

# boletín sobre vulnerabilidad social

número 18  
noviembre 2019

**La vulnerabilidad  
social y la salud  
de las personas  
atendidas por  
Cruz Roja**



POR SOLIDARIDAD  
OTROS FINES DE INTERÉS SOCIAL

Cada vez más cerca de las personas

 Cruz Roja Española



CRUZ ROJA ESPAÑOLA DEPARTAMENTO  
DE ESTUDIOS E INNOVACIÓN SOCIAL

Edita:

Cruz Roja Española  
Reina Victoria, 26  
28003 Madrid

Fotografías del archivo de Cruz Roja Española  
Fotografías de portada: Shutterstock y archivo  
Diseño y maquetación: elestudio.com  
Dep. legal: M-19784-2012  
© CRUZ ROJA ESPAÑOLA. MADRID, 2019

Esta investigación está financiada a través de la subvención para la realización de actividades de interés general con cargo a la asignación tributaria del Impuesto sobre la Renta de las Personas Físicas (IRPF), que gestiona el Ministerio de Sanidad, Consumo y Bienestar Social, gracias a las personas que marcan la casilla de la “X Solidaria” en su declaración de la renta.

El proyecto ha sido cofinanciado por la Fundación Cruz Roja Española. La Fundación nació en 1993, con un objetivo principal: ayudar a Cruz Roja Española a realizar su labor asistencial y de apoyo a los más vulnerables.

Empresas que integran el patronato de la Fundación:

BANCO DE ESPAÑA  
BBVA  
IBERDROLA FUNDACIÓN  
OBRASCÓN HUARTE LAÍN, S.A.  
ONCE  
SANTANDER  
VODAFONE FUNDACIÓN



**+ Fundación Cruz Roja Española**

**+ Cruz Roja Española**

[www.cruzroja.es](http://www.cruzroja.es) 900 22 11 22

**Humanidad Imparcialidad Neutralidad Independencia Voluntariado Unidad Universalidad**



Cruz Roja Española pertenece a la Federación Internacional de Sociedades de la Cruz Roja y de la Media Luna Roja, que promueve las actividades humanitarias de las Sociedades Nacionales en favor de las personas vulnerables.

Mediante la coordinación del socorro internacional en casos de desastre y el fomento de la asistencia para el desarrollo, se propone prevenir y aliviar el sufrimiento humano.

La Federación, las Sociedades Nacionales y el Comité Internacional de la Cruz Roja constituyen, juntos, el Movimiento Internacional de la Cruz Roja y de la Media Luna Roja.

#### **Humanidad**

El Movimiento de la Cruz Roja y de la Media Luna Roja, al que ha dado nacimiento la preocupación de prestar auxilio, sin discriminación, a todos los heridos en los campos de batalla, se esfuerza, bajo su aspecto internacional y nacional, en prevenir y aliviar el sufrimiento de los hombres en todas las circunstancias. Tiende a proteger la vida y la salud, así como a hacer respetar a la persona humana. Favorecer la comprensión mutua, la amistad, la cooperación y una paz duradera entre todos los pueblos.

#### **Imparcialidad**

No hace ninguna distinción de nacionalidad, raza, religión, condición social ni credo político. Se dedica únicamente a socorrer a los individuos en proporción con los sufrimientos, remedianto sus necesidades y dando prioridad a las más urgentes.

#### **Neutralidad**

Con el fin de conservar la confianza de todos, el Movimiento se abstiene de tomar parte en las hostilidades y, en todo tiempo, en las controversias de orden político, racial, religioso o ideológico.

#### **Independencia**

El Movimiento es independiente. Auxiliares de los poderes públicos en sus actividades humanitarias y sometidas a las leyes que rigen los países respectivos. las Sociedades Nacionales deben, sin embargo, conservar una autonomía que les permita actuar siempre de acuerdo con los principios del Movimiento.

#### **Voluntariado**

Es un movimiento de socorro voluntario y de carácter desinteresado.

#### **Unidad**

En cada país sólo puede existir una Sociedad de la Cruz Roja o de la Media Luna Roja, que debe ser accesible a todos y extender su acción humanitaria a la totalidad del territorio.

#### **Universalidad**

El Movimiento Internacional de la Cruz Roja y de la Media Luna Roja, en cuyo seno todas las Sociedades tienen los mismos derechos y el deber de ayudarse mutuamente, es universal.

# Sumario



En este nuevo Boletín de Vulnerabilidad Social Nº 18 volvemos a dedicar un espacio monográfico a la evaluación del estado de salud de las personas atendidas, partiendo de la definición de Salud de la OMS que incorpora un enfoque biopsicosocial. Nos interesa especialmente el impacto de los determinantes sociales en la salud, especialmente en una población cuyo riesgo de pobreza y exclusión es muy elevado, comparado con el de la población general, y cuya situación de vulnerabilidad tiene carácter multidimensional.

<b>Prefacio.</b>	<b>3</b>
<b>Conclusiones.</b>	<b>4</b>
<b>Introducción.</b>	<b>12</b>
<b>Metodología.</b>	<b>14</b>
<b>Estructura del Boletín.</b>	<b>16</b>
<b>1. Análisis Sociodemográfico.</b>	<b>18</b>
1.1 Sexo.	19
1.2 Edad.	19
1.3 Estado civil.	20
1.4 Origen.	21
1.5 Nivel de Estudios.	24
1.6 Composición de hogar.	25
<b>2. Situación ocupacional.</b>	<b>28</b>
2.1 Economía sumergida.	36
<b>3. Problemas sufridos en el último año.</b>	<b>38</b>
<b>4. Condiciones de vivienda y riesgo de pobreza y exclusión social de los hogares.</b>	<b>42</b>
4.1 Dificultades en relación con la vivienda.	43
4.2 Pobreza relativa.	45
4.3 Carencia material severa.	50
4.4 Baja intensidad de trabajo en el hogar (BITH).	60
4.5 Hogares en pobreza y exclusión social-AROPE.	61
<b>5. Estado de Salud.</b>	<b>66</b>
5.1 Valoración del estado de salud percibido	67
5.2 Enfermedades crónicas o problemas de salud.	79
5.3 Principales enfermedades y dolencias.	80
5.4 Restricción de la actividad.	90
5.5 Personas con discapacidad.	92
5.6 Dolor y malestar.	95
5.7 Salud mental.	97
5.8 Valoración del estado de salud emocional según distintas variables analizadas.	108
<b>6. Determinantes de la salud.</b>	<b>114</b>
6.1 Hábitos saludables y conductas de riesgo.	115
6.2 Consumo de tabaco.	124
6.3 Exposición al humo del tabaco.	127
6.4 Consumo de bebidas alcohólicas.	130
6.5 Características físicas, índice de masa corporal (IMC).	133
6.6 Actividad física y tiempo libre.	135
6.7 Alimentación.	145
6.8 Higiene bucodental.	149
<b>7. Asistencia sanitaria.</b>	<b>154</b>
7.1 Cobertura sanitaria.	155
7.2 Consultas médicas.	157
7.3 Dificultades de acceso a la asistencia sanitaria.	160
<b>8. Sociabilidad y apoyos.</b>	<b>166</b>
8.1 Problemas o dificultades relacionadas con la sociabilidad por sexo, origen, edad y situación de salud.	170
<b>9. Estudio cualitativo.</b>	<b>172</b>

**Autoras:**

ROMERA, Rosario; GRANÉ, Áurea; GIL, Pilar;  
MALGESINI, Graciela; MONTEROS, Silvina

Cruz Roja Española ha firmado un Convenio de Colaboración con la Universidad Carlos III de Madrid para colaborar en la elaboración de estudios estadísticos.

Coordinación académica: MALGESINI REY, Graciela.

Diseño de la encuesta: MALGESINI REY, Graciela.

Apoyo a la edición: GENDE, Susana; NEBREDA, Marga; AYCART, Juan; BENAVENTE, Pedro Luis; HERNANDEZ, Juan Jesús.

CATI: MDK Barcelona.

Maquetación: elestudio.com

Fecha: Noviembre 2019

ISSN: 2340-7794

Depósito Legal: M-19784-2012

# Prefacio

En Cruz Roja hemos situado a las personas en el centro de nuestra atención, no solo como destinatarias de los programas desarrollados, sino también como agentes evaluadores de los mismos y capaces de identificar los problemas que les afectan. En esta línea, se han realizado encuestas a miles de personas usuarias en los diversos sectores en los que se focaliza la actuación de Cruz Roja y, comparando los datos resultantes con los de otros estudios y estadísticas oficiales, se han podido señalar cuáles son los problemas más importantes que sufren las personas encuestadas. Los resultados de esta evaluación se han ido recogiendo en los anteriores “Boletines sobre vulnerabilidad social” y también han servido de fundamento para la reformulación del Plan de Salud de Cruz Roja.

En este nuevo Boletín de Vulnerabilidad Social N° 18 volvemos a dedicar un espacio monográfico a la evaluación del estado de salud de las personas atendidas, partiendo de la definición de Salud de la OMS que incorpora un enfoque biopsicosocial.

Nos interesa especialmente el impacto de los determinantes sociales en la salud, especialmente en una población cuyo riesgo de pobreza y exclusión es muy elevado, comparado con el de la población general, y cuya situación de vulnerabilidad tiene carácter multidimensional.

Los estilos de vida y su impacto en la salud, así como la gestión que las personas atendidas realizan de sus enfermedades tienen espacio en esta investigación evidenciando que las principales dificultades que experimentan para mejorar su salud están relacionadas con la presencia de problemas económicos, materiales y/o la carencia de redes de apoyo.

Los grupos focales desarrollados con personas atendidas en programas de salud de Cruz Roja complementan el panorama acerca de la vulnerabilidad social y la salud aportado por el análisis cuantitativo.

Esperamos que las conclusiones de esta investigación sirvan para mejorar nuestro trabajo y, a la vez, ofrezcan a los decisores sociales datos contrastados sobre el impacto de los determinantes de la salud en la población más vulnerable.

Javier Senent García  
**Presidente de**  
**Cruz Roja Española**

# Conclusiones

**Perfil sociodemográfico  
de las personas  
encuestadas atendidas  
por Cruz Roja**

- Las mujeres son mayoría (70%).
- El 67,7% están en edad económicamente activa.
- El 57% son españolas. La población de origen extranjero ha subido 12 puntos porcentuales hasta alcanzar el 43%.
- El nivel de estudios es medio-alto para el 49,5%.
- Aumenta la representación de familias con niños, niñas y adolescentes (51,2%) y también el porcentaje de familias monoparentales (20,9%) y numerosas (19,8%).
- En el 19,9% de los hogares viven personas mayores de 65 años.
- En el 20% de los hogares viven personas con discapacidad.

