



ENVEJECIMIENTO Y DEMOGRAFÍA

20/10/2014



 **acceso**

ÍNDICE

PRENSA

2

RADIO

9

INTERNET

11



PRENSA

SELECCIÓN DE LAS NOTICIAS DE SU INTERÉS



Fecha	Titular/Medio	Pág.	Docs.
20/10/14	MAYORES, PERO CADA VEZ MÁS ACTIVOS / EL CORREO ESPAÑOL (SUPLEMENTO EXTRA)	4	1
24/09/14	UNAI MARTÍN PROFESOR DE SOCIOLOGÍA EN LA UPV/EHU "SON NECESARIAS POLÍTICAS PÚBLICAS VALIENTES Y EFECTIVAS" / DEIA	5	1
24/09/14	UNAI MARTÍN PROFESOR DE SOCIOLOGÍA EN LA UPV/EHU "SON NECESARIAS POLÍTICAS PÚBLICAS VALIENTES Y EFECTIVAS" / DEIA	6	1
24/09/14	EUSKADI ARRANCA EL AÑO CON PÉRDIDA DE POBLACIÓN / DEIA	7	2

Mayores, pero cada vez más activos

Una persona de 65 años en la actualidad, sería equiparable a las de 55 años en la década de los 80 en términos de salud

Nadie puede poner en duda que Euskadi envejece poco a poco. El aumento de la esperanza de vida y el estancamiento de la natalidad hace que la pirámide esté cada vez más invertida. No obstante, cada día nuestros mayores son más activos y tienen un papel más importante en la sociedad, no sólo como soporte de muchas familias debido a la delicada situación que atravesamos, sino también por la importancia que representan como colectivo.

«La esperanza de vida es cada vez mayor, ésta se ha multiplicado por dos en un siglo, por lo que cada vez es más normal llegar a mayor. Es decir, como dirían algunos autores se ha producido una democratización de la vejez», señala el doctor en Sociología y docente universitario Unai Martín. Tal y como explica, tradicionalmente el proceso de envejecimiento se ha tratado como una cuestión negativa al asumir que el aumento de las personas de más de 65 años era un hecho peligroso. «Sin embargo, no se tiene en cuenta que una persona de esta edad en la actualidad tiene poco que ver con una de hace 20 años. Por ejemplo, en términos de salud la de hoy podría compararse a una de 55 años en 1980. También en términos económicos, de expectativas de vida, nivel de estudios...», enumera Martín.

Además, este experto matiza que, aunque se sigue pensando que el envejecimiento tiene una relación directa con la mala salud y dependencia, la experiencia de la CAPV muestra que el aumento de la esperanza de vida viene acompañado también de un aumento de los años en buena salud o libres de enfermedad. «Hemos sido capaces de trasladar no solamente la edad de la muerte, sino también la edad de la dependencia, algo que seguirá mejorando en los próximos



La persona mayor debe cuidarse y hacer ejercicio para mantener una correcta capacidad funcional física y cognitiva.

años», pronostica el profesor de la UPV/EHU, que añade que el número de personas mayores de 85 años y centenarias será más del doble que en la actualidad para 2026.

Rentabilizar su potencial

Vistas estas cifras, ¿cuáles son los retos para poder mantener la calidad de vida de este colectivo? Para Ana Belén Fraile, profesora de la Escuela de Enfermería, de la uni-

versidad vasca y autora de la tesis 'Influencia de la alimentación y la actividad física en parámetros de salud y estrés oxidativo de personas mayores autónomas', hay que lograr que el envejecimiento sea una experiencia positiva, para conseguir que esté acompañado de oportunidades continuas de salud, participación y seguridad. «Otro desafío al que nos enfrentamos es el de rentabilizar el potencial que tie-

nen las personas mayores para que éste repercuta en un beneficio a la sociedad, ya que el envejecimiento está produciendo un cambio en la estructura social de nuestro entorno», insiste esta docente.

Fraile recuerda que se está potenciando la investigación en este campo para planificar estrategias encaminadas a mejorar y mantener la salud en esta etapa de la vida. Por ejemplo, en la Universidad del

País Vasco este curso se ha comenzado a impartir el Máster en Envejecimiento Saludable y Calidad de Vida. Además, diferentes instituciones llevan varios años implementando acciones como los programas Eifikronik, Euskadi Lagunkoi y Aulas de la Experiencia, cuyo objetivo es mejorar la calidad de vida de las personas mayores y promover el envejecimiento activo.

También desde el Gobierno vasco se han tomado medidas y han editado la 'Guía para el envejecimiento activo y saludable', en euskera y castellano, con informaciones, recomendaciones y ejercicios prácticos. La guía, con una tirada de 60.000 ejemplares, se repartirá en centros de salud, residencias, asociaciones y clubs de jubilados.

Actuar lo antes posible

Iñaki Artaza, médico geriatra, director asistencial en Igurco Servicios Sociosanitarios y presidente de Zahartzaia, Asociación Vasca de Geriatría y Gerontología, también considera que esta longevidad es uno de los grandes logros de las sociedades occidentales. No en vano, en 1900 la esperanza de vida al nacer era de 34,8 años, mientras que hoy es de 82,1. En su opinión, para que el envejecimiento se convierta en una experiencia positiva, es necesario que la persona mayor se cuide para tener una buena salud, que haga ejercicio para mantener una correcta capacidad funcional física y cognitiva, y que participe de manera activa en la sociedad.

En este sentido, Artaza insiste en que los mayores quieren vivir en sus domicilios y que para ello es importante actuar, desde atención primaria, de manera preventiva fomentando hábitos de vida saludables, la educación sanitaria, el ejercicio físico, etc. «Por otro lado, nos parece necesaria la inclusión de la especialidad de Geriatría dentro de la oferta sanitaria hospitalaria vasca, por su visión integral de la persona mayor», recalca.

También considera fundamental la implantación de unidades de recuperación funcional y el incremento de las residencias sociosanitarias, cuyos objetivos son la consecución del nivel de autonomía previo al desencadenante de situaciones de dependencia, o la minimización de las secuelas. ●

Hay que creérselo para lograr el empoderamiento

Tal y como señala el sociólogo Unai Martín, uno de los grandes retos de la Administración en este campo consiste en adaptar las políticas destinadas a esta población a la nueva realidad que se plantea en la actualidad. Comparte este planteamiento con las propias personas mayores. La asociación Nagusiak, que agrupa a las agrupaciones de jubilados y pensionistas vizcainas, con más de 50.000 socios, reclama a las instituciones que les tenga en cuenta a la hora de tomar las decisiones, pero «que nos las tomen por nosotros, sino que nos permitan ser parte de ellas», insiste Roberto Martínez, presidente de esta entidad.

Asimismo, el portavoz de Nagusiak aboga por que

las propias personas mayores sean capaces de demostrar todo lo que pueden dar a esta sociedad. «Los primeros que debemos darnos cuenta de ello somos nosotros mismos, parece que una vez jubilado ya no eres tan útil», rechaza Martínez que recuerda la importancia de este colectivo en la economía familiar, y como figura para lograr la conciliación familiar y laboral de muchos de sus hijos. «Aunque no podemos quedarnos sólo ahí, tenemos que saber luchar por nuestros propios intereses como servicios sanitarios que cubran nuestras necesidades, las pensiones o lograr una calidad de vida buena en el plano de reconocimiento social, de ocio...», culmina el portavoz de la asociación.



Expertos en cuidarte

☎ 94.413.41.11

Camino San Roque 38
(junto al funicular de Artxanda)

www.caserresidencial.es

Residencias para mayores

Máxima calidad de vida para nuestros mayores



Centro privado con plazas concertadas con la Diputación Foral de Bizkaia

Estancias temporales y permanentes

Rehabilitación integral de la persona: física y cognitiva.



Unai Martín

PROFESOR DE SOCIOLOGÍA EN LA UPV/EHU

“Son necesarias políticas públicas valientes y efectivas”

Aboga por un pacto en el que administraciones, empresas y sociedad civil apuesten por implantar medidas reales para frenar la pérdida de población

J. Fernández

BILBAO – Nos enorgullece ser de los más longevos de Europa pero nos asalta el pavor cuando escuchamos que Euskadi se va desinflando...

—Sí, que Euskadi sea una de las sociedades más longevas es un gran éxito social. La otra cara del envejecimiento, la menos positiva, no tiene que ver con el aumento de la esperanza de vida, sino con la reducción de la natalidad, que no parece explicarse en su totalidad por los deseos de las personas por no tener criaturas, sino más bien porque la sociedad y su organización actual no permite tenerlos.

¿La Administración es consciente de lo que se le viene encima?

—Creo que sí, pero debe ponerse en serio a buscar maneras para afrontar los retos que supone. Euskadi necesita un pacto demográfico en el que administraciones públicas, entorno productivo y sociedad civil pacten un cambio en nuestra sociedad que ponga la vida en el centro y permita que Euskadi afronte su futuro en este ámbito. Son necesarias políticas públicas valientes y efectivas. Por ejemplo, políticas de fomento de la natalidad que realmente sean eficaces y no movidas por la coyuntura o los cálculos electoralistas, políticas de replazo generacional, que inviertan en la juventud, políticas de migración...



Unai Martín. Foto: DEIA

¿Esto es exclusivo de Euskadi?

—No, pero sí hay factores que han tenido especial magnitud en Euskadi.

¿Por ejemplo?

—La fecundidad, que alcanzó valores mínimos en perspectiva estatal e internacional. Se dice que 2,1 hijos por mujer es la cifra para asegurar el relevo generacional. En la actualidad ronda el 1,4 pero llegó a ser del 0,9...

¿Hay ejemplos de sociedades que se han recuperado?

—En lo referente a la natalidad, sí. Hay teorías que hablan de que cuando una población baja de los 1,4 hijos por mujer el aumento de la fecundidad es muy complicado. Sin embargo, el ejemplo de países del norte de Europa o Francia muestran cómo es posible el aumento de la natalidad si se toman las medidas oportunas. Se trata de socializar los costes de tener descendencia, mejorar las condiciones de las personas jóvenes y que tener hijos no suponga un precio demasiado alto para los padres y, sobre todo, para las madres. ●

Quiroga insta al Gobierno vasco a reflexionar sobre el futuro de la RGI

La presidenta de los ‘populares’ vascos aboga porque Lanbide atienda solo a personas en edad activa

BILBAO – La presidenta del PP en la CAV, Arantza Quiroga, cree “preocupante” que el Gobierno vasco esté “dispuesto a hacer una reflexión sobre las ayudas a la conciliación de la vida familiar y laboral y, por eso, las retira, y en cambio, no está dispuesto a hacer una reflexión sobre la Renta de Garantía de Ingresos (RGI) y cómo se está desarrollando cuando nos está costando diez veces más”.

En una entrevista concedida a Onda Vasca, Quiroga afirmó que su partido pretende que aquellos temas que saben “que preocupan, se puedan poner encima de la mesa, nada más”. Preguntada por qué no han denunciado ante los tribunales el presunto fraude en la percepción de ayudas por parte de los inmigrantes magrebíes que denunció el alcalde de Gasteiz, Javier Maroto, la representante del PP señaló que es “una falta de control administrativo”. “Es la Administración la que tiene que hacer ese control. En el caso del Ayuntamiento de Vitoria, como ahora parece que va a hacer el de Bilbao, va a haber más control”, apuntó.

En esta línea, Quiroga manifestó que reclaman “control porque tener recursos, que seamos una sociedad entre comillas rica, que pueda dedicar estos recursos a las ayudas”, no exime de la responsabilidad de que “hay que controlar cómo se gasta ese dinero y que aquellas personas que realmente las necesita, las reciben”.

“Y tenemos que ser capaces de cumplir bien la Ley y buscar que tengan los accesos aquellas perso-



Arantza Quiroga. Foto: J. Chavarri

nas que realmente lo necesitan y que seamos realmente capaces de acompañar a esas personas en esa situación, para que puedan encontrar un empleo”, indicó.

FUNCIONES DE LANBIDE A su juicio, “lo que no tiene sentido es que en Lanbide estén inscritas personas que son pensionistas que reciben esa ayuda, lógicamente, porque tienen unas pensiones bajas y necesitan esa ayuda, pero no se van a insertar laboralmente. ¿Por qué están en la cola de Lanbide esas personas?”, se preguntó. Quiroga recordó que el Gobierno vasco es el que gestiona esos recursos. “Y es bueno que se dé una reflexión y que se vea si se están cumpliendo todos los requisitos, si hay un control, y si realmente queremos que estas personas se inserten laboralmente y tengan un futuro no dependiente de la Administración”. Así, pidió que “se separe y el personal de Lanbide pueda atender a las personas que realmente pueden trabajar”. – E. P.



rótuulos

rotulosnervion.es

946727722



Unai Martín

PROFESOR DE SOCIOLOGÍA EN LA UPV/EHU

“Son necesarias políticas públicas valientes y efectivas”

Aboga por un pacto en el que administraciones, empresas y sociedad civil apuesten por implantar medidas reales para frenar la pérdida de población

J. Fernández

BILBAO – Nos enorgullece ser de los más longevos de Europa pero nos asalta el pavor cuando escuchamos que Euskadi se va desinflando...

—Sí, que Euskadi sea una de las sociedades más longevas es un gran éxito social. La otra cara del envejecimiento, la menos positiva, no tiene que ver con el aumento de la esperanza de vida, sino con la reducción de la natalidad, que no parece explicarse en su totalidad por los deseos de las personas por no tener criaturas, sino más bien porque la sociedad y su organización actual no permite tenerlos.

¿La Administración es consciente de lo que se le viene encima?

—Creo que sí, pero debe ponerse en serio a buscar maneras para afrontar los retos que supone. Euskadi necesita un pacto demográfico en el que administraciones públicas, entorno productivo y sociedad civil pacten un cambio en nuestra sociedad que ponga la vida en el centro y permita que Euskadi afronte su futuro en este ámbito. Son necesarias políticas públicas valientes y efectivas. Por ejemplo, políticas de fomento de la natalidad que realmente sean eficaces y no movidas por la coyuntura o los cálculos electoralistas, políticas de replazo generacional, que inviertan en la juventud, políticas de migración...



Unai Martín. Foto: DEIA

¿Esto es exclusivo de Euskadi?

—No, pero sí hay factores que han tenido especial magnitud en Euskadi.

¿Por ejemplo?

—La fecundidad, que alcanzó valores mínimos en perspectiva estatal e internacional. Se dice que 2,1 hijos por mujer es la cifra para asegurar el relevo generacional. En la actualidad ronda el 1,4 pero llegó a ser del 0,9...

¿Hay ejemplos de sociedades que se han recuperado?

—En lo referente a la natalidad, sí. Hay teorías que hablan de que cuando una población baja de los 1,4 hijos por mujer el aumento de la fecundidad es muy complicado. Sin embargo, el ejemplo de países del norte de Europa o Francia muestran cómo es posible el aumento de la natalidad si se toman las medidas oportunas. Se trata de socializar los costes de tener descendencia, mejorar las condiciones de las personas jóvenes y que tener hijos no suponga un precio demasiado alto para los padres y, sobre todo, para las madres. ●

Quiroga insta al Gobierno vasco a reflexionar sobre el futuro de la RGI

La presidenta de los ‘populares’ vascos aboga porque Lanbide atienda solo a personas en edad activa

BILBAO – La presidenta del PP en la CAV, Arantza Quiroga, cree “preocupante” que el Gobierno vasco esté “dispuesto a hacer una reflexión sobre las ayudas a la conciliación de la vida familiar y laboral y, por eso, las retira, y en cambio, no está dispuesto a hacer una reflexión sobre la Renta de Garantía de Ingresos (RGI) y cómo se está desarrollando cuando nos está costando diez veces más”.

En una entrevista concedida a Onda Vasca, Quiroga afirmó que su partido pretende que aquellos temas que saben “que preocupan, se puedan poner encima de la mesa, nada más”. Preguntada por qué no han denunciado ante los tribunales el presunto fraude en la percepción de ayudas por parte de los inmigrantes magrebíes que denunció el alcalde de Gasteiz, Javier Maroto, la representante del PP señaló que es “una falta de control administrativo”. “Es la Administración la que tiene que hacer ese control. En el caso del Ayuntamiento de Vitoria, como ahora parece que va a hacer el de Bilbao, va a haber más control”, apuntó.

En esta línea, Quiroga manifestó que reclaman “control porque tener recursos, que seamos una sociedad entre comillas rica, que pueda dedicar estos recursos a las ayudas”, no exime de la responsabilidad de que “hay que controlar cómo se gasta ese dinero y que aquellas personas que realmente las necesita, las reciben”.

“Y tenemos que ser capaces de cumplir bien la Ley y buscar que tengan los accesos aquellas perso-



Arantza Quiroga. Foto: J. Chavarri

nas que realmente lo necesitan y que seamos realmente capaces de acompañar a esas personas en esa situación, para que puedan encontrar un empleo”, indicó.

FUNCIONES DE LANBIDE A su juicio, “lo que no tiene sentido es que en Lanbide estén inscritas personas que son pensionistas que reciben esa ayuda, lógicamente, porque tienen unas pensiones bajas y necesitan esa ayuda, pero no se van a insertar laboralmente. ¿Por qué están en la cola de Lanbide esas personas?”, se preguntó. Quiroga recordó que el Gobierno vasco es el que gestiona esos recursos. “Y es bueno que se dé una reflexión y que se vea si se están cumpliendo todos los requisitos, si hay un control, y si realmente queremos que estas personas se inserten laboralmente y tengan un futuro no dependiente de la Administración”. Así, pidió que “se separe y el personal de Lanbide pueda atender a las personas que realmente pueden trabajar”. – E. P.



rótuulos

rotulosnervion.es

946727722

El ala oeste

Olvidar

POR
**Estibaliz
Ruiz de Azua**

O CURRIÓ, nos lo contaron, nos indignamos y pasadas unas semanas nos olvidamos de ello. Somos así, olvidadizos.

Ocurrió que un grupo islamista extremista secuestró a más de 200 niñas en Nigeria. Así nos lo contaron. Ocurrió que la indignación se apoderó de nosotros, y que esa ira llegó a las redes sociales con un campaña en la que presidentes, ministras, actores, actrices pedían –exigían– la libertad de las niñas retenidas. Pasadas unas semanas la noticia que había ocupado las portadas de los periódicos y había abierto informativos se difuminó. De las niñas poco más se supo y las promesas de ayuda que entonces se hicieron fueron olvidadas. Hace unos meses el desplome de un edificio en Bangladesh, que albergaba varios talleres textiles, provocó la muerte de

más de 1.100 personas que trabajaban en condiciones miserables. Nos lo contaron y nos indignamos. Incluso llegamos a cuestionarnos el modelo de consumo que habíamos contribuido a crear. Exigimos a esas grandes marcas para las que trabajaban estos talleres que se implicaran, pero pasadas unas semanas nos olvidamos de los que murieron y de los que allí quedaron.

Se nos ha olvidado que en Oriente Próximo una guerra desigual ha destrozado ciudades y pueblos, ha matado a niños, ha despedazado familias.

Se nos había olvidado que el ébola mata. Liberia o Sierra Leona estaban demasiado lejos como para que nos lo recordaran. Pero el virus se ha sentido ofendido y ha querido dejar claro que sus dominios no se limitan a las fronteras de África. Pero también lo olvidaremos. Cuando nos sintamos seguros en nuestra confortable y vieja Europa dejaremos de preocuparnos por lo que pasa más allá de nuestras fronteras. Como hemos olvidado que en aquel continente, cada día, 10.000 personas mueren de sida, malaria o tuberculosis.

Es lo que llamamos memoria selectiva. Olvidar lo que no nos gusta, lo que no nos interesa. ●



Paseantes cruzan la calle Elcano de la capital vizcaina. Foto: José Mari Martínez

Euskadi arranca el año con pérdida de población

Los 4.708 nacimientos del primer trimestre no neutralizaron las 5.450 muertes

J. Fernández

BILBAO – La inevitable comparación de los datos estadísticos sobre nacimientos y defunciones registrados durante el primer trimestre del año vuelve a poner el acento en la crisis demográfica que envuelve a la sociedad vasca, inmersa en una progresiva pérdida de población. Entre los meses de enero y marzo, según anunció ayer el Instituto Vasco de Estadística-Eustat, los alumbramientos habidos (4.708) no fueron suficientes para *compensar* la cantidad de muertes computadas (5.450). Como resultado, 742 personas

menos y, lo que a todas luces es más preocupante, el imparable envejecimiento de Euskadi y la falta de relevo generacional.

Esa tendencia negativa se extiende por todos los Territorios Históricos, aunque en esta ocasión Araba se ha salvado y su censo se ha visto incrementado en 157 individuos. Por el contrario, Bizkaia es el peor parado ya que acumula el 56% del total de ciudadanos fallecidos a lo largo de ese primer trimestre: 3.053, un 12,9% más que los contabilizados en el mismo periodo del año anterior, y una pérdida en su población de 690 ciudadanos. Gipuzkoa también presen-

tó un ligero decrecimiento en sus padrones: 209 personas.

Atendiendo al informe elaborado por los responsables del Eustat, el conjunto de la Comunidad Autónoma Vasca contabilizó 5.450 defunciones durante el primer trimestre de 2014, lo que supone un 7,3% más que en el mismo periodo del año anterior. Por territorios, en tierras alavesas fallecieron 646 personas, con un incremento del 2,9%, un total de 3.053 en Bizkaia (12,9%) y 1.751 en Gipuzkoa (0,3%). Por sexos, fallecieron 2.757 hombres y 2.693 mujeres, lo que supone aumentos del 6,7% y del 7,9%, respectivamente.

El jurado halla culpable al acusado de asesinar a Amagoia Elezkano

JUICIO – El jurado popular declaró ayer culpable de asesinato a Francisco Javier M. N., quien en la madrugada del 23 de mayo de 2013 mató a puñaladas en el domicilio familiar de Laudio a su pareja, Amagoia Elezkano, de 27 años. El jurado popular, integrado por nueve personas, dio a conocer ayer por la tarde su veredicto y el juez de la Audiencia provincial de Araba se basará en él para dictar sentencia. – Efe

Detenido en Lleida el presunto autor de cinco apuñalamientos

SUCESO – La Policía Local de Lleida detuvo ayer al presunto autor de cinco apuñalamientos en Lleida durante el lunes. Los Mossos d'Esquadra empezaron ayer a tomar declaraciones a algunos de los heridos, supuestamente por un mismo hombre, con el mismo cuchillo y en apenas una hora. De los cuatro heridos ingresados en el Hospital Arnau de Vilanova, dos siguen en la UCI y los otros están en la planta de cirugía. – Efe

Oregi destaca el papel de las regiones para mitigar el cambio climático

SOSTENIBILIDAD – La consejera de Medio Ambiente y Política Territorial, Ana Oregi, destacó que “los gobiernos regionales nos reunimos y trabajamos desde hace años en redes para que se escuche nuestra voz en la necesidad de tomar medidas para prevenir, mitigar y adaptarnos al cambio climático”. Iñigo Urkullu preside la sección europea de The Climate Group. “Con ello, nos posicionamos para los retos”, dijo. – E. P.

Patricia quiere ser Directora de Hotel... Necesitará el Inglés para cumplir su sueño

MATRÍCULA 2014-2015

St. George's
English Academy

EXÁMENES OFICIALES DE LA UNIVERSIDAD DE CAMBRIDGE EN EL MISMO CENTRO QUE ESTUDIAS

TODOS LOS NIVELES: FCE | CAE | CPE EN LEIOA: GRUPO ADULTOS A partir de las 19:15 h.

Alameda de Urquijo, 100 • 48013 Bilbao (M Metro y Tr Tránvia (San Mamés))
T. 94 477 29 89 • academy@bilbaoenglish.com • www.bilbaoenglish.biz



Unai Martín

PROFESOR DE SOCIOLOGÍA EN LA UPV/EHU

“Son necesarias políticas públicas valientes y efectivas”

Aboga por un pacto en el que administraciones, empresas y sociedad civil apuesten por implantar medidas reales para frenar la pérdida de población

J. Fernández

BILBAO – Nos enorgullece ser de los más longevos de Europa pero nos asalta el pavor cuando escuchamos que Euskadi se va desinflando...

—Sí, que Euskadi sea una de las sociedades más longevas es un gran éxito social. La otra cara del envejecimiento, la menos positiva, no tiene que ver con el aumento de la esperanza de vida, sino con la reducción de la natalidad, que no parece explicarse en su totalidad por los deseos de las personas por no tener criaturas, sino más bien porque la sociedad y su organización actual no permite tenerlos.

¿La Administración es consciente de lo que se le viene encima?

—Creo que sí, pero debe ponerse en serio a buscar maneras para afrontar los retos que supone. Euskadi necesita un pacto demográfico en el que administraciones públicas, entorno productivo y sociedad civil pacten un cambio en nuestra sociedad que ponga la vida en el centro y permita que Euskadi afronte su futuro en este ámbito. Son necesarias políticas públicas valientes y efectivas. Por ejemplo, políticas de fomento de la natalidad que realmente sean eficaces y no movidas por la coyuntura o los cálculos electoralistas, políticas de replazo generacional, que inviertan en la juventud, políticas de migración...



Unai Martín. Foto: DEIA

¿Esto es exclusivo de Euskadi?

—No, pero sí hay factores que han tenido especial magnitud en Euskadi.

¿Por ejemplo?

—La fecundidad, que alcanzó valores mínimos en perspectiva estatal e internacional. Se dice que 2,1 hijos por mujer es la cifra para asegurar el relevo generacional. En la actualidad ronda el 1,4 pero llegó a ser del 0,9...

¿Hay ejemplos de sociedades que se han recuperado?

—En lo referente a la natalidad, sí. Hay teorías que hablan de que cuando una población baja de los 1,4 hijos por mujer el aumento de la fecundidad es muy complicado. Sin embargo, el ejemplo de países del norte de Europa o Francia muestran cómo es posible el aumento de la natalidad si se toman las medidas oportunas. Se trata de socializar los costes de tener descendencia, mejorar las condiciones de las personas jóvenes y que tener hijos no suponga un precio demasiado alto para los padres y, sobre todo, para las madres. ●

Quiroga insta al Gobierno vasco a reflexionar sobre el futuro de la RGI

La presidenta de los ‘populares’ vascos aboga porque Lanbide atienda solo a personas en edad activa

BILBAO – La presidenta del PP en la CAV, Arantza Quiroga, cree “preocupante” que el Gobierno vasco esté “dispuesto a hacer una reflexión sobre las ayudas a la conciliación de la vida familiar y laboral y, por eso, las retira, y en cambio, no está dispuesto a hacer una reflexión sobre la Renta de Garantía de Ingresos (RGI) y cómo se está desarrollando cuando nos está costando diez veces más”.

En una entrevista concedida a Onda Vasca, Quiroga afirmó que su partido pretende que aquellos temas que saben “que preocupan, se puedan poner encima de la mesa, nada más”. Preguntada por qué no han denunciado ante los tribunales el presunto fraude en la percepción de ayudas por parte de los inmigrantes magrebíes que denunció el alcalde de Gasteiz, Javier Maroto, la representante del PP señaló que es “una falta de control administrativo”. “Es la Administración la que tiene que hacer ese control. En el caso del Ayuntamiento de Vitoria, como ahora parece que va a hacer el de Bilbao, va a haber más control”, apuntó.

En esta línea, Quiroga manifestó que reclaman “control porque tener recursos, que seamos una sociedad entre comillas rica, que pueda dedicar estos recursos a las ayudas”, no exime de la responsabilidad de que “hay que controlar cómo se gasta ese dinero y que aquellas personas que realmente las necesita, las reciben”.

“Y tenemos que ser capaces de cumplir bien la Ley y buscar que tengan los accesos aquellas perso-



Arantza Quiroga. Foto: J. Chavarri

nas que realmente lo necesitan y que seamos realmente capaces de acompañar a esas personas en esa situación, para que puedan encontrar un empleo”, indicó.

FUNCIONES DE LANBIDE A su juicio, “lo que no tiene sentido es que en Lanbide estén inscritas personas que son pensionistas que reciben esa ayuda, lógicamente, porque tienen unas pensiones bajas y necesitan esa ayuda, pero no se van a insertar laboralmente. ¿Por qué están en la cola de Lanbide esas personas?”, se preguntó. Quiroga recordó que el Gobierno vasco es el que gestiona esos recursos. “Y es bueno que se dé una reflexión y que se vea si se están cumpliendo todos los requisitos, si hay un control, y si realmente queremos que estas personas se inserten laboralmente y tengan un futuro no dependiente de la Administración”. Así, pidió que “se separe y el personal de Lanbide pueda atender a las personas que realmente pueden trabajar”. – E. P.



rótuulos

rotulosnervion.es

946727722



RADIO

SELECCIÓN DE LAS NOTICIAS DE SU INTERÉS

Fecha	Titular/Medio
01/10/14	<p>CADENA SER - HOY POR HOY EUSKADI - 12:36h - 00:23:58</p> <p>INVITADOS AL PROGRAMA. UNAI MARTIN, DOCTOR EN SOCIOLOGIA E INVESTIGADOR DE LA SALUD Y CAMBIOS DEMOGRAFICOS; ISMAEL ARNAIZ, PRESIDENTE EN HARTU-EMANAK Y ANA BELEN FRAILE, ENFERMERA Y DOCTORA DE LA UPV/EHU. HABLAN SOBRE EL DEBATE REALIZADO POR LA UPV/EHU 'DILEMAS DEMOGRAFICOS Y POLITICAS SOCIALES' QUE TRATA SOBRE EL ESTUDIO DEMOGRAFICO QUE DEMUESTRA QUE ESPAÑA ES UNA DE LAS SOCIEDADES MAS ENVEJECIDAS, LO CUAL NO ES UN DATO NEGATIVO PORQUE REFLEJA QUE LOS CIUDADANOS NO ESTAN MUERIENDO ANTES DE LLEGAR A SER MAYORES, SIN EMBARGO LO QUE PREOCUPA DE ESTOS DATOS DEMOGRAFICOS ES QUE SE CADA DIA SE DISMINUYE MAS EL NUMERO DE NACIMIENTOS, LO CUAL LLEVA A QUE SE REALICE OTRO TIPO DE ATENCION A LAS PERSONAS MAYORES COMO SU ESTILO DE VIDA, DE ALIMENTACION, SALUD Y OCIO.</p>
02/09/14	<p>EUSKADI IRRATIA - FAKTORIA - 07:45h - 00:11:31</p> <p>SECCION DEDICADA A LOS CURSOS DE VERANO DE LA UPV/EHU. ENTREVISTA A NAIKARI SANCHEZ, DIRECTORA DEL CURSO DE VERANO 'MI HIJO NOS PEGA, NECESITO AYUDA'; UNAI MARTIN, PROFESOR DE LA UPV/EHU Y PARTICIPA EN EL CURSO DE VERANO ' DILEMAS DEMOGRAFICOS Y POLITICAS SOCIALES'.</p>



INTERNET

SELECCIÓN DE LAS NOTICIAS DE SU INTERÉS



Fecha	Titular/Medio	Pág.	Docs.
06/10/14	Participation and representation of the immigrant population in the Spanish National Health Survey 2011-2012 / Gaceta Sanitaria	13	8
06/10/14	Immigration and health : social inequalities between native and immigrant populations in the Basque Country (Spain) / Gaceta Sanitaria	21	4
24/09/14	Euskadi arranca el año con pérdida de población / Deia.com	25	1
24/09/14	Charla en Gabon del martes 23 de septiembre con Elena Etxegoyen, Martín Auzmendi y Joxan Rekondo. Y charlamos con el profesor de Sociología de la UPV-EHU, Unai Martín, sobre el envejecimiento de la población vasca que constata en un informe Eustat. / Ondavasca	26	1

Participation and representation of the immigrant population in the Spanish National Health Survey 2011-2012

Lunes, 6 de octubre de 2014

ORIGINAL Participación y representatividad de la población inmigrante en la Encuesta Nacional de Salud de España 2011-2012 Participation and representation of the immigrant population in the Spanish National Health Survey 2011-2012 Yolanda González-Rábago ^a, Daniel La Parra ^b, Unai Martín ^{a,c} y Davide Malmusi ^{c,d,e} ^a Departamento de Sociología 2, Facultad de Ciencias Sociales y de la Comunicación, Universidad del País Vasco UPV/EHU, Leioa (Vizcaya), España ^b Departamento de Sociología II, Facultad de Ciencias Económicas y Empresariales, Universidad de Alicante, Alicante, España ^c Grupo de Trabajo de Determinantes Sociales de la Salud de la Sociedad Española de Epidemiología ^d Agència de Salut Pública de Barcelona (IIB-Sant Pau), Barcelona, España ^e CIBER de Epidemiología y Salud Pública (CIBERESP), España Dirección para correspondencia **RESUMEN** Objetivo: Las encuestas de salud constituyen la principal fuente para el conocimiento del estado de salud de la población inmigrante en España. Este artículo pretende analizar la representatividad de esta población en la Encuesta Nacional de Salud de España (ENSE) 2011-2012. Métodos: Se analizaron las publicaciones metodológicas y los microdatos de la ENSE 2011-2012, y los datos del Padrón Municipal de Habitantes. Se analizaron las diferencias en la tasa de participación y sus causas entre la población nacional y extranjera, así como la representación de 11 países de nacimiento en la encuesta respecto a la de la población general, con y sin utilizar los ponderadores de la encuesta. Resultados: Los hogares con alguna persona extranjera presentaron una menor tasa de participación, tanto por mayores errores en el marco muestral como por una mayor falta de respuesta. En todos los países de nacimiento la muestra era menor de lo que correspondería según la población empadronada, en especial entre la población china. Al utilizar la ponderación en los 11 casos, la estimación del tamaño de la población se acercó más al tamaño estimado con el Padrón, aunque globalmente se mantuvo la infrarrepresentación y no se eliminó el sesgo intranacional. Conclusiones: La menor participación de la población inmigrante y su carácter diferencial por país de origen sugieren la existencia de un potencial sesgo de la ENSE que debe tenerse en cuenta en los estudios que analicen la salud de esta población. Es necesario estudiar en mayor profundidad esta menor participación para tomar las medidas adecuadas que aumenten la representatividad de las encuestas de salud. Palabras clave: Encuestas de salud. Emigrantes e inmigrantes. Sesgo de selección. España. **ABSTRACT** Objective: Population health surveys have been the main data source for analysis of immigrants' health status in Spain. The aim of this study was to analyze the representation of this population in the Spanish National Health Survey (SNHS) 2011-2012. Methods: We analyzed methodological publications and data from the SNHS 2011-2012 and the population registry. Differences in the participation rate between the national and foreign populations and the causes for these differences were analyzed, as well

as the representation of 11 countries of birth in the survey with respect to the general population, with and without weighting. Results: Households with any foreign person had a lower participation rate, either due to a higher error in the sampling frame or to a higher non-response rate. In each country of birth, the sample was smaller than would be expected according to the population registry, especially among the Chinese population. When we applied the sample weights to the 11 countries of birth, the estimated population volume was closer to the estimated volume of the population registry for all the countries considered, although globally both the underrepresentation and the intranational bias remained. Conclusions: The lower participation of the immigrant population and differences in participation depending on the country of origin suggest the existence of a potential bias in the SNHS, which should be taken into account in studies analyzing the health of this population. The lower participation rate should be studied in greater depth in order to take appropriate measures to increase the representativeness of health surveys. Key words: Health surveys. Emigrants and immigrants. Selection bias. Spain.

Introducción El lugar de nacimiento constituye un importante determinante de la salud y del uso de los servicios sanitarios 1-3 . En las últimas décadas, la población inmigrante en España ha aumentado de forma rápida, pasando de representar el 2,9% en 1998 al 14,1% en 2013 4 . Ello ha provocado también un aumento de los estudios destinados a describir el estado de salud y el uso de los servicios sanitarios de la población inmigrante en España, así como a analizar las desigualdades en salud de esta población respecto a la población autóctona. Una parte importante de estos estudios han tomado como fuente de datos principal la Encuesta Nacional de Salud de España (ENSE) en sus diferentes ediciones 5-9 , así como otras encuestas de salud poblacionales de ámbito autonómico 1,3,10 o local 11,12 . La evidencia internacional muestra que la población inmigrante presenta una menor participación en las encuestas sociales y de salud poblacionales 13-15 . Esta mayor no respuesta se produciría fundamentalmente por dos cuestiones: la primera, por errores de cobertura, derivados tanto de un marco muestral inexistente, no accesible o incompleto 16 , como de la mayor movilidad de esta población 17 ; la segunda, por la no respuesta, derivada de las mayores tasas de no contacto 14,18 o bien de su menor cooperación debido a barreras idiomáticas 19 o a la mayor exclusión social. La menor participación, además de reducir el tamaño de la muestra y aumentar los costes, puede producir un sesgo en los resultados de la encuesta y hacer que éstos no reflejen adecuadamente los valores reales de la población objeto de estudio. Este sesgo se produce cuando la no respuesta es selectiva y la población que responde y la que no responde difieren en alguna característica esencial para el objetivo del estudio 14,20 . En el caso de la población inmigrante, en otros países se ha descrito que las tasas de participación varían entre diferentes grupos y que muestran una mayor no respuesta las minorías étnicas más excluidas 15 , así como los inmigrantes con menor nivel de estudios y peor condición socioeconómica 21,22 . Esta no respuesta selectiva relacionada con variables que han mostrado ser importantes determinantes de la salud implica la posibilidad de que el uso de encuestas de salud poblacionales cuyo diseño no haya considerado la especificidad de la población inmigrante conlleve un sesgo a la hora de describir el estado de salud de las personas inmigrantes. El problema podría ir más allá, debido a que el peso de esta población en el conjunto de la población total puede provocar que un sesgo relacionado con la población inmigrante afecte

también a la descripción de la población general. A pesar de que la posible existencia de este sesgo es señalada por artículos que han utilizado la ENSE u otras encuestas de salud regionales 1,5 , no conocemos ningún estudio que haya analizado, en el contexto español, los efectos de este sesgo de manera sistemática. Por ello, el presente trabajo se plantea como objetivo analizar la participación y la representatividad de la población inmigrante en la ENSE de 2011-2012. En primer lugar se analiza la falta de respuesta de la población inmigrante comparándola con la autóctona y analizando sus causas. En segundo lugar, se analizan el tamaño y el peso en la encuesta de la población inmigrante según los diferentes países de nacimiento respecto a su peso y tamaño en la población general. Por último, se evalúa y discute el efecto que las estrategias llevadas a cabo para hacer frente a esa falta de respuesta puede tener en la representatividad de la población inmigrante.

Método La ENSE 2011-2012 es una encuesta de diseño transversal y base poblacional realizada por el Instituto Nacional de Estadística (INE) en colaboración con el Ministerio de Sanidad, Servicios Sociales e Igualdad. Recoge información de salud referida a 21.508 hogares con un tamaño muestral de 26.502 entrevistas, de las cuales 21.007 corresponden a personas adultas (15 o más años de edad) y el resto a menores, a través de sus progenitores o tutores. El tipo de muestreo utilizado es trietápico estratificado, por secciones censales, viviendas familiares y personas, y el método de recogida fueron entrevistas personales asistidas por ordenador. La participación de la población inmigrante en la ENSE 2011-2012, su comparación con la de la población autóctona y las fuentes de no respuesta se analizaron a partir de los datos publicados por el INE, tanto en lo relativo a la metodología general 23 como a la evaluación de la falta de respuesta 24 . Se consideraron las viviendas titulares y se calcularon las tasas de respuesta (viviendas encuestadas/encuestables) y de viviendas encuestadas (viviendas encuestadas/muestra teórica). Asimismo, se calcularon las tasas según los diferentes tipos de incidencia que motivaron la no respuesta, diferenciando entre problemas derivados del marco muestral y problemas derivados de la no respuesta. Se diferenció entre hogares con al menos algún extranjero extracomunitario, hogares sin extranjeros extracomunitarios pero con al menos algún extranjero comunitario y hogares donde todas las personas eran de nacionalidad española. Se utilizó la variable "país de nacionalidad", ya que no fue posible el acceso a los datos según el país de nacimiento. La comparación entre el tamaño y el peso de la población inmigrante en la ENSE 2011-2012 respecto a la población general se llevó a cabo utilizando los microdatos de la ENSE 2011-2012 y los datos del Padrón a 1 de enero de 2012 publicados por el INE. Se escogieron hasta 11 países de nacimiento entre aquellos que han tenido mayor peso demográfico en España durante la última década, y se seleccionó la población mayor de 15 años nacida en el extranjero independientemente de su nacionalidad. Se estimó el número total de personas de cada lugar de nacimiento a partir de los datos de la ENSE 2011-2012 sin ponderar y se comparó con la población total del Padrón. Por último, para analizar el efecto de las estrategias destinadas a hacer frente a la no respuesta de la población inmigrante, se consideró la estrategia llevada a cabo por el INE: la inclusión de la variable "nacionalidad" como factor de ponderación. Se analizó el efecto de este tipo de calibrado comparando los datos del Padrón a 1 de enero de 2012 con los microdatos de la ENSE, pero esta vez aplicando el factor de ponderación para obtener las estimaciones, tanto de la población total como del peso de cada

grupo de edad para los países seleccionados. Todos los análisis se realizaron, cuando fue posible, para hombres y mujeres por separado. Resultados Posibles fuentes de la no respuesta de los inmigrantes En los hogares en que no existía ninguna persona extranjera la tasa de respuesta fue del 71,9%, mientras que el porcentaje de viviendas de la muestra teórica finalmente encuestada fue del 62,9%. Estos porcentajes fueron menores en los hogares donde residía al menos un extracomunitario (67,2% y 53,2%), y sobre todo en aquellos donde no residía ningún extracomunitario pero sí un extranjero comunitario (61,1% y 40,8%) (tabla 1). Los errores derivados del marco muestral fueron menores en los hogares nacionales, en los cuales el porcentaje de viviendas vacías (9,5%), ilocalizables (2,0%) o destinadas a otros fines (0,6%) fue menor que en el caso de los hogares en los que residía al menos un extracomunitario (15,8%, 3,4% y 1,2%), y especialmente con respecto a los hogares donde residía algún extranjero comunitario (22,7%, 8,4% y 1,7%). La falta de respuesta en las viviendas válidas también fue menor en los hogares nacionales, debido sobre todo a una menor ausencia (13,2%) y una menor incapacidad lingüística para contestar (0,4%), frente a los hogares con algún extranjero extracomunitario (16,5% y 2,1%) y los hogares con algún extranjero comunitario (17,9% y 5,0%). Tabla 1. Muestra teórica, número de viviendas titulares encuestadas e incidencias según tipo por composición del hogar. ENSE 2011-2012. Fuente: elaboración propia a partir de datos del INE 2,4 Comparación entre la población de la ENSE 2011-2012 y el Padrón Para los 11 países de nacimiento considerados, la muestra contenía un número menor de individuos de los que cabría esperar teniendo en cuenta la población empadronada, tanto en hombres como en mujeres (fig. 1). La población nacida en China fue la que tuvo una mayor diferencia respecto a la población empadronada, suponiendo la estimación de la encuesta sólo el 27% del tamaño de la población empadronada en hombres y el 21% en el caso de las mujeres. Por otro lado, las poblaciones con menores diferencias respecto a la población empadronada fueron Colombia y Perú, suponiendo el 65% y el 64% en hombres, y el 79% y el 78% en mujeres, respectivamente. Figura 1. Población total estimada a través de la ENSE 2011-2012 (sin ponderar) y a partir del Padrón a 1 de enero de 2012. Hombres y mujeres. Fuente: elaboración propia a partir de ENSE 2011-2012 23 y Padrón Continuo de Habitantes 4. Estrategias frente a la menor respuesta: el efecto de la ponderación Tras utilizar el ponderador, el peso de los 11 grupos según el país de nacimiento estudiados varió considerablemente. En los 11, la estimación del tamaño de la población se acercó más al tamaño estimado con el Padrón, aunque permaneciendo aún ciertas subestimaciones, en algunos casos superiores al 35%, como en la población de China y en los hombres de Alemania, Bulgaria y Reino Unido. En el caso de Perú, Colombia y Bolivia en hombres y mujeres, y de Ecuador y Argentina en mujeres, la estimación tras utilizar la ponderación fue mayor que la población empadronada (fig. 2). Figura 2. Diferencias porcentuales en la población estimada con el Padrón y la población estimada con la ENSE11-12, con y sin ponderación. Hombres y mujeres. Fuente: elaboración propia a partir de la ENSE 2011-2012 23 y del Padrón Continuo de Habitantes 4. Por otro lado, se observaron diferencias entre la población encuestada y el Padrón en relación al peso de distintos grupos de edad en cada país, en algunos casos superiores al 10% (datos no mostrados). Estas diferencias no se redujeron al utilizar el ponderador. Entre los países de nacimiento que inicialmente (sin ponderar) presentaron

mayores diferencias en la distribución de los grupos de edad, al ponderar los datos aumentó la distancia entre la población recogida en el Padrón y la población estimada, como es el caso de los hombres y las mujeres de China, los hombres de Bolivia y Alemania, y las mujeres de Marruecos y Reino Unido. Sólo en el caso de los hombres y las mujeres de Argentina y los hombres de Marruecos el ponderador acercó la población encuestada a la del Padrón. **Discusión** La población inmigrante presentó una menor participación que la autóctona en la ENSE 2011-2012. Ello se debe tanto a problemas derivados del marco muestral como a una menor respuesta dentro de los hogares encuestables. La consideración de la nacionalidad en la construcción de los ponderadores acercó el peso que la población inmigrante tuvo en la encuesta al de la población general según el Padrón Municipal de Habitantes. Sin embargo, no resolvió del todo la infrarrepresentación y no evitó el sesgo intranacional, produciéndose variaciones entre unos países de nacimiento y otros. La menor tasa de respuesta de la población inmigrante en las encuestas poblacionales sociales o de salud se ha descrito también en la literatura internacional 13-15,25 y en encuestas de ámbito español en las que se ha analizado 26. Además, se ha detallado cómo esa no respuesta es menor en la población inmigrante de menor nivel de estudios o menor posición social 21,22, lo que puede hacer que la no respuesta provoque un sesgo a la hora de describir el estado de salud de la población inmigrante. En el caso de la ENSE 2011-2012, no se ha podido determinar si la falta de respuesta de la población inmigrante difiere según las características sociales, ya que no se dispone de datos suficientes sobre el trabajo de campo ni sobre la población general de inmigrantes. Sin embargo, el análisis de la falta de respuesta y de la estrategia de muestreo sugiere la existencia de ese patrón social: la falta de respuesta parece estar relacionada con una mayor movilidad residencial 17, un menor conocimiento del idioma 19,25 o situaciones de infravivienda 18. Existen diferentes estrategias para hacer frente a esa mayor falta de respuesta en la población inmigrante. Algunas de ellas tienen como objetivo aumentar el tamaño de muestra de esta población. Dentro de este grupo, es posible adoptar estrategias generales, como el aumento del número de contactos. Sin embargo, la evidencia sobre este tipo de acciones es contradictoria e incluso se ha señalado que pueden aumentar el sesgo al incrementar en mayor medida la tasa de respuesta de la población autóctona 22. Asimismo, el uso de incentivos ha mostrado tener un importante efecto en la población de minorías étnicas en Estados Unidos 27, pero un efecto no claro en las minorías étnicas en Europa 28. También se engloban en este grupo de herramientas la consideración de la variable "lugar de nacimiento o nacionalidad" en diferentes etapas del muestreo y del posterior análisis: en la preestratificación, a la hora de asignar sustitutos de viviendas o personas titulares (como por ejemplo en las Encuestas de Salud del País Vasco 29, de Canarias 30 o de Barcelona 31) o al construir los ponderadores (como en la ENSE y las Encuestas de Salud de la Comunidad de Madrid 26 y Canarias) 30. Este grupo de estrategias, que aumenta el tamaño de la muestra de la población inmigrante, podría no conseguir eliminar el sesgo de selección en esta población y se mantiene el peligro de obtener una muestra que, aunque de mayor tamaño, siga teniendo una menor representación de personas de menor nivel socioeconómico, con mayor movilidad y con menor conocimiento del idioma. Otras estrategias intentan hacer frente a este sesgo diferencial adaptando el diseño muestral y el trabajo de campo a las características de esta población. Dentro

de estas medidas se engloban acciones que van desde la traducción del cuestionario a varios idiomas, con un efecto limitado ²², hasta la utilización de personas encuestadoras pertenecientes a las diferentes comunidades ³² o de tipos de muestreo específicos, como el de "bola de nieve" ³³. El uso de este tipo de estrategias puede llevar incluso a plantear un diseño muestral y un trabajo de campo distintos para la población inmigrante, que utilice como base el cuestionario de la encuesta de salud poblacional y que permita la comparación entre la población autóctona y la inmigrante mediante la comparación de los datos de la encuesta de salud poblacional y la de personas inmigrantes. Estrategias de este tipo se han llevado a cabo en el País Vasco ³² y en Murcia ³⁴. En el caso de la ENSE 2011-2012, la estrategia adoptada es la consideración de la variable "nacionalidad" con dos categorías (extranjero y no extranjero, sin distinguir por grupos de nacionalidad) en el calibrado, bajo el supuesto de que "el calibrado por nacionalidad, nacional y extranjero, corrige en parte este comportamiento diferencial" ²⁴. Sin embargo, aunque esta estrategia corrige la infrarrepresentación de la población extranjera en su conjunto respecto a la nacional, no es selectiva y, por tanto, homogeniza el heterogéneo grupo de personas extranjeras, igualando, por ejemplo, a personas extranjeras originarias de países de rentas altas y bajas. Además, no soluciona el sesgo diferencial, ya que únicamente se basa en el aumento artificial del peso de la población inmigrante a partir de las personas ya encuestadas, lo cual no mejora la representatividad, que no sólo está afectada por un bajo tamaño muestral sino también por problemas en la selección de los individuos. De esta forma, la ENSE 2011-2012 puede ofrecer una imagen sesgada de la situación social y de la salud de la población inmigrante debido a la existencia de un sesgo de selección en variables relacionadas con la situación social, y que son, por tanto, importantes determinantes de la salud y del uso de servicios sanitarios. A pesar de ello, la ENSE y otras encuestas de salud poblacionales son una de las fuentes a las que más se recurre para el conocimiento del estado de salud y del uso de los servicios sanitarios de la población inmigrante, en España y para su comparación con la población autóctona. Algunos de los trabajos que han utilizado estas fuentes de datos en nuestro contexto ni siquiera señalan este posible sesgo entre sus limitaciones ^{6,7}, y en la mayoría de ellos no se realiza una evaluación de la idoneidad del uso de este tipo de datos ni de la potencial influencia de este sesgo en los resultados. Resulta necesario, por tanto, que los estudios que utilicen encuestas de salud poblacionales para el análisis de la población inmigrante evalúen la bondad de éstas y tengan en cuenta el posible sesgo cometido. Para ello, los organismos productores deben realizar un esfuerzo mayor de análisis de la participación y la representatividad de las personas inmigrantes, y además, el estudio de la posible menor respuesta de la población inmigrante y sus causas constituye el primer elemento para la adopción de estrategias destinadas a su reducción. Estas estrategias resultan necesarias porque lo que está en juego no es sólo la representatividad del colectivo de personas inmigrantes. En este sentido, no conseguir representar adecuadamente al 14% de la población afecta también a la validez de la imagen que se dibuja para el total de la población. Editora responsable del artículo Carme Borrell. Contribuciones de autoría D. La Parra, U. Martín y D. Malmusi diseñaron el estudio. D. La Parra y Y. González-Rábago realizaron los análisis. Y. González-Rábago y U. Martín redactaron la primera versión del manuscrito. D. La Parra y D. Malmusi revisaron

el manuscrito y realizaron aportaciones. Todos los autores aprobaron la versión final. Financiación Ninguna. Conflicto de intereses Ninguno. Bibliografía 1. Malmusi D, Borrell C, Benach J. Migration-related health inequalities: showing the complex interactions between gender, social class and place of origin. *Soc Sci Med.* 2010;71:1610-9. [Links] 2. Nielsen SS, Krasnik A. Poorer self-perceived health among migrants and ethnic minorities versus the majority population in Europe: a systematic review. *Int J Public Health.* 2010;55:357-71. [Links] 3. Regidor E, Sanz B, Pascual C, et al. La utilización de los servicios sanitarios por la población inmigrante en España. *Gac Sanit.* 2009;23(Supl 1):4-11. [Links] 4. Estadística del Padrón Continuo. Varios años (Internet). Madrid: Instituto Nacional de Estadística. (Consultado el 11/12/2013.) Disponible en: <http://www.ine.es/jaxi/menu.do?type=pcaxis&path=%2Ft20%2Fe245&file=inebase&L=0>. [Links] 5. 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;69:370-8. [Links] 6. 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;31:339-58. [Links] 7. Villarroya N, Artazcoz L. Heterogeneous patterns of health status among immigrants in Spain. *Health Place.* 2012;18:1282-91. [Links] 8. Pons-Vigués M, Puigpinós-Riera R, Rodríguez-Sanz M, et al. Preventive control of breast and cervical cancer in immigrant and native women in Spain: the role of country of origin and social class. *Int J Health Serv.* 2011;41:483-99. [Links] 9. Rivera B, Casal B, Cantarero D, et al. Adaptación de los servicios de salud a las características específicas y de utilización de los nuevos españoles. Informe SESPAS 2008. *Gac Sanit.* 2008;22(Supl 1):86-95. [Links] 10. Aerny Perreten N, Ramasco Gutiérrez M, Cruz Maceín JL, et al. La salud y sus determinantes en la población inmigrante en la Comunidad de Madrid. *Gac Sanit.* 2010;24:136-44. [Links] 11. Borrell C, Muntaner C, Solá J, et al. Immigration and self-reported health status by social class and gender: the importance of material deprivation, work organization and household labour. *J Epidemiol Community Health.* 2008;62:e7. [Links] 12. Gutiérrez-Fisac JL, Marín-Guerrero A, Regidor E, et al. Length of residence and obesity among immigrants in Spain. *Public Health Nutr.* 2010;13:1593-8. [Links] 13. Carlsson F, Merlo J, Lindström M, et al. Representativity of a postal public health questionnaire survey in Sweden, with special reference to ethnic differences in participation. *Scand J Public Health.* 2006;34:132-9. [Links] 14. Deding M, Fridberg T, Jakobsen V. Non-response in a survey among immigrants in Denmark. *Survey Research Methods.* 2008;2:107-21. [Links] 15. Lipps O, Laganà F, Polien A, et al. National minorities and their representation in Swiss surveys (I): providing evidence and analysing causes for their underrepresentation. *FORS, Working Papers Series.* 2011, paper 2011(2). [Links] 16. Corbetta P. Metodología y técnicas de investigación social. Madrid: McGraw-Hill; 2003. 450 p. [Links] 17. Camarota S, Capizzano J. Assessing the quality of data collected on the foreign born: an evaluation of the American Community Survey (ACS). Center for Immigration Studies. Technical Report. 2004:14. [Links] 18. Feskens R, Hox J, Lensvelt-Muders G, et al. Nonresponse among ethnic minorities: a multivariate analysis. *J Off Stat.*

2007;23:387-408. [Links] 19. Ngo-Metzger Q, Kaplan S, Sorkin D, et al. Surveying minorities with limited-English proficiency, does data collection methods affect data quality among Asian Americans? *Med Care*. 2004;42:893-900. [Links] 20. Groves R, Couper M. Nonresponse in household interview surveys. New York: Wiley; 1998. p. 368. [Links] 21. Vandecasteele L, Debels A. Attrition in panel data: the effectiveness of weighting. *Eur Sociol Rev*. 2007;23:81-97. [Links] 22. Laganà F, Echeroth G, Penic S, et al. National minorities and their representation in social surveys: which practices make a difference? *Qual Quant*. 2013;47:1287-314. [Links] 23. Instituto Nacional de Estadística. Encuesta Nacional de Salud 2011-2012. Metodología. Madrid: INE, Ministerio de Sanidad, Servicios Sociales e Igualdad; 2012. [Links] 24. Instituto Nacional de Estadística. Evaluación de la falta de respuesta en la Encuesta Nacional de Salud 2011-2012. Madrid: INE; 2012. [Links] 25. Feskens R, Hox J, Lensvelt-Muders G, et al. Collecting data among ethnic minorities in an international perspective. *Field Methods*. 2006;18:284-304. [Links] 26. Servicio Madrileño de Salud. Metodología de la Encuesta de Salud de la Región de Madrid 2007. Madrid: Servicio Madrileño de Salud; 2007. [Links] 27. Beebe TM, Davern ME, McAlpine DD, et al. Increasing response rates in a survey of medicaid enrollees; the effect of a prepaid monetary incentive and mixed modes (mail and telephone). *Med Care*. 2005;43:411-4. [Links] 28. Feskens R, Hox J, Schmeets H, et al. Incentives and ethnic minorities: results of a controlled randomized experiment in the Netherlands. *Survey Research Methods*. 2008;2:159-65. [Links] 29. Gobierno Vasco. Departamento de Sanidad. Metodología. En: Encuesta de Salud del País Vasco 2013. Vitoria-Gasteiz: Departamento de Sanidad, Gobierno Vasco; 2013. [Links] 30. Instituto Canario de Estadística. Encuesta de Salud de Canarias 2009. Metodología. Santa Cruz de Tenerife: Instituto Canario de Estadística y Servicio Canario de Salud; 2009. [Links] 31. Rodríguez-Sanz M, Borrell C, Catedra J. Manual de l'Enquesta de Salut de Barcelona 2006. Barcelona: Agència de Salut Pública de Barcelona; 2008. [Links] 32. Rodríguez Álvarez E, Lanborena N, Bacigalupe A, et al. Social factors associated with the knowledge about HIV of the immigrants from China. Latin America, the Maghreb and Senegal in the Basque Country (Spain). *J Immigr Minor Health*. 2013;15:24-33. [Links] 33. Beauchemin C, González-Ferrer A. Sampling international migrants with origin-based snowballing method: new evidence on biases and limitations. *Demographic Research*. 2011;25:103-34. [Links] 34. Colorado-Yohar S, Tormo MJ, Salmerón D, et al. Violence reported by the immigrant population is high as compared with the native population in southeast Spain. *Journal of Interpersonal Violence*. 2012;27:3322-40. [Links] Dirección para correspondencia: Correos electrónicos: yolanda.gonzalezr@ehu.es yolandauca@yahoo.es (Y. González-Rábago). Recibido el 14 de enero de 2014 Aceptado el 14 de febrero de 2

Immigration and health : social inequalities between native and immigrant populations in the Basque Country (Spain)

Lunes, 6 de octubre de 2014

Inmigración y salud: desigualdades entre la población autóctona e inmigrante en el País Vasco Immigration and health: Social inequalities between native and immigrant populations in the Basque Country (Spain) Elena Rodríguez Álvarez, Yolanda González-Rábago, Amaia Bacigalupe, Unai Martín y Nerea Lanborena Elordua a Departamento de Enfermería I, Universidad del País Vasco UPV/EHU, Leioa (Vizcaya), España b Departamento de Sociología 2, Universidad del País Vasco UPV/EHU, Leioa (Vizcaya), España Estudio financiado con el proyecto GIU08/28 de la Universidad del País Vasco (UPV/EHU). RESUMEN Objetivo: Analizar las desigualdades en el estado de salud percibido de la población autóctona e inmigrante residente en la comunidad autónoma del País Vasco y el papel de diferentes determinantes sociales en la explicación de tales desigualdades. Métodos: Estudio descriptivo transversal referido a la población de 18 a 64 años de edad residente en el País Vasco. Se utilizaron datos de la Encuesta de Salud de Euskadi 2007 (n = 4734) y de la Encuesta de Salud de la Población Inmigrante del País Vasco 2009 (n = 765). Se analizaron las desigualdades en la mala salud percibida entre personas autóctonas y cuatro grupos de inmigrantes (China, Latinoamérica, Magreb y Senegal). Para medir la asociación entre la mala salud y el lugar de nacimiento, y poder ajustarla por diferentes variables, se calcularon odds ratio (OR) mediante modelos de regresión logística. Resultados: La población inmigrante en el País Vasco mostró un peor estado de salud percibido que la autóctona, con independencia de la edad. El menor nivel de estudios, la peor situación laboral, el menor apoyo social y la discriminación percibida en la población inmigrante explicaron estas diferencias, en hombres y mujeres. En los hombres de China (OR: 0,18; intervalo de confianza del 95% [IC95%]: 0,04-0,91) y Magreb (OR: 0,26; IC95%: 0,08-0,91), y en las mujeres latinoamericanas (OR: 0,36; IC95%: 0,14-0,92), fue mejor que la de la población autóctona tras ajustar por todas las variables. Conclusiones: Los resultados muestran la necesidad de seguir monitorizando las desigualdades sociales y en salud entre la población autóctona e inmigrante en España, así como de apoyar aquellas políticas sociales que mejoren las condiciones de vida de la población inmigrante. Palabras clave: Inmigración. Desigualdades sociales en salud. Discriminación. ABSTRACT Objective: To analyze health inequalities between native and immigrant populations in the Basque Country (Spain) and the role of several mediating determinants in explaining these differences. Methods: A cross-sectional study was performed in the population aged 18 to 64 years in the Basque Country. We used data from the Basque Health Survey 2007 (n = 4,270) and the Basque Health Survey for Immigrants 2009 (n = 745). We calculated differences in health inequalities in poor perceived health between the native population and immigrant populations from distinct regions (China, Latin America, the Maghreb and Senegal). To measure the association between poor perceived health and place of origin, and to adjust this association by several

mediating variables, odds ratios (OR) were calculated through logistic regression models. Results: Immigrants had poorer perceived health than natives in the Basque Country, regardless of age. These differences could be explained by the lower educational level, worse employment status, lower social support, and perceived discrimination among immigrants, both in men and women. After adjustment was performed for all the variables, health status was better among men from China (OR: 0.18; 95% confidence interval [CI95%]: 0.04-0.91) and Maghreb (OR: 0.26; 95% CI: 0.08-0.91) and among Latin American women (OR: 0.36; 95% CI: 0.14-0.92) than in the native population. Conclusions: These results show the need to continue to monitor social and health inequalities between the native and immigrant populations, as well as to support the policies that improve the socioeconomic conditions of immigrants. Key words: Immigration. Social inequalities in health. Discrimination.

Introducción En las últimas décadas España ha vivido un crecimiento relevante de la población extranjera, hasta alcanzar un 12,2% en 2010. Aunque la crisis económica está incidiendo en la disminución de su peso, en 2013 aún se situaba en un 11,7%. En la comunidad autónoma del País Vasco, la proporción de población extranjera siempre ha sido marcadamente inferior, con un 6,8% en 2013¹, y fundamentalmente de tipo económico y de reciente llegada². Un número creciente de estudios ha mostrado que el lugar de nacimiento y el proceso migratorio constituyen relevantes determinantes sociales de salud en la población inmigrante³⁻¹². Los factores epidemiológicos y sociales de sus países de origen, el proceso de desplazamiento y, sobre todo, las condiciones de vida en la sociedad de destino, constituyen aspectos con una clara influencia sobre la salud y el uso de los servicios sanitarios^{3,4}. En la mayor parte de los estudios se ha descrito una peor salud en la población inmigrante respecto a la autóctona, que tiende a disminuir una vez considerado el efecto de la desigual distribución de diversos factores socioeconómicos entre ambas⁵. La heterogeneidad de procedencias y de países de destino, así como otros factores como la discriminación, la percepción de racismo o la aculturación, han sido asimismo señalados como elementos relevantes para entender la desigual salud de la población según el lugar de nacimiento⁶⁻⁹. Además, la influencia del "efecto del inmigrante sano" puede hacer aún más compleja esta relación¹⁰⁻¹². En España son menos los estudios que han analizado las desigualdades en salud entre la población autóctona e inmigrante, y los factores que las explican, y sus resultados son poco concordantes. En algunos se han hallado mejores resultados en la salud de la población inmigrante^{10,13} y en ciertos hábitos de vida^{14,15}, mientras que otros han descrito una peor autovaloración de la salud^{4,16} y una peor salud mental^{17,18}, muy relacionadas con sus condiciones de vida más desfavorables. Otros factores importantes para entender las desigualdades entre ambas poblaciones incluyen el apoyo social^{4,19}, el tiempo de residencia^{15,20}, el nivel de riqueza del país de procedencia^{3,21} y las características de los trabajos que realizan¹⁶. La mayor parte de estos estudios se ha basado en encuestas de salud poblacionales que presentan algunas limitaciones de representatividad para describir el estado de salud de la población inmigrante y las desigualdades respecto a la población autóctona: además del bajo tamaño muestral, la menor cobertura y no respuesta, más frecuentes en la población inmigrante²², constituyen dos de los problemas más relevantes. Estos sesgos podrían ser diferenciales, con una especial influencia sobre el análisis de las desigualdades en salud según el lugar de origen, ya que son las personas inmigrantes

en condiciones socioeconómicas más desfavorables y las que no conocen el idioma^{23,24} las que tienen una menor respuesta. Además, las encuestas de salud no suelen recoger variables ligadas específicamente al fenómeno migratorio, como la discriminación, el racismo^{6,7,9} o el conocimiento del idioma²⁵. Algunos estudios en el contexto de los servicios de salud^{20,26} o en poblaciones específicas como la inmigrante trabajadora²⁷ sí los han recogido, pero sin representatividad poblacional. Una alternativa para superar algunas de estas limitaciones consiste en la realización de encuestas de salud específicas a la población inmigrante, que adapten el diseño muestral y sus contenidos^{8,17}. Así, en 2009 se llevó a cabo en el País Vasco la segunda Encuesta de Salud a Población Inmigrante de la Comunidad Autónoma del País Vasco (ESPICAV'09)²⁸, que adaptó el cuestionario de la Encuesta de Salud de la Comunidad Autónoma del País Vasco y, mediante un muestreo específico, permitió obtener datos para grupos de población inmigrante. En este contexto, el objetivo del estudio es analizar, en el País Vasco, las desigualdades en el estado de salud percibido entre la población autóctona e inmigrante según su lugar de procedencia, y analizar asimismo el papel de diferentes determinantes sociales en la explicación de tales desigualdades a partir de los datos de la ESPICAV'09 y de la Encuesta de Salud de Euskadi 2007 (ESCAV'07). Métodos Población a estudio y fuentes de información Se realizó un estudio descriptivo transversal referido a la población de 18 a 64 años de edad residente en el País Vasco, por ser el intervalo de edad con un volumen de población inmigrante suficiente para poder realizar los análisis. Se utilizaron los datos procedentes de la ESCAV'07 y de la ESPICAV'09. La ESCAV'07 es una encuesta representativa de la población residente en viviendas familiares en el País Vasco llevada a cabo por el Departamento de Salud, cuya metodología ha sido descrita con anterioridad²⁹. Se seleccionaron las personas de 18 a 64 años de edad nacidas en España (n = 4270). La ESPICAV'09 es una encuesta de salud realizada a personas inmigrantes nacidas en China, Latinoamérica, Magreb y Senegal, residentes en el País Vasco, que incluyó parte del cuestionario de la ESCAV y otras variables específicas. La producción de datos se realizó mediante un muestreo no aleatorio de conveniencia con cuotas de sexo y lugar de nacimiento establecidas a partir de los datos del padrón (Instituto Nacional de Estadística a 1 de enero de 2007). Se realizaron 765 encuestas, 237 a personas nacidas en Magreb (37% mujeres y 63% hombres), 74 (hombres) en Senegal, 368 en Latinoamérica (61% mujeres y 39% hombres) y 86 en China (50% mujeres y 50% hombres). Las personas encuestadoras de cada lugar de nacimiento fueron formadas sobre los objetivos, los instrumentos utilizados, las definiciones de las variables y el procedimiento de recogida de los datos. El contacto y la administración de las encuestas tuvo lugar en sedes de ONG, asociaciones de apoyo a inmigrantes y lugares de encuentro entre ellos. La encuesta fue administrada en diferentes idiomas (español, chino mandarín, árabe marroquí y wolof). En otro lugar ya se han publicado más detalles sobre la metodología de la ESPICAV'09²⁸. Se construyó una base de datos conjunta a partir de los microdatos de ambas encuestas. Variables Como variable resultado se utilizó el mal estado de salud percibido, construido a partir de la autovaloración de la salud, que refleja la valoración subjetiva que cada persona realiza de su propia salud. Se trata de un indicador muy utilizado para la medida del estado de salud de las poblaciones, y está relacionado con la mortalidad y el uso de los servicios sanitarios³⁰. En ambas encuestas, la pregunta consideraba cinco categorías de

respuesta, entre "excelente" y "muy mala". Se consideró "mala salud" la suma de las categorías "mala" y "muy mala". Como variable independiente se utilizó el lugar de nacimiento, y como variables de ajuste se utilizaron la edad, variables sociodemográficas y de estatus migratorio (tiempo de estancia, situación administrativa, comprensión del español, nivel de estudios y situación laboral), el apoyo social medido con la escala de Duke31 considerando "bajo apoyo social" los valores inferiores a 32, y la percepción de discriminación a partir de la pregunta "¿Se ha sentido discriminado por su nacionalidad o condición de inmigrante en alguno de los siguientes ámbitos: laboral, social, sanitario y educativo?", considerando "discriminación" la respuesta afirmativa al menos a uno de los ítems. Para las personas autóctonas fue necesario asumir que ninguna había padecido discriminación por ser inmigrante, todas estaban en situación regular y todas entendían el español, ya que esas preguntas no se recogían en la ESCAV'07. Análisis de los datos Se calcularon los porcentajes, según el lugar de nacimiento, de todas las variables y se analizaron las diferencias utilizando la prueba de ji al cuadrado. Para medir la asociación entre la mala salud y el lugar de nacimiento se calcularon las odds ratio (OR) a partir de modelos de regresión logística que permitieron ajustar esa relación por las variables de ajuste. Las variables de ajuste fueron introducidas por bloques, lo que permitió analizar su influencia en el modelo resultante. Antes de la introducción de las variables se comprobó con el coeficiente de contingencia de Pearson la ausencia de problemas de multicolinealidad (

Euskadi arranca el año con pérdida de población

Miércoles, 24 de septiembre de 2014

crisis demográfica Los 4.708 nacimientos del primer trimestre no neutralizaron las 5.450 muertes Bilbao - La inevitable comparación de los datos estadísticos sobre nacimientos y defunciones registrados durante el primer trimestre del año vuelve a poner el acento en la crisis demográfica que envuelve a la sociedad vasca, inmersa en una progresiva pérdida de población. Entre los meses de enero y marzo, según anunció ayer el Instituto Vasco de Estadística-Eustat, los alumbramientos habidos (4.708) no fueron suficientes para compensar la cantidad de muertes computadas (5.450). Como resultado, 742 personas menos y, lo que a todas luces es más preocupante, el imparable envejecimiento de Euskadi y la falta de relevo generacional. Esa tendencia negativa se extiende por todos los Territorios Históricos, aunque en esta ocasión Araba se ha salvado y su censo se ha visto incrementado en 157 individuos. Por el contrario, Bizkaia es el peor parado ya que acumula el 56% del total de ciudadanos fallecidos a lo largo de ese primer trimestre: 3.053, un 12,9% más que los contabilizados en el mismo periodo del año anterior, y una pérdida en su población de 690 ciudadanos. Gipuzkoa también presentó un ligero decrecimiento en sus padrones: 209 personas. Atendiendo al informe elaborado por los responsables del Eustat, el conjunto de la Comunidad Autónoma Vasca contabilizó 5.450 defunciones durante el primer trimestre de 2014, lo que supone un 7,3% más que en el mismo periodo del año anterior. Por territorios, en tierras alavesas fallecieron 646 personas, con un incremento del 2,9%, un total de 3.053 en Bizkaia (12,9%) y 1.751 en Gipuzkoa (0,3%). Por sexos, fallecieron 2.757 hombres y 2.693 mujeres, lo que supone aumentos del 6,7% y del 7,9%, respectivamente. Y todo, a pesar de que el primer trimestre del año se cerró con los primeros datos positivos sobre nacimientos en la CAV registrados en mucho tiempo. La cuestión, ilustraba Unai Martín, profesor de Sociología en la UPV/EHU, es que las generaciones en edad de tener descendencia son reducidas. "Aunque el número de hijos por persona se mantenga, si cada vez hay menos personas habrá menos nacimientos", zanjaba. A modo de apunte, el documento presentado ayer describe que las principales causas de defunción fueron los tumores y las enfermedades del sistema circulatorio, que produjeron 1.567 y 1.556 fallecimientos, respectivamente, el 57,3% del total. Como tercera causa se encuentran las enfermedades respiratorias, que originaron 611 fallecimientos. El motivo de las defunciones continúa siendo distinto según el sexo, ya que entre los hombres, los tumores superaron a las enfermedades del sistema circulatorio, mientras que entre las mujeres se invirtió el orden.

Mié, 24 de sep de 2014 11:01

Audiencia: 4.967

Ranking: 4

VPE: 18

Página: 1

Tipología: blogs

Charla en Gabon del martes 23 de septiembre con Elena Etxegoyen, Martín Auzmendi y Joxan Rekondo. Y charlamos con el profesor de Sociología de la UPV-EHU, Unai Martín, sobre el envejecimiento de la población vasca que

Miércoles, 24 de septiembre de 2014

Charla en Gabon del martes 23 de septiembre con Elena Etxegoyen, Martín Auzmendi y Joxan Rekondo. Y charlamos con el profesor de Sociología de la UPV-EHU, Unai Martín, sobre el envejecimiento de la población vasca que constata en un informe Eustat.