<input type="checkbox"/> 6	<input type="checkbox"/> 1	<input type="checkbox"/> 6
13. Medicinas para el estómago y/o las alteraciones digestivas _____	<input type="checkbox"/> 1	<input type="checkbox"/> 6	<input type="checkbox"/> 1	<input type="checkbox"/> 6
14. Antidepresivos, estimulantes _____	<input type="checkbox"/> 1	<input type="checkbox"/> 6	<input type="checkbox"/> 1	<input type="checkbox"/> 6
15. Píldoras para no quedar embarazada (sólo para mujeres) _____	<input type="checkbox"/> 1	<input type="checkbox"/> 6	<input type="checkbox"/> 1	<input type="checkbox"/> 6
16. Hormonas para la menopausia (sólo para mujeres) _____	<input type="checkbox"/> 1	<input type="checkbox"/> 6	<input type="checkbox"/> 1	<input type="checkbox"/> 6
17. Medicamentos para adelgazar _____	<input type="checkbox"/> 1	<input type="checkbox"/> 6	<input type="checkbox"/> 1	<input type="checkbox"/> 6
18. Medicamentos para bajar el colesterol _____	<input type="checkbox"/> 1	<input type="checkbox"/> 6	<input type="checkbox"/> 1	<input type="checkbox"/> 6
19. Medicamentos para la diabetes _____	<input type="checkbox"/> 1	<input type="checkbox"/> 6	<input type="checkbox"/> 1	<input type="checkbox"/> 6
20. Otros medicamentos _____	<input type="checkbox"/> 1	<input type="checkbox"/> 6	<input type="checkbox"/> 1	<input type="checkbox"/> 6
21. Productos homeopáticos _____	<input type="checkbox"/> 1	<input type="checkbox"/> 6		
22. Productos naturistas _____	<input type="checkbox"/> 1	<input type="checkbox"/> 6		

F. Salud mental y estrés laboral

26. Ahora, nos gustaría saber cómo ha estado de salud, en general, durante las últimas semanas. Por favor, conteste a todas las preguntas indicando la respuesta que, a su juicio, mejor puede aplicarse a usted. Recuerde que sólo debe responder sobre los problemas recientes y los que tiene ahora, no sobre los que tuvo en el pasado. Es importante que intente contestar todas las preguntas

Entrevistador/a, dígame al/a la entrevistado/a: "Voy a entregarle una hoja con las preguntas sobre la frecuencia con la que se ha sentido o encontrado como dice cada pregunta. Cuando le pregunte, dígame sólo el número de su respuesta. Tenga en cuenta que las respuestas no son iguales para todas las preguntas". (Entregue la tarjeta Ad-1. Lea una a una cada pregunta y registre el número de la respuesta dada por el entrevistado).

Últimamente:

- | | | | | | | | | |
|--|--------------------------|----------------------------|------------------------|----------------------------|-----------------------------|----------------------------|-----------------------------------|----------------------------|
| 1. ¿Ha podido concentrarse bien en lo que hacía? _____ | Mejor que lo habitual | <input type="checkbox"/> 0 | Igual que lo habitual | <input type="checkbox"/> 1 | Menos que lo habitual | <input type="checkbox"/> 2 | Mucho menos que lo habitual | <input type="checkbox"/> 3 |
| 2. ¿Sus preocupaciones le han hecho perder mucho sueño? _____ | No, en absoluto | <input type="checkbox"/> 0 | No más que lo habitual | <input type="checkbox"/> 1 | Algo más que lo habitual | <input type="checkbox"/> 2 | Mucho más que lo habitual | <input type="checkbox"/> 3 |
| 3. ¿Ha sentido que está desempeñando un papel útil en la vida? _____ | Más útil que lo habitual | <input type="checkbox"/> 0 | Igual que lo habitual | <input type="checkbox"/> 1 | Menos útil que lo habitual | <input type="checkbox"/> 2 | Mucho menos útil que lo habitual | <input type="checkbox"/> 3 |
| 4. ¿Se ha sentido capaz de tomar decisiones? _____ | Más que lo habitual | <input type="checkbox"/> 0 | Igual que lo habitual | <input type="checkbox"/> 1 | Menos que lo habitual | <input type="checkbox"/> 2 | Mucho menos que lo habitual | <input type="checkbox"/> 3 |
| 5. ¿Se ha notado constantemente agobiado y en tensión? _____ | No, en absoluto | <input type="checkbox"/> 0 | No más que lo habitual | <input type="checkbox"/> 1 | Algo más que lo habitual | <input type="checkbox"/> 2 | Mucho más que lo habitual | <input type="checkbox"/> 3 |
| 6. ¿Ha tenido la sensación de que no puede superar sus dificultades? _____ | No, en absoluto | <input type="checkbox"/> 0 | No más que lo habitual | <input type="checkbox"/> 1 | Algo más que lo habitual | <input type="checkbox"/> 2 | Mucho más que lo habitual | <input type="checkbox"/> 3 |
| 7. ¿Ha sido capaz de disfrutar de sus actividades normales de cada día? _____ | Más que lo habitual | <input type="checkbox"/> 0 | Igual que lo habitual | <input type="checkbox"/> 1 | Menos que lo habitual | <input type="checkbox"/> 2 | Mucho menos que lo habitual | <input type="checkbox"/> 3 |
| 8. ¿Ha sido capaz de hacer frente adecuadamente a sus problemas? _____ | Más capaz de lo habitual | <input type="checkbox"/> 0 | Igual que lo habitual | <input type="checkbox"/> 1 | Menos capaz que lo habitual | <input type="checkbox"/> 2 | Mucho menos capaz que lo habitual | <input type="checkbox"/> 3 |
| 9. ¿Se ha sentido poco feliz o deprimido? _____ | No, en absoluto | <input type="checkbox"/> 0 | No más que lo habitual | <input type="checkbox"/> 1 | Algo más que lo habitual | <input type="checkbox"/> 2 | Muchos más que lo habitual | <input type="checkbox"/> 3 |
| 10. ¿Ha perdido confianza en sí mismo? _____ | No, en absoluto | <input type="checkbox"/> 0 | No más que lo habitual | <input type="checkbox"/> 1 | Algo más que lo habitual | <input type="checkbox"/> 2 | Mucho más que lo habitual | <input type="checkbox"/> 3 |
| 11. ¿Ha pensado que usted es una persona que no vale para nada? _____ | No, en absoluto | <input type="checkbox"/> 0 | No más que lo habitual | <input type="checkbox"/> 1 | Algo más que lo habitual | <input type="checkbox"/> 2 | Mucho más que lo habitual | <input type="checkbox"/> 3 |
| 12. ¿Se siente razonablemente feliz considerando todas las circunstancias? _____ | Más que lo habitual | <input type="checkbox"/> 0 | Igual que lo habitual | <input type="checkbox"/> 1 | Menos que lo habitual | <input type="checkbox"/> 2 | Mucho menos que lo habitual | <input type="checkbox"/> 3 |

Entrevistador/a: ¿el/la entrevistado/a se encontraba trabajando o con baja de tres meses o superior en la semana anterior?. (Ver la pregunta 2 del módulo C.1 del cuestionario de hogar).

Sí _____ 1

No _____ 6 → **Módulo G**

Entrevistador/a, léale al/a la entrevistado/a: *El trabajo influye en el bienestar de las personas. Las siguientes preguntas van dirigidas a conocer cuáles son las condiciones en que realiza el trabajo.*

27. Globalmente y teniendo en cuenta las condiciones en que realiza su trabajo, indique cómo considera Vd. el nivel de estrés de su trabajo, según una escala de 1 (nada estresante) a 7 (muy estresante).

1 2 3 4 5 6 7

28. Teniendo en cuenta las características de su trabajo, indique en qué medida considera su trabajo satisfactorio según una escala de 1 (nada satisfactorio) a 7 (muy satisfactorio).

1 2 3 4 5 6 7

G. Utilización de servicios sanitarios

Entrevistador/a, léale al entrevistado/a: *A continuación voy a hacerle preguntas sobre la utilización de diferentes servicios sanitarios.*

G 1. Consultas médicas

Entrevistador/a, léale al/a la entrevistado/a: *Para empezar, quisiera conocer las consultas médicas que usted ha realizado.*

29. ¿Cuánto tiempo hace que realizó una consulta médica (personalmente o por teléfono) por última vez, por algún problema, molestia o enfermedad suya?

No incluya, las consultas de estomatología o dentista ni la realización de pruebas diagnósticas como radiografías, análisis, ..., ni las consultas realizadas durante las hospitalizaciones.

Hace cuatro semanas o menos _____ 1
Hace más de cuatro semanas y menos de un año _____ 2 → N° de meses
Hace un año o más _____ 3 → N° de años
Nunca ha ido al/a la médico/a _____ 4

→ P38

30. ¿Cuántas veces ha consultado con un/a médico/a de familia en las últimas cuatro semanas por algún problema, molestia o enfermedad suya?

N° de veces _____
No sabe/no recuerda _____
No contesta _____

31. ¿Cuántas veces ha consultado con un/a especialista en las cuatro últimas semanas por algún problema, molestia o enfermedad suya?

N° de veces _____
No sabe/no recuerda _____
No contesta _____

32. ¿Cuál era la especialidad del/de la último/a médico/a al/a la que consultó en estas cuatro últimas semanas?

Entrevistador/a: no lea la opciones de respuesta, sólo anote la que espontáneamente conteste la persona entrevistada.

- | | | |
|-----------------------------------|--------------------------|----|
| Médico de familia _____ | <input type="checkbox"/> | 01 |
| Alergología _____ | <input type="checkbox"/> | 02 |
| Aparato digestivo _____ | <input type="checkbox"/> | 03 |
| Cardiología _____ | <input type="checkbox"/> | 04 |
| Cirugía general y digestiva _____ | <input type="checkbox"/> | 05 |
| Cirugía cardiovascular _____ | <input type="checkbox"/> | 06 |
| Cirugía vascular _____ | <input type="checkbox"/> | 07 |
| Dermatología _____ | <input type="checkbox"/> | 08 |
| Endocrinología y nutrición _____ | <input type="checkbox"/> | 09 |
| Geriatría _____ | <input type="checkbox"/> | 10 |
| Ginecología-obstetricia _____ | <input type="checkbox"/> | 11 |
| Medicina interna _____ | <input type="checkbox"/> | 12 |
| Nefrología _____ | <input type="checkbox"/> | 13 |
| Neumología _____ | <input type="checkbox"/> | 14 |
| Neurocirugía _____ | <input type="checkbox"/> | 15 |
| Neurología _____ | <input type="checkbox"/> | 16 |
| Oftalmología _____ | <input type="checkbox"/> | 17 |
| Oncología _____ | <input type="checkbox"/> | 18 |
| Otorrinolaringología _____ | <input type="checkbox"/> | 19 |
| Psiquiatría _____ | <input type="checkbox"/> | 20 |
| Rehabilitación _____ | <input type="checkbox"/> | 21 |
| Reumatología _____ | <input type="checkbox"/> | 22 |
| Traumatología _____ | <input type="checkbox"/> | 23 |
| Urología _____ | <input type="checkbox"/> | 24 |
| Otra especialidad _____ | <input type="checkbox"/> | 25 |
-

33. ¿Dónde tuvo lugar la última consulta realizada durante las últimas cuatro semanas?

- | | | |
|---|--------------------------|----|
| Centro de Salud/Consultorio _____ | <input type="checkbox"/> | 01 |
| Ambulatorio/Centro de especialidades _____ | <input type="checkbox"/> | 02 |
| Consulta externa de un hospital _____ | <input type="checkbox"/> | 03 |
| Servicio de urgencias no hospitalario _____ | <input type="checkbox"/> | 04 |
| Servicio de urgencias de un hospital _____ | <input type="checkbox"/> | 05 |
| Consulta de médico/a particular _____ | <input type="checkbox"/> | 06 |
| Consulta de médico/a de una sociedad _____ | <input type="checkbox"/> | 07 |
| Empresa o lugar de trabajo _____ | <input type="checkbox"/> | 08 |
| Domicilio del/de la entrevistado/a _____ | <input type="checkbox"/> | 09 |
| Consulta telefónica _____ | <input type="checkbox"/> | 10 |
| Otro lugar _____ | <input type="checkbox"/> | 11 |
-

→ **P37**

34. ¿Cuál fue el motivo principal de esta última consulta?

- Diagnóstico de una enfermedad o problema de salud _____ 1
Un accidente o agresión _____ 2
Revisión _____ 3
Sólo dispensación de recetas _____ 4
Parte de baja, confirmación o alta _____ 5
Otros motivos _____ 6
- P36
-

35. Y esta última vez, ¿cuánto tiempo pasó desde que empezó a notarse enfermo/a o sintió que tenía algún problema de salud hasta que pidió cita para consulta?

1. Meses _____
2. Días _____
3. Horas _____
No sabe/no recuerda _____
No contesta _____
-

36. Y también esta última vez, ¿cuánto tiempo pasó desde que pidió la cita hasta que le vio el/la médico/a?

1. Meses _____
2. Días _____
3. Horas _____
No sabe/no recuerda _____
No contesta _____
-

37. El/la médico/a al/a la que acudió en esta última consulta realizada era de:

- Sanidad pública (Seguridad Social) _____ 1
Sociedad médica _____ 2
Consulta privada _____ 3
Otros (Iguala médica, médico/a de empresa, ...) _____ 4
-

38. ¿En las últimas cuatro semanas se ha hecho algún tipo de prueba no urgente como radiografías, ecografías, análisis, ...?

- Sí _____ 1
No _____ 6 → P40
-

39. ¿Cuáles de las siguientes pruebas se ha hecho y cuánto tiempo tardó en hacérselas desde que pidió cita?

	Sí <input type="checkbox"/>	Tiempo desde la cita		No sabe/ no recuerda <input type="checkbox"/>	No contesta <input type="checkbox"/>
		Meses	Días		
1. Radiografía _____ _____	<input type="checkbox"/> →	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
	No <input type="checkbox"/>				
2. TAC _____ _____	<input type="checkbox"/> →	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
	No <input type="checkbox"/>				
3. Ecografía _____ _____	<input type="checkbox"/> →	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
	No <input type="checkbox"/>				
4. Resonancia magnética _____ _____	<input type="checkbox"/> →	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
	No <input type="checkbox"/>				
5. Análisis _____ _____	<input type="checkbox"/> →	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
	No <input type="checkbox"/>				
6. Otra/s _____ _____	<input type="checkbox"/> →	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
	No <input type="checkbox"/>				

40. En las últimas cuatro semanas, ¿ha consultado con alguno de los/las siguientes profesionales?

Entrevistador/a, si la persona entrevistada es varón, anote NO en la opción 3.

	Sí <input type="checkbox"/>	Nº de veces	No sabe/ no recuerda <input type="checkbox"/>	No contesta <input type="checkbox"/>
1. Enfermería _____ _____	<input type="checkbox"/> →	<input type="text"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
	No <input type="checkbox"/>			
2. Fisioterapeuta _____ _____	<input type="checkbox"/> →	<input type="text"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
	No <input type="checkbox"/>			
3. Matrona (sólo mujeres) _____ _____	<input type="checkbox"/> →	<input type="text"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
	No <input type="checkbox"/>			

G 2. Necesidad de asistencia médica en los últimos 12 meses

41. En los últimos 12 meses, ¿alguna vez ha necesitado asistencia médica y no la ha recibido?

Sí _____ 1

No _____ 6 → **Módulo G 3**

42. ¿Cuál ha sido la causa principal por la que no ha recibido esa asistencia?

Entrevistador/a: no debe leer a la persona entrevistada las alternativas de respuesta sino señalar aquélla que le facilite espontáneamente, siempre que coincida con alguna de las incluidas en las opciones 1 a 9. Si la respuesta no coincide con ninguna de estas opciones, señale la alternativa 10, "Otra causa".

- No pudo conseguir cita _____ 01
- No pudo dejar el trabajo _____ 02
- Era demasiado caro/no tenía dinero _____ 03
- No tenía medio de transporte _____ 04
- Porque estaba demasiado nervioso/a y asustado/a _____ 05
- El seguro no lo cubría _____ 06
- No tenía seguro _____ 07
- Había que esperar demasiado _____ 08
- No pudo por sus obligaciones familiares _____ 09
- Otra causa _____ 10

G 3. Seguro Sanitario

43. ¿Podría decirme ahora, de cuál/es de las siguientes modalidades de seguro sanitario (público y/o privado) es Ud. titular o beneficiario?

Entrevistador/a: anote como máximo dos respuestas, las que el/la informante considere prioritarias.

1. Seguridad Social _____
2. Empresas colaboradoras de la Seguridad Social _____
3. Mutualidades del Estado (MUFACE, ISFAS, ...) acogidas a la Seguridad Social _____
4. Mutualidades del Estado (MUFACE, ISFAS, ...) acogidas a un seguro privado _____
5. Seguro médico privado, concertado individualmente (SANITAS, ASISA, Colegios Profesionales ...) _____
6. Seguro médico privado concertado por la empresa _____
7. No tiene seguro médico, utiliza siempre médicos privados _____
8. Otras situaciones _____

G 4. Visitas a estomatología, dentista e higienista dental

Entrevistador/a, léale al/a la entrevistado/a: A continuación voy a hacerle algunas preguntas sobre su salud dental.

44. ¿Cuánto tiempo hace que acudió al/a la dentista, estomatólogo/a o higienista dental para examen, consejo o tratamiento de problemas de su dentadura o boca?

- Hace 3 meses o menos _____ 1 → N° de veces en los últimos 3 meses
- Hace más de 3 meses y menos de 12 meses _____ 2 → N° de meses
- Hace un año o más _____ 3 → N° de años
- Nunca ha ido _____ 4 → **P 47**

45. La última vez que acudió, ¿cuáles/o cuáles de los siguientes tipos de asistencia recibió?

	Sí	No
01. Revisión o chequeo _____	<input type="checkbox"/> 1	<input type="checkbox"/> 6
02. Limpieza de boca _____	<input type="checkbox"/> 1	<input type="checkbox"/> 6
03. Empastes (obturaciones), endodoncias _____	<input type="checkbox"/> 1	<input type="checkbox"/> 6
04. Extracción de algún diente/ muela _____	<input type="checkbox"/> 1	<input type="checkbox"/> 6
05. Fundas, puentes u otro tipo de prótesis _____	<input type="checkbox"/> 1	<input type="checkbox"/> 6
06. Tratamiento de las enfermedades de las encías _____	<input type="checkbox"/> 1	<input type="checkbox"/> 6
07. Ortodoncia _____	<input type="checkbox"/> 1	<input type="checkbox"/> 6
08. Aplicación de flúor _____	<input type="checkbox"/> 1	<input type="checkbox"/> 6
09. Otro tipo de asistencia _____	<input type="checkbox"/> 1	<input type="checkbox"/> 6

46. El/la dentista, estomatólogo/a o higienista dental al que consultó esta última vez era de:

Sanidad Pública (Seguridad Social) _____	<input type="checkbox"/> 1
Ayuntamiento _____	<input type="checkbox"/> 2
Sociedad médica _____	<input type="checkbox"/> 3
Consulta privada _____	<input type="checkbox"/> 4
Otros (Iguala médica ...) _____	<input type="checkbox"/> 5

47. ¿Cuál es el estado de sus dientes y muelas?

	Sí	No
1. Tiene caries _____	<input type="checkbox"/> 1	<input type="checkbox"/> 6
2. Le han extraído dientes/muelas _____	<input type="checkbox"/> 1	<input type="checkbox"/> 6
3. Tiene dientes/muelas empastados (obturados) _____	<input type="checkbox"/> 1	<input type="checkbox"/> 6
4. Le sangran las encías al cepillarse o espontáneamente _____	<input type="checkbox"/> 1	<input type="checkbox"/> 6
5. Se le mueven los dientes/muelas _____	<input type="checkbox"/> 1	<input type="checkbox"/> 6
6. Lleva fundas (coronas), puentes, otro tipo de prótesis o dentadura postiza _____	<input type="checkbox"/> 1	<input type="checkbox"/> 6
7. Le faltan dientes/ muelas que no han sido sustituidos por prótesis _____	<input type="checkbox"/> 1	<input type="checkbox"/> 6
8. Tiene o conserva todos sus dientes/muelas naturales _____	<input type="checkbox"/> 1	<input type="checkbox"/> 6

G 5. Hospitalizaciones (últimos 12 meses)

Entrevistador/a, léale al/a la entrevistado/a: *Las siguientes preguntas tratan sobre sus posibles ingresos en hospitales.*

48. Durante los últimos doce meses, ¿ha tenido que ingresar en un hospital como paciente al menos durante una noche?

Sí _____	<input type="checkbox"/> 1	
No _____	<input type="checkbox"/> 6	→ P57

49. ¿Cuántas veces ha estado hospitalizado/a en estos últimos doce meses?

Nº de veces

50. En relación a su último ingreso hospitalario ocurrido en los últimos doce meses, ¿cuántos días estuvo ingresado/a en el hospital?

Nº de veces (mínimo un día)

51. En relación también a este último ingreso hospitalario, ¿cuál fue el motivo de su ingreso en el hospital?

- Intervención quirúrgica 1
Estudio médico para diagnóstico 2
Tratamiento médico sin intervención quirúrgica 3
Parto (incluye cesárea) 4 → **P54**
Otros motivos 5
-

52. ¿Estuvo en lista de espera por este motivo?

- Sí 1
No 6 → **P54**
-

53. ¿Cuánto tiempo en meses estuvo en lista de espera desde que le dijeron que tenía que ingresar?

Entrevistador/a, si el tiempo que estuvo en lista de espera fue menos de un mes, anote 00.

Nº de meses
No sabe /no recuerda
No contesta

54. En relación a su último ingreso hospitalario, ¿cuál fue la forma de ingreso?

- A través del servicio de urgencias 1
Ingreso ordinario (no por urgencias) 2
-

55. ¿A cargo de quién corrieron los gastos de su hospitalización?

- Sanidad pública (Seguridad Social) 1
Mutualidad obligatoria (MUFACE, ISFAS ...) 2
Sociedad médica privada 3
A su propio cargo o de su hogar 4
A cargo de otras personas, organismos o instituciones 5
No sabe/no recuerda 8
No contesta 9
-

56. ¿Le dieron a usted, o le enviaron a su domicilio, un informe de alta cuando salió del hospital?

- Sí _____ 1
No _____ 6
No sabe/no recuerda ___ 8
No contesta _____ 9
-

57. Durante los últimos doce meses, ¿ha ingresado usted para una intervención, tratamiento o hacerse alguna prueba en un hospital de día, es decir, permaneciendo en él durante todo o parte del día pero sin tener que pasar allí la noche?

(Incluya ingresos en cama o sillón cama, no incluya estancias en urgencias ni en observación).

- Sí _____ 1
No _____ 6 → **Módulo G 6**
-

58. ¿Cuál fue la razón del último ingreso que haya tenido en el Hospital de día?

- Un tratamiento _____ 1
Una intervención quirúrgica _____ 2 → **Módulo G 6**
Otros motivos _____ 3 → **Módulo G 6**
-

59. ¿Cuántas veces ha tenido que acudir al hospital de día para recibir este tratamiento?

- Nº de veces _____
No sabe/no recuerda ___
No contesta _____
-

G 6. Servicios de urgencias (últimos 12 meses)

Entrevistador/a, léale al/a la informante: *Para terminar este apartado, voy a preguntarle ahora por su posible utilización de los servicios de urgencias.*

60. En estos últimos doce meses, ¿ha tenido que utilizar algún servicio de urgencias por algún problema o enfermedad?

- Sí _____ 1
No _____ 6 → **Módulo H**
-

61. Y en total, ¿cuántas veces tuvo que utilizar un servicio de urgencias en estos doce meses?

- Nº de veces _____
No sabe/no recuerda ___
No contesta _____
-

62. ¿Dónde fue atendido/a la última vez?

	Sí	No
1. En el lugar donde se encontraba (domicilio, lugar de trabajo ...)	<input type="checkbox"/> 1	<input type="checkbox"/> 6
2. En una unidad móvil	<input type="checkbox"/> 1	<input type="checkbox"/> 6
3. En un centro o servicio de urgencias	<input type="checkbox"/> 1	<input type="checkbox"/> 6

63. La última vez que utilizó un servicio de urgencias, ¿cuánto tiempo pasó desde que empezó a notarse enfermo/a o sintió que tenía algún problema de salud hasta que pidió asistencia?

1. Días _____

2. Horas _____

3. Minutos _____

No sabe/no recuerda ___

No contesta _____

64. Y también esta última vez que utilizó un servicio de urgencias, ¿cuánto tiempo pasó desde que pidió asistencia hasta que fue atendido/a?

Entrevistador/a: si la asistencia fue inmediata, anotar 00 en horas y en minutos.

1. Horas _____

2. Minutos _____

No sabe/no recuerda ___

No contesta _____

65. Y también esta última vez que utilizó un servicio de urgencias en estos doce últimos meses, ¿qué tipo de servicio utilizó?

Hospital de la sanidad pública (Seguridad Social)	<input type="checkbox"/> 1	} Módulo H
Servicio de urgencias no hospitalario de la sanidad pública (Seguridad Social)	<input type="checkbox"/> 2	
Centro no hospitalario de la sanidad pública (Centro de Salud ...)	<input type="checkbox"/> 3	
Servicio privado de urgencias	<input type="checkbox"/> 4	
Sanatorio, hospital o clínica privada	<input type="checkbox"/> 5	
Casa de socorro o servicio de urgencias del ayuntamiento	<input type="checkbox"/> 6	
Otro tipo de servicio	<input type="checkbox"/> 7	

66. ¿Por qué fue a un servicio de urgencias?

Porque el/la médico/a se lo mandó _____ 1

Porque usted, sus familiares u otras personas lo consideraron necesario ___ 2

H. Hábitos de vida

Entrevistador/a, léale al/a la entrevistado/a: Las siguientes preguntas se refieren a hábitos de vida relacionados con la salud.

H 1. Consumo de tabaco

Entrevistador/a, léale al/a la entrevistado/a: Para comenzar le preguntaré sobre el consumo de tabaco.

67. ¿Podría decirme si actualmente fuma?

- Sí fuma diariamente _____ 1 → P68
- Sí fuma, pero no diariamente _____ 2 → P71
- No fuma actualmente, pero ha fumado antes _____ 3 → P75
- No fuma, ni ha fumado nunca de manera habitual _____ 4 → P79

PARA PERSONAS QUE FUMAN A DIARIO

68. ¿Qué tipo y cantidad de tabaco fuma por término medio al día?

1. Número de cigarrillos ____
2. Número de pipas _____
3. Número de puros _____

69. ¿A qué edad comenzó a fumar?

Edad en años _____

70. ¿Diría que fuma ahora más, menos o igual que hace dos años?

- Más _____ 1
- Menos _____ 2
- Igual _____ 3
- Módulo H 2

PARA PERSONAS QUE FUMAN, PERO NO DIARIAMENTE

71. ¿Con qué frecuencia suele fumar?

- Al menos tres o cuatro veces por semana 1
- Una o dos veces por semana _____ 2
- Con menos frecuencia _____ 3

72. Y el día que fuma, ¿qué tipo y cantidad de tabaco fuma por término medio?

1. Número de cigarrillos ____
2. Número de pipas _____
3. Número de puros _____

73. ¿A qué edad comenzó a fumar?

Edad en años _____

74. ¿Diría que fuma ahora más, menos o igual que hace dos años?

Más _____ 1
Menos _____ 2 → **P79**
Igual _____ 3

PARA PERSONAS QUE NO FUMAN ACTUALMENTE, PERO HAN FUMADO ANTES

75. ¿A qué edad comenzó a fumar?

Edad en años _____

76. ¿Cuánto tiempo hace que dejó de fumar?

1. Años _____
2. Meses _____

77. ¿Cuáles fueron los dos principales motivos que le llevaron a tomar esa decisión?

Entrevistador/a, puede señalar 2 opciones como máximo.

- 1. Se lo aconsejó el/la médico/a _____
 - 2. Sentía molestias por causa del tabaco _____
 - 3. Aumentó su grado de preocupación por los efectos nocivos del tabaco (riesgo para la salud) _____
 - 4. Embarazo _____
 - 5. Sentía que disminuía su rendimiento psíquico y/o físico en general _____
 - 6. Lo decidió solo/a, por propia voluntad _____
 - 7. Otros motivos (*especificar*).....
-

78. ¿Qué tipo y cantidad de tabaco fumaba por término medio al día?

1. Número de cigarrillos _____
2. Número de pipas _____
3. Número de puros _____

79. ¿Cuánto tiempo como promedio diario acostumbra a estar usted en ambientes cargados de humo del tabaco fuera de casa y fuera del trabajo?

Entrevistador/a, anote en cada pregunta el código de respuesta adecuado.

	Nada	Menos de 1 hora	De 1 a 4 horas	Más de 4 horas
1. De lunes a jueves	<input type="checkbox"/> 1	<input type="checkbox"/> 2	<input type="checkbox"/> 3	<input type="checkbox"/> 4
2. De viernes a domingo	<input type="checkbox"/> 1	<input type="checkbox"/> 2	<input type="checkbox"/> 3	<input type="checkbox"/> 4

80. ¿Alguna persona fuma habitualmente en la vivienda?

Sí _____ 1 → N° de personas
No _____ 6

H2. Consumo de bebidas con alcohol

81. Ahora quisiera hacerle unas preguntas respecto al consumo de bebidas alcohólicas, es decir, cualquier tipo de bebida que contenga alcohol, independientemente de su graduación. ¿Ha bebido Vd. en las últimas dos semanas alguna bebida alcohólica?

Sí _____ 1 → **P84**
No _____ 6

82. ¿Ha bebido Vd. en los últimos 12 meses alguna bebida alcohólica?

Sí _____ 1 → **P84**
No _____ 6

83. ¿Ha bebido Vd. en alguna ocasión alguna bebida alcohólica?

Sí _____ 1
No _____ 6 → **Módulo H3**

84. Y con respecto al consumo de bebidas alcohólicas de los siguientes tipos, ¿podría decirme con qué frecuencia y en qué cantidad de vasos o copas las consume Vd.?

Entrevistador/a, léale al/a la entrevistado/a: "Voy a entregarle una hoja con las respuestas sobre la frecuencia con la que puede consumir los diferentes tipos de bebidas alcohólicas. Cuando le pregunte, dígame sólo el número de su respuesta". Entregue la tarjeta Ad-2. Plantee uno a uno cada tipo de bebida. Para todas las respuestas diferentes de "Nunca", pregunte a continuación por el número de veces y después por el número de copas cada vez antes de pasar al siguiente tipo de bebida.

Tipo de bebidas	A diario	Semanalmente	Mensualmente	Por lo menos una vez al año y menos de una vez al mes	Menos de una vez al año	Nunca
1. Vino o cava	<input type="checkbox"/> 1 Nº de veces <input type="text"/> Nº de copas cada vez <input type="text"/>	<input type="checkbox"/> 2 Nº de veces <input type="text"/> Nº de copas cada vez <input type="text"/>	<input type="checkbox"/> 3 Nº de veces <input type="text"/> Nº de copas cada vez <input type="text"/>	<input type="checkbox"/> 4 Nº de veces <input type="text"/> Nº de copas cada vez <input type="text"/>	<input type="checkbox"/> 5 Nº de veces <input type="text"/> Nº de copas cada vez <input type="text"/>	<input type="checkbox"/> 6
2. Cerveza con alcohol	<input type="checkbox"/> 1 Nº de veces <input type="text"/> Nº de copas cada vez <input type="text"/>	<input type="checkbox"/> 2 Nº de veces <input type="text"/> Nº de copas cada vez <input type="text"/>	<input type="checkbox"/> 3 Nº de veces <input type="text"/> Nº de copas cada vez <input type="text"/>	<input type="checkbox"/> 4 Nº de veces <input type="text"/> Nº de copas cada vez <input type="text"/>	<input type="checkbox"/> 5 Nº de veces <input type="text"/> Nº de copas cada vez <input type="text"/>	<input type="checkbox"/> 6
3. Aperitivos con alcohol	<input type="checkbox"/> 1 Nº de veces <input type="text"/> Nº de copas cada vez <input type="text"/>	<input type="checkbox"/> 2 Nº de veces <input type="text"/> Nº de copas cada vez <input type="text"/>	<input type="checkbox"/> 3 Nº de veces <input type="text"/> Nº de copas cada vez <input type="text"/>	<input type="checkbox"/> 4 Nº de veces <input type="text"/> Nº de copas cada vez <input type="text"/>	<input type="checkbox"/> 5 Nº de veces <input type="text"/> Nº de copas cada vez <input type="text"/>	<input type="checkbox"/> 6
4. Sidra	<input type="checkbox"/> 1 Nº de veces <input type="text"/> Nº de copas cada vez <input type="text"/>	<input type="checkbox"/> 2 Nº de veces <input type="text"/> Nº de copas cada vez <input type="text"/>	<input type="checkbox"/> 3 Nº de veces <input type="text"/> Nº de copas cada vez <input type="text"/>	<input type="checkbox"/> 4 Nº de veces <input type="text"/> Nº de copas cada vez <input type="text"/>	<input type="checkbox"/> 5 Nº de veces <input type="text"/> Nº de copas cada vez <input type="text"/>	<input type="checkbox"/> 6
5. Combinados, brandy o licores	<input type="checkbox"/> 1 Nº de veces <input type="text"/> Nº de copas cada vez <input type="text"/>	<input type="checkbox"/> 2 Nº de veces <input type="text"/> Nº de copas cada vez <input type="text"/>	<input type="checkbox"/> 3 Nº de veces <input type="text"/> Nº de copas cada vez <input type="text"/>	<input type="checkbox"/> 4 Nº de veces <input type="text"/> Nº de copas cada vez <input type="text"/>	<input type="checkbox"/> 5 Nº de veces <input type="text"/> Nº de copas cada vez <input type="text"/>	<input type="checkbox"/> 6
6. Whisky	<input type="checkbox"/> 1 Nº de veces <input type="text"/> Nº de copas cada vez <input type="text"/>	<input type="checkbox"/> 2 Nº de veces <input type="text"/> Nº de copas cada vez <input type="text"/>	<input type="checkbox"/> 3 Nº de veces <input type="text"/> Nº de copas cada vez <input type="text"/>	<input type="checkbox"/> 4 Nº de veces <input type="text"/> Nº de copas cada vez <input type="text"/>	<input type="checkbox"/> 5 Nº de veces <input type="text"/> Nº de copas cada vez <input type="text"/>	<input type="checkbox"/> 6

85. Para cada una de estas bebidas, ¿suele consumirlas sólo los fines de semana (incluso viernes por la tarde), sólo entre semana o en ambos indistintamente?

Entrevistador/a: *marque directamente la columna 0 No Consume, en todas aquellas bebidas en las que en la pregunta anterior el/a la entrevistado/a ha contestado que no las consume nunca.*

	No consume	Fin de semana (desde el viernes por la tarde)	Entre semana (no incluye viernes por la tarde)	Ambos indistintamente
1. Vino o cava _____	<input type="checkbox"/> 0	<input type="checkbox"/> 1	<input type="checkbox"/> 2	<input type="checkbox"/> 3
2. Cerveza con alcohol _____	<input type="checkbox"/> 0	<input type="checkbox"/> 1	<input type="checkbox"/> 2	<input type="checkbox"/> 3
3. Aperitivos con alcohol _____	<input type="checkbox"/> 0	<input type="checkbox"/> 1	<input type="checkbox"/> 2	<input type="checkbox"/> 3
4. Sidra _____	<input type="checkbox"/> 0	<input type="checkbox"/> 1	<input type="checkbox"/> 2	<input type="checkbox"/> 3
5. Combinados, brandy o licores, _____	<input type="checkbox"/> 0	<input type="checkbox"/> 1	<input type="checkbox"/> 2	<input type="checkbox"/> 3
6. Whisky _____	<input type="checkbox"/> 0	<input type="checkbox"/> 1	<input type="checkbox"/> 2	<input type="checkbox"/> 3

86. ¿Qué edad tenía cuando comenzó a tomar bebidas alcohólicas de forma regular?

Entrevistador/a, no se refiere a cuando dio un sorbo o probó una determinada bebida, sino a cuando bebió por sí solo/a.

Edad en años _____

H 3. Descanso y ejercicio físico

Entrevistador/a, léale al/a la entrevistado/a: *Ahora voy hacerle unas preguntas sobre sus hábitos de descanso y ejercicio físico.*

87. ¿Podría indicarme, aproximadamente, cuántas horas duerme habitualmente al día?. Incluya las horas de siesta

Nº de horas diarias _____

88. ¿Las horas que duerme le permiten descansar lo suficiente?

Sí _____ 1

No _____ 6

89. ¿Cuántas veces, en las últimas cuatro semanas ...

	Nunca	Algún día	Varios días	La mayoría de los días	Todos los días
1. ha tenido dificultad para quedarse dormido/a? _____	<input type="checkbox"/> 5	<input type="checkbox"/> 4	<input type="checkbox"/> 3	<input type="checkbox"/> 2	<input type="checkbox"/> 1
2. se ha despertado varias veces mientras dormía? _____	<input type="checkbox"/> 5	<input type="checkbox"/> 4	<input type="checkbox"/> 3	<input type="checkbox"/> 2	<input type="checkbox"/> 1
3. se ha despertado demasiado pronto? _____	<input type="checkbox"/> 5	<input type="checkbox"/> 4	<input type="checkbox"/> 3	<input type="checkbox"/> 2	<input type="checkbox"/> 1

90. ¿Cuál de estas posibilidades describe mejor su actividad principal en el centro de trabajo, centro de enseñanza, hogar (labores domésticas) ...?

Sentado/a la mayor parte de la jornada _____ 1

De pie la mayor parte de la jornada sin efectuar grandes desplazamientos o esfuerzos _____ 2

Caminando, llevando algún peso, efectuando desplazamientos frecuentes _____ 3

Realizando tareas que requieren gran esfuerzo físico _____ 4

91. Durante su tiempo libre, ¿normalmente hace todo el ejercicio físico que desearía?

Sí _____ 1 → **P93**

No _____ 6

92. ¿Por qué motivo?

Porque me lo impiden mis problemas de salud _____ 1

Porque prefiero realizar otro tipo de actividad de ocio (ir al cine, leer un libro, ver TV ...) _____ 2

Porque no dispongo de un lugar para realizar la actividad física que deseo _____ 3

Por falta de tiempo _____ 4

Por falta de fuerza de voluntad _____ 5

Otras razones _____ 6

93. Habitualmente, ¿realiza en su tiempo libre alguna actividad física como caminar, hacer algún deporte, gimnasia ...?

Sí _____ 1

No, normalmente no hago ejercicio físico _____ 6 → **Módulo H 4**

94. Y durante las dos últimas semanas puede decirme cuántas veces ha practicado durante más de 20 minutos:

Nº de veces

1. Una actividad física ligera como caminar, jardinería, gimnasia suave, juegos que requieren poco esfuerzo y similares _____

2. Una actividad física moderada como montar en bicicleta, gimnasia, aeróbic, correr, natación _____

3. Una actividad física intensa como fútbol, baloncesto, ciclismo o natación de competición, judo, kárate o similares _____

H 4. Alimentación

Entrevistador/a: léale al/a la entrevistado/a: *Para terminar con los hábitos de vida le voy a hacer unas preguntas sobre alimentación.*

95. ¿Qué desayuna habitualmente?

	Sí	No
1. Café, leche, té, chocolate, cacao, yogur ... _____	<input type="checkbox"/> 1	<input type="checkbox"/> 6

2. Pan, tostadas, galletas, cereales, bollería ... _____	<input type="checkbox"/> 1	<input type="checkbox"/> 6
--	----------------------------	----------------------------

3. Fruta y/o zumo _____	<input type="checkbox"/> 1	<input type="checkbox"/> 6
-------------------------	----------------------------	----------------------------

4. Alimentos como huevos, queso, jamón ... _____	<input type="checkbox"/> 1	<input type="checkbox"/> 6
--	----------------------------	----------------------------

5. Otro tipo de alimentos _____	<input type="checkbox"/> 1	<input type="checkbox"/> 6
---------------------------------	----------------------------	----------------------------

6. Nada, no suele desayunar _____	<input type="checkbox"/> 1	<input type="checkbox"/> 6
-----------------------------------	----------------------------	----------------------------

96. ¿Con qué frecuencia consume los siguientes alimentos?

Entrevistador/a, muestre a la persona entrevistada la tarjeta Ad-3 y anote las frecuencias de consumo de cada uno de los alimentos que se relacionan.

	A diario	Tres o más veces a la semana, pero no a diario	Una o dos veces a la semana	Menos de una vez a la semana	Nunca o casi nunca
01. Fruta fresca _____	<input type="checkbox"/> 1	<input type="checkbox"/> 2	<input type="checkbox"/> 3	<input type="checkbox"/> 4	<input type="checkbox"/> 5
02. Carne (pollo, ternera, cerdo, cordero ...) _____	<input type="checkbox"/> 1	<input type="checkbox"/> 2	<input type="checkbox"/> 3	<input type="checkbox"/> 4	<input type="checkbox"/> 5
03. Huevos _____	<input type="checkbox"/> 1	<input type="checkbox"/> 2	<input type="checkbox"/> 3	<input type="checkbox"/> 4	<input type="checkbox"/> 5
04. Pescado _____	<input type="checkbox"/> 1	<input type="checkbox"/> 2	<input type="checkbox"/> 3	<input type="checkbox"/> 4	<input type="checkbox"/> 5
05. Pasta, arroz, patatas, ... _____	<input type="checkbox"/> 1	<input type="checkbox"/> 2	<input type="checkbox"/> 3	<input type="checkbox"/> 4	<input type="checkbox"/> 5
06. Pan, cereales, ... _____	<input type="checkbox"/> 1	<input type="checkbox"/> 2	<input type="checkbox"/> 3	<input type="checkbox"/> 4	<input type="checkbox"/> 5
07. Verduras y hortalizas _____	<input type="checkbox"/> 1	<input type="checkbox"/> 2	<input type="checkbox"/> 3	<input type="checkbox"/> 4	<input type="checkbox"/> 5
08. Legumbres _____	<input type="checkbox"/> 1	<input type="checkbox"/> 2	<input type="checkbox"/> 3	<input type="checkbox"/> 4	<input type="checkbox"/> 5
09. Embutidos y fiambres _____	<input type="checkbox"/> 1	<input type="checkbox"/> 2	<input type="checkbox"/> 3	<input type="checkbox"/> 4	<input type="checkbox"/> 5
10. Productos lácteos (leche, queso, yogur, ...)	<input type="checkbox"/> 1	<input type="checkbox"/> 2	<input type="checkbox"/> 3	<input type="checkbox"/> 4	<input type="checkbox"/> 5
11. Dulces (galletas, bollería, mermeladas ...)	<input type="checkbox"/> 1	<input type="checkbox"/> 2	<input type="checkbox"/> 3	<input type="checkbox"/> 4	<input type="checkbox"/> 5
12. Refrescos con azúcar _____	<input type="checkbox"/> 1	<input type="checkbox"/> 2	<input type="checkbox"/> 3	<input type="checkbox"/> 4	<input type="checkbox"/> 5

97. En el momento actual, ¿sigue usted alguna dieta o régimen especial?

Sí _____ 1

No _____ 6 → **Módulo I**

98. ¿Cuál es la razón principal por la que sigue esta dieta o régimen especial?

Para perder peso _____ 1

Para mantener su peso actual _____ 2

Para vivir más saludablemente _____ 3

Por una enfermedad o problema de salud _____ 4

Por otra razón _____ 5

I. Prácticas preventivas

Entrevistador/a, léale al/a la entrevistado/a: *A continuación le voy a hacer unas preguntas sobre sus prácticas preventivas de diferentes tipos.*

I 1. Prácticas preventivas generales

99. ¿Se ha vacunado de la gripe en la última campaña?

Sí _____ 1

No _____ 6 → **P101**

100. ¿Quién le indicó que se vacunara?

- Un/a profesional sanitario/a, por su edad _____ 1
 - Un/a profesional sanitario/a, por sus enfermedades ___ 2
 - Un/a profesional sanitario/a, por otras razones _____ 3
 - Le ponen la vacuna en la empresa/centro de estudio ___ 4
 - Solicitó la vacuna porque prefiere estar vacunado/a ___ 5
 - Otros _____ 6
-

101. Ahora me gustaría preguntarle sobre la tensión arterial. ¿Le ha tomado la tensión alguna vez un/a profesional sanitario/a excluyendo las tomas de tensión en farmacias?

- Sí _____ 1
 - No _____ 6
 - No sabe/no recuerda ___ 8
 - No contesta _____ 9
- **P103**
-

102. La última vez que le tomaron la tensión fue:

- Hace menos de 3 meses _____ 1
 - Entre 3 y 5 meses _____ 2
 - Entre 6 meses y 1 año _____ 3
 - Entre 1 y 3 años _____ 4
 - Más de 3 años _____ 5
 - No sabe/no recuerda _____ 8
 - No contesta _____ 9
-

103. Las siguientes preguntas se refieren al colesterol, ¿le han medido alguna vez sus niveles de colesterol por prescripción médica, excluyendo las mediciones en farmacias?

- Sí _____ 1
 - No _____ 6
 - No sabe/no recuerda ___ 8
 - No contesta _____ 9
- **Módulo I 2**
-

104. La última vez que se los midieron fue:

- Hace menos de 3 meses _____ 1
 - Entre 3 y 5 meses _____ 2
 - Entre 6 meses y 1 año _____ 3
 - Entre 1 y 3 años _____ 4
 - Más de 3 años _____ 5
 - No sabe/no recuerda _____ 8
 - No contesta _____ 9
-

I.2 Higiene dental

105. Ahora le voy a preguntar sobre su higiene dental, ¿con qué frecuencia se cepilla los dientes habitualmente?

Entrevistador/a: anote lo que responda espontáneamente la persona encuestada.

- Más de tres veces al día _____ 01
Tres veces al día _____ 02
Por la mañana y por la noche _____ 03
Por la mañana y después de comer _____ 04
Después de comer y por la noche _____ 05
Una vez al día por la mañana _____ 06
Una vez al día después de comer _____ 07
Una vez al día por la noche _____ 08
Ocasionalmente, no todos los días _____ 09
Nunca _____ 10
Otra _____ 11
-

I 3. Prácticas preventivas de la mujer

Entrevistador/a: ¿la persona seleccionada es mujer?

- Sí _____ 1
No _____ 6 → **Módulo I 4**

106. ¿Ha acudido alguna vez a una consulta de ginecología?

- Sí _____ 1
No _____ 6 → **P109**
-

107. ¿Cuándo ha efectuado la última visita a una consulta de ginecología por algún motivo distinto a los relacionados con el embarazo o parto?

- Hace menos de 6 meses _____ 1
Entre 6 meses y 1 año _____ 2
Entre 1 y 3 años _____ 3
Hace más de 3 años _____ 4
Nunca ha ido por motivos diferentes al embarazo o parto _____ 5 → **P109**
No sabe/no recuerda _____ 8
No contesta _____ 9
-

108. ¿Podría decirme el motivo de la última consulta (que no sea embarazo/parto)?

- Algún problema ginecológico (enfermedad, molestias, ...) _____ 1
Orientación/ planificación familiar _____ 2
Revisión periódica _____ 3
Otros motivos _____ 4
-

109. ¿Le han hecho alguna vez una mamografía (radiografía de mama)?

Sí _____ 1
No _____ 6
No sabe/no recuerda _____ 8 → **P114**
No contesta _____ 9

110. ¿En qué año se hizo la primera mamografía?

Año (2000, 2004, ...) →
No sabe/no recuerda _____
No contesta _____

111. ¿Y la última mamografía?

Año (2000, 2004, ...) →
No sabe/no recuerda _____
No contesta _____

112. ¿Cuáles de las siguientes fueron las principales razones por las que se hizo esta última mamografía?

Entrevistador/a: anote como máximo dos respuestas, las que el/ la informante considere más importantes.

- 1. Porque usted misma notó que tenía algún problema en el pecho _____
 - 2. Porque su médico/a de familia notó que tenía algún problema en el pecho durante un examen _____
 - 3. Porque su médico/a de familia se lo aconsejó sin que tuviese usted ningún problema _____
 - 4. Porque se lo aconsejó su ginecólogo/a sin que tuviese usted ningún problema _____
 - 5. Porque su ginecólogo/a notó que tenía algún problema en el pecho durante un examen _____
 - 6. Porque otras mujeres de su familia han tenido o tienen cáncer de mama _____
 - 7. Porque le citaron desde su comunidad autónoma o ayuntamiento para un programa de detección precoz de cáncer de mama _____
 - 8. Por otra razón _____
-

113. ¿Con qué frecuencia se ha hecho nuevas mamografías, a partir de la primera que se hizo?

Al menos 1 vez al año _____ 1
Cada 2 años _____ 2
Cada 3 años _____ 3
Aproximadamente 1 vez cada 5 años _____ 4
Más de 5 años _____ 5
Nunca _____ 6

114. ¿Le han hecho alguna vez una citología vaginal (muestra de células)?

Sí _____ 1

No _____ 6 → **Módulo I4**

115. ¿En qué año se hizo la última citología vaginal?

Año (2000, 2004 ...) →

No sabe/no recuerda _____

No contesta _____

116. ¿Cuál fue la razón por la que se hizo esta última citología vaginal?

Porque tenía molestias _____ 1

Porque se lo recomendaron en la consulta de medicina de familia _____ 2

Porque fue a la consulta de ginecología _____ 3

Porque le citaron desde su comunidad autónoma o ayuntamiento para un programa de detección precoz de cáncer _____ 4

Por otra razón de tipo médico _____ 5

Por otro tipo de razones (no médicas) _____ 6

117. ¿Con qué frecuencia se ha hecho nuevas citologías a partir de la primera que se hizo?

Al menos 1 vez al año _____ 1

Cada 2 años _____ 2

Cada 3 años _____ 3

Aproximadamente 1 vez cada 5 años _____ 4

Más de 5 años _____ 5

Nunca _____ 6

I 4. Prácticas preventivas en seguridad vial

Entrevistador/a, léale al/a la entrevistado/a: *Las siguientes preguntas se refieren a las medidas que usted toma para prevenir las lesiones causadas por accidente de tráfico.*

118. ¿Suele usted ponerse el cinturón de seguridad cuando conduce...

	Siempre	Casi siempre	Casi nunca	Nunca	Nunca conduce
1. ... por ciudad?	<input type="checkbox"/> 1	<input type="checkbox"/> 2	<input type="checkbox"/> 3	<input type="checkbox"/> 4	<input type="checkbox"/> 5
2. ... por carretera?	<input type="checkbox"/> 1	<input type="checkbox"/> 2	<input type="checkbox"/> 3	<input type="checkbox"/> 4	<input type="checkbox"/> 5

119. ¿Suele usted ponerse el cinturón de seguridad cuando va en coche como acompañante...

	Siempre	Casi siempre	Casi nunca	Nunca	Nunca es acompañante
1. ... por ciudad?	<input type="checkbox"/> 1	<input type="checkbox"/> 2	<input type="checkbox"/> 3	<input type="checkbox"/> 4	<input type="checkbox"/> 5
2. ... por carretera?	<input type="checkbox"/> 1	<input type="checkbox"/> 2	<input type="checkbox"/> 3	<input type="checkbox"/> 4	<input type="checkbox"/> 5

120. ¿Suele usted ponerse el casco cuando va en motocicleta...

	Siempre	Casi siempre	Casi nunca	Nunca	No procede
1. ... por ciudad?	<input type="checkbox"/> 1	<input type="checkbox"/> 2	<input type="checkbox"/> 3	<input type="checkbox"/> 4	<input type="checkbox"/> 5
2. ... por carretera?	<input type="checkbox"/> 1	<input type="checkbox"/> 2	<input type="checkbox"/> 3	<input type="checkbox"/> 4	<input type="checkbox"/> 5

121. ¿Suele usted ponerse el casco cuando va en bicicleta...

	Siempre	Casi siempre	Casi nunca	Nunca	No procede
1. ... por ciudad?	<input type="checkbox"/> 1	<input type="checkbox"/> 2	<input type="checkbox"/> 3	<input type="checkbox"/> 4	<input type="checkbox"/> 5
2. ... por carretera?	<input type="checkbox"/> 1	<input type="checkbox"/> 2	<input type="checkbox"/> 3	<input type="checkbox"/> 4	<input type="checkbox"/> 5

J. Agresiones

A cumplimentar por el/la entrevistador/a: debido a la sensible temática de los siguientes ítems debe pedir permiso al adulto seleccionado, para formularlas.

¿Se encuentra acompañado/a el/la entrevistado/a en el momento de contestar estas preguntas?

Sí _____ 1 No _____ 6

122. ¿Podría responder a unas preguntas sobre si ha sufrido alguna agresión o maltrato?

Sí _____ 1
 No _____ 6 → **Módulo K**

Entrevistador/a: entregue la tarjeta Ad-4 de agresiones y maltratos. Si el/la entrevistado/a no sabe leer, pregunte: *¿Le podría hacer las preguntas en voz alta?*

Sí _____ 1 No _____ 6 → **Módulo K**

123. ¿En el último año ha sufrido algún tipo de agresión o maltrato?

Sí _____ 1
 No _____ 6 → **Módulo K**

124. Y refiriéndonos a la agresión o maltrato que haya tenido, (si es que ha sufrido varias en los últimos 12 meses, refiérase a la última), ¿dónde tuvo lugar?

- En un lugar de ocio _____ 1
En el trabajo o lugar de estudios _____ 2
En la calle _____ 3
En su hogar _____ 4
En el edificio donde vive _____ 5
En una zona deportiva _____ 6
Otros lugares _____ 7
-

125. La/s persona/s que le ha/n agredido o maltratado ha/n sido:

Entrevistador/a: anote todas las respuestas que le indique el entrevistado/a.

1. Un desconocido (hombre) _____
2. Una desconocida (mujer) _____
3. Su pareja _____
4. Una mujer conocida (diferente de su pareja) _____
5. Un hombre conocido (diferente de su pareja) _____
-

K. Discriminación

Entrevistador/a, léale al/a la entrevistado/a: *Quisiera hacerle unas preguntas sobre discriminación.*

126. En el último año, ¿ha experimentado discriminación, no se le ha permitido hacer algo, se le ha molestado o hecho sentir inferior a causa de su sexo, etnia, país de origen, nivel de estudios, clase social, preferencias sexuales o religión?

- Sí _____ 1
No _____ 6 → **Módulo L**
-

127. Indique, para cada una de las siguientes situaciones, si en el último año se ha sentido discriminado/a, las causas y la frecuencia

Entrevistador/a, dígame al/a la entrevistado/a: Voy a entregarle una hoja con las respuestas a las preguntas sobre la frecuencia con la que ha podido experimentar discriminación. Cuando le pregunte, dígame sólo el número de su respuesta. Entregue la tarjeta Ad-5. Plantee una a una cada situación y en caso de respuesta afirmativa, pregúntele para cada causa la frecuencia de esa discriminación.

¿Se ha sentido discriminado/a en alguna de las siguientes situaciones?

¿Por cuáles de las siguientes causas se ha sentido discriminado/a?

		A. ¿Por sexo?	B. ¿Por etnia o país?	C. ¿Por nivel de estudios o clase social?	D. ¿Por preferencias sexuales?	E. ¿Por religión?
1. Buscando trabajo	Sí <input type="checkbox"/> 1 →	Nunca <input type="checkbox"/> 1				
		Algunas veces <input type="checkbox"/> 2				
	No <input type="checkbox"/> 6 ↓	Muchas veces <input type="checkbox"/> 3				
		Constantemente <input type="checkbox"/> 4				
2. En el trabajo	Sí <input type="checkbox"/> 1 →	Nunca <input type="checkbox"/> 1				
		Algunas veces <input type="checkbox"/> 2				
	No <input type="checkbox"/> 6 ↓	Muchas veces <input type="checkbox"/> 3				
		Constantemente <input type="checkbox"/> 4				
3. En casa (por su pareja)	Sí <input type="checkbox"/> 1 →	Nunca <input type="checkbox"/> 1				
		Algunas veces <input type="checkbox"/> 2				
	No <input type="checkbox"/> 6 ↓	Muchas veces <input type="checkbox"/> 3				
		Constantemente <input type="checkbox"/> 4				
4. En casa (por alguien que no es su pareja)	Sí <input type="checkbox"/> 1 →	Nunca <input type="checkbox"/> 1				
		Algunas veces <input type="checkbox"/> 2				
	No <input type="checkbox"/> 6 ↓	Muchas veces <input type="checkbox"/> 3				
		Constantemente <input type="checkbox"/> 4				
5. Al recibir asistencia sanitaria	Sí <input type="checkbox"/> 1 →	Nunca <input type="checkbox"/> 1				
		Algunas veces <input type="checkbox"/> 2				
	No <input type="checkbox"/> 6 ↓	Muchas veces <input type="checkbox"/> 3				
		Constantemente <input type="checkbox"/> 4				
6. En un sitio público (incluye la calle)	Sí <input type="checkbox"/> 1 →	Nunca <input type="checkbox"/> 1				
		Algunas veces <input type="checkbox"/> 2				
	No <input type="checkbox"/> 6 ↓	Muchas veces <input type="checkbox"/> 3				
		Constantemente <input type="checkbox"/> 4				

L. Características físicas y sensoriales

Entrevistador/a, léale al/a la entrevistado/a: Las siguientes preguntas se refieren a sus características físicas y sensoriales.

L 1. Características físicas

Entrevistador/a: si el sujeto de entrevista es una mujer embarazada, debe indicar cuánto pesaba antes del inicio del embarazo.

128. ¿Podría decirme cuánto pesa, aproximadamente, sin zapatos ni ropa?

Peso en Kg →

No sabe/no recuerda

No contesta

129. ¿Y cuánto mide, aproximadamente, sin zapatos?

Altura en cm. →

No sabe/no recuerda

No contesta

130. Y, en relación a su estatura, diría que su peso es:

Bastante mayor de lo normal 1

Algo mayor de lo normal 2

Normal 3

Menor de lo normal 4

L 2. Características auditivas y visuales

131. ¿Puede oír Vd. un programa de televisión a un volumen que otros consideran normal? (Si utiliza una prótesis auditiva o audífono, considere que la pregunta se refiere a aquellas situaciones en que está utilizando esa prótesis o audífono)

Sí 1 → P133

No 6

132. ¿Puede oírlo al aumentar el volumen?

Sí 1

No 6

133. ¿Ve Vd. suficientemente bien como para reconocer a una persona a una distancia de cuatro metros o al otro lado de la calle? (Si utiliza gafas o lentillas, considere que la pregunta se refiere a aquellas situaciones en que está utilizando esas gafas o lentillas)

Sí 1 → Módulo M

No 6

134. ¿Puede Vd. reconocerla a una distancia de un metro?

Sí _____ 1
 No _____ 6

M. Apoyo afectivo y función familiar

Entrevistador/a, léale al /a la entrevistado/a: *Por último, le voy a hacer unas preguntas sobre el apoyo afectivo que Vd. recibe y su opinión de la función de la familia.*

135. Entrevistador/, dígame al/a la entrevistado/a: *"Voy a entregarle una hoja con diferentes situaciones de apoyo afectivo y personal que suelen ocurrir en la vida cotidiana. Al lado de cada situación hay un conjunto de respuestas. Por favor, lea cada situación y dígame una por una el número de la respuesta que mejor refleja su situación".* Entregue la tarjeta Ad-6. A continuación, diga: *"Para la situación 1, dígame, por favor, el número de su respuesta"*. Después de anotar el número, proceda de la misma forma hasta terminar con todas las situaciones.

	Mucho menos de lo que deseo	Menos de lo que deseo	Ni mucho ni poco	Casi como deseo	Tanto como deseo
1. Recibo visitas de mis amigos y familiares _____	<input type="checkbox"/> 1	<input type="checkbox"/> 2	<input type="checkbox"/> 3	<input type="checkbox"/> 4	<input type="checkbox"/> 5
2. Recibo ayuda en asuntos relacionados con mi casa _____	<input type="checkbox"/> 1	<input type="checkbox"/> 2	<input type="checkbox"/> 3	<input type="checkbox"/> 4	<input type="checkbox"/> 5
3. Recibo elogios y reconocimientos cuando hago bien mi trabajo _____	<input type="checkbox"/> 1	<input type="checkbox"/> 2	<input type="checkbox"/> 3	<input type="checkbox"/> 4	<input type="checkbox"/> 5
4. Cuento con personas que se preocupan de lo que me sucede _____	<input type="checkbox"/> 1	<input type="checkbox"/> 2	<input type="checkbox"/> 3	<input type="checkbox"/> 4	<input type="checkbox"/> 5
5. Recibo amor y afecto _____	<input type="checkbox"/> 1	<input type="checkbox"/> 2	<input type="checkbox"/> 3	<input type="checkbox"/> 4	<input type="checkbox"/> 5
6. Tengo la posibilidad de hablar con alguien de mis problemas en el trabajo o en la casa _____	<input type="checkbox"/> 1	<input type="checkbox"/> 2	<input type="checkbox"/> 3	<input type="checkbox"/> 4	<input type="checkbox"/> 5
7. Tengo la posibilidad de hablar con alguien de mis problemas personales y familiares _____	<input type="checkbox"/> 1	<input type="checkbox"/> 2	<input type="checkbox"/> 3	<input type="checkbox"/> 4	<input type="checkbox"/> 5
8. Tengo la posibilidad de hablar con alguien de mis problemas económicos _____	<input type="checkbox"/> 1	<input type="checkbox"/> 2	<input type="checkbox"/> 3	<input type="checkbox"/> 4	<input type="checkbox"/> 5
9.- Recibo invitaciones para distraerme y salir con otras personas _____	<input type="checkbox"/> 1	<input type="checkbox"/> 2	<input type="checkbox"/> 3	<input type="checkbox"/> 4	<input type="checkbox"/> 5
10. Recibo consejos útiles cuando me ocurre algún acontecimiento importante en mi vida _____	<input type="checkbox"/> 1	<input type="checkbox"/> 2	<input type="checkbox"/> 3	<input type="checkbox"/> 4	<input type="checkbox"/> 5
11. Recibo ayuda cuando estoy enfermo en la cama _____	<input type="checkbox"/> 1	<input type="checkbox"/> 2	<input type="checkbox"/> 3	<input type="checkbox"/> 4	<input type="checkbox"/> 5

136. A continuación le voy a leer una serie de preguntas sobre su situación familiar, es decir, sobre sus relaciones con las personas de su familia con las que tiene un contacto más frecuente.

Por favor, dígame la respuesta que mejor se ajuste a su situación personal y piense en las mismas personas para responder a todas las preguntas (Lea las alternativas de respuesta).

	Casi nunca	A veces	Casi siempre
1. ¿Está satisfecho con la ayuda que recibe de su familia cuando tiene un problema? _____	<input type="checkbox"/> 0	<input type="checkbox"/> 1	<input type="checkbox"/> 2
2. ¿Conversan entre ustedes los problemas que tienen en la casa? _____	<input type="checkbox"/> 0	<input type="checkbox"/> 1	<input type="checkbox"/> 2
3. ¿Las decisiones importantes se toman en conjunto en la casa? _____	<input type="checkbox"/> 0	<input type="checkbox"/> 1	<input type="checkbox"/> 2
4. ¿Está satisfecho con el tiempo que usted y su familia pasan juntos? _____	<input type="checkbox"/> 0	<input type="checkbox"/> 1	<input type="checkbox"/> 2
5. ¿Siente que su familia le quiere? _____	<input type="checkbox"/> 0	<input type="checkbox"/> 1	<input type="checkbox"/> 2

N. Limitaciones para la realización de las actividades de la vida cotidiana

137. Durante al menos los últimos 6 meses, ¿en qué medida se ha visto limitado/a debido a un problema de salud para realizar las actividades que la gente habitualmente hace?

- Gravemente limitado/a _____ 1
Limitado/a pero no gravemente _____ 2
Nada limitado/a _____ 3 → **P139**
-

138. ¿Qué tipo de problema es la causa de su dificultad para realizar las actividades que la gente habitualmente hace?

- Físico _____ 1
Mental _____ 2
Ambos _____ 3
-

139. Entrevistador/a: ¿el/la sujeto seleccionado/a tiene 65 o más años?

- Sí _____ 1 No _____ 6 → **P141**

140. Entrevistador/a, léale al/a la entrevistado/a: *Voy a hacerle unas preguntas sobre algunas actividades corrientes de la vida de cualquier persona (preparar el desayuno, hacer la comida, fregar los platos ...). No voy a preguntarle si sabe hacerlas sino si en su situación actual es capaz de hacerlas sin ayuda de otra persona, con ayuda o si no puede hacerlas de ninguna manera.*

	Puede hacerlo sin ayuda	Puede hacerlo con ayuda	No puede hacerlo de ninguna manera
1. Utilizar el teléfono (buscar el número y marcar) _____	<input type="checkbox"/> 1	<input type="checkbox"/> 2	<input type="checkbox"/> 3
2. Comprar comida, ropa, ... _____	<input type="checkbox"/> 1	<input type="checkbox"/> 2	<input type="checkbox"/> 3
3. Coger el autobús, metro, taxi, ... _____	<input type="checkbox"/> 1	<input type="checkbox"/> 2	<input type="checkbox"/> 3
4. Preparar su propio desayuno _____	<input type="checkbox"/> 1	<input type="checkbox"/> 2	<input type="checkbox"/> 3
5. Preparar su propia comida _____	<input type="checkbox"/> 1	<input type="checkbox"/> 2	<input type="checkbox"/> 3
6. Tomar sus medicinas (acordarse de la cantidad y el momento en que las debe tomar) _____	<input type="checkbox"/> 1	<input type="checkbox"/> 2	<input type="checkbox"/> 3
7. Administrar su propio dinero (pagar recibos, tratar con el banco, firmar cheques, ...) _____	<input type="checkbox"/> 1	<input type="checkbox"/> 2	<input type="checkbox"/> 3
8. Cortar una rebanada de pan _____	<input type="checkbox"/> 1	<input type="checkbox"/> 2	<input type="checkbox"/> 3
9. Fregar la vajilla _____	<input type="checkbox"/> 1	<input type="checkbox"/> 2	<input type="checkbox"/> 3
10. Hacer la cama _____	<input type="checkbox"/> 1	<input type="checkbox"/> 2	<input type="checkbox"/> 3
11. Cambiar las sábanas de la cama _____	<input type="checkbox"/> 1	<input type="checkbox"/> 2	<input type="checkbox"/> 3
12. Lavar ropa ligera a mano _____	<input type="checkbox"/> 1	<input type="checkbox"/> 2	<input type="checkbox"/> 3
13. Lavar ropa a máquina _____	<input type="checkbox"/> 1	<input type="checkbox"/> 2	<input type="checkbox"/> 3
14. Limpiar la casa (fregar el suelo, barrer, ...) _____	<input type="checkbox"/> 1	<input type="checkbox"/> 2	<input type="checkbox"/> 3
15. Limpiar una mancha del suelo agachándose _____	<input type="checkbox"/> 1	<input type="checkbox"/> 2	<input type="checkbox"/> 3
16. Comer (cortar la comida y/o introducirla en la boca) _____	<input type="checkbox"/> 1	<input type="checkbox"/> 2	<input type="checkbox"/> 3
17. Vestirse y desnudarse y elegir la ropa que debe ponerse	<input type="checkbox"/> 1	<input type="checkbox"/> 2	<input type="checkbox"/> 3
18. Peinarse, afeitarse, ... _____	<input type="checkbox"/> 1	<input type="checkbox"/> 2	<input type="checkbox"/> 3
19. Andar (con o sin bastón) _____	<input type="checkbox"/> 1	<input type="checkbox"/> 2	<input type="checkbox"/> 3
20. Levantarse de la cama y acostarse _____	<input type="checkbox"/> 1	<input type="checkbox"/> 2	<input type="checkbox"/> 3
21. Cortarse las uñas de los pies _____	<input type="checkbox"/> 1	<input type="checkbox"/> 2	<input type="checkbox"/> 3
22. Coser un botón _____	<input type="checkbox"/> 1	<input type="checkbox"/> 2	<input type="checkbox"/> 3
23. Lavarse la cara y el cuerpo de la cintura para arriba	<input type="checkbox"/> 1	<input type="checkbox"/> 2	<input type="checkbox"/> 3
24. Ducharse o bañarse _____	<input type="checkbox"/> 1	<input type="checkbox"/> 2	<input type="checkbox"/> 3
25. Subir diez escalones _____	<input type="checkbox"/> 1	<input type="checkbox"/> 2	<input type="checkbox"/> 3
26. Andar durante una hora seguida _____	<input type="checkbox"/> 1	<input type="checkbox"/> 2	<input type="checkbox"/> 3
27. Quedarse solo/a durante toda una noche _____	<input type="checkbox"/> 1	<input type="checkbox"/> 2	<input type="checkbox"/> 3

141. Hora de finalización de la entrevista

Hora	Minutos

Entrevistador/a: pase a cumplimentar el cuestionario de menores si hubiese menores residentes en el hogar



**ENCUESTA NACIONAL DE SALUD
2011-2012**

CUESTIONARIO DE ADULTOS

Entrevistador/a: Recuerde que la persona entrevistada debe ser la persona adulta seleccionada salvo en los casos excepcionales recogidos en el manual.

Entrevistador/a, léale al informante: “Las siguientes preguntas conciernen únicamente a la persona adulta seleccionada, es decir, a:

Nombre apellido1 apellido2 (del adulto seleccionado)

Sexo: _____

Edad: ___ años”

Número de orden: __

Proxy_0. ¿El informante es la persona seleccionada?

- Sí _____ 1 → Ir a P.1
- No _____ 6

Proxy_1. ¿Cuál es el motivo por el que la persona seleccionada no puede facilitar personalmente sus datos?

- La persona seleccionada está ingresada en un sanatorio, hospital, etc., a causa de una enfermedad _____ 1
- La persona seleccionada está incapacitada para contestar por discapacidad, enfermedad grave, etc. _____ 2
- La persona seleccionada está incapacitada para contestar por causa del idioma _____ 3

Proxy_2. ¿Es miembro del hogar el informante?

- Sí _____ 1 → Listado de miembros del hogar: | _ | (proxy_2b) → Ir a Proxy_5
- No _____ 6

Proxy_3. Nombre del informante: _____

Proxy_3b. Sexo del informante:

- 1 Hombre 2 Mujer

Proxy_4. Edad del informante: □ □ □

Proxy_5. ¿Cuál es la relación del informante con la persona seleccionada?

- Cónyuge o pareja _____ 1
- Hijo/Hija _____ 2
- Padre/madre _____ 3
- Hermano/hermana _____ 4
- Otros familiares _____ 5
- Servicios sociales _____ 6
- Voluntarios _____ 7
- Otra relación _____ 8

E.- NACIONALIDAD Y ESTADO CIVIL DE LA PERSONA ADULTA SELECCIONADA

Introducción P.1: Entrevistador/a, léale al informante: “A continuación voy a hacerle unas preguntas sobre su nacionalidad y su estado civil”.

1- ¿Cuál es su país de nacimiento?

- España _____ 1
- Extranjero _____ 2 → 1b- Seleccionar país
- No sabe _____ 8
- No contesta _____ 9

2- ¿Y cuál es su nacionalidad?

- Española _____
- Extranjera _____ → 2b-
- No sabe _____
- No contesta _____

Seleccionar país

Nota P.2: Se admite respuesta múltiple.

Flujos

Si P.1 = 1 ir a P.4

3- ¿Cuántos años lleva residiendo en España?

Nº de años

NS 98 NC 99

4- ¿Cuál es su estado civil legal?

- Soltero/a _____ 1
- Casado/a _____ 2
- Viudo/a _____ 3
- Separado/a legalmente _____ 4
- Divorciado/a _____ 5
- No sabe _____ 8
- No contesta _____ 9

F.- RELACIÓN DE LA PERSONA ADULTA SELECCIONADA CON LA ACTIVIDAD ECONÓMICA

Introducción P.5: Entrevistador/a, léale al informante: “Ahora voy a hacerle unas preguntas sobre su relación con la actividad económica”.

Flujos

Los flujos de este módulo están condicionados a la respuesta de la pregunta 11 del Cuestionario de Hogar para el adulto seleccionado.

Para la persona adulta seleccionada llamamos “m” al valor mínimo de las opciones marcadas en la pregunta 11.

Si $m = 1$ ir a P.12

Si $m = 2$ ir a P.10

Si $m = 4, 6$ ó 7 ir a P.11

Si $m = 3$ ó 5 ir a P.5

Si $m = 8$ ir a Módulo G

5- ¿Percibe alguna pensión contributiva?

- Sí, por cotización propia _____ 1 → Ir a P.16b
- Sí, por cotización de otra persona _____ 2 → Ir a P.7
(pensiones de viudedad, orfandad, etc.)
- Sí, por ambos tipos de cotización _____ 3 → Ir a P.16b
- No _____ 4
- No sabe _____ 8
- No contesta _____ 9

6- ¿Ha trabajado antes?

- Sí _____ 1
- No _____ 6
- No sabe _____ 8
- No contesta _____ 9

Si P.6 = 1 y P.5 = 4, 8 ó 9 → Ir a P.16b

Si P.6 = 6, 8 ó 9 y P.5 = 4, 8 ó 9 → Ir a Módulo G

7- ¿Cuál era la actividad de la empresa u organización en la que trabajó en su último empleo la persona que generó la pensión?

Actividad:

Código de actividad

8- ¿Cuál era la ocupación, profesión u oficio que desempeñó en su último empleo la persona que generó la pensión?

Profesión:

Código de ocupación

9- ¿Cuál era la situación profesional, en su último empleo, de la persona que generó la pensión?

- Asalariado/a (a sueldo, comisión, jornal...) _____ 1 → Ir a Módulo G
- Empresario/a o profesional con asalariados/as _____ 2 → Ir a Módulo G
- Empresario/a sin asalariados/as o trabajador/a independiente ___ 3 → Ir a Módulo G
- Ayuda familiar (sin remuneración reglamentada en la empresa o negocio de un familiar) _____ 4 → Ir a Módulo G
- Miembro de una cooperativa _____ 5 → Ir a Módulo G
- Otra situación _____ 6 → Ir a Módulo G
- No sabe _____ 8 → Ir a Módulo G
- No contesta _____ 9 → Ir a Módulo G

10- ¿Cuánto tiempo lleva en desempleo?

- No ha trabajado nunca _____ 1 → Ir a Módulo G
- Menos de 6 meses _____ 2 → Ir a P.16b
- De 6 meses a menos de 1 año _____ 3 → Ir a P.16b
- De 1 año a menos de 2 años _____ 4 → Ir a P.16b
- Más de 2 años _____ 5 → Ir a P.16b
- No sabe _____ 8 → Ir a P.16b
- No contesta _____ 9 → Ir a P.16b

11- Aunque actualmente no esté trabajando, ¿ha trabajado alguna vez anteriormente?

- Sí _____ 1 → Ir a P.16b
- No _____ 6 → Ir a Módulo G
- No sabe _____ 8 → Ir a Módulo G
- No contesta _____ 9 → Ir a Módulo G

12- ¿Qué tipo de contrato o relación laboral tiene?

- Asalariado/a (a sueldo, comisión, jornal...) _____ 00*
- Funcionario/a _____ 01
- Señale el tipo de contrato: Duración indefinida _____ 02
- Temporal _____ 03 → Ir a P.13a
- Verbal o sin contrato _____ 04 → Ir a P.13b
- Empresario/a o profesional con asalariados/as _____ 05 → Ir a P.14
- Empresario/a sin asalariados/as o trabajador/a independiente _____ 06 → Ir a P.14
- Ayuda familiar (sin remuneración reglamentada en la empresa o negocio de un familiar) _____ 07 → Ir a P.14
- Miembro de una cooperativa _____ 08 → Ir a P.14
- Otra situación _____ 09 → Ir a P.14
- No sabe _____ 98 → Ir a P.14
- No contesta _____ 99 → Ir a P.14

13a- ¿Cuál es la duración de su contrato?

- Menor de 6 meses _____ 1
- De 6 meses a menos de 1 año _____ 2
- De 1 año a menos de 2 años _____ 3
- De 2 años o más _____ 4
- Sin duración definida _____ 5
- No sabe _____ 8
- No contesta _____ 9

13b- ¿Cuál es la duración de su relación laboral?

- Menor de 6 meses _____ 1
- De 6 meses a menos de 1 año _____ 2
- De 1 año a menos de 2 años _____ 3
- De 2 años o más _____ 4
- Sin duración definida _____ 5
- No sabe _____ 8
- No contesta _____ 9

14- ¿Tiene trabajadores a su cargo?

- No _____ 1
- Sí, de 1 a 4 personas _____ 2
- Sí, de 5 a 10 personas _____ 3
- Sí, de 11 a 20 personas _____ 4
- Sí, más de 20 personas _____ 5
- No sabe _____ 8
- No contesta _____ 9

15- ¿Qué tipo de jornada tiene habitualmente en su trabajo principal actual?

- Jornada partida _____ 01
- Jornada continua por la mañana _____ 02
- Jornada continua por la tarde _____ 03
- Jornada continua por la noche _____ 04
- Jornada reducida _____ 05
- Turnos _____ 06
- Jornada irregular o variable según los días _____ 07
- Otro tipo _____ 08
- No sabe _____ 98
- No contesta _____ 99

16a- ¿Cuál es la actividad de la empresa u organización en la que trabaja actualmente?

Actividad:

Código de actividad

Ir a P.17a

16b- ¿Cuál era la actividad de la empresa u organización en la que trabajó en su último empleo?

Actividad:

Código de actividad

Ir a P.17b

17a- ¿Cuál es la ocupación, profesión u oficio que desempeña en su empleo?

Profesión:

Código de ocupación

Si P.12 = 01,02,03,04,05,06,07,08,09,98 ó 99 → Ir a Módulo G

17b- ¿Cuál era la ocupación, profesión u oficio que desempeñó en su último empleo?

Profesión:

Código de ocupación

18- ¿Cuál era la situación profesional en la ocupación que desempeñó en su último empleo?

- Asalariado/a (a sueldo, comisión, jornal...) _____ 1
- Empresario/a o profesional con asalariados/as _____ 2
- Empresario/a sin asalariados/as o trabajador/a independiente ____ 3
- Ayuda familiar (sin remuneración reglamentada en la empresa o negocio de un familiar) _____ 4
- Miembro de una cooperativa _____ 5
- Otra situación _____ 6
- No sabe _____ 8
- No contesta _____ 9

MÓDULO DE ESTADO DE SALUD

G.- ESTADO DE SALUD

Introducción P.19: Entrevistador/a, léale al informante: “Ahora voy a hacerle algunas preguntas sobre su estado de salud”.

19- En los últimos doce meses, ¿diría que su estado de salud ha sido muy bueno, bueno, regular, malo, muy malo?

Nota P.19: No se leen las opciones.

- Muy bueno _____ 1
- Bueno _____ 2
- Regular _____ 3
- Malo _____ 4
- Muy malo _____ 5

20- ¿Tiene alguna enfermedad o problema de salud crónicos o de larga duración? (Entendemos por larga duración si el problema de salud o enfermedad ha durado o se espera que dure 6 meses o más)

- Sí _____ 1
- No _____ 6
- No sabe _____ 8
- No contesta _____ 9

21- A continuación le voy a leer una lista con una serie de enfermedades o problemas de salud. ¿Padece o ha padecido alguna vez alguna de ellas?

21a- ¿Alguna vez ha padecido...?

Nota P.21: Entrevistador/a, léale al informante las enfermedades que se relacionan una a una anotando la respuesta que proceda.

- Sí _____ 1
- No _____ 6
- No sabe _____ 8
- No contesta _____ 9

Lista de enfermedades:

1. Tensión alta
2. Infarto de miocardio
3. Otras enfermedades del corazón
4. Varices en las piernas
5. Artrosis, artritis o reumatismo
6. Dolor de espalda crónico (cervical)
7. Dolor de espalda crónico (lumbar)
8. Alergia crónica (asma alérgica excluida)
9. Asma
10. Bronquitis crónica, enfisema, enfermedad pulmonar obstructiva crónica (EPOC)
11. Diabetes
12. Úlcera de estómago o duodeno
13. Incontinencia urinaria
14. Colesterol alto
15. Cataratas
16. Problemas crónicos de piel
17. Estreñimiento crónico
18. Cirrosis, disfunción hepática
19. Depresión crónica
20. Ansiedad crónica
21. Otros problemas mentales
22. Embolia, infarto cerebral, hemorragia cerebral
23. Migraña o dolor de cabeza frecuente
24. Hemorroides
25. Tumores malignos
26. Osteoporosis
27. Problemas de tiroides
28. Problemas de próstata (solo hombres)
29. Problemas del periodo menopáusico (solo mujeres)
30. Lesiones o defectos permanentes causados por un accidente
31. ¿Ha padecido alguna otra enfermedad crónica? ↓
31.1.
31.2.
31.3.

Flujos

Si **P.21a = 1** para una enfermedad → Ir a P.21b y P.21c de esa enfermedad

Si **P.21a = 6, 8 ó 9** para una enfermedad → Ir a P.21a de la siguiente enfermedad

21b- ¿La ha padecido en los últimos 12 meses?

- Sí _____ 1
- No _____ 6
- No sabe _____ 8
- No contesta _____ 9

21c- ¿Le ha dicho un médico que la padece?

- Sí _____ 1
- No _____ 6
- No sabe _____ 8
- No contesta _____ 9

	21.a ¿Alguna vez ha padecido ... ?	21.b ¿La ha padecido en los últimos 12 meses?	21.c ¿Le ha dicho un médico que la padece?
Tensión alta	<input type="radio"/> SI (1) <input type="radio"/> NS(8) <input type="radio"/> NO (6) <input type="radio"/> NC (9)	<input type="radio"/> SI (1) <input type="radio"/> NS(8) <input type="radio"/> NO (6) <input type="radio"/> NC (9)	<input type="radio"/> SI (1) <input type="radio"/> NS(8) <input type="radio"/> NO (6) <input type="radio"/> NC (9)
Infarto de miocardio	<input type="radio"/> SI (1) <input type="radio"/> NS(8) <input type="radio"/> NO (6) <input type="radio"/> NC (9)	<input type="radio"/> SI (1) <input type="radio"/> NS(8) <input type="radio"/> NO (6) <input type="radio"/> NC (9)	<input type="radio"/> SI (1) <input type="radio"/> NS(8) <input type="radio"/> NO (6) <input type="radio"/> NC (9)
Otras enfermedades del corazón	<input type="radio"/> SI (1) <input type="radio"/> NS(8) <input type="radio"/> NO (6) <input type="radio"/> NC (9)	<input type="radio"/> SI (1) <input type="radio"/> NS(8) <input type="radio"/> NO (6) <input type="radio"/> NC (9)	<input type="radio"/> SI (1) <input type="radio"/> NS(8) <input type="radio"/> NO (6) <input type="radio"/> NC (9)
Varices en las piernas	<input type="radio"/> SI (1) <input type="radio"/> NS(8) <input type="radio"/> NO (6) <input type="radio"/> NC (9)	<input type="radio"/> SI (1) <input type="radio"/> NS(8) <input type="radio"/> NO (6) <input type="radio"/> NC (9)	<input type="radio"/> SI (1) <input type="radio"/> NS(8) <input type="radio"/> NO (6) <input type="radio"/> NC (9)

H.- ACCIDENTALIDAD (últimos 12 meses)

Introducción P.22: Entrevistador/a, léale al informante: “A continuación voy a preguntarle si ha sufrido algún tipo de accidente, sus consecuencias y su tratamiento en los últimos doce meses”.

22- Durante los últimos doce meses, ¿ha tenido algún accidente de cualquier tipo, incluido intoxicación o quemadura?

- Sí _____ 1
- No _____ 6 → Ir a P.26

23- Y refiriéndonos en concreto al último accidente que haya tenido (si es que ha tenido varios en los últimos doce meses), ¿dónde tuvo lugar?

- En casa, escaleras, portal, etc. _____ 1
- Accidentes de tráfico en calle o carretera _____ 2
- En la calle, pero no fue un accidente de tráfico _____ 3
- En el trabajo _____ 4
- En el lugar de estudio _____ 5
- En una instalación deportiva, zona recreativa o de ocio _____ 6
- En otro lugar _____ 7
- No sabe _____ 8
- No contesta _____ 9

24- ¿Consultó con algún profesional sanitario, acudió a un centro de urgencias o ingresó en un hospital a consecuencia de este accidente?

- Ingresó en un hospital _____ 1
- Acudió a un centro de urgencias _____ 2
- Consultó a un médico o enfermero/a _____ 3
- No hizo ninguna consulta ni intervención _____ 4
- No sabe _____ 8
- No contesta _____ 9

Nota P.24: Entrevistador/a, en caso de haber acudido a más de un servicio sanitario anote la respuesta colocada en lugar superior.

25- ¿Qué efecto o daño le produjo este accidente?

- Contusiones, hematomas, esguinces-luxaciones o heridas superficiales _____
- Fracturas o heridas profundas _____
- Envenenamiento o intoxicación _____
- Quemaduras _____
- Otros efectos _____
- No le produjo daños _____
- No sabe _____
- No contesta _____

Nota P.25: Entrevistador/a, anote dos respuestas como máximo.

I.- CALIDAD DE VIDA RELACIONADA CON LA SALUD¹

Introducción P.26: Entrevistador/a, léale al informante: “Continuando con su estado de salud actual, dígame qué afirmaciones de las siguientes que le voy a leer describe mejor su estado de salud en el día de hoy”:

(No leer) 26.1- Movilidad

- No tengo problemas para caminar _____ 1
- Tengo problemas leves para caminar _____ 2
- Tengo problemas moderados para caminar _____ 3
- Tengo problemas graves para caminar _____ 4
- No puedo caminar _____ 5
- No sabe _____ 8
- No contesta _____ 9

(No leer) 26.2- Autocuidado

- No tengo problemas para lavarme o vestirme _____ 1
- Tengo problemas leves para lavarme o vestirme _____ 2
- Tengo problemas moderados para lavarme o vestirme _____ 3
- Tengo problemas graves para lavarme o vestirme _____ 4
- No puedo lavarme o vestirme _____ 5
- No sabe _____ 8
- No contesta _____ 9

¹ Las variables de calidad de vida relacionada con la salud se obtienen con un instrumento de medida propiedad del Grupo EuroQol: © 2009 EuroQol Group. EQ-5D-5L™ is a trademark of the EuroQol Group.

(No leer) 26.3- Actividades cotidianas (por ejemplo, trabajar, estudiar, hacer las tareas domésticas, actividades familiares o actividades durante el tiempo libre)

- No tengo problemas para realizar mis actividades cotidianas _____ 1
- Tengo problemas leves para realizar mis actividades cotidianas _____ 2
- Tengo problemas moderados para realizar mis actividades cotidianas _____ 3
- Tengo problemas graves para realizar mis actividades cotidianas _____ 4
- No puedo realizar mis actividades cotidianas _____ 5
- No sabe _____ 8
- No contesta _____ 9

(No leer) 26.4- Dolor/malestar

- No tengo dolor ni malestar _____ 1
- Tengo dolor o malestar leve _____ 2
- Tengo dolor o malestar moderado _____ 3
- Tengo dolor o malestar fuerte _____ 4
- Tengo dolor o malestar extremo _____ 5
- No sabe _____ 8
- No contesta _____ 9

(No leer) 26.5- Ansiedad/depresión

- No estoy ansioso/a ni deprimido/a _____ 1
- Estoy levemente ansioso/a o deprimido/a _____ 2
- Estoy moderadamente ansioso/a o deprimido/a _____ 3
- Estoy muy ansioso/a o deprimido/a _____ 4
- Estoy extremadamente ansioso/a o deprimido/a _____ 5
- No sabe _____ 8
- No contesta _____ 9

26.6- Nos gustaría conocer lo buena o mala que es su salud HOY.

- La siguiente escala está numerada del 0 al 100.

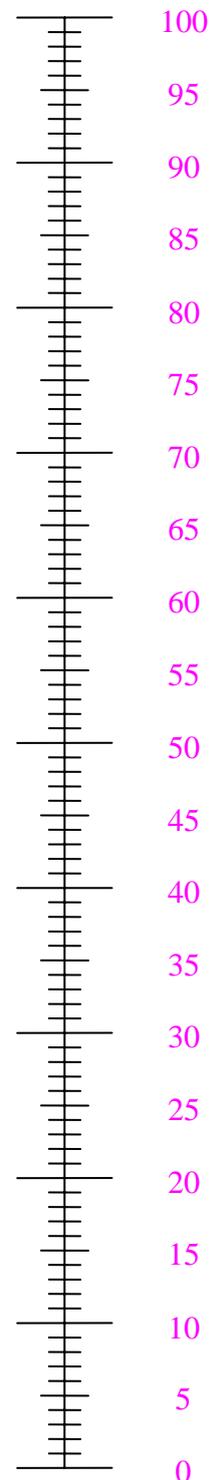
Donde:

- 100 representa la mejor salud que usted se pueda imaginar.

- 0 representa la peor salud que usted se pueda imaginar.

Por favor, marque en la escala lo buena o mala que es su salud HOY.

La mejor salud que
usted se pueda
imaginar



La peor salud que
usted se pueda
imaginar

J.- RESTRICCIÓN DE LA ACTIVIDAD (últimas 2 semanas)

Introducción P.27: Entrevistador/a, léale al informante: “A continuación le voy a preguntar sobre restricciones en sus actividades habituales en las dos últimas semanas, es decir, desde _____ (día que corresponde con dos semanas menos) hasta ayer”.

27- 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?

- Sí _____ 1 → 27b- ¿Cuántos días? _____ NS 98 NC 99
- No _____ 6

Nota P.27: Entrevistador/a, si el tiempo que ha tenido que reducir o limitar las actividades habituales ha sido la mitad de un día anote 01.

28- Durante las últimas dos semanas, ¿se ha visto obligado/a a quedarse más de la mitad de un día en cama por motivos de salud? (Si ha estado hospitalizado/a considere también los días pasados en el hospital)

- Sí _____ 1 → 28b- ¿Cuántos días? _____ NS 98 NC 99
- No _____ 6
- No sabe _____ 8
- No contesta _____ 9

Nota P.28: Entrevistador/a, si el tiempo que ha tenido que permanecer en cama ha sido la mitad de un día anote 01.

K.- LIMITACIONES PARA LA REALIZACIÓN DE LAS ACTIVIDADES DE LA VIDA COTIDIANA

29- Pensando ahora en los últimos 6 meses, ¿en qué medida se ha visto limitado/a debido a un problema de salud para realizar las actividades que la gente habitualmente hace?

- Gravemente limitado/a _____ 1
- Limitado/a, pero no gravemente _____ 2
- Nada limitado/a _____ 3
- No sabe _____ 8
- No contesta _____ 9

Flujos

Si P.29 = 3, 8 ó 9 y la persona tiene menos de 65 años → Ir a P.32

Si P.29 = 3, 8 ó 9 y la persona tiene 65 o más años → Ir a P.31

30- ¿Qué tipo de problema es la causa de su dificultad para realizar las actividades que la gente habitualmente hace?

- Físico _____ 1
- Mental _____ 2
- Ambos _____ 3
- No sabe _____ 8
- No contesta _____ 9

Si la persona tiene menos de 65 años → Ir a P.32

Introducción P.31: Entrevistador/a, léale al informante: “Voy a hacerle unas preguntas sobre algunas actividades corrientes de la vida de cualquier persona como preparar el desayuno, hacer la comida, fregar los platos, etc. No voy a preguntarle si sabe hacerlas, sino si en su situación actual es capaz de hacerlas sin ayuda de otra persona, con ayuda o si no puede hacerlas de ninguna manera”.

Lista de actividades que aparecen en la pregunta:

1. Utilizar el teléfono (buscar el número y marcar)
2. Comprar comida, ropa, etc.
3. Coger el autobús, metro, taxi, etc.
4. Preparar su propio desayuno
5. Preparar su propia comida
6. Tomar sus medicinas (acordarse de la cantidad y el momento en que las debe de tomar)
7. Administrar su propio dinero (pagar recibos, tratar con el banco, firmar cheques, etc.)

8. Cortar una rebanada de pan
9. Fregar la vajilla
10. Hacer la cama
11. Cambiar las sábanas de la cama
12. Lavar ropa ligera a mano
13. Lavar ropa a máquina
14. Limpiar la casa (fregar el suelo, barrer, etc.)
15. Limpiar una mancha del suelo agachándose
16. Comer (cortar la comida y/o introducirla en la boca)
17. Vestirse y desnudarse y elegir la ropa que debe ponerse
18. Peinarse, afeitarse, etc.
19. Andar (con o sin bastón)
20. Levantarse de la cama y acostarse
21. Cortarse las uñas de los pies
22. Coser un botón
23. Lavarse la cara y el cuerpo de la cintura para arriba
24. Ducharse o bañarse
25. Subir diez escalones
26. Andar durante una hora seguida
27. Quedarse sólo/a durante toda una noche

31. Actividades cotidianas	Puede hacerlo sin ayuda	Puede hacerlo con ayuda	No puede hacerlo de ninguna manera	No sabe	No contesta
Utilizar el teléfono (buscar el número y marcar)	<input type="radio"/> (1)	<input type="radio"/> (2)	<input type="radio"/> (3)	<input type="checkbox"/> (8)	<input type="checkbox"/> (9)
Comprar comida, ropa, etc.	<input type="radio"/> (1)	<input type="radio"/> (2)	<input type="radio"/> (3)	<input type="checkbox"/> (8)	<input type="checkbox"/> (9)
Coger el autobús, metro, taxi, etc.	<input type="radio"/> (1)	<input type="radio"/> (2)	<input type="radio"/> (3)	<input type="checkbox"/> (8)	<input type="checkbox"/> (9)
Preparar su propio desayuno	<input type="radio"/> (1)	<input type="radio"/> (2)	<input type="radio"/> (3)	<input type="checkbox"/> (8)	<input type="checkbox"/> (9)

L.- CARACTERÍSTICAS AUDITIVAS Y VISUALES

32- ¿Utiliza gafas o lentillas?

- Sí _____ 1
- No, nunca _____ 2 → Ir a P.34
- Soy ciego/a o no puedo ver en absoluto _____ 3 → Ir a P.37
- No sabe _____ 8 → Ir a P.34
- No contesta _____ 9 → Ir a P.34

Nota P.32: Entrevistador/a, si el informante es ciego marque la opción “Soy ciego/a o no puedo ver en absoluto”.

33- ¿Puede ver la letra de un periódico utilizando sus gafas o lentillas?

- Sí, sin dificultad _____ 1 → Ir a P.35
- Con alguna dificultad _____ 2 → Ir a P.35
- Con dificultad severa _____ 3 → Ir a P.35
- No puede hacerlo _____ 4 → Ir a P.35
- No sabe _____ 8 → Ir a P.35
- No contesta _____ 9 → Ir a P.35

34- ¿Puede ver la letra de un periódico?

- Sí, sin dificultad _____ 1 → Ir a P.36
- Con alguna dificultad _____ 2 → Ir a P.36
- Con dificultad severa _____ 3 → Ir a P.36
- No puede hacerlo _____ 4 → Ir a P.36
- No sabe _____ 8 → Ir a P.36
- No contesta _____ 9 → Ir a P.36

35- ¿Puede ver la cara de alguien aproximadamente a 4 metros de distancia utilizando sus gafas o lentillas?

- Sí, sin dificultad _____ 1 → Ir a P.37
- Con alguna dificultad _____ 2 → Ir a P.37
- Con dificultad severa _____ 3 → Ir a P.37
- No puede hacerlo _____ 4 → Ir a P.37
- No sabe _____ 8 → Ir a P.37
- No contesta _____ 9 → Ir a P.37

36- ¿Puede ver la cara de alguien aproximadamente a 4 metros de distancia?

- Sí, sin dificultad _____ 1
- Con alguna dificultad _____ 2
- Con dificultad severa _____ 3
- No puede hacerlo _____ 4
- No sabe _____ 8
- No contesta _____ 9

37- ¿Utiliza audífono?

- Sí _____ 1
- No _____ 2 → Ir a P.39
- Soy sordo/a profundo/a _____ 3 → Ir a P.40
- No sabe _____ 8 → Ir a P.39
- No contesta _____ 9 → Ir a P.39

Nota P.37: Entrevistador/a, si el informante es sordo/a marque la opción "Soy sordo/a profundo/a".

38- ¿Puede oír lo que se dice en una conversación con varias personas utilizando su audífono?

- Sí, sin dificultad _____ 1 → Ir a P.40
- Con alguna dificultad _____ 2 → Ir a P.40
- Con dificultad severa _____ 3 → Ir a P.40
- No puede hacerlo _____ 4 → Ir a P.40
- No sabe _____ 8 → Ir a P.40
- No contesta _____ 9 → Ir a P.40

39- ¿Puede oír lo que se dice en una conversación con varias personas?

- Sí, sin dificultad _____ 1
- Con alguna dificultad _____ 2
- Con dificultad severa _____ 3
- No puede hacerlo _____ 4
- No sabe _____ 8
- No contesta _____ 9

M.- SALUD MENTAL Y ESTRÉS LABORAL

40- Ahora nos gustaría saber cómo se ha sentido, en general, durante las últimas semanas. Por favor, conteste a todas las preguntas indicando la respuesta que, a su juicio, mejor puede aplicarse a usted. Recuerde que sólo debe responder sobre los problemas recientes y los que tiene ahora, no sobre los que tuvo en el pasado.

Es importante que intente contestar todas las preguntas.

Entrevistador/a, léale al informante: “Voy a entregarle una tarjeta con las preguntas sobre la frecuencia con la que se ha sentido o encontrado como dice cada pregunta. Cuando le pregunte, dígame sólo el número de su respuesta. Tenga en cuenta que las respuestas no son iguales para todas las preguntas”.

(Entregue la tarjeta Ad.1. Lea una a una cada pregunta y registre el número de la respuesta dada por el entrevistado)

Nota P.40: Entrevistador/a, el concepto “últimas semanas” lo debe interpretar el informante como desee.

	0	1	2	3	8	9
1.- ¿Ha podido concentrarse bien en lo que hacía?	Mejor que lo habitual <input type="radio"/>	Igual que lo habitual <input type="radio"/>	Menos que lo habitual <input type="radio"/>	Mucho menos que lo habitual <input type="radio"/>	No sabe <input type="radio"/>	No contesta <input type="radio"/>
2.- ¿Sus preocupaciones le han hecho perder mucho sueño?	No, en absoluto <input type="radio"/>	No más que lo habitual <input type="radio"/>	Algo más que lo habitual <input type="radio"/>	Mucho más que lo habitual <input type="radio"/>	No sabe <input type="radio"/>	No contesta <input type="radio"/>
3.- ¿Ha sentido que está desempeñando un papel útil en la vida?	Más útil que lo habitual <input type="radio"/>	Igual que lo habitual <input type="radio"/>	Menos útil que lo habitual <input type="radio"/>	Mucho menos útil que lo habitual <input type="radio"/>	No sabe <input type="radio"/>	No contesta <input type="radio"/>
4.- ¿Se ha sentido capaz de tomar decisiones?	Más que lo habitual <input type="radio"/>	Igual que lo habitual <input type="radio"/>	Menos que lo habitual <input type="radio"/>	Mucho menos que lo habitual <input type="radio"/>	No sabe <input type="radio"/>	No contesta <input type="radio"/>
5.- ¿Se ha notado constantemente agobiado y en tensión?	No, en absoluto <input type="radio"/>	No más que lo habitual <input type="radio"/>	Algo más que lo habitual <input type="radio"/>	Mucho más que lo habitual <input type="radio"/>	No sabe <input type="radio"/>	No contesta <input type="radio"/>
6.- ¿Ha tenido la sensación de que no puede superar sus dificultades?	No, en absoluto <input type="radio"/>	No más que lo habitual <input type="radio"/>	Algo más que lo habitual <input type="radio"/>	Mucho más que lo habitual <input type="radio"/>	No sabe <input type="radio"/>	No contesta <input type="radio"/>
7.- ¿Ha sido capaz de disfrutar de sus actividades normales de cada día?	Más que lo habitual <input type="radio"/>	Igual que lo habitual <input type="radio"/>	Menos que lo habitual <input type="radio"/>	Mucho menos que lo habitual <input type="radio"/>	No sabe <input type="radio"/>	No contesta <input type="radio"/>
8.- ¿Ha sido capaz de hacer frente adecuadamente a sus problemas?	Más capaz que lo habitual <input type="radio"/>	Igual que lo habitual <input type="radio"/>	Menos capaz que lo habitual <input type="radio"/>	Mucho menos capaz que lo habitual <input type="radio"/>	No sabe <input type="radio"/>	No contesta <input type="radio"/>
9.- ¿Se ha sentido poco feliz o deprimido?	No, en absoluto <input type="radio"/>	No más que lo habitual <input type="radio"/>	Algo más que lo habitual <input type="radio"/>	Mucho más que lo habitual <input type="radio"/>	No sabe <input type="radio"/>	No contesta <input type="radio"/>
10.- ¿Ha perdido confianza en sí mismo?	No, en absoluto <input type="radio"/>	No más que lo habitual <input type="radio"/>	Algo más que lo habitual <input type="radio"/>	Mucho más que lo habitual <input type="radio"/>	No sabe <input type="radio"/>	No contesta <input type="radio"/>
11.- ¿Ha pensado que usted es una persona que no vale para nada?	No, en absoluto <input type="radio"/>	No más que lo habitual <input type="radio"/>	Algo más que lo habitual <input type="radio"/>	Mucho más que lo habitual <input type="radio"/>	No sabe <input type="radio"/>	No contesta <input type="radio"/>
12.- ¿Se siente razonablemente feliz considerando todas las circunstancias?	Más que lo habitual <input type="radio"/>	Igual que lo habitual <input type="radio"/>	Menos que lo habitual <input type="radio"/>	Mucho menos que lo habitual <input type="radio"/>	No sabe <input type="radio"/>	No contesta <input type="radio"/>

Flujos

Si la persona actualmente no trabaja → Ir a P.43

Introducción P.41: Entrevistador/a, léale al informante: “Las siguientes preguntas van dirigidas a conocer cuáles son las condiciones en que realiza el trabajo”.

41- Globalmente y teniendo en cuenta las condiciones en que realiza su trabajo, indique cómo considera Ud. el nivel de estrés de su trabajo según una escala de 1 (nada estresante) a 7 (muy estresante):

1	2	3	4	5	6	7
---	---	---	---	---	---	---

- No sabe _____ 8
- No contesta _____ 9

42- Teniendo en cuenta las características de su trabajo, indique en qué medida considera su trabajo satisfactorio según una escala de 1 (nada satisfactorio) a 7 (muy satisfactorio):

1	2	3	4	5	6	7
---	---	---	---	---	---	---

- No sabe _____ 8
- No contesta _____ 9

MÓDULO DE ASISTENCIA SANITARIA

N.- UTILIZACIÓN DE SERVICIOS SANITARIOS

Introducción1 P.43: Entrevistador/a, léale al informante: “A continuación voy a hacerle preguntas sobre la utilización de diferentes servicios sanitarios”.

- Consultas médicas

Introducción2 P.43: Entrevistador/a, léale al informante: “Para empezar, quisiera conocer las consultas médicas que usted ha realizado”.

43- ¿Cuánto tiempo hace que realizó la última consulta médica (personalmente o por teléfono) por algún problema, molestia o enfermedad suya?

(No incluya las consultas de estomatología o dentista ni la realización de pruebas diagnósticas como radiografías, análisis, etc., ni las consultas realizadas durante las hospitalizaciones)

- Hace cuatro semanas o menos 1
- Hace más de cuatro semanas y menos de un año 2 → 43b1- ¿Cuántos meses? NS 98 → Ir a P.52
 NC 99
- Hace un año o más 3 → 43b2- ¿Cuántos años? NS 98 → Ir a P.52
 NC 99
- Nunca ha ido al médico 4 → Ir a P.52

44- En las últimas cuatro semanas, ¿ha consultado con un médico de familia o con un médico general por algún problema, molestia o enfermedad suya?

- Sí 1 → 44b- ¿Cuántas veces? NS 98 NC 99
- No 6
- No sabe 8
- No contesta 9

45- Y con un especialista, ¿ha consultado en las últimas cuatro semanas por algún problema, molestia o enfermedad suya?

- Sí _____ 1 → 45b- ¿Cuántas veces? NS 98 NC 99
- No _____ 6
- No sabe _____ 8
- No contesta _____ 9

Flujos

Si P.44 = 6, 8 ó 9 o P45 = 6, 8 ó 9 → Ir a P.47

46- El último médico que consultó, ¿era médico de familia/general o era especialista?

- Médico de familia o médico general ___ 1
- Especialista _____ 2
- No sabe _____ 8
- No contesta _____ 9

47- ¿Dónde tuvo lugar la última consulta realizada durante las últimas cuatro semanas?

- Centro de Salud/Consultorio _____ 01
- Ambulatorio/Centro de especialidades _____ 02
- Consulta externa de un hospital _____ 03
- Servicio de Urgencias no hospitalario _____ 04 → Ir a P.51
- Servicio de Urgencias de un hospital _____ 05 → Ir a P.51
- Consulta de médico de una sociedad _____ 06
- Consulta de médico particular _____ 07
- Empresa o lugar de trabajo _____ 08
- Domicilio del entrevistado _____ 09
- Consulta telefónica _____ 10
- Otro lugar _____ 11
- No sabe _____ 98
- No contesta _____ 99

48- ¿Cuál fue el motivo principal de esta última consulta?

- Diagnóstico de una enfermedad o problema de salud ____ 1
- Un accidente o agresión _____ 2 →Ir a P.50
- Revisión _____ 3 →Ir a P.50
- Sólo dispensación de recetas _____ 4 →Ir a P.50
- Parte de baja, confirmación o alta _____ 5 →Ir a P.50
- Otros motivos _____ 6 →Ir a P.50
- No sabe _____ 8 →Ir a P.50
- No contesta _____ 9 →Ir a P.50

49- Y esta última vez, ¿cuánto tiempo pasó desde que empezó a notarse enfermo/a o sintió que tenía algún problema de salud hasta que pidió cita para consulta?

- Meses _____
- Días _____
- Horas _____
- No sabe _____ 98
- No contesta _____ 99

50- Y también esta última vez, ¿cuánto tiempo pasó desde que pidió la cita hasta que le vio el médico?

- Meses _____
- Días _____
- Horas _____
- No sabe _____ 98
- No contesta _____ 99

51- El médico al que acudió en esta última consulta realizada era de:

- Sanidad Pública (Seguridad Social) _____ 1
- Sociedad médica _____ 2
- Consulta privada _____ 3
- Otros (médico de empresa, etc.) _____ 4
- No sabe _____ 8
- No contesta _____ 9

52- Durante los últimos 12 meses, es decir, desde (fecha de hace un año), ¿ha visitado para usted mismo/a un...?

	Sí	No	No sabe	No contesta
Laboratorio de análisis	<input type="checkbox"/> 1	<input type="checkbox"/> 6	<input type="checkbox"/> 8	<input type="checkbox"/> 9
Centro o servicio de radiología	<input type="checkbox"/> 1	<input type="checkbox"/> 6	<input type="checkbox"/> 8	<input type="checkbox"/> 9
Fisioterapeuta	<input type="checkbox"/> 1	<input type="checkbox"/> 6	<input type="checkbox"/> 8	<input type="checkbox"/> 9
Enfermera/o, matrona (excluyendo las hospitalizaciones, atención domiciliaria, o en un laboratorio médico o centro de radiología)	<input type="checkbox"/> 1	<input type="checkbox"/> 6	<input type="checkbox"/> 8	<input type="checkbox"/> 9
Psicólogo o psicoterapeuta	<input type="checkbox"/> 1	<input type="checkbox"/> 6	<input type="checkbox"/> 8	<input type="checkbox"/> 9

53- Durante los últimos 12 meses, es decir, desde (fecha de hace un año), ¿se ha realizado alguna de las siguientes pruebas?

	Sí	No	No sabe	No contesta
Radiografía	<input type="checkbox"/> 1	<input type="checkbox"/> 6	<input type="checkbox"/> 8	<input type="checkbox"/> 9
TAC o escáner	<input type="checkbox"/> 1	<input type="checkbox"/> 6	<input type="checkbox"/> 8	<input type="checkbox"/> 9
Ecografía	<input type="checkbox"/> 1	<input type="checkbox"/> 6	<input type="checkbox"/> 8	<input type="checkbox"/> 9
Resonancia magnética	<input type="checkbox"/> 1	<input type="checkbox"/> 6	<input type="checkbox"/> 8	<input type="checkbox"/> 9

54- Durante los últimos 12 meses, es decir, desde (fecha de hace un año), ¿ha visitado para usted mismo/a a un...?

	Sí	No	No sabe	No contesta
Homeópata	<input type="checkbox"/> 1	<input type="checkbox"/> 2	<input type="checkbox"/> 8	<input type="checkbox"/> 9
Acupuntor	<input type="checkbox"/> 1	<input type="checkbox"/> 2	<input type="checkbox"/> 8	<input type="checkbox"/> 9
Naturista	<input type="checkbox"/> 1	<input type="checkbox"/> 2	<input type="checkbox"/> 8	<input type="checkbox"/> 9
Otro profesional de medicina alternativa (osteópata, quiropráctico...)	<input type="checkbox"/> 1	<input type="checkbox"/> 2	<input type="checkbox"/> 8	<input type="checkbox"/> 9

55- Durante los últimos 12 meses, es decir, desde (fecha de hace un año), ¿ha utilizado personalmente alguno de los siguientes servicios asistenciales?

	Sí	No	No sabe	No contesta
Atención domiciliaria prestada por una enfermera o matrona	<input type="checkbox"/> 1	<input type="checkbox"/> 2	<input type="checkbox"/> 8	<input type="checkbox"/> 9
Ayuda domiciliaria para las tareas domésticas o para las personas mayores	<input type="checkbox"/> 1	<input type="checkbox"/> 2	<input type="checkbox"/> 8	<input type="checkbox"/> 9
Comidas a domicilio para personas mayores	<input type="checkbox"/> 1	<input type="checkbox"/> 2	<input type="checkbox"/> 8	<input type="checkbox"/> 9
Servicios especiales de transporte a domicilio para acudir a un servicio médico, a un hospital de día, actividades recreativas...	<input type="checkbox"/> 1	<input type="checkbox"/> 2	<input type="checkbox"/> 8	<input type="checkbox"/> 9
Otros servicios de asistencia domiciliaria	<input type="checkbox"/> 1	<input type="checkbox"/> 2	<input type="checkbox"/> 8	<input type="checkbox"/> 9

Nota P.55: La opción "Comidas a domicilio para personas mayores" solo se preguntará si el adulto seleccionado es mayor de 65 años.

59- ¿Cuál es el estado de sus dientes y muelas?

	<u>SI</u>	<u>NO</u>	<u>NS</u>	<u>NC</u>
• Tiene caries _____	<input type="checkbox"/> 1	<input type="checkbox"/> 6	<input type="checkbox"/> 8	<input type="checkbox"/> 9
• Le han extraído dientes/muelas _____	<input type="checkbox"/> 1	<input type="checkbox"/> 6	<input type="checkbox"/> 8	<input type="checkbox"/> 9
• Tiene dientes/muelas empastados (obturados) _____	<input type="checkbox"/> 1	<input type="checkbox"/> 6	<input type="checkbox"/> 8	<input type="checkbox"/> 9
• Le sangran las encías al cepillarse o espontáneamente _____	<input type="checkbox"/> 1	<input type="checkbox"/> 6	<input type="checkbox"/> 8	<input type="checkbox"/> 9
• Se le mueven los dientes/muelas _____	<input type="checkbox"/> 1	<input type="checkbox"/> 6	<input type="checkbox"/> 8	<input type="checkbox"/> 9
• Lleva fundas (coronas), puentes, otro tipo de prótesis o dentadura postiza _____	<input type="checkbox"/> 1	<input type="checkbox"/> 6	<input type="checkbox"/> 8	<input type="checkbox"/> 9
• Le faltan dientes/muelas que no han sido sustituidos por prótesis _____	<input type="checkbox"/> 1	<input type="checkbox"/> 6	<input type="checkbox"/> 8	<input type="checkbox"/> 9
• Tiene o conserva todos sus dientes/muelas naturales _____	<input type="checkbox"/> 1	<input type="checkbox"/> 6	<input type="checkbox"/> 8	<input type="checkbox"/> 9

O.- HOSPITALIZACIONES, URGENCIAS Y SEGURO SANITARIO

- Hospitalizaciones (últimos 12 meses)

Introducción P.60: Entrevistador/a, léale al informante: “Las siguientes preguntas tratan sobre sus posibles ingresos en hospitales”.

60- Durante los últimos doce meses, ¿ha tenido que ingresar en un hospital como paciente al menos durante una noche?

- Sí _____ 1
- No _____ 6 → Ir a P.68

61- ¿Cuántas veces ha estado hospitalizado/a en estos últimos doce meses?

Nº de veces _____ **NS** 98 **NC** 99

62- En relación a su último ingreso hospitalario ocurrido en los últimos doce meses, ¿cuántos días estuvo ingresado/a en el hospital?

Nº de días | _ _ _ |

NS 998 NC 999

63- En relación también a este último ingreso hospitalario, ¿cuál fue el motivo de su ingreso en el hospital?

- Intervención quirúrgica _____ 1
- Estudio médico para diagnóstico _____ 2
- Tratamiento médico sin intervención quirúrgica _____ 3
- Parto (incluye cesárea) _____ 4 → Ir a P.66
- Otros motivos _____ 5
- No sabe _____ 8
- No contesta _____ 9

64- ¿Estuvo en lista de espera por este motivo?

- Sí _____ 1
- No _____ 6 → Ir a P.66
- No sabe _____ 8 → Ir a P.66
- No contesta _____ 9 → Ir a P.66

65- ¿Cuánto tiempo en meses estuvo en lista de espera desde que le dijeron que tenía que ingresar?

Nº de meses _ _

NS 98 NC 99

Nota P.65: Entrevistador/a, si el tiempo que estuvo en lista de espera fue menos de un mes anote 00.

66- En relación a su último ingreso hospitalario, ¿cuál fue la forma de ingreso?

- A través del servicio de urgencias _____ 1
- Ingreso ordinario (no por urgencias) _____ 2
- No sabe _____ 8
- No contesta _____ 9

67- ¿A cargo de quién corrieron los gastos de su hospitalización?

- Sanidad Pública (Seguridad Social) _____ 1
- Mutuality obligatoria (MUFACE, ISFAS, etc.) _____ 2
- Sociedad médica privada _____ 3
- A su propio cargo o de su hogar _____ 4
- A cargo de otras personas, organismos o instituciones _____ 5
- No sabe _____ 8
- No contesta _____ 9

68- Durante los últimos doce meses, desde el (fecha de hace un año) ¿ha sido usted atendido/a en un "Hospital de día" para una intervención, tratamiento o hacerse alguna prueba, es decir, permaneciendo durante todo o parte del día pero sin tener que pasar allí la noche?

(Incluya ingresos en cama o sillón-cama, no incluya estancias en urgencias ni en observación)

- Sí _____ 1
- No _____ 6 → Ir a P.71
- No sabe _____ 8 → Ir a P.71
- No contesta _____ 9 → Ir a P.71

69- ¿Cuántos días ha tenido que acudir a un hospital de día, sin tener que pasar la noche, desde el (fecha de hace un año)?

Nº de días | _ _ _ | NS 998 NC 999

70- ¿Cuál fue la razón del último ingreso que haya tenido en el Hospital de día?

- Un tratamiento _____ 1
- Una intervención quirúrgica _____ 2
- Otros motivos _____ 3
- No sabe _____ 8
- No contesta _____ 9

- Servicios de urgencia (últimos 12 meses)

Introducción P.71: Entrevistador/a, léale al informante: “Para terminar este apartado, voy a preguntarle ahora por su posible utilización de los servicios de urgencias”.

71- En estos últimos doce meses, ¿ha tenido que utilizar algún servicio de urgencias por algún problema o enfermedad?

- Sí _____ 1
- No _____ 6 → Ir a P.78

72- Y en total, ¿cuántas veces tuvo que utilizar un servicio de urgencias en estos doce meses?

Nº de veces **NS** 98 **NC** 99

73.- ¿Dónde fue atendido/a la última vez?

- En el lugar donde se encontraba (domicilio, lugar de trabajo, etc.) _____
- En una unidad móvil _____
- En un centro o servicio de urgencias _____
- No sabe _____
- No contesta _____

Nota P.73: Entrevistador/a, se admite respuesta múltiple.

74- La última vez que utilizó un servicio de urgencias, ¿cuánto tiempo pasó desde que empezó a notarse enfermo/a o sintió que tenía algún problema de salud hasta que pidió asistencia?

- Días _____
- Horas _____
- Minutos _____
- No sabe _____ 98
- No contesta _____ 99

75- Y también esta última vez que utilizó un servicio de urgencias, ¿cuánto tiempo pasó desde que pidió asistencia hasta que fue atendido/a?

- Minutos _____
- Horas _____
- No sabe _____ 98
- No contesta _____ 99

Nota P.75: Entrevistador/a, si la asistencia fue inmediata anotar 00 en horas y en minutos.

76- Y también esta última vez que utilizó un servicio de urgencias en estos doce últimos meses, ¿qué tipo de servicio utilizó?

- Hospital de la Sanidad Pública (Seguridad Social) _____ 1
- Centro o servicio de urgencias no hospitalario de la Sanidad Pública (Seguridad Social). Por ejemplo, centro de salud, ambulatorio, etc. _____ 2 → Ir a P.78
- Sanatorio, hospital o clínica privada _____ 3 → Ir a P.78
- Servicio privado de urgencias _____ 4 → Ir a P.78
- Casa de socorro o servicio de urgencias del Ayuntamiento _____ 5 → Ir a P.78
- Otro tipo de servicio _____ 6 → Ir a P.78
- No sabe _____ 8 → Ir a P.78
- No contesta _____ 9 → Ir a P.78

77- ¿Por qué fue a un servicio de urgencias?

- Porque el médico se lo mandó _____ 1
- Porque usted, sus familiares u otras personas lo consideraron necesario _____ 2
- No sabe _____ 8
- No contesta _____ 9

- Necesidad de asistencia médica**78.- En los últimos 12 meses, ¿alguna vez ha necesitado asistencia médica y no la ha recibido?**

- Sí _____ 1
- No _____ 6 → Ir a P.80
- No sabe _____ 8 → Ir a P.80
- No contesta _____ 9 → Ir a P.80

79- ¿Cuál ha sido la causa principal por la que no ha recibido esa asistencia?

Nota P.79: Entrevistador/a, no se leen las opciones. Señale aquella que le facilite espontáneamente, siempre que coincida con alguna de las incluidas en las opciones 1 a 6. Si la respuesta no coincide con ninguna de estas opciones, señale la alternativa 7 "Otras razones".

- No me lo podía permitir (demasiado caro o no cubierto por el seguro) _____ 1
- Había que esperar demasiado _____ 2
- No disponía de tiempo debido al trabajo, al cuidado de los niños o de otras personas _____ 3
- Demasiado lejos para viajar/sin medios de transporte _____ 4
- Miedo al médico/hospitales/exploraciones médicas/tratamiento _____ 5
- Quise esperar y ver si el problema mejoraba por sí solo _____ 6
- Otras razones _____ 7
- No sabe _____ 8
- No contesta _____ 9

- Seguro Sanitario

80- ¿Podría decirme ahora de cuál/cuáles de las siguientes modalidades de Seguro Sanitario (público y/o privado) es Vd. titular o beneficiario/a?

- Sanidad Pública (Seguridad Social) _____
- Mutualidades del Estado (MUFACE, ISFAS, MUGEJU) acogidas a la Seguridad Social _____
- Mutualidades del Estado (MUFACE, ISFAS, MUGEJU) acogidas a un seguro privado _____
- Seguro médico privado, concertado individualmente (sociedades médicas, Colegios Profesionales, etc.) _____
- Seguro médico concertado por la empresa _____
- No tengo seguro médico _____
- Otras situaciones _____
- No sabe _____
- No contesta _____

Nota P.80: Entrevistador/a, anote como máximo dos respuestas, las que el informante considere prioritarias.

P.- CONSUMO DE MEDICAMENTOS

Introducción P.81: Entrevistador/a, léale al informante: “Ahora le voy a preguntar sobre los medicamentos que ha consumido en las dos últimas semanas”.

81a- (Hombre) Durante las últimas dos semanas, ¿ha consumido algún medicamento, independientemente de que se lo recetara el médico o no? Por favor, tenga en cuenta también suplementos dietéticos y vitaminas.

81b- (Mujer) Durante las últimas dos semanas, ¿ha consumido algún medicamento, independientemente de que se lo recetara el médico o no? Por favor, tenga en cuenta también suplementos dietéticos, vitaminas, pastillas anticonceptivas y otros medicamentos hormonales.

- Sí _____ 1
- No _____ 6 → Ir a P.84

82- A continuación voy a leerle una lista de tipos de medicamentos, por favor dígame ¿cuál o cuáles de ellos ha consumido en las últimas dos semanas y cuáles le fueron recetados por el médico?

Nota P.82: Entrevistador/a, léale al informante la lista de medicamentos y pregúntele, para cada uno de ellos, si los ha consumido o no en las últimas dos semanas y, en caso afirmativo, si le fueron o no recetados por algún médico. Para cada medicamento que haya consumido debe cumplimentar la columna **Recetado**.

	Consumido				Recetado			
	SI	NO	NS	NC	SI	NO	NS	NC
1. Medicinas para el catarro, gripe, garganta, bronquios _____	<input type="checkbox"/>							
2. Medicinas para el dolor _____	<input type="checkbox"/>							
3. Medicinas para bajar la fiebre _____	<input type="checkbox"/>							
4. Reconstituyentes como vitaminas, minerales, tónicos _____	<input type="checkbox"/>							
5. Laxantes _____	<input type="checkbox"/>							
6. Antibióticos _____	<input type="checkbox"/>							
7. Tranquilizantes, relajantes, pastillas para dormir _____	<input type="checkbox"/>							
8. Medicamentos para la alergia _____	<input type="checkbox"/>							
9. Medicamentos para la diarrea _____	<input type="checkbox"/>							
10. Medicinas para el reuma _____	<input type="checkbox"/>							
11. Medicinas para el corazón _____	<input type="checkbox"/>							
12. Medicinas para la tensión arterial _____	<input type="checkbox"/>							
13. Medicinas para el estómago y/o las alteraciones digestivas _____	<input type="checkbox"/>							
14. Antidepresivos, estimulantes _____	<input type="checkbox"/>							
15. Píldoras para no quedar embarazada (solo para mujeres) _____	<input type="checkbox"/>							
16. Hormonas para la menopausia (solo para mujeres) _____	<input type="checkbox"/>							
17. Medicamentos para adelgazar _____	<input type="checkbox"/>							
18. Medicamentos para bajar el colesterol _____	<input type="checkbox"/>							
19. Medicamentos para la diabetes _____	<input type="checkbox"/>							
20. Medicamentos para el tiroides _____	<input type="checkbox"/>							
21. Otros medicamentos _____	<input type="checkbox"/>							

83.- Por favor, dígame también si ha consumido en las últimas dos semanas...

	SI	NO	NS	NC
• Productos homeopáticos _____	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
• Productos naturistas _____	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

Q.- PRÁCTICAS PREVENTIVAS

- Prácticas preventivas generales

84- ¿Se ha vacunado de la gripe en la última campaña?

- Sí _____ 1
- No _____ 6 → Ir a P.86

85- ¿Quién le indicó que se vacunara?

- Un profesional sanitario, por su edad _____ 1
- Un profesional sanitario, por sus enfermedades _____ 2
- Un profesional sanitario, por otras razones _____ 3
- Le vacunan en la empresa/centro de estudio _____ 4
- Solicitó la vacuna porque prefiere estar vacunado/a _____ 5
- Otros _____ 6
- No sabe _____ 8
- No contesta _____ 9

86- Ahora me gustaría preguntarle sobre la tensión arterial. ¿Le ha tomado la tensión alguna vez un profesional sanitario, excluyendo las tomas de tensión en farmacias?

- Sí _____ 1
- No _____ 6 → Ir a P.88
- No sabe _____ 8 → Ir a P.88
- No contesta _____ 9 → Ir a P.88

87- La última vez que le tomaron la tensión fue:

- En los últimos 12 meses _____ 1
- Hace más de 1 año pero no más de 2 años _____ 2
- Hace más de 2 años pero no más de 5 años _____ 3
- Hace más de 5 años _____ 4
- No sabe _____ 8
- No contesta _____ 9

88- Las siguientes preguntas son sobre colesterol. ¿Le han medido alguna vez su nivel de colesterol por prescripción médica, excluyendo las mediciones en farmacias?

- Sí _____ 1
- No _____ 6 → Ir a P.90
- No sabe _____ 8 → Ir a P.90
- No contesta _____ 9 → Ir a P.90

89- La última vez que se lo midieron fue:

- En los últimos 12 meses _____ 1
- Hace más de 1 año pero no más de 5 años _____ 2
- Hace más de 5 años _____ 3
- No sabe _____ 8
- No contesta _____ 9

90- Las siguientes preguntas hacen referencia a la prueba de sangre oculta en heces. ¿Alguna vez le han hecho una prueba de sangre oculta en heces?

- Sí _____ 1
- No _____ 6 → Ir a P.93 (mujeres)
Ir a P.102 (hombres)
- No sabe _____ 8 → Ir a P.93 (mujeres)
Ir a P.102 (hombres)
- No contesta _____ 9 → Ir a P.93 (mujeres)
Ir a P.102 (hombres)

91- ¿Cuándo fue la última vez que le hicieron una prueba de sangre oculta en heces?

- En los últimos 12 meses _____ 1
- Hace más de 1 año pero no más de 2 años _____ 2
- Hace más de 2 años pero no más de 3 años _____ 3
- Hace más de 3 años _____ 4
- **No sabe** _____ 8
- **No contesta** _____ 9

92- ¿Cuál de las siguientes fue la principal razón por la que se hizo esta última prueba de sangre oculta en heces?

- Por algún problema, síntoma o enfermedad _____ 1
- Por consejo de su médico de atención primaria o especialista, aunque no tenía ningún problema _____ 2
- Porque recibió una carta, le llamaron por teléfono o le dijeron en su centro de salud que si se quería hacer esta prueba _____ 3
- Otras razones _____ 4
- **No sabe** _____ 8
- **No contesta** _____ 9

Si el adulto seleccionado es hombre → Ir a P.102

- Prácticas preventivas de la mujer

93- ¿Ha acudido alguna vez a una consulta de ginecología?

- Sí _____ 1
- No _____ 6 → Ir a P.96

94- ¿Cuándo ha efectuado la última visita a una consulta de ginecología por algún motivo distinto a los relacionados con el embarazo o parto?

- Hace menos de 6 meses _____ 1
- Entre 6 meses y 1 año _____ 2
- Entre 1 y 3 años _____ 3
- Hace más de 3 años _____ 4
- Nunca ha ido por motivos diferentes al embarazo o parto ____ 5 → Ir a P.96
- No sabe _____ 8
- No contesta _____ 9

95- ¿Podría decirme el motivo de la última consulta (que no sea embarazo/parto)?

- Algún problema ginecológico (enfermedad, molestias) _____ 1
- Orientación/planificación familiar _____ 2
- Revisión periódica _____ 3
- Otros motivos _____ 4
- No sabe _____ 8
- No contesta _____ 9

96- ¿Le han hecho alguna vez una mamografía (radiografía de mama)?

- Sí _____ 1
- No _____ 6 → Ir a P.99
- No sabe _____ 8 → Ir a P.99
- No contesta _____ 9 → Ir a P.99

97- ¿Cuándo fue la última vez que le hicieron una mamografía (radiografía de mama)?

- En los últimos 12 meses _____ 1
- Hace más de 1 año pero menos de 2 años _____ 2
- Hace más de 2 años pero menos de 3 años _____ 3
- Hace más de 3 años _____ 4
- No sabe _____ 8
- No contesta _____ 9

98- ¿Cuál de las siguientes fue la principal razón por la que se hizo esta última mamografía?

- Por algún problema, síntoma o enfermedad _____ 1
- Por consejo de su médico de atención primaria o especialista, aunque no tenía ningún problema _____ 2
- Porque recibió una carta, le llamaron por teléfono o le dijeron en su centro de salud que si se quería hacer esta prueba _____ 3
- Otras razones _____ 4
- No sabe _____ 8
- No contesta _____ 9

99- ¿Le han hecho alguna vez una citología vaginal (muestra de células)?

- Sí _____ 1
- No _____ 6 → Ir a P.102
- No sabe _____ 8 → Ir a P.102
- No contesta _____ 9 → Ir a P.102

100.- ¿Cuándo fue la última vez que le hicieron una citología vaginal?

- Hace 3 años o menos de 3 años _____ 1
- Hace más de 3 años pero no más de 5 años _____ 2
- Hace más de 5 años _____ 3
- No sabe _____ 8
- No contesta _____ 9

101- ¿Cuál de las siguientes fue la principal razón por la que se hizo esta última citología?

- Por algún problema, síntoma o enfermedad _____ 1
- Por consejo de su médico de atención primaria o especialista, aunque no tenía ningún problema _____ 2
- Porque recibió una carta, le llamaron por teléfono o le dijeron en su centro de salud que si se quería hacer esta prueba _____ 3
- Otras razones _____ 4
- No sabe _____ 8
- No contesta _____ 9

MÓDULO DE DETERMINANTES DE LA SALUD

R.- CARACTERÍSTICAS FÍSICAS

Introducción P.102: Entrevistador/a, léale al informante: “Ahora le voy a hacer unas preguntas sobre su talla y su peso”.

102- ¿Podría decirme cuánto pesa, aproximadamente, sin zapatos ni ropa?

Peso en kg → | _ _ _ | NS 998 NC 999

103- ¿Y cuánto mide, aproximadamente, sin zapatos?

Altura en cm → | _ _ _ | NS 998 NC 999

104- Y, en relación a su estatura, diría que su peso es:

- Bastante mayor de lo normal _____ 1
- Algo mayor de lo normal _____ 2
- Normal _____ 3
- Menor de lo normal _____ 4
- No sabe _____ 8
- No contesta _____ 9

HÁBITOS DE VIDA

Introducción1 P.105: Entrevistador/a, léale al informante: “Las siguientes preguntas se refieren a hábitos de vida relacionados con la salud”.

S.- CONSUMO DE TABACO

Introducción2 P.105: Entrevistador/a, léale al informante: “Para comenzar, le preguntaré sobre el consumo de tabaco”.

105- ¿Podría decirme si actualmente fuma?

- Sí, fuma diariamente _____ 1
- Sí fuma, pero no diariamente _____ 2 → Ir a P.117
- No fuma actualmente, pero ha fumado antes _____ 3 → Ir a P.111
- No fuma, ni ha fumado nunca de manera habitual _____ 4 → Ir a P.117
- No sabe _____ 8 → Ir a P.117
- No contesta _____ 9 → Ir a P.117

PARA PERSONAS QUE FUMAN A DIARIO

106- ¿Qué tipo de tabaco fuma a diario?

- Cigarrillos _____
- Tabaco de pipa _____
- Puros _____
- No sabe _____ → Ir a P.107
- No contesta _____ → Ir a P.107

Nota P.106: Entrevistador/a, se admite respuesta múltiple.

106b- Por término medio, ¿cuántas unidades fuma usted al día?

- | | | | | | |
|-------------------------|----|----|-----------------------------|----|-----------------------------|
| • Número de cigarrillos | __ | NS | <input type="checkbox"/> 98 | NC | <input type="checkbox"/> 99 |
| • Número de pipas | __ | NS | <input type="checkbox"/> 98 | NC | <input type="checkbox"/> 99 |
| • Número de puros | __ | NS | <input type="checkbox"/> 98 | NC | <input type="checkbox"/> 99 |

107- ¿A qué edad empezó a fumar?

Edad en años | __ | NS 98 NC 99

108- ¿Diría que fuma ahora más, menos o igual que hace dos años?

- Más _____ 1
- Menos _____ 2
- Igual _____ 3
- No sabe _____ 8
- No contesta _____ 9

Nota P.108: Entrevistador/a, no se leen las opciones.

109.- En el momento actual, ¿está pensando dejar de fumar?

- Sí, en el plazo de 1 mes _____ 1
- Sí, en los próximos 6 meses _____ 2
- No _____ 3
- No sabe _____ 8
- No contesta _____ 9

110.- Durante los últimos 12 meses, ¿cuántos intentos serios de dejar de fumar ha realizado en los que consiguiera estar al menos 24 horas sin fumar?

Desplegable: 0, 1, 2, 3, 4, 5 o más → Ir a P.117

NS 8 NC 9 → Ir a P.117

PARA PERSONAS QUE NO FUMAN ACTUALMENTE, PERO HAN FUMADO ANTES

111- ¿A qué edad comenzó a fumar?

Edad en años | _ _ | NS 98 NC 99

112- ¿Cuánto tiempo hace que dejó de fumar?

- Años _____
- Meses _____
- No sabe _____ 98
- No contesta _____ 99

113- ¿Cuáles fueron los dos principales motivos que le llevaron a tomar esa decisión?

- Se lo aconsejó el médico _____
- Sentía molestias por causa del tabaco _____
- Aumentó su grado de preocupación por los efectos nocivos del tabaco (riesgo para la salud) _____
- Embarazo _____
- Sentía que disminuía su rendimiento psíquico y/o físico, en general _____
- Otros motivos (especificar): _____ → 113b- Especificar: | _____ |
- No sabe _____
- No contesta _____

Nota P.113: Entrevistador/a, puede señalar 2 opciones como máximo.

114- ¿Le ayudó algún profesional sanitario a dejar de fumar?

- Sí, en atención primaria, centro de salud (médico de familia, médico general, personal de enfermería...) _____ 1
- Sí, un especialista (neumólogo, cardiólogo, internista...) _____ 2
- Sí, un médico del centro médico de mi empresa _____ 3
- Sí, otros profesionales sanitarios _____ 4
- No me ayudó ningún profesional sanitario a dejar de fumar _____ 5
- No sabe _____ 8
- No contesta _____ 9

115- ¿Utilizó algún tratamiento para dejar de fumar?

- Chicles o parches de nicotina _____
- Medicamentos recetados por el médico (bupropion, vareniclina, ansiolíticos...) _____
- Terapia psicológica _____
- Acupuntura, homeopatía, hipnosis _____
- Otros _____
- No utilicé ningún tratamiento _____
- No sabe _____
- No contesta _____

Nota P.115: **Entrevistador/a**, se admite respuesta múltiple.

116- ¿Qué tipo de tabaco fumaba al día?

- Cigarrillos _____
- Tabaco de pipa _____
- Puros _____
- No sabe _____ → Ir a P.117
- No contesta _____ → Ir a P.117

116b- Por término medio, ¿cuántas unidades fumaba usted al día?

- Número de cigarrillos **NS** **98** **NC** **99**
- Número de pipas **NS** **98** **NC** **99**
- Número de puros **NS** **98** **NC** **99**

EXPOSICIÓN AL HUMO DEL TABACO

117- ¿Con qué frecuencia está expuesto/a al humo del tabaco dentro de su casa? Considere solo aquellas situaciones en las que son otras personas las que están fumando.

- Nunca o casi nunca _____ 1
- Menos de una hora al día _____ 2
- Entre 1 y 5 horas al día _____ 3
- Más de 5 horas al día _____ 4
- No sabe _____ 8
- No contesta _____ 9

118- ¿Con qué frecuencia está expuesto/a al humo del tabaco en medios de transporte y lugares públicos cerrados (bares, restaurantes, centros comerciales, transporte público, etc.)?

- Nunca o casi nunca _____ 1
- Menos de 1 hora al día _____ 2
- Entre 1 y 5 horas al día _____ 3
- Más de 5 horas al día _____ 4
- No sabe _____ 8
- No contesta _____ 9

Flujos

Si el adulto seleccionado trabaja → Ir a P.119

Si el adulto seleccionado no trabaja → Ir a P.120

119- ¿Con qué frecuencia está expuesto/a al humo de tabaco en las áreas cerradas de su lugar de trabajo?

- Nunca o casi nunca _____ 1
- Menos de una hora al día _____ 2
- Entre 1 y 5 horas al día _____ 3
- Más de 5 horas al día _____ 4
- No es aplicable (no trabajo en un lugar cerrado) _____ 5
- No sabe _____ 8
- No contesta _____ 9

T.- CONSUMO DE ALCOHOL

120- Ahora quisiera hacerle unas preguntas respecto al consumo de bebidas alcohólicas, es decir, cualquier tipo de bebida que contenga alcohol, independientemente de su graduación. ¿Ha tomado Vd. en estas últimas dos semanas alguna bebida alcohólica?

- Sí _____ 1 → Ir a P.123
- No _____ 6
- No sabe _____ 8
- No contesta _____ 9

121- ¿Ha tomado Vd. en los últimos 12 meses alguna bebida alcohólica?

- Sí _____ 1 → Ir a P.123
- No _____ 6
- No sabe _____ 8
- No contesta _____ 9

122- ¿Ha tomado Vd. en alguna ocasión alguna bebida alcohólica?

- Sí _____ 1 → Ir a P.125
- No _____ 6 → Ir a P.127
- No sabe _____ 8 → Ir a P.127
- No contesta _____ 9 → Ir a P.127

123- Durante los últimos 12 meses, ¿con qué frecuencia ha tomado bebidas alcohólicas de cualquier tipo (es decir, cerveza, vino, licores, bebidas destiladas y combinados u otras bebidas alcohólicas)?

- Todos los días _____ 1
- De 3 a 6 veces a la semana _____ 2
- De 1 a 2 veces a la semana _____ 3
- De 2 a 3 veces al mes _____ 4
- Una vez al mes o menos _____ 5 → Ir a P.125
- No sabe _____ 8
- No contesta _____ 9

124- Durante los últimos 12 meses, en una semana en que desarrolló usted su actividad habitual, ¿cuántas bebidas que contengan alcohol consumió a lo largo de la semana?

	Cervezas con alcohol	Vinos, Cava	Vermuts, fino, jerez	Licores, anís, pacharán	Whisky, coñac, combinados ...	Bebidas 'locales' sidra, carajillo
Lunes	<input type="checkbox"/> Cervezas	<input type="checkbox"/> Vasos, copas	<input type="checkbox"/> Copas	<input type="checkbox"/> Copas	<input type="checkbox"/> Copas	<input type="checkbox"/> Vasos, copas
Martes	<input type="checkbox"/> Cervezas	<input type="checkbox"/> Vasos, copas	<input type="checkbox"/> Copas	<input type="checkbox"/> Copas	<input type="checkbox"/> Copas	<input type="checkbox"/> Vasos, copas
Miércoles	<input type="checkbox"/> Cervezas	<input type="checkbox"/> Vasos, copas	<input type="checkbox"/> Copas	<input type="checkbox"/> Copas	<input type="checkbox"/> Copas	<input type="checkbox"/> Vasos, copas
Jueves	<input type="checkbox"/> Cervezas	<input type="checkbox"/> Vasos, copas	<input type="checkbox"/> Copas	<input type="checkbox"/> Copas	<input type="checkbox"/> Copas	<input type="checkbox"/> Vasos, copas
Viernes	<input type="checkbox"/> Cervezas	<input type="checkbox"/> Vasos, copas	<input type="checkbox"/> Copas	<input type="checkbox"/> Copas	<input type="checkbox"/> Copas	<input type="checkbox"/> Vasos, copas
Sábado	<input type="checkbox"/> Cervezas	<input type="checkbox"/> Vasos, copas	<input type="checkbox"/> Copas	<input type="checkbox"/> Copas	<input type="checkbox"/> Copas	<input type="checkbox"/> Vasos, copas
Domingo	<input type="checkbox"/> Cervezas	<input type="checkbox"/> Vasos, copas	<input type="checkbox"/> Copas	<input type="checkbox"/> Copas	<input type="checkbox"/> Copas	<input type="checkbox"/> Vasos, copas

	Cervezas con alcohol	Vinos, Cava	Vermuts, fino, jerez	Licores, anís, pacharán	Whisky, coñac, combinados ...	Bebidas 'locales' sidra, carajillo
Lunes	<input checked="" type="checkbox"/> Cervezas	<input type="checkbox"/> Vasos, copas	<input type="checkbox"/> Copas	<input checked="" type="checkbox"/> Copas	<input type="checkbox"/> Copas	<input type="checkbox"/> Vasos, copas
Martes	<input checked="" type="checkbox"/> Cervezas	<input type="checkbox"/> Vasos, copas	<input type="checkbox"/> Copas	<input checked="" type="checkbox"/> Copas	<input type="checkbox"/> Copas	<input type="checkbox"/> Vasos, copas
Miércoles	<input checked="" type="checkbox"/> Cervezas	<input type="checkbox"/> Vasos, copas	<input type="checkbox"/> Copas	<input checked="" type="checkbox"/> Copas	<input type="checkbox"/> Copas	<input type="checkbox"/> Vasos, copas
Jueves	<input checked="" type="checkbox"/> Cervezas	<input type="checkbox"/> Vasos, copas	<input type="checkbox"/> Copas	<input checked="" type="checkbox"/> Copas	<input type="checkbox"/> Copas	<input type="checkbox"/> Vasos, copas
Viernes	<input checked="" type="checkbox"/> Cervezas	<input type="checkbox"/> Vasos, copas	<input type="checkbox"/> Copas	<input checked="" type="checkbox"/> Copas	<input type="checkbox"/> Copas	<input type="checkbox"/> Vasos, copas
Sábado	<input checked="" type="checkbox"/> Cervezas	<input type="checkbox"/> Vasos, copas	<input type="checkbox"/> Copas	<input checked="" type="checkbox"/> Copas	<input type="checkbox"/> Copas	<input type="checkbox"/> Vasos, copas
Domingo	<input checked="" type="checkbox"/> Cervezas	<input type="checkbox"/> Vasos, copas	<input type="checkbox"/> Copas	<input checked="" type="checkbox"/> Copas	<input type="checkbox"/> Copas	<input type="checkbox"/> Vasos, copas

125- ¿Qué edad tenía cuando comenzó a tomar bebidas alcohólicas?

Edad en años | _ _ | **NS** **98** **NC** **99**

Nota P.125: Entrevistador/a, no se refiere a cuando dio un sorbo o probó una determinada bebida, sino a cuando bebió por sí solo.

Introducción P.126: Entrevistador/a, entregue al informante la tarjeta Ad-2 y léale: “En esta tarjeta puede observar la equivalencia de las bebidas alcohólicas más comunes con la llamada bebida estándar. De acuerdo a estas equivalencias, podría contestarme...”

126a. (hombres) - Durante los últimos 12 meses, ¿con qué frecuencia ha tomado 6 o más bebidas estándar en una misma ocasión? (Por “ocasión” entendemos tomar las bebidas en un intervalo aproximado de cuatro a seis horas)

126b. (mujeres) - Durante los últimos 12 meses, ¿con qué frecuencia ha tomado 5 o más bebidas estándar en una misma ocasión? (Por “ocasión” entendemos tomar las bebidas en un intervalo aproximado de cuatro a seis horas)

- Nunca _____ 1
- Menos de una vez al mes _____ 2
- Mensualmente _____ 3
- Semanalmente _____ 4
- A diario o casi a diario _____ 5
- No sabe _____ 8
- No contesta _____ 9

U.- DESCANSO Y EJERCICIO FÍSICO

Introducción P.127: Entrevistador/a, léale al informante: “Ahora voy a hacerle unas preguntas sobre sus hábitos de descanso y ejercicio físico”.

127- ¿Podría indicarme, aproximadamente, cuántas horas duerme habitualmente al día? Incluya las horas de siesta.

Nº de horas diarias | _ _ |

128- ¿Cuál de estas posibilidades describe mejor su actividad principal en el centro de trabajo, centro de enseñanza, hogar (labores domésticas)...?

- Sentado/a la mayor parte de la jornada _____ 1
- De pie la mayor parte de la jornada sin efectuar grandes desplazamientos o esfuerzos _____ 2
- Caminando, llevando algún peso, efectuando desplazamientos frecuentes _____ 3
- Realizando tareas que requieren gran esfuerzo físico _____ 4
- No sabe _____ 8
- No contesta _____ 9

129- ¿Cuál de estas posibilidades describe mejor la frecuencia con la que realiza alguna actividad física en su tiempo libre?

- No hago ejercicio. El tiempo libre lo ocupo de forma casi completamente sedentaria (leer, ver la televisión, ir al cine, etc.) _____ 1
- Hago alguna actividad física o deportiva ocasional (caminar o pasear, bicicleta, jardinería, gimnasia suave, actividades recreativas que requieren un ligero esfuerzo, etc.) _____ 2
- Hago actividad física varias veces al mes (deportes, gimnasia, correr, natación, ciclismo, juegos de equipo, etc.) _____ 3
- Hago entrenamiento deportivo o físico varias veces a la semana _____ 4
- No sabe _____ 8
- No contesta _____ 9

Flujos

Si el adulto seleccionado tiene 70 o más años → Ir a P.131.

Introducción P.130: Entrevistador/a, léale al informante: “Para concluir este apartado sobre el ejercicio físico y por su importancia para la salud, le pedimos que conteste también las siguientes preguntas acerca del tiempo que usted dedicó a actividades físicas en los últimos 7 días. Por favor, responda cada una de las preguntas aunque no se considere una persona activa. Piense en las actividades que hace como parte del trabajo, en la casa, para ir de un sitio a otro y también las que hace en su tiempo libre de descanso, ejercicio o deporte”.

130.1- En primer lugar piense en las actividades intensas que usted realizó en los últimos 7 días. Actividades intensas son las que requieren gran esfuerzo físico y le hacen respirar mucho más fuerte de lo normal, como levantar objetos pesados, cavar, ejercicios aeróbicos o pedalear rápido en bicicleta. Piense solamente en aquellas que realizó por lo menos durante 10 minutos seguidos.

Durante los últimos 7 días, ¿cuántos días realizó usted actividades físicas intensas?

- Días por semana _____ | _ | → desplegable: 1, 2, ..., 7
- Ningún día con actividad física intensa ____ 0 → Ir a P.130.3
- No sabe _____ 8 → Ir a P.130.3
- No contesta _____ 9 → Ir a P.130.3

130.2- En uno de esos días, ¿cuánto tiempo en total le dedicó a actividades físicas intensas?

- Horas por día _____ | _ _ |
- Minutos por día _____ | _ _ |
- No sabe/No está seguro _____ 98
- No contesta _____ 99

130.3- Ahora piense por favor en todas aquellas actividades moderadas que usted realizó en los últimos 7 días. Actividades moderadas son aquellas que requieren un esfuerzo físico moderado que le hace respirar algo más fuerte de lo normal, como llevar pesos ligeros, andar en bicicleta a velocidad regular o jugar dobles de tenis. Piense solamente en aquellas que realizó por lo menos durante 10 minutos seguidos.

Durante los últimos 7 días, ¿cuántos días realizó usted actividades físicas moderadas? Por favor, no incluya caminar.

- Días por semana _____ | _ | → desplegable: 1, 2, ..., 7
- Ningún día con actividad física moderada _ 0 → Ir a P.130.5
- No sabe _____ 8 → Ir a P.130.5
- No contesta _____ 9 → Ir a P.130.5

130.4- En uno de esos días, ¿cuánto tiempo en total le dedicó a actividades físicas moderadas?

- Horas por día _____ | _ _ |
- Minutos por día _____ | _ _ |
- No sabe/No está seguro _____ 98
- No contesta _____ 99

130.5- Ahora piense acerca del tiempo que dedicó a caminar en los últimos 7 días. Esto incluye caminar en el trabajo, en la casa, para ir de un sitio a otro, o lo que paseó por deporte, ejercicio o placer. Piense solamente en aquellas ocasiones en que caminó por lo menos durante 10 minutos seguidos.

- Días por semana _____ | _ | → desplegable: 1, 2, ..., 7
- Ningún día más de 10 minutos seguidos ___ 0 → Ir a P.130.7
- No sabe _____ 8 → Ir a P.130.7
- No contesta _____ 9 → Ir a P.130.7

130.6- En los últimos 7 días, ¿cuánto tiempo en total dedicó a caminar en un día normal de la semana?

- Horas por día _____ | _ _ |
- Minutos por día _____ | _ _ |
- No sabe/No está seguro _____ 98
- No contesta _____ 99

130.7- La última pregunta se refiere al tiempo que permaneció sentado/a en los últimos 7 días. Incluya el tiempo sentado/a en el trabajo, la casa, en clase, estudiando, leyendo y en el transporte, tiempo libre o viendo la televisión.

En los últimos 7 días, ¿cuánto tiempo permaneció sentado/a en un día normal de la semana?

- Horas por día _____ | _ _ |
- Minutos por día _____ | _ _ |
- No sabe/No está seguro _____ 98
- No contesta _____ 99

V.- ALIMENTACIÓN

Introducción P.131: Entrevistador/a, léale al informante: **“Para terminar con los hábitos de vida, le voy a hacer unas preguntas sobre alimentación.”**

131.- ¿Dónde desayuna habitualmente?

- En casa, antes de salir _____ 1
- Fuera de casa _____ 2
- No suele desayunar _____ 3 → Ir a P.133

132- ¿Qué desayuna habitualmente?

- Café, leche, té, chocolate, cacao, yogur, etc. _____
- Pan, tostadas, galletas, cereales, bollería, etc. _____
- Fruta y/o zumo _____
- Alimentos como huevos, queso, jamón, etc. _____
- Otro tipo de alimentos _____
- No sabe _____
- No contesta _____

Nota P.132: Entrevistador/a, se admite respuesta múltiple.

133- ¿Con qué frecuencia consume los siguientes alimentos?

Alimentos	Frecuencias de consumo						
	A diario	Tres o más veces a la semana, pero no a diario	Una o dos veces a la semana	Menos de una vez a la semana	Nunca o casi nunca	No sabe	No contesta
Fruta fresca (excluyendo zumos)_____	<input type="checkbox"/> 1 N° <input type="checkbox"/> 1	<input type="checkbox"/> 2	<input type="checkbox"/> 3	<input type="checkbox"/> 4	<input type="checkbox"/> 5	<input type="checkbox"/> 8	<input type="checkbox"/> 9
Carne (pollo, ternera, cerdo, cordero, etc.)_____	<input type="checkbox"/> 1	<input type="checkbox"/> 2	<input type="checkbox"/> 3	<input type="checkbox"/> 4	<input type="checkbox"/> 5	<input type="checkbox"/> 8	<input type="checkbox"/> 9
Huevos_____	<input type="checkbox"/> 1	<input type="checkbox"/> 2	<input type="checkbox"/> 3	<input type="checkbox"/> 4	<input type="checkbox"/> 5	<input type="checkbox"/> 8	<input type="checkbox"/> 9
Pescado_____	<input type="checkbox"/> 1	<input type="checkbox"/> 2	<input type="checkbox"/> 3	<input type="checkbox"/> 4	<input type="checkbox"/> 5	<input type="checkbox"/> 8	<input type="checkbox"/> 9
Pasta, arroz, patatas_____	<input type="checkbox"/> 1	<input type="checkbox"/> 2	<input type="checkbox"/> 3	<input type="checkbox"/> 4	<input type="checkbox"/> 5	<input type="checkbox"/> 8	<input type="checkbox"/> 9
Pan, cereales_____	<input type="checkbox"/> 1	<input type="checkbox"/> 2	<input type="checkbox"/> 3	<input type="checkbox"/> 4	<input type="checkbox"/> 5	<input type="checkbox"/> 8	<input type="checkbox"/> 9
Verduras, ensaladas y hortalizas_____	<input type="checkbox"/> 1 N° <input type="checkbox"/> 1	<input type="checkbox"/> 2	<input type="checkbox"/> 3	<input type="checkbox"/> 4	<input type="checkbox"/> 5	<input type="checkbox"/> 8	<input type="checkbox"/> 9
Legumbres_____	<input type="checkbox"/> 1	<input type="checkbox"/> 2	<input type="checkbox"/> 3	<input type="checkbox"/> 4	<input type="checkbox"/> 5	<input type="checkbox"/> 8	<input type="checkbox"/> 9
Embutidos y fiambres_____	<input type="checkbox"/> 1	<input type="checkbox"/> 2	<input type="checkbox"/> 3	<input type="checkbox"/> 4	<input type="checkbox"/> 5	<input type="checkbox"/> 8	<input type="checkbox"/> 9
Productos lácteos (leche, queso, yogur)_____	<input type="checkbox"/> 1	<input type="checkbox"/> 2	<input type="checkbox"/> 3	<input type="checkbox"/> 4	<input type="checkbox"/> 5	<input type="checkbox"/> 8	<input type="checkbox"/> 9
Dulces (galletas, bollería, mermeladas, cereales con azúcar, caramelos, etc.)_____	<input type="checkbox"/> 1	<input type="checkbox"/> 2	<input type="checkbox"/> 3	<input type="checkbox"/> 4	<input type="checkbox"/> 5	<input type="checkbox"/> 8	<input type="checkbox"/> 9
Refrescos con azúcar_____	<input type="checkbox"/> 1	<input type="checkbox"/> 2	<input type="checkbox"/> 3	<input type="checkbox"/> 4	<input type="checkbox"/> 5	<input type="checkbox"/> 8	<input type="checkbox"/> 9
Comida rápida (pollo frito, bocadillos, pizzas, hamburguesas)_____	<input type="checkbox"/> 1	<input type="checkbox"/> 2	<input type="checkbox"/> 3	<input type="checkbox"/> 4	<input type="checkbox"/> 5	<input type="checkbox"/> 8	<input type="checkbox"/> 9
Aperitivos o comidas saladas de picar (patatas fritas, ganchitos, galletitas saladas)_____	<input type="checkbox"/> 1	<input type="checkbox"/> 2	<input type="checkbox"/> 3	<input type="checkbox"/> 4	<input type="checkbox"/> 5	<input type="checkbox"/> 8	<input type="checkbox"/> 9
Zumo natural de frutas o verduras_____	<input type="checkbox"/> 1 N° <input type="checkbox"/> 1	<input type="checkbox"/> 2	<input type="checkbox"/> 3	<input type="checkbox"/> 4	<input type="checkbox"/> 5	<input type="checkbox"/> 8	<input type="checkbox"/> 9

134- En el momento actual, ¿sigue usted alguna dieta o régimen especial?

- Sí _____ 1
- No _____ 6 → Ir a P.137
- No sabe _____ 8 → Ir a P.137
- No contesta _____ 9 → Ir a P.137

135- La dieta o régimen la hace por:

- Iniciativa propia _____ 1
- Consejo de un profesional sanitario _____ 2
- No sabe _____ 8
- No contesta _____ 9

136.- ¿Cuál es la razón principal por la que sigue esta dieta o régimen especial?

- Para perder peso _____ 1
- Para mantener su peso actual _____ 2
- Para vivir más saludablemente _____ 3
- Por una enfermedad o problema de salud _____ 4
- Por otra razón _____ 5
- No sabe _____ 8
- No contesta _____ 9

W.- HIGIENE DENTAL

137.- Ahora le voy a preguntar sobre su higiene dental, ¿cuántas veces al día se cepilla los dientes habitualmente?

- Ocasionalmente, no todos los días _____ 1 → Ir a P.139
- Nunca _____ 2 → Ir a P.139
- Una vez al día _____ 3
- Dos veces al día _____ 4
- Tres o más veces al día _____ 5 → Ir a P.139
- No sabe _____ 8
- No contesta _____ 9

138.- ¿Y en qué momento del día acostumbra a cepillarse los dientes?

- Por la mañana _____
- Después de comer _____
- Por la noche _____
- No sabe _____
- No contesta _____

Nota P.138: Entrevistador/a, puede señalar 2 opciones como máximo.

Y.- APOYO AFECTIVO Y PERSONAL

Introducción P.139: Entrevistador/a, léale al informante: “Ahora le voy a hacer unas preguntas sobre el apoyo afectivo que Vd. recibe”.

139.- Entrevistador/a, léale al informante: “Voy a entregarle una tarjeta con diferentes situaciones de apoyo afectivo y personal que suelen ocurrir en la vida cotidiana. Al lado de cada situación hay un conjunto de respuestas. Por favor, lea cada situación y dígame una por una el número de la respuesta que mejor refleje su situación”.

Entrevistador/a: Entregue la tarjeta Ad-3. A continuación diga: “Para la situación 1, dígame, por favor, el número de su respuesta”. Después de anotar el número, proceda de la misma forma hasta terminar con todas las situaciones.

	Mucho menos de lo que deseo	Menos de lo que deseo	Ni mucho ni poco	Casi como deseo	Tanto como deseo	No sabe	No contesta
1.- Recibo visitas de mis amigos y familiares	<input type="checkbox"/> 1	<input type="checkbox"/> 2	<input type="checkbox"/> 3	<input type="checkbox"/> 4	<input type="checkbox"/> 5	<input type="checkbox"/> 8	<input type="checkbox"/> 9
2.- Recibo ayuda en asuntos relacionados con mi casa	<input type="checkbox"/> 1	<input type="checkbox"/> 2	<input type="checkbox"/> 3	<input type="checkbox"/> 4	<input type="checkbox"/> 5	<input type="checkbox"/> 8	<input type="checkbox"/> 9
3.- Recibo elogios y reconocimientos cuando hago bien mi trabajo	<input type="checkbox"/> 1	<input type="checkbox"/> 2	<input type="checkbox"/> 3	<input type="checkbox"/> 4	<input type="checkbox"/> 5	<input type="checkbox"/> 8	<input type="checkbox"/> 9
4.- Cuento con personas que se preocupan de lo que me sucede	<input type="checkbox"/> 1	<input type="checkbox"/> 2	<input type="checkbox"/> 3	<input type="checkbox"/> 4	<input type="checkbox"/> 5	<input type="checkbox"/> 8	<input type="checkbox"/> 9
5.- Recibo amor y afecto	<input type="checkbox"/> 1	<input type="checkbox"/> 2	<input type="checkbox"/> 3	<input type="checkbox"/> 4	<input type="checkbox"/> 5	<input type="checkbox"/> 8	<input type="checkbox"/> 9
6.- Tengo la posibilidad de hablar con alguien de mis problemas en el trabajo o en la casa	<input type="checkbox"/> 1	<input type="checkbox"/> 2	<input type="checkbox"/> 3	<input type="checkbox"/> 4	<input type="checkbox"/> 5	<input type="checkbox"/> 8	<input type="checkbox"/> 9
7.- Tengo la posibilidad de hablar con alguien de mis problemas personales y familiares	<input type="checkbox"/> 1	<input type="checkbox"/> 2	<input type="checkbox"/> 3	<input type="checkbox"/> 4	<input type="checkbox"/> 5	<input type="checkbox"/> 8	<input type="checkbox"/> 9
8.- Tengo la posibilidad de hablar con alguien de mis problemas económicos	<input type="checkbox"/> 1	<input type="checkbox"/> 2	<input type="checkbox"/> 3	<input type="checkbox"/> 4	<input type="checkbox"/> 5	<input type="checkbox"/> 8	<input type="checkbox"/> 9
9.- Recibo invitaciones para distraerme y salir con otras personas	<input type="checkbox"/> 1	<input type="checkbox"/> 2	<input type="checkbox"/> 3	<input type="checkbox"/> 4	<input type="checkbox"/> 5	<input type="checkbox"/> 8	<input type="checkbox"/> 9
10.- Recibo consejos útiles cuando me ocurre algún acontecimiento importante en mi vida	<input type="checkbox"/> 1	<input type="checkbox"/> 2	<input type="checkbox"/> 3	<input type="checkbox"/> 4	<input type="checkbox"/> 5	<input type="checkbox"/> 8	<input type="checkbox"/> 9
11.- Recibo ayuda cuando estoy enfermo en la cama	<input type="checkbox"/> 1	<input type="checkbox"/> 2	<input type="checkbox"/> 3	<input type="checkbox"/> 4	<input type="checkbox"/> 5	<input type="checkbox"/> 8	<input type="checkbox"/> 9

Z.- TRABAJO REPRODUCTIVO

Introducción P.140: Entrevistador/a, léale al informante: “Finalmente le voy a preguntar sobre el cuidado de las personas del hogar”.

140- ¿En su hogar viven personas que, por alguna limitación o discapacidad, no son capaces de cuidarse por sí mismas y necesitan que les cuide otra persona?

- Sí _____ 1 → 140b- Indique quiénes:
 - Listado de personas del hogar: | _ _ |
- No _____ 6
- No sabe _____ 8
- No contesta _____ 9

Nota P.140: Entrevistador/a, solo se deben tener en cuenta los niños si tienen alguna discapacidad.

Flujos

Si P.140 = 1 y la persona adulta seleccionada es una de las personas que el informante indica en la pregunta 140b → Ir a P.145

Si P.140 = 6, 8 ó 9 y no hay menores de 15 años en el hogar o todos los menores del hogar se han marcado como discapacitados en la pregunta 140b → Ir a P.145

141.1- ¿Quién se ocupa del cuidado de esa persona, principalmente?

141.2- ¿Quién se ocupa, en global, más tiempo del cuidado de estas personas?

- Vd. solo/a _____ 1
- Vd. compartiéndolo con otra persona _____ 2 → 141b- Indique cuál:
- Otra persona de la casa _____ 3 → 141b- Indique cuál:
- Una persona que **NO** reside en el hogar remunerada por ello _____ 4
- Los servicios sociales _____ 5
- Otra situación _____ 6
- No sabe _____ 8
- No contesta _____ 9

Flujos

Si P.141 = 3, 4, 5, 6, 8 ó 9 y algún menor ha sido marcado en 140b, pero hay otros menores en el hogar → Ir a P.144 con el enunciado 144.1

Si P.141 = 3, 4, 5, 6, 8 ó 9, hay menores en el hogar y ninguno ha sido marcado en la pregunta 140b → Ir a P.144 con el enunciado 144.2

Si P.141 = 3, 4, 5, 6, 8 ó 9 y no hay menores en el hogar → Ir a P.145.

142.- ¿Cuánto tiempo hace que se encarga Vd. de su cuidado?

- Menos de 6 meses _____ 1
- Más de 6 meses pero menos de un año _____ 2
- Más de un año _____ 3 → 142b- ¿Cuántos años? NS 98 NC 99
- No sabe _____ 8
- No contesta _____ 9

143- ¿Cuántas horas dedica Vd. a su cuidado?

- De lunes a viernes (promedio diario) N° de horas NS 98 NC 99
- Sábado más domingo (suma de los 2 días) N° de horas NS 98 NC 99

Flujos

Si no hay menores de 15 años en el hogar → Ir a P.145

Si todos los menores del hogar se han marcado en la P140b → Ir a P.145

Si algún menor fue marcado en la pregunta P140b pero hay otros menores en el hogar → Ir a P.144 con el enunciado 144.1

Si ningún menor fue marcado en la pregunta P140b → Ir a P.144 con el enunciado 144.2

144.1- Además, tengo anotado que en su hogar vive algún otro menor de 15 años. ¿Quién se ocupa de su cuidado, principalmente?

144.2- Tengo anotado que en su hogar viven menores de 15 años. ¿Quién se ocupa de su cuidado, principalmente?

- Vd. solo/a _____ 1
- Vd. compartiéndolo con otra persona ____ 2 → 144b- Indique cuál:
- Otra persona de la casa _____ 3 → 144b- Indique cuál:
- Una persona que **NO** reside en el hogar remunerada por ello _____ 4
- Los servicios sociales _____ 5
- Otra situación _____ 6
- No sabe _____ 8
- No contesta _____ 9

145- En su casa, ¿quién se ocupa principalmente de las tareas del hogar, como fregar, cocinar, planchar, etc.?

- Vd. solo/a _____ 1
- Vd. compartiéndolo con otra persona ____ 2 → Listado de personas del hogar
- Otra persona de la casa _____ 3 → Listado de personas del hogar
- Una persona que **NO** reside en el hogar remunerada por ello _____ 4
- Otra situación _____ 5
- No sabe _____ 8
- No contesta _____ 9

INGRESOS

Si la información sobre ingresos ya fue proporcionada por el informante del Cuestionario de Hogar → Ir a P.149

Si la información sobre ingresos fue proporcionada parcialmente por el informante del Cuestionario de Hogar → Ir a las preguntas que el anterior informante contestó "No sabe"

Si la información sobre ingresos no fue preguntada en el Cuestionario de Hogar → Ir a P.146

Nota P.146: Entrevistador/a, si el informante es el mismo que respondió a las preguntas de ingresos en el Cuestionario de Hogar, responda "No contesta" y acabe la entrevista.

Introducción P.146: Entrevistador/a, léale al informante: “A continuación le voy a preguntar por los ingresos regulares del hogar. No incluya los ingresos de las personas residentes empleadas en el hogar ni de los huéspedes hijos”.

146- De los siguientes tipos de ingresos que le voy a leer, ¿podría decirme cuáles de ellos reciben usted y los demás miembros de su hogar?

Debe considerar las fuentes de cada miembro del hogar y las conjuntas.

Se admite respuesta múltiple.

- Ingresos del trabajo (por cuenta propia o ajena) _____
- Prestación y subsidios por desempleo _____
- Pensión por jubilación o viudedad _____
- Pensión por invalidez o incapacidad _____
- Prestaciones económicas por hijo a cargo u
otras prestaciones económicas como ayudas a la familia...____
- Prestaciones o subvenciones relacionadas con la vivienda __
- Prestaciones o subvenciones relacionadas con la educación _
- Otros ingresos regulares/Otro subsidio o prestación social
regular _____
- Ninguna fuente de ingresos _____ → Ir a P.149
- No sabe _____
- No contesta _____ → Ir a P.149

Flujos

Si ha marcado P.146 = “No sabe” y P.28 (C. Hogar) tiene una respuesta distinta a “No Sabe” o “No Contesta” → Ir a P.149

Si ha marcado P.146 = “No sabe” y P.28 (C. Hogar) tiene una respuesta igual a “No Sabe” o “No Contesta” → Ir a P.148.1

Si entre las respuestas 1ª a 8ª tiene una única respuesta marcada → Ir a P.148.2

Si entre las respuestas 1ª a 8ª hay 2 ó más respuestas marcadas → Ir a P.147

147- De estas fuentes de ingresos monetarios del hogar citadas, ¿cuál diría que es la principal?

148.1- Aunque no pueda en este momento especificar las fuentes de ingresos, ¿podría decir cuál es aproximadamente el ingreso mensual neto de todo el hogar (es decir, sumando todas las fuentes y descontando las retenciones por impuestos, Seguridad Social, etc.)?

- Cantidad |__|__|__|__|__|__|__| euros
- No sabe _____ 9999998
- No contesta _____ 9999999

Ir a P.149

148.2- ¿Podría decir cuál es el importe mensual aproximado de estos ingresos del hogar, sumando todas las fuentes y descontando las retenciones por impuestos, cotizaciones sociales, etc.?

- 550 euros o menos _____ 01
- De 551 a 800 euros _____ 02
- De 801 a 1.050 euros _____ 03
- De 1.051 a 1.300 euros _____ 04
- De 1.301 a 1.550 euros _____ 05
- De 1.551 a 1.850 euros _____ 06
- De 1.851 a 2.250 euros _____ 07
- De 2.251 a 2.700 euros _____ 08
- De 2.701 a 3.450 euros _____ 09
- Más de 3.450 euros _____ 10
- No sabe _____ 98
- No contesta _____ 99

Aclaración al entrevistador/a

Entrevistador/a: En la anterior pregunta anote **el importe total de los ingresos mensuales netos**, relacionados en la pregunta 146. Deberá contabilizar **la suma** de los ingresos regulares percibidos en la actualidad por **todos los miembros del hogar**, aporten o no estos ingresos en su totalidad o en parte para sufragar los gastos del hogar, excluyendo los ingresos de empleados de hogar y huéspedes fijos.

En el cómputo del importe de estos ingresos mensuales tendrá en cuenta que:

- Para los ingresos de **trabajo por cuenta ajena**, debe sumar al importe mensual el prorrateo de los ingresos regulares que no tengan periodicidad mensual (pagas extraordinarias y otros ingresos extraordinarios que se perciban regularmente).

- Para los ingresos de **trabajo por cuenta propia**, debe descontar del importe de los ingresos mensuales los gastos deducibles.