**Situación  
ocupacional**

- Aumenta la tasa de paro entre la población activa hasta el 73,3%.
- Aumenta 5 puntos el porcentaje de personas en paro que no reciben prestación por desempleo (80,8%). Esta situación afecta más a las mujeres (83,1%) que a los hombres (75,1%).
- El 14,7% de las personas encuestadas está trabajando, la mayoría en empleos precarios o a tiempo parcial.
- La tasa de pobreza laboral (85,1%) es seis veces superior a la de la población general.

**Vivienda  
y hábitat**

- Casi la mitad (45,7%) de las personas encuestadas refiere dificultades para mantener su vivienda habitual: el 33,6% no puede pagar el alquiler y el 12,1% lleva algún tiempo sin pagar la hipoteca.
- El 41% no puede pagar los servicios de luz, gas, teléfono o comunidad.
- El 25,7% vive en entornos degradados, el 23% señala escasez de zonas verdes, el 21,7% malos olores procedentes del exterior y el 21% agua de consumo de mala calidad. El 5,1% vive en situación de sinhogarismo.

**Pobreza relativa**

- Aumenta la tasa de pobreza relativa (81,5%) siendo más elevada entre las mujeres (83,5%) que entre los hombres (76,9%) y entre las personas de origen extracomunitario (93,9%) que entre las españolas (71,9%). Por edad afecta más a las personas jóvenes entre 18 y 30 años (95,1%) y por hogar a los hogares con niños/as.
- La tasa de pobreza infantil (89,9%) triplica a la de la población general.

### Carenza material

- El 78,3% tiene dificultades para llegar a fin de mes. El 42,9% está en situación de pobreza energética y el 26,8% no puede permitirse consumir alimentos con proteínas tres veces en semana. La mayor parte de las situaciones que indican carencia material presentan porcentajes más elevados en las mujeres.
- Sube la tasa de carencia material severa (53,5%) que es muy superior entre la población extranjera: afecta al 73,1% de la población extracomunitaria y al 71,4% de la comunitaria, frente al 39% de la española.

### Baja intensidad de trabajo en el hogar

- El 33,8% de los hogares presenta baja o nula intensidad de empleo (sube 4 puntos). La tasa triplica a la de los hogares de la población general.

### Riesgo de Pobreza y Exclusión social (AROPE)

- Aumenta el riesgo de pobreza y exclusión hasta el 84,4%. La tasa triplica a la de la población general.
- La tasa AROPE aumenta en los hogares con algún miembro en edad activa hasta el 93,3% (0,6 puntos más) y especialmente en los hogares de personas mayores alcanzando al 55,1% (7,1 puntos más que en 2018).

### Valoración del estado de salud

- La valoración que efectúa el 52,6% acerca de su estado de salud abarca de regular a muy malo. El porcentaje de quienes lo califican como “bueno/muy bueno”(el 47,4%) es 26,6 puntos porcentuales más bajo que el de la población general.
- La presencia mayoritaria de mujeres (españolas y extranjeras) entre quienes realizan valoraciones negativas acerca de su estado de salud y indica una desigualdad de género en la salud.
- El grupo de edad que señala con mayor frecuencia un estado de salud “malo/muy malo” es el de 45 a 65 años, a diferencia de lo que ocurre entre la población general, donde la valoración más negativa de la salud corresponde a la franja de 85 y más años.
- El porcentaje de población en situación de pobreza que indica una percepción muy negativa de su salud (15,8%) es más elevado que el correspondiente a la población general en situación de pobreza (11,4%).
- De las personas encuestadas que valoran su estado de salud como “malo/muy malo”, el 88,4% son personas que viven en hogares pobres.

### **Enfermedades**

- La prevalencia de las enfermedades y dolencias principales indicadas por la población encuestada por Cruz Roja es más elevada que en la población general. El 40,9% de la población encuestada sufre dolores de espalda crónicos, el 29,9% tensión alta y el 13% diabetes; esos porcentajes son de 19,7%, 20,1% y 7,8% respectivamente, en la población general.
- Entre las personas que indican que están enfermas (47,5%), no están haciendo una gestión correcta de su enfermedad el 11,8%. Entre las causas aducidas figuran fundamentalmente problemas económicos, materiales, físicos y/o carencia de redes de apoyo (38,1%), pero también la falta de información y la baja motivación, ambas en porcentajes inferiores al 10%.
- El 13,4% no sigue la pauta médica en cuanto a la medicación prescrita.

### **Discapacidad**

- El 21,8% señala tener una discapacidad. La discapacidad es un factor de dificultad para la vida cotidiana y para el empleo en el 87,8% de las personas que la sufren.
- Entre las personas con discapacidad certificada (72,9%), sólo el 24,7% tiene una valoración de dependencia.

### **Salud mental**

- Las tasas correspondientes a problemas de salud mental (el 19,3% padece ansiedad crónica, el 18,6% depresión crónica, y el 4,7%, otros problemas mentales) son más elevadas que las de la población general. Las tasas para la población general son 7,4%, 7,2% y 2,1% respectivamente.
- Aproximadamente, una cuarta parte de la población señala un empeoramiento de su salud emocional en los últimos seis meses.
- Analizando por tramos de edad la percepción que las personas tienen acerca de su salud mental, los mayores de 75 años son mayoría entre quienes señalan una disminución de su autonomía personal y un menor sentimiento de utilidad. Las personas de 34 a 44 años tienen mayor peso porcentual entre quienes notan un empeoramiento de su capacidad de hacer frente a los problemas, de su resiliencia, de su capacidad para disfrutar de las actividades diarias y de su autoconfianza. Las personas de 45 a 54 años experimentan un menor grado de felicidad y dificultades de concentración.

### Estilos de vida

- El 12,6% considera que incurre en conductas de riesgo o desarrolla hábitos no saludables. Las más referidas se relacionan con la alimentación (65,1%), el consumo de alcohol, tabaco y otras drogas (41,3%), la falta de actividad física (34,9%) y la higiene del sueño (23,3%).
- La mayoría no puede cambiar este estilo de vida debido a problemas económicos, materiales, físicos o/a la falta de redes de apoyo (34,4%), el 17,5% indica que no puede afrontar el proceso de cambio sin ayuda (falta de motivación) y el 15,3% manifiesta que no sabe qué hacer o cómo cambiar sus hábitos.
- La población encuestada se encuentra en situación de sobrepeso excepto los jóvenes de 15 a 24 años.
- El 23,9% pasan sentados la mayor parte de la jornada, el 26,1% no hace ejercicio y el 15% ocupa su tiempo en actividades sedentarias. Más del 74% pasa una hora diaria o más frente a una pantalla.
- Las personas de 65 o mas años son el grupo más grande entre quienes manifiestan estar sentadas la mayor parte del día. En la población general, el grupo más sedentario corresponde a los jóvenes de 15 a 24 años.
- En cuanto a la actividad física en el trabajo, las personas que realizan tareas que requieren gran esfuerzo físico entre la población atendida por Cruz Roja superan a las de la población general en más de 20 puntos porcentuales.
- Las pautas de alimentación de la población encuestada son bastante similares a las de la población general.
- El 7% señala una higiene bucodental pobre o insuficiente. Cuanto peor es la valoración de la propia salud, menor es la frecuencia de la higiene bucodental.

## Atención sanitaria

- El 97,1% dispone de cobertura sanitaria y el 2,7% no. Entre los primeros, el 92% posee la tarjeta sanitaria pública y el 6,2%, dispone de cobertura pública y privada. El 1,1% tiene solamente un seguro médico privado.
- El 5,7% de la población de origen extranjero carece de tarjeta sanitaria, situación que afecta al 0,5% de la población española.
- El 70,1% acude a los profesionales de la salud sólo cuando tiene un problema. El 1,9% nunca va al médico, en este grupo hay más que hombres que mujeres. La atención periódica aumenta con la edad, mientras que la demanda de asistencia restringida a cuando se tiene un problema de salud corresponde a las edades más jóvenes. Un 3,9% de la población extranjera no va nunca al médico. La población española acude de forma periódica, en una frecuencia que duplica a la extranjera.
- El 83,1% tiene problemas de acceso a medicinas, tratamientos, prótesis, etcétera debido a su falta de recursos económicos. El 20,5% tiene que recurrir a las urgencias de los hospitales y al 3,7% les han facturado por ir al médico.
- Las principales carencias en materia de asistencia sanitaria se deben a las dificultades para pagar el dentista (39,6%), las gafas (29,2%) y las medicinas que ya no cubre la Seguridad Social (23,9%). El 13,35% ha manifestado problemas para el copago de las medicinas. El 24,3% tiene miedo a endeudarse por el coste de los tratamientos. El 9,3% no puede permitirse ir al psicólogo o al psiquiatra. El 4,7% señala que han cerrado los servicios de urgencias nocturnas en su barrio o pueblo y un 1,8% dice que han cerrado el ambulatorio.
- El 31,5% de las mujeres extranjeras y el 20,8% de las mujeres españolas entre 25 y 64 años han desistido de intentar recibir asistencia sanitaria ante las dificultades que encuentran.

### Sociabilidad y apoyos

- El 40,1% no tiene amistades o allegados que les visitan o a los que visitan.
- El 25,2% no dispone de personas que le manifiesten afecto o le mimen.
- El 28,8% no tiene a quien contarle sus problemas.
- El 51,7% no puede contar con ayudas económicas o materiales importantes. Más de la mitad de estas personas viven en hogares pobres, con carencia material severa, y baja intensidad de empleo. Tienen una mala percepción de su salud y presentan, en mayor medida, enfermedades y estilos de vida no saludables.

## Análisis cualitativo

---

El análisis cualitativo contribuye a evidenciar el peso de los determinantes sociales de la salud y la interconexión entre las dificultades en el ámbito social y el ámbito de la salud.

Las problemáticas relacionadas con el mercado laboral tienen un impacto decisivo en la salud, como las condiciones de trabajo, las dificultades que entraña, ante la existencia de problemas de salud, el conseguir bajas laborales o una incapacidad laboral cuando se experimentan trayectorias laborales precarias, así como los déficits en la protección social y de la salud vinculados a la discontinuidad laboral o a la falta de cotización.

También en relación con el mercado laboral aparece el impacto en la salud de las dificultades para renovar las autorizaciones de residencia y trabajo.

El análisis cualitativo subraya también la relación entre la condición social de las personas participantes en los grupos focales -caracterizada generalmente por la precariedad laboral, social, familiar y, en algunos casos, por la exclusión social- y un deterioro en la salud mental. También se evidencia esta relación en aspectos como la interdependencia entre la salud mental y la salud física.

La desafiliación provocada por trayectorias de adicciones, sinhogarismo, internamientos en centros penitenciarios o problemas de salud mental tiene repercusiones en la salud. Muchas de estas personas subrayan la discriminación como mecanismo que opera en su expulsión del mercado laboral y también en su entorno social. Un elemento común en estas situaciones es el de la pérdida de redes familiares y sociales, y la ausencia de ingresos. En ocasiones, la situación de exclusión y la ausencia de redes sociales y familiares retroalimentan el problema de la adicción y viceversa, convirtiéndose en un círculo del que resulta difícil salir. La desafiliación aparece en estos casos conectada a un profundo sentimiento de soledad.



La soledad como vivencia subjetiva negativa y causante de un importante malestar emocional aparece en muchos de los testimonios aportados en los grupos focales, en ocasiones conectada con la falta de movilidad o la carencia de redes sociales y familiares de apoyo, como en el caso de las personas mayores.

La exclusión residencial tiene un peso decisivo en el estado de salud de las personas. La pobreza fuerza a las personas a vivir en entornos poco saludables, con deficientes condiciones de habitabilidad, y estas condiciones repercuten negativamente en su salud, con especial incidencia en la población infantil, las personas mayores y las personas afectadas por enfermedades crónicas.

La situación de vulnerabilidad genera estrés y éste se percibe de diferente manera según la persona y los apoyos con los que cuente. Cuando la percepción del estrés se incrementa y se alarga en el tiempo, puede volverse crónico. La ausencia de apoyos familiares, sociales, emocionales o psicológicos tiene incidencia en la prolongación de esta situación. Los testimonios muestran la importancia del ambiente social y los estilos de vida como factores modeladores del estrés, y cómo sus consecuencias pueden propiciar el desarrollo o agravamiento de enfermedades de carácter sistémico.

El impacto que las condiciones de vida de las personas más vulnerables tiene en la salud no es suficientemente abordado por el Sistema Sanitario que ofrece tratamientos farmacológicos paliativos, sin analizar las causas de sus problemas de salud, dando lugar a lo que se ha llamado medicalización de la pobreza y la exclusión social.

Los testimonios muestran también el impacto negativo de la introducción del copago y de otras restricciones a la atención sanitaria universal experimentada a raíz de la crisis, en la atención sanitaria de la población en pobreza.

# Introducción

Desde el año 2009, Cruz Roja desarrolla investigaciones sobre la vulnerabilidad social y los riesgos de pobreza y exclusión social de la población encuestada por la Institución, incluyendo un análisis sobre el impacto de la crisis socioeconómica en esta población . Este boletín aporta nueva información para comprender la interrelación entre los distintos aspectos que componen la vulnerabilidad social, incluyendo el peso de las dificultades en materia de salud, la carencia material y la pobreza sostenidas en el tiempo, junto a otras problemáticas menos visibles, como la situación emocional y relacional.

El Boletín expone, al igual que las anteriores ediciones, datos sociodemográficos, nivel de ingresos, situación ocupacional y de vivienda, relaciones y vida social y percepciones de las personas encuestadas acerca de su situación. También incluye un análisis sobre las tasas de carencia material, hogares con baja o nula intensidad de empleo y pobreza relativa, los tres factores que definen el riesgo de pobreza y exclusión (AROPE), con análisis específicos relativos a los hogares con miembros en edad activa y los hogares de las personas mayores.

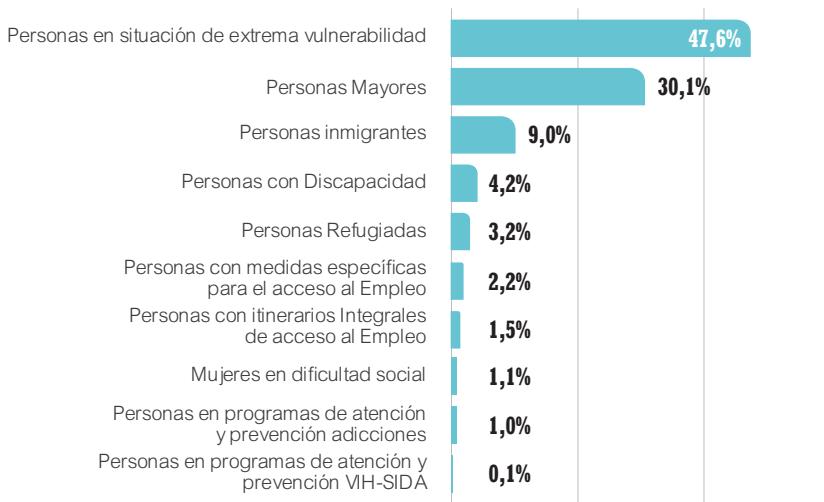
Este estudio incluye datos específicos sobre la incidencia de enfermedades o problemas crónicos de salud, acceso y atención en el sistema sanitario público y en los servicios sanitarios privados en la población que participa en los programas de Cruz Roja, con un análisis que nos permite inferir la influencia de los determinantes sociales en la salud de las personas encuestadas. En este sentido, esta investigación continúa el análisis ofrecido en el Boletín N°9 (publicado en 2014). Su carácter diferencial estriba en la exploración acerca de la forma en la que las personas encuestadas gestionan su salud, en línea con el interés del Plan de Salud de Cruz Roja Española de ofrecer respuestas a las necesidades y riesgos de la población encuestada en este ámbito.

# Metodología

El trabajo de campo correspondiente a este Boletín nº 18 se efectuó durante los meses de abril a junio de 2019. Para ello se entrevistó telefónicamente a una muestra de 1500 personas participantes en los programas sociales y de empleo de Cruz Roja que figuran en su base de datos. La muestra corresponde a la distribución de dichos programas y presenta un error del 3,1% para el 95% de NC. El 47,6% de las personas encuestadas pertenece al Programa de Personas en situación de extrema vulnerabilidad, el 30,1% al de Personas mayores, el 9% al de Personas inmigrantes, el 4,2% al de Personas con discapacidad, el 3,2% al de Personas refugiadas, el 2,2% al de Medidas específicas de acceso al empleo, el 1,5% al de Itinerarios integrales de acceso al empleo, el 1,1% al de Mujeres en dificultad social, el 1% al de Atención y prevención de adicciones y el 0,1% al de Atención y prevención del VIH-SIDA.

### Gráfico 1.

Distribución de las personas encuestadas por programas de Cruz Roja



Este Boletín integra testimonios y reflexiones obtenidas a través de una metodología cualitativa, con la finalidad de completar el análisis acerca de la vulnerabilidad social vinculada a la situación de salud de las personas encuestadas. Este componente cualitativo es el resultado de la información aportada en tres grupos focales desarrollados con personas que participan en diversos programas del Plan de Salud de Cruz Roja en Alicante, Barcelona y Madrid. En dichos grupos participaron un total de 23 personas, 7 mujeres y 16 hombres, con edades comprendidas entre los 21 y 91 años; 19 de las personas participantes eran españolas y cuatro de origen extranjero, todas ellas latinoamericanas.

## Estructura del Boletín

---

Este Boletín consta de nueve partes temáticas. En la primera se presentan las características sociodemográficas de las personas encuestadas y, en la segunda, su situación ocupacional. En la tercera se destacan los problemas de carácter social sufridos por la población encuestada en el último año. En la cuarta, se describen las condiciones de vivienda y el Riesgo de pobreza y exclusión social de los hogares (AROPE), con sus tres componentes: pobreza relativa, carencia material severa y hogares con baja o nula intensidad de empleo.

En una quinta parte se estudia detalladamente el estado de salud, incluyendo enfermedades, discapacidad y salud mental entre otros temas. En la sexta , se abordan algunos determinantes de la salud, como la alimentación y la actividad física. En la séptima, se analiza la atención sanitaria y los problemas de accesibilidad. En la octava , se aborda la red de apoyos y la sociabilidad de las personas encuestadas.

La novena y última parte contiene un resumen del análisis cualitativo realizado a través de grupos focales integrados por personas usuarias de los programas de salud de Cruz Roja, incluyendo sus testimonios.



# Análisis Sociodemográfico 1

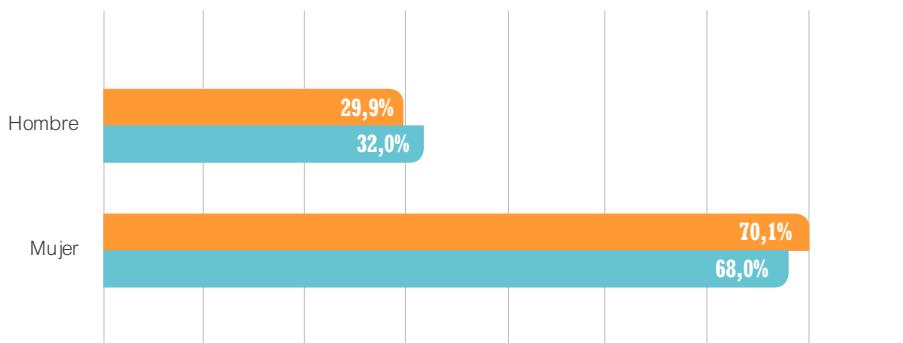
## 1.1 Sexo

La información obtenida sobre la distribución de la muestra en función del sexo confirma la tendencia a la feminización de la población encuestada, ya que la proporción de mujeres ha aumentado en algo más de dos puntos porcentuales con respecto a 2018. La mayor presencia de mujeres encuestadas en diversas situaciones de vulnerabilidad está en consonancia con la feminización de los indicadores estadísticos utilizados para medir la pobreza, la carencia material, el desempleo, la inactividad, etcétera, de la población general, y corresponde a un preocupante incremento de la desigualdad de género.

**Gráfico 2.**

Distribución de las personas encuestadas por Cruz Roja por sexo, 2018 y 2019

■ 2019 ■ 2018



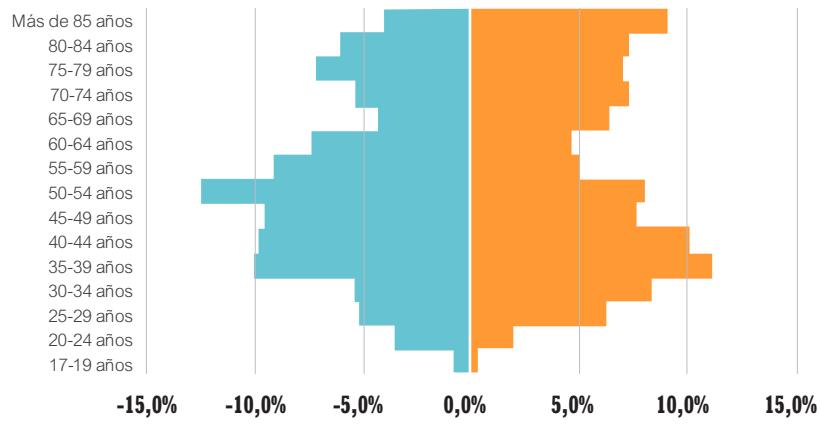
## 1.2 Edad

El rango de edad de las personas encuestadas abarca desde los 17 hasta los 100 años. En las mujeres, los tramos de edad más representados son, en primer lugar, las que tienen entre 35 y 44 años y, en segundo, las mayores de 65 años, con alta presencia de mujeres mayores de 85. Entre los hombres, el grupo de edad más representado es el tramo de 35 a 64 años, con mayor concentración entre los 50-54 años.

**Gráfico 3.**

Pirámide de edad de las personas encuestadas por sexo (en %)

■ Hombres ■ Mujeres

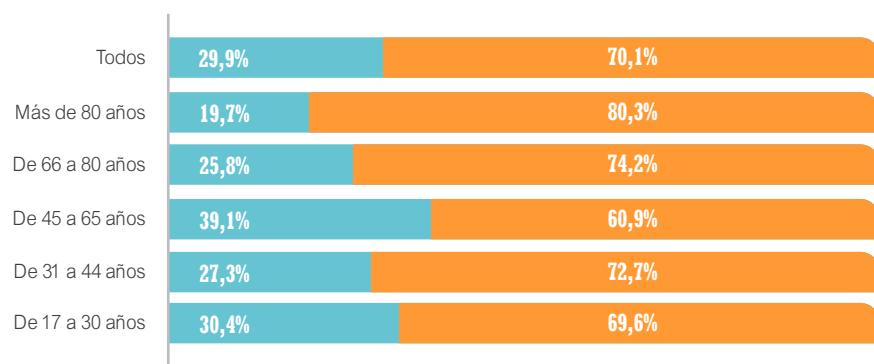


Agrupando la variable de edad en cinco grupos, se observa que el 10% de las personas encuestadas tienen entre 18 y 30 años, el 27% entre 31 y 44 y el 31% entre 45 y 65; es decir que el 67,7% está en edad económicamente activa. En el grupo de las personas mayores, el 19% tiene entre 66 y 80 años, y el 13% 80 años o más.

**Gráfico 4.**

Edad de las personas encuestadas por sexo (en %)

Hombres    Mujeres



## 1.3 Estado civil

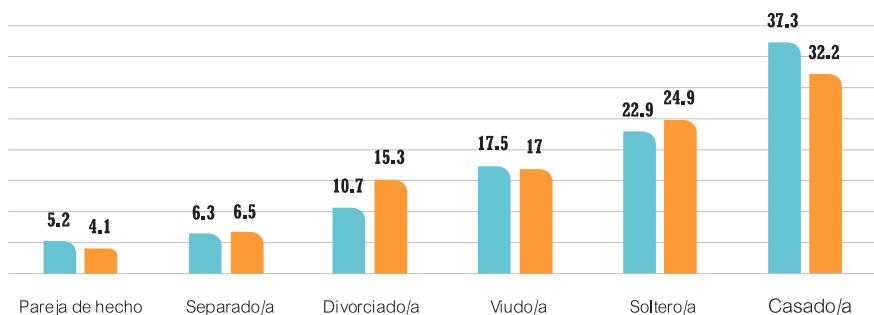
El 37,3% de las personas encuestadas están casadas, el 22,9% solteras, el 17,5% viudas y el 10,7% divorciadas. Con respecto al año 2018, ha aumentado la representación porcentual de personas casadas y ha disminuido la de personas divorciadas.

**Gráfico 5.**

Distribución de las personas encuestadas por estado civil (en %)

2019

2018



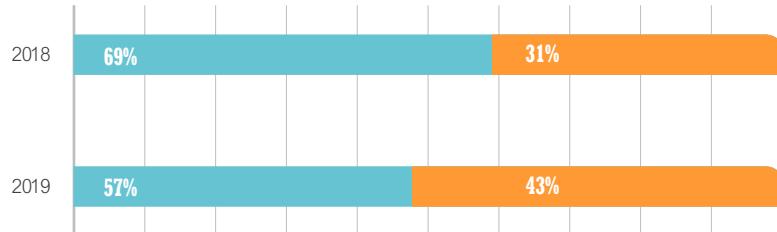
## 1.4 Origen

En el último año se ha producido un repunte en la llegada de personas de origen extranjero a España, hasta alcanzar el 10,7% de la población. Una parte de estas personas presentan situaciones de gran vulnerabilidad que les han llevado a solicitar ayuda a Cruz Roja. Otro aspecto reseñable que influye en la configuración de la población encuestada en relación a su origen, es el de las consecuencias de la crisis económica en el mercado laboral, que ha deteriorado especialmente la situación socioeconómica de las personas inmigrantes, abocadas frecuentemente a empleos en la economía sumergida que les excluyen del Estado de bienestar, a empleos atípicos o precarizados y a períodos de paro prolongado, como reflejan la Encuesta de Condiciones de Vida y la Encuesta de Población Activa, del Instituto Nacional de Estadística y varios estudios al respecto. Ambos aspectos pueden explicar que la proporción de personas de origen extranjero encuestada por Cruz Roja haya pasado del 31% en 2018 al 43% en 2019, un aumento de 12 puntos porcentuales.

**Gráfico 6.**

Distribución de las personas encuestadas por origen (en %)

Españoles      Extranjeros



1. Según los datos del Padrón Continuo, del Instituto Nacional de Estadística (INE) de abril de 2019, en 2018 la población española creció en 284.387 personas (0,6 %), lo que situó el total de habitantes por encima de los 47 millones (no se había llegado a esta cifra desde 2013). La recuperación demográfica se atribuye a la incorporación de personas origen extranjero, ya que la población española muestra un retroceso de 6.186 personas entre 2017 y 2018. La población extranjera representa 290.573 nuevas altas, de los que 36.049 son de países de la UE y el resto, 254.524 extracomunitarios, llegando al 10,7% del total de la población residente en España (una proporción que no se alcanzaba desde 2014). Ver González Enríquez, Carmen (2019), "Inmigración en España: una nueva fase de llegadas", ARI 28/2019 5 de marzo de 2019, disponible en <http://www.realinstitutoelcano.org/wps/wcm/connect/c9b30d67-43a5-4651-9749-2c097f9dd9a9/ARI28-2019-GonzalezEnriquez-Inmigracion-Espana-nueva-fase-llegadas.pdf?MOD=AJPERES&CACHEID=c9b30d67-43a5-4651-9749-2c097f9dd9a9>
2. Además de las fuentes estadísticas mencionadas, se puede consultar UGT (2018), **11 de julio día mundial de la población 1998-2018. Migración y crecimiento de la población en España**, disponible en [http://www.ugt.es/sites/default/files/informe\\_dia\\_mundial\\_de\\_la\\_poblacion\\_ugt\\_11julio.pdf](http://www.ugt.es/sites/default/files/informe_dia_mundial_de_la_poblacion_ugt_11julio.pdf)

## 1.4.1 Países de procedencia

Las personas de origen extranjero suponen el 43% de la población encuestada. Las que proceden de países comunitarios son el 3% y las originarias de países extracomunitarios el 40%. En el primer caso, el grupo mayoritario corresponde a Rumanía (69%), seguida de Francia y Bulgaria (ambas con un 7,1%) y Portugal (4,8%). Otros países con menor representación son Suecia, República Checa, Reino Unido, Lituania y Alemania.

**Gráfico 7.**

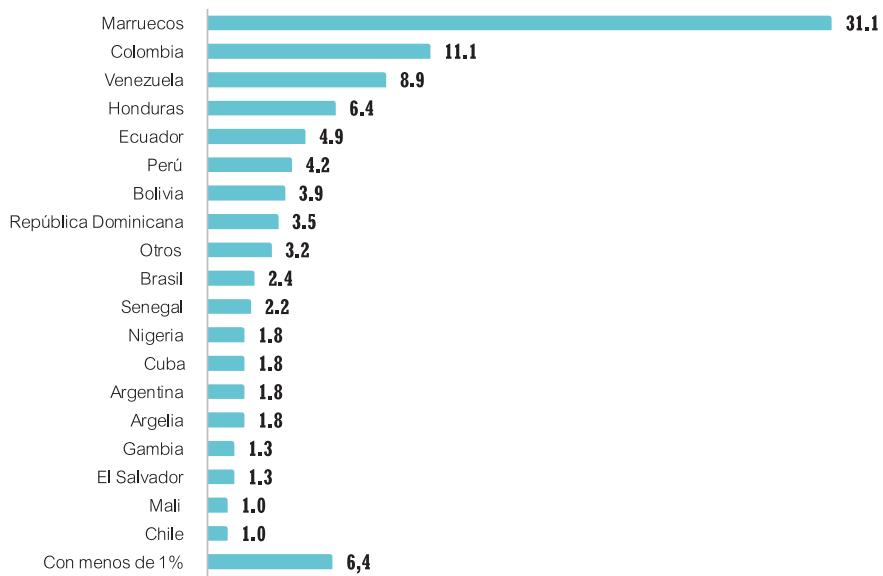
País de procedencia de las personas encuestadas de nacionalidad comunitaria (en %)



Entre las personas encuestadas procedentes de países extracomunitarios, el grupo mayoritario corresponde a Marruecos (31,1%), seguido por Colombia (11,1%), Venezuela (8,9%) y Honduras (6,4%). El resto de nacionalidades, con valores inferiores al 5%, son Ecuador, Perú, Bolivia, República Dominicana y otras.

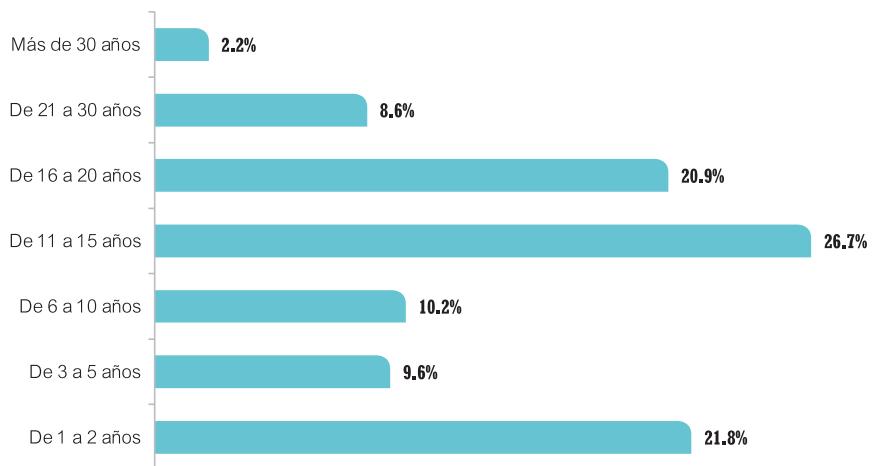
**Gráfico 8.**

Países de procedencia de las personas encuestadas de nacionalidad extracomunitaria (en %)



## 1.4.2 Población de origen extranjero: tiempo de residencia en España

El 21,8% de las personas extranjeras encuestadas lleva menos de 2 años residiendo en España. El 68,3% vive en nuestro país desde hace 15 años o menos y sólo el 2,2% lleva más de 30 años.



# 1.5

## Nivel de estudios

El 27,1% de las personas encuestadas tiene estudios primarios completos. El 11,9% carece de estudios y el 11,4% no ha concluido la primaria. El 11,3% ha completado el bachillerato y el 10,9% los estudios secundarios. Con respecto a 2018, se aprecia un aumento de la población con estudios primarios y de la que carece de estudios, así como una menor presencia de personas con niveles de estudios medios y superiores.

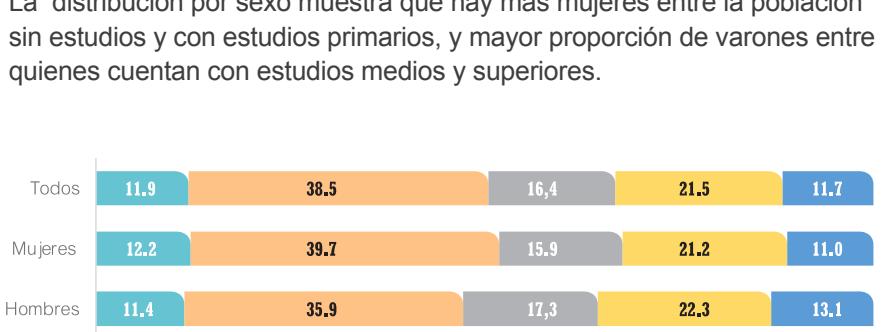
**Tabla 1.**

Distribución de las personas encuestadas por nivel de estudios alcanzado (en %)

	2019 %	2018 %	Diferencia en pp entre 2019 y 2018
Estudios primarios terminados	<b>27,1</b>	<b>21,9</b>	<b>5,2</b>
Sin estudios	<b>11,9</b>	<b>9,5</b>	<b>2,4</b>
Estudios primarios sin terminar	<b>11,4</b>	<b>6,7</b>	<b>4,7</b>
Bachillerato terminado	<b>11,3</b>	<b>12,7</b>	<b>-1,4</b>
Estudios secundarios obligatorios terminados	<b>10,9</b>	<b>10,6</b>	<b>0,3</b>
Grado superior (Univ) terminado	<b>9,7</b>	<b>10,4</b>	<b>-0,7</b>
Estudios secundarios obligatorios sin terminar	<b>5,5</b>	<b>6,7</b>	<b>-1,2</b>
Grado medio terminado	<b>4,1</b>	<b>7,1</b>	<b>-3,0</b>
Formación superior terminada	<b>3,5</b>	<b>5,9</b>	<b>-2,4</b>
Bachillerato sin terminar	<b>2,0</b>	<b>3,9</b>	<b>-1,9</b>
Grado superior (Univ) sin terminar	<b>1,6</b>	<b>2,6</b>	<b>-1,0</b>
Formación superior sin terminar	<b>0,3</b>	<b>0,6</b>	<b>-0,3</b>
Grado medio sin terminar	<b>0,3</b>	<b>0,7</b>	<b>-0,4</b>
Master terminado	<b>0,3</b>	<b>0,3</b>	<b>0,0</b>
Doctorado terminado	<b>0,1</b>	<b>0,4</b>	<b>-0,3</b>

**Gráfico 10.**

Distribución de las personas encuestadas por nivel de estudios alcanzado (en %). Segmentación por sexo

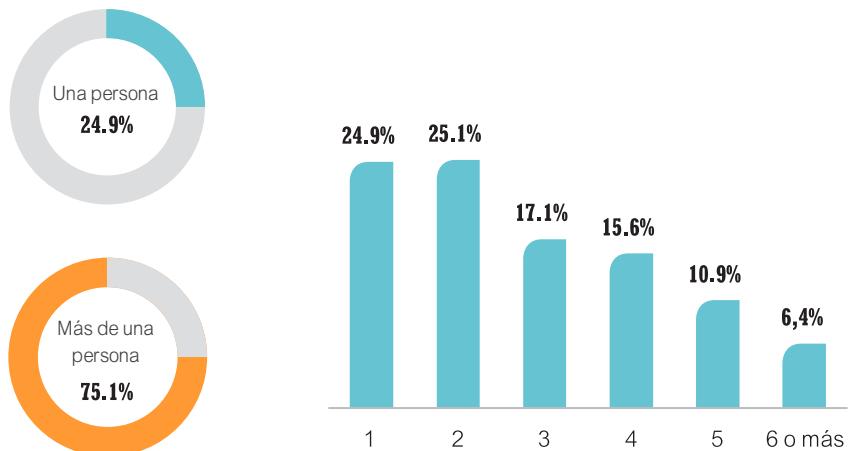


## 1.6 Composición de hogar

El 24,9% de las personas encuestadas viven solas y el 75,1% con otra/s persona/s. El 6,5% de los hogares están integrados por 6 o más personas.

**Gráfico 11.**

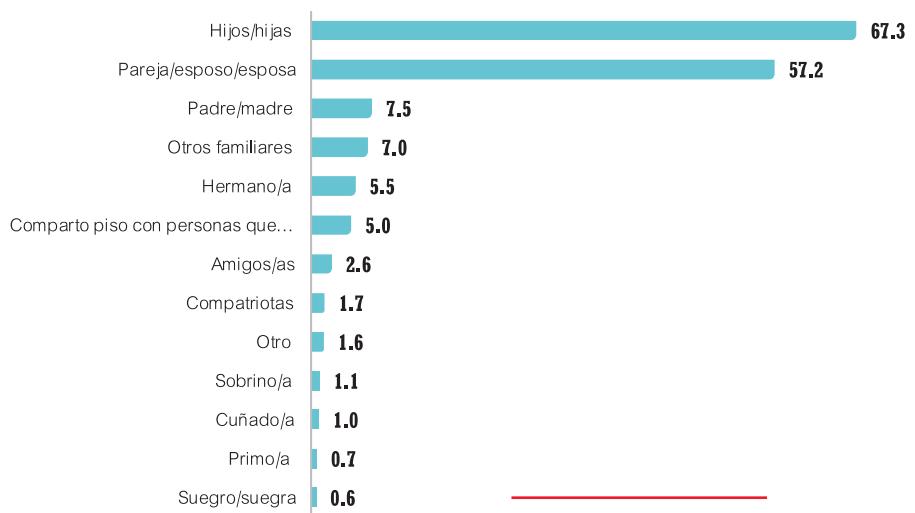
Número de personas que forman el hogar (en %)



Entre las personas que viven en hogares no unipersonales, el 67,3% conviven con hijos/as, el 57,2% con la pareja/esposo/a, el 7,5% con el padre o la madre, el 7% con otros familiares y el 5,5% con hermanos/as. Hay un 5% que indica que comparte vivienda con personas que desconocían anteriormente.

**Gráfico 12.**

Parentesco con otras personas del hogar (en %)

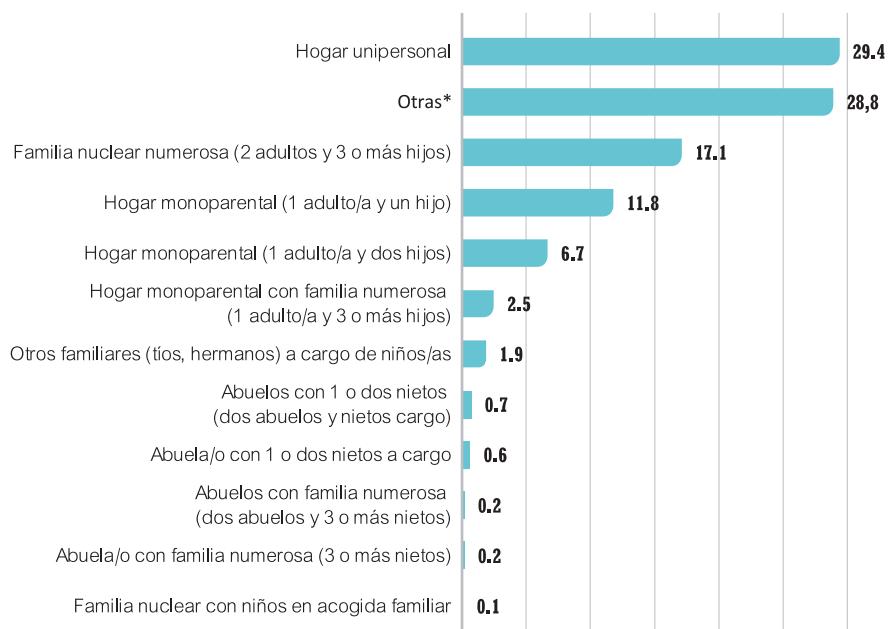


Nota: las respuestas a esta pregunta no suman 100, porque admite respuestas múltiples.

Entre los hogares en los que vive más de una persona, hay un 21% de familias monoparentales (adulto/a + niños), en su mayoría encabezadas por mujeres (94,4%). Un 17,1% son familias nucleares numerosas, es decir dos personas adultas y tres o más niños/as. Ambos tipos de familia están asociados con los niveles más altos de pobreza relativa y exclusión en España.

**Gráfico 13.**

Distribución de las personas encuestadas según la composición de la familia (en %)

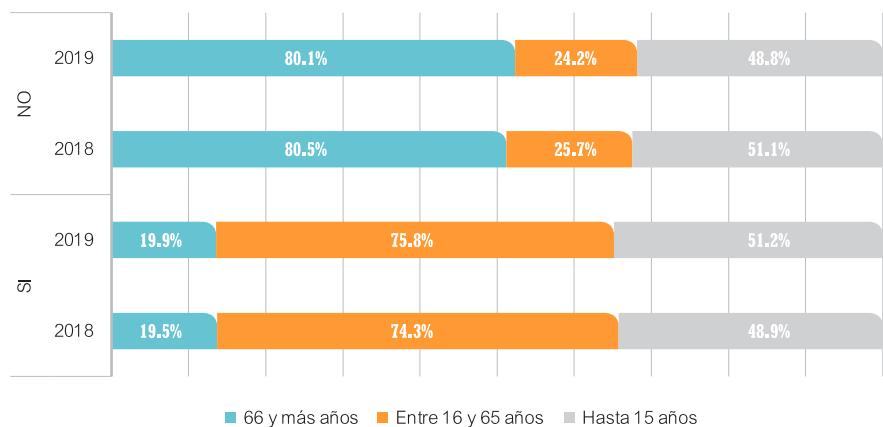


\* Dentro de la opción “otras” la convivencia se realiza en residencias, albergues, pisos compartidos, instituciones, pisos tutelados, entre otros.

Del total de de las personas encuestadas que no viven solas (75,1%), la mayoría (75,8%) de los hogares está conformada por personas con edades comprendidas entre 16 y 65 años; en un 51,2% de los hogares viven niños y niñas menores de 15 años y, en el 19,9%, mayores de 66 años. Con respecto al año anterior, la diferencia más importante es el incremento de la presencia de población infantil.

**Gráfico 14.**

Distribución de las personas encuestadas según la composición por grupos de edad de los miembros de sus hogares (en %)

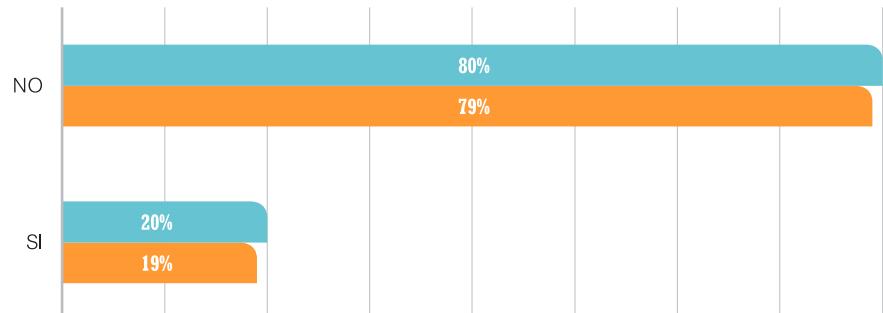


El 20% de las personas encuestadas ha señalado que conviven con personas con discapacidad y/o enfermedades físicas o psíquicas. Este porcentaje supone un incremento de un punto porcentual en relación a 2018.

**Gráfico 15.**

Distribución de la población encuestada según residen con personas con enfermedades o discapacidades (físicas o psíquicas) (en %)

2019       2018



# Situación ocupacional 2

La recuperación del empleo experimentada en los últimos años no ha llegado a ciertos grupos de población, que forman parte de las 3.230.600 personas paradas en edad activa de España, contabilizadas por la Encuesta de Población Activa del 2º trimestre de 2019. Hay más mujeres paradas (1.696.500) que hombres (1.534.100). Los principales grupos de edad afectados son las personas de 16 a 19 años (46,26%), de 20 a 24 años (30,22%) y de 25 a 29 años (18,65%). La tasa de paro general es de 14,2%, es del 13% para la población española y del 20,2% en la extranjera (con cifras de 2.604.000 y 606.000 respectivamente). Otro dato significativo es la dificultad de conseguir empleo, ya que el 49,3% de las personas paradas están buscando empleo desde hace más de un año o han dejado su trabajo un año atrás (el 53,5% de las mujeres y el 44,6% de los hombres). Estas circunstancias, más la extinción de la prestación por desempleo cuando el paro se prolonga y la insuficiencia de prestaciones de ingresos mínimos, determinan que haya 544.700 hogares sin ingresos en España, que afectan a alrededor de 1 millón de personas.

El 36,5% de las personas encuestadas por Cruz Roja participantes en los programas de intervención social y empleo están en situación de desempleo (el 14,2% llevan un año o menos en paro, y el 22,3% más de dos, lo que se considera un paro de muy larga duración). El 23,8% de las personas encuestadas están jubiladas, retiradas o han cerrado un negocio. El 16,1% percibe pensiones de viudedad, no contributivas o de discapacidad. El 13,3% está asalariado (el 7,1% a tiempo parcial y el 6,2% a tiempo completo). El 5,5% se dedica al cuidado del hogar, niños/as, ancianos y personas dependientes. El 4,5% tiene una incapacidad laboral y el 4,2% no ha trabajado nunca. El 3,9% reconoce trabajar en la economía sumergida y el 2,3% está estudiando. El trabajo autónomo es la categoría menos representada entre las personas encuestadas (1,4%). En lo que respecta a la población activa (descontando a las personas que no buscan empleo, que son jubiladas o pensionistas, que no han trabajado nunca, que tienen incapacidad laboral, que son estudiantes y que se dedican al cuidado del hogar), la tasa de paro alcanza al 73,3%. Este porcentaje es algo superior al registrado en 2018 (72,7%).<sup>3</sup>

---

3. Cruz Roja Española, **Informe Anual de Vulnerabilidad Social**, 2018

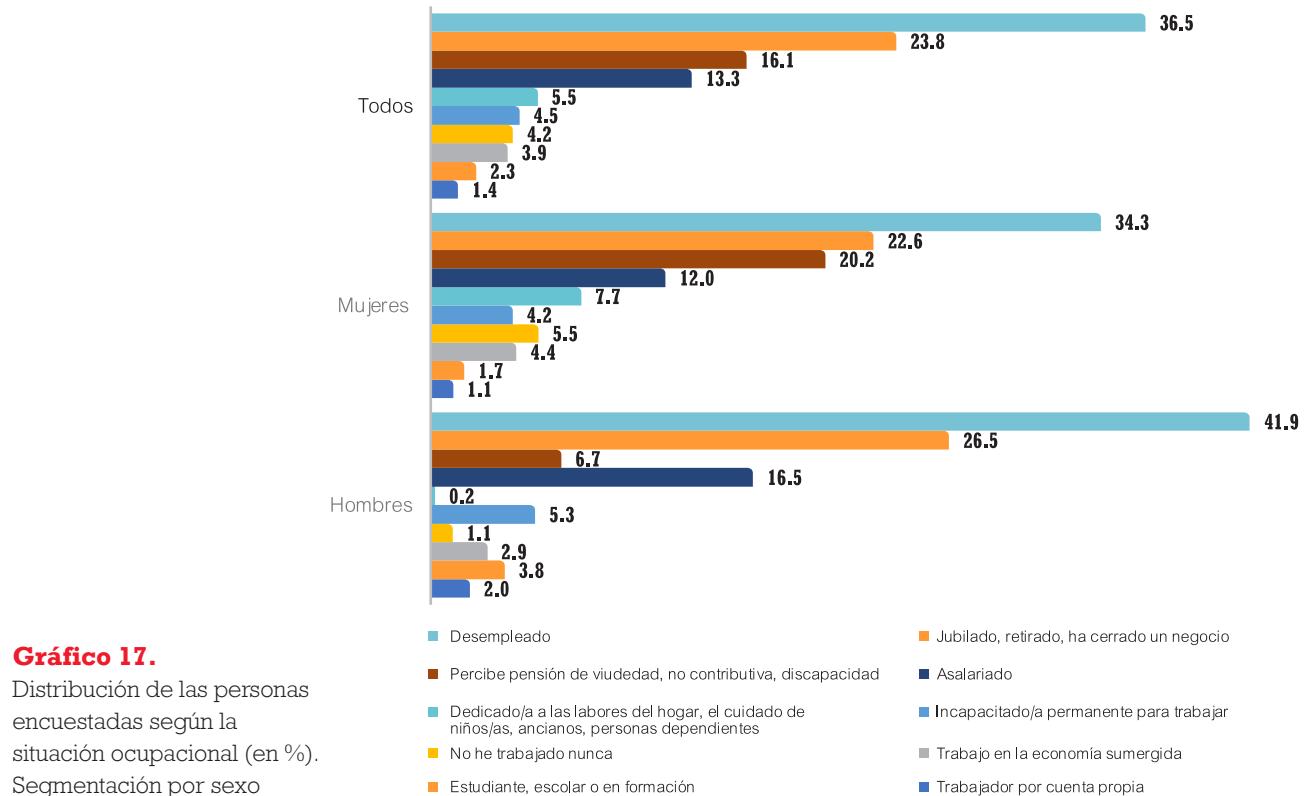
**Gráfico 16.**

Distribución de las personas encuestadas según la situación ocupacional (en %)

Nota: las respuestas a esta pregunta no suman 100, porque admite respuestas múltiples.

Considerando la distribución por sexo, hay más mujeres que hombres entre quienes perciben la pensión de viudedad, se dedican a las labores del hogar y al cuidado de niños/as, ancianos o personas dependientes. También, hay más mujeres entre quienes no han trabajado nunca y entre las personas que trabajan en la economía sumergida.

El porcentaje de hombres en paro es más elevado que el de mujeres, 41,9% y 34,3% respectivamente. Esta diferencia es más acusada en el paro de muy larga duración (2 años o más), que afecta al 25,8% de los hombres y al 20,8% de las mujeres. La tasa de hombres que se encuentran en paro de larga duración (hasta 1 año) es del 16% y la de las mujeres, el 13,4%. También hay más hombres con empleo (16,5%) que mujeres (12%). Sin embargo, en los hombres, el porcentaje de los que tienen un empleo a tiempo completo es del 10,7%, en tanto que en las mujeres es de sólo el 4,3%. El empleo a tiempo parcial está más representado entre las mujeres (7,7%) que entre los hombres (5,8%).

**Gráfico 17.**

Distribución de las personas encuestadas según la situación ocupacional (en %). Segmentación por sexo

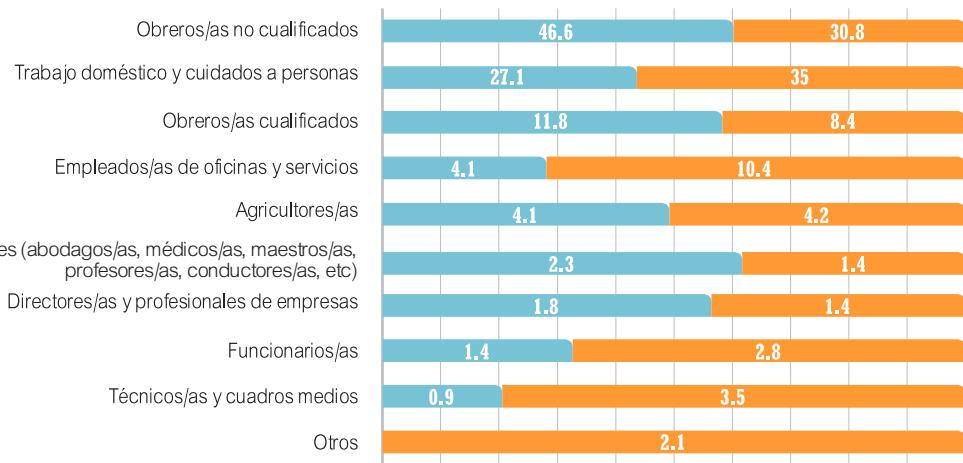
Nota: las respuestas a esta pregunta no suman 100 porque se trata de una pregunta de respuesta múltiple..

Las personas que están trabajando (14,7%) tienen en general un nivel de cualificación muy bajo. La mayoría son obreros/as no cualificados/as (46,6%). Les siguen las personas ocupadas en el servicio doméstico y cuidados a personas (27,1%). El 11,8% se desempeñan como obreros/as cualificados/as. Con respecto a 2018, se aprecia un aumento de los obreros/as, no cualificados y cualificados, y un leve incremento de los profesionales y directivos. En el resto de categorías se producen descensos.

### Gráfico 18.

Distribución de las personas encuestadas ocupadas (14,7%) según el oficio o profesión (en %)

 2019     2018

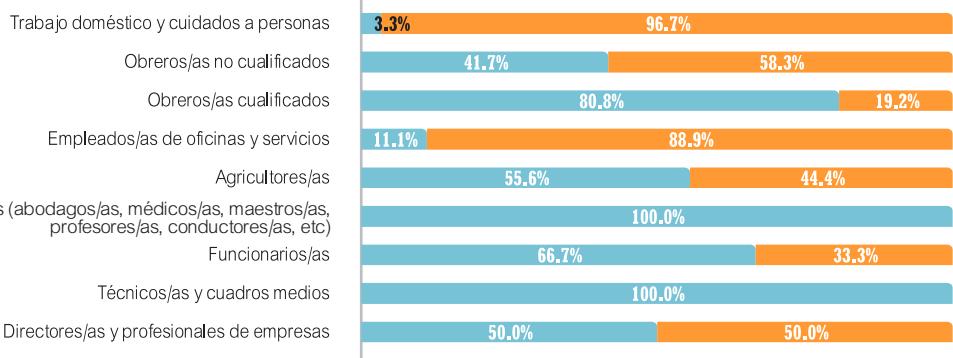


Analizando los datos en función del sexo, las mujeres presentan porcentajes más elevados en los trabajos domésticos y el cuidados de personas, y, en segundo lugar, en los empleos en oficinas y servicios. Los hombres tienen mayor presencia en los empleos profesionales (abogados, médicos, etc.) y en los trabajos como técnicos y cuadros medios.

### Gráfico 19.

Distribución por sexo de las personas encuestadas ocupadas (14,7%) según el oficio o profesión (en %). Segmentación por tipo de ocupación

 Hombres     Mujeres



**La mayoría de las personas en paro no reciben prestación por desempleo (80,8%).** El 43,3% de las personas encuestadas nunca la han recibido. El 12,9% percibe la renta mínima de su Comunidad Autónoma, el 6,6% prestaciones no contributivas procedentes de la Seguridad Social y el 3,1%, de los servicios sociales municipales.

**Gráfico 20.**

Distribución de las personas encuestadas según situación de prestación por desempleo (en %)

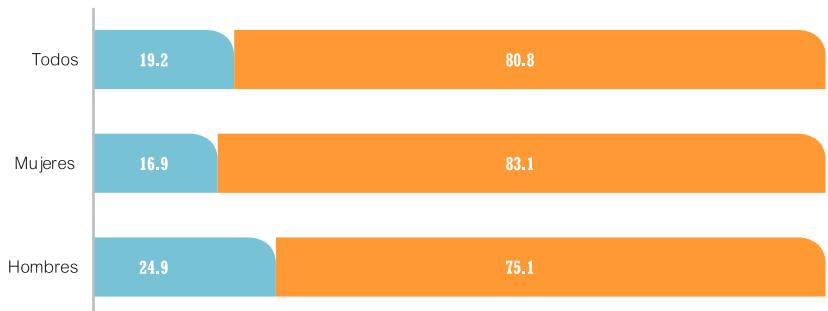


El porcentaje de personas que no reciben prestación por desempleo es mayor en las mujeres (83,1%), que en los hombres (75,1%).

**Gráfico 21.**

Distribución de las personas encuestadas según si reciben prestación por desempleo (en %). Segmentación por sexo

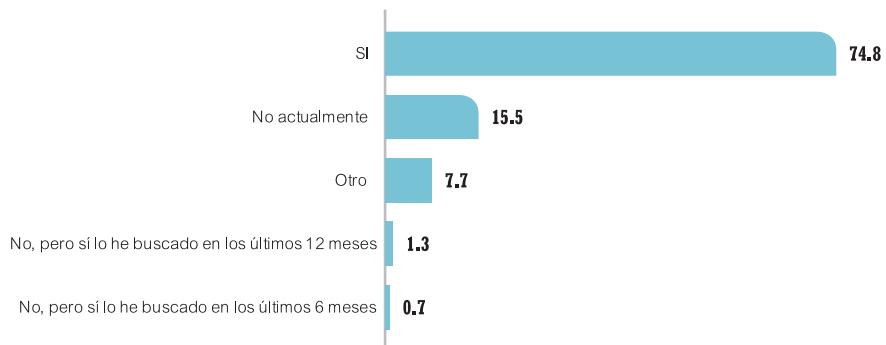
Si    No



El 74,8% de las personas encuestadas busca trabajo como asalariado/a o actividad económica como empresario/a o trabajador/a independiente. El 17,5% no busca trabajo. Un 7,7% indica otras razones.

**Gráfico 22.**

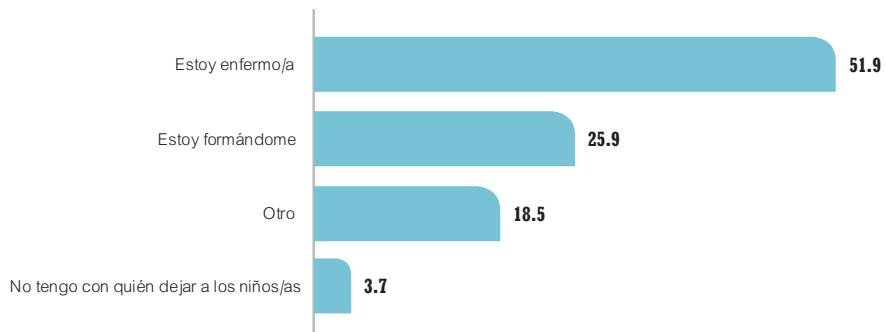
Distribución de las personas encuestadas según si están buscando o no empleo (en %)



**Más de la mitad de las personas que no buscan empleo (51,9%) señalan problemas de salud.** El 25,9% indica que está formándose y el 18,5%, otros motivos, como problemas relacionados con la documentación necesaria para trabajar, incapacidad permanente, edad avanzada o llevar poco tiempo en el paro. El 3,7% subraya que no tiene con quién dejar a los niños/as.

**Gráfico 23.**

Distribución de las personas encuestadas que declaran no buscar empleo (17,5%) según las razones para ello (en %)



Si desagregamos las causas aducidas para no buscar empleo en función del sexo, la mayoría de las mujeres indican razones de salud (71,4%). La falta de formación aparece en mayor medida entre los hombres (57,1%). Por último, el problema de “no tener con quién dejar a los niños/as” se presenta sólo entre las mujeres.

**Gráfico 24.**

Distribución por sexo de las personas encuestadas que declaran no buscar empleo (en %). Segmentación por causa de no búsqueda de empleo

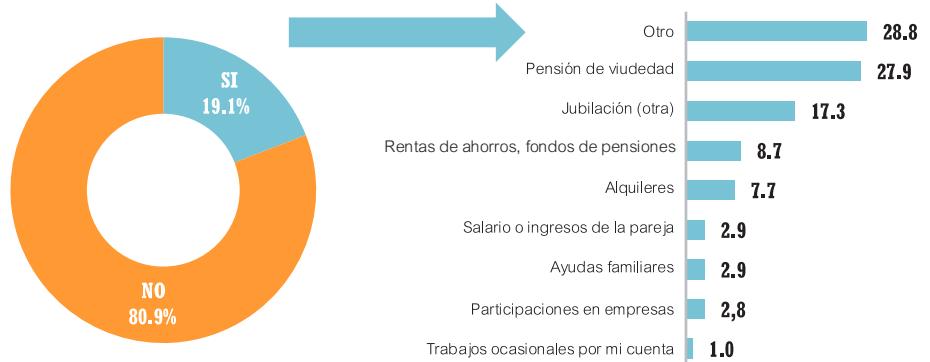


En el grupo de personas encuestadas jubiladas o pensionistas, el 19,1% declara tener otros ingresos distintos a los de la jubilación o pensión.

En el 27,9% de los casos se trata de una pensión de viudedad. El 28,8% refieren percibir otras ayudas, como la prestación por dependencia, la pensión de divorcio o las ayudas del ayuntamiento.

**Gráfico 25.**

Distribución de las personas encuestadas jubiladas por la tenencia o no de otros ingresos y procedencia de los mismos (en %)

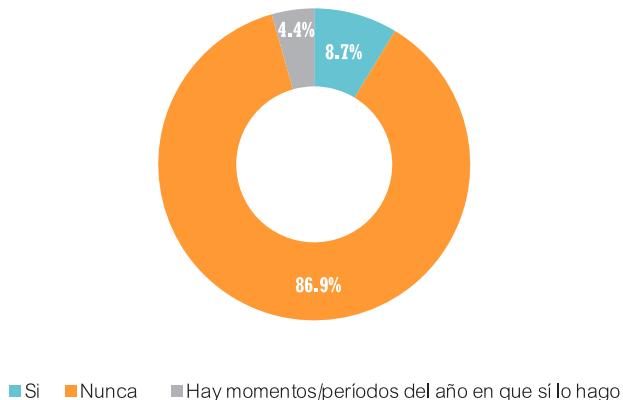


## 2.1 Economía sumergida

**Gráfico 26.**

Distribución de las personas encuestadas con respecto a si trabaja de manera informal (en %)

Cuando se les pregunta por su ocupación habitual, sólo el 3,9% de la población encuestada admite que trabaja en la economía sumergida. Sin embargo, cuando se pregunta si “hacen trabajos por libre”, el porcentaje asciende al 13,1%. El 8,7% de estas personas realiza estos trabajos de forma regular y el 4,4% en algunos momentos del año.



Las personas que trabajan de manera informal realizan un promedio de 11 horas semanales.

**Gráfico 27.**

Distribución de las horas trabajadas en promedio, de las personas encuestadas que trabajan de manera informal (en %)



Nota: las respuestas a esta pregunta no suman 100, porque se trata de un apregunta de respuesta múltiple.

En cuanto al nivel de ingresos, la media es de 210€ mensuales.

**Gráfico 28.**

Distribución de los ingresos mensuales que reciben en promedio las personas encuestadas que trabajan de manera informal (en %)



# Problemas sufridos en el último año



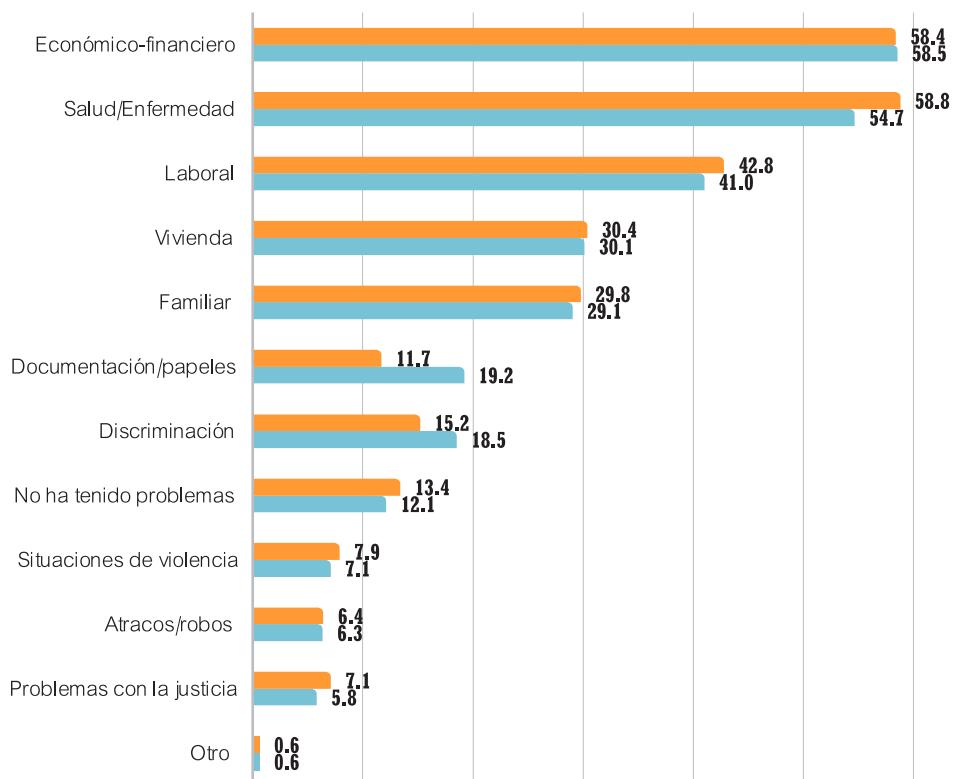
En muchas de las personas encuestadas por Cruz Roja, la vulnerabilidad social presenta un formato multidimensional. Cuando se solicita información acerca de los problemas experimentados en el último año, el 58,5% indica haber sufrido problemas económico-financieros. En segundo lugar se sitúan los problemas de salud (54,7%). En tercer lugar, los laborales, que afectan a un 41%. Las dificultades asociadas a la vivienda representan un problema para el 30,1% de la población encuestada y el 29,1% refieren problemas vinculados al ámbito familiar (fallecimientos, enfermedades de miembros de la familia, conflictos, adicciones, etc.).

Con respecto a 2018, las dificultades en el ámbito de la salud pasan a ocupar el segundo lugar, superadas únicamente por los problemas en el ámbito económico-financiero. También es notable el aumento de los porcentajes de quienes señalan sufrir discriminación y tener problemas con su documentación, 3,3 y 7,5 puntos porcentuales respectivamente. **Sólo el 12,1% (13,4% en 2018) de las personas encuestadas indica no haber sufrido problemas en el último año.**

**Gráfico 29.**

Distribución de la población encuestada según el tipo de problemas sufridos en el último año (en %)

 2019     2018

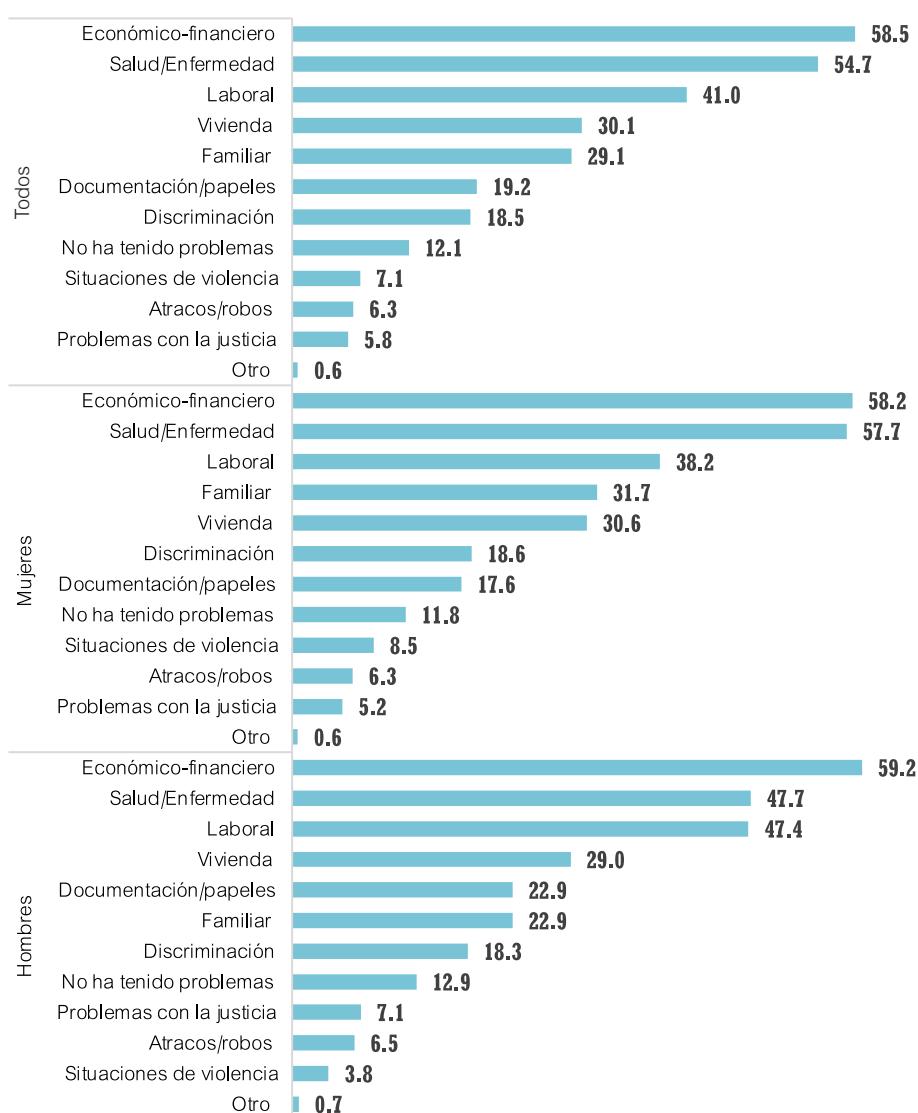


Nota: las respuestas a esta pregunta no suman 100, porque admitía respuestas múltiples.

Desagregando los datos en función del sexo, el porcentaje de hombres que destaca problemas en el ámbito económico-financiero supera en un punto porcentual al de las mujeres. En el caso de los problemas de salud, el porcentaje de mujeres afectadas supera en 10 puntos porcentuales al de los hombres.

### Gráfico 30.

Distribución de la población encuestada según el tipo de problemas sufridos en el último año (en %). Segmentación por sexo



Nota: las respuestas a esta pregunta no suman 100, porque se trata de un apregunta de respuesta múltiple.



# Condiciones de vivienda y riesgo de pobreza y exclusión social de los hogares 4

La problemática vinculada al hábitat, a la vivienda y a la temática específica de la pobreza energética genera una gran vulnerabilidad social que se vio acrecentada durante el periodo más duro de la crisis en España y en el entorno europeo. Los exponentes más graves de este recrudecimiento fueron el impacto de los desahucios por impago de hipotecas o alquileres (casi 60.000 en 2018) y el incremento del número de personas en situación de exclusión residencial, incluida la población sin hogar (unas 33.000)<sup>4</sup>

La temática de la vivienda es objeto de gran interés para las organizaciones que, como Cruz Roja, desarrollan programas para la población que se encuentra en situación de precariedad. Entre otras cosas, por el significado del hogar como un lugar que genera seguridad y desarrollo para quienes lo habitan y por la variada gama de factores de riesgo que la inseguridad en este ámbito provoca en la vida de las personas.

## 4.1 **Dificultades en relación con la vivienda**

El 30,1% de las personas encuestadas manifiestan tener problemas en relación con su vivienda. Sin embargo, cuando se pregunta sobre aspectos concretos, los porcentajes de personas afectadas son más elevados.

El 41,2% del total de las personas encuestadas ha destacado como principal dificultad no poder pagar los servicios de luz, gas, teléfono o comunidad. El segundo problema identificado es el de no poder pagar el alquiler, que afecta al 33,6%, mientras que un 12,1% no puede afrontar los pagos de su hipoteca. Estas dos circunstancias afectan a casi la mitad de la población encuestada (45,7%) y suponen un grave riesgo de exclusión residencial.

Además de la inseguridad en la vivienda y los problemas con los suministros habituales, el entorno y el medioambiente afectan a la calidad de vida de las personas e inciden en su bienestar en múltiples dimensiones. De acuerdo con la Organización Mundial de la Salud, “**la salud ambiental** está relacionada con todos los factores físicos, químicos y biológicos externos de una persona. Es decir, que engloba factores ambientales que podrían incidir en la salud y se basa en la prevención de las enfermedades y en la creación de ambientes propicios para la salud.”<sup>5</sup>

---

4. Datos del Poder Judicial de España, disponible en <http://www.poderjudicial.es/cgpj/es/Poder-Judicial-Consejo-General-del-Poder-Judicial/En-Portada/Los-lanzamientos-derivados-del-impago-de-alquiler-siguen-al-alza-por-sexto-trimestre-consecutivo-y-aumentan-un-3-9-por-ciento>

La Estrategia Nacional Integral para Personas Sin Hogar 2015-2020 estima que la cifra de personas en situación de sin hogar es de 33.275 personas.

5. Organización Mundial de la Salud, “Salud Ambiental”, disponible en [http://www.who.int/topics/environmental\\_health/es/](http://www.who.int/topics/environmental_health/es/)

En este sentido, el 25,7% de las personas encuestadas destacan un entorno con suciedad en las calles; el 23,3% indica escasez de zonas verdes; el 21,2% malos olores procedentes del exterior y el 21% agua de consumo de mala calidad. Otros aspectos destacables son vivir en un barrio con alta contaminación y sufrir delincuencia, violencia y vandalismo (18% y 17,1% respectivamente).

La precariedad en la situación residencial se aprecia claramente en el hecho de que un 20,3% de los encuestados se ha tenido que ir a vivir con otras personas de su familia, y un 13,7% comparte habitualmente su piso con otros.<sup>6</sup>

Las personas que manifiestan encontrarse en exclusión residencial representan el 8,8% del total, integrado por un 5,1% de personas que viven en la calle y un 3,7% que residen en albergues.



**Gráfico 31.**

Distribución de las personas encuestadas por tipo de problemas que tienen en relación con la vivienda (en %)

6. No es posible sumar ambos porcentajes, pues puede haber algunas personas que hayan señalado ambas circunstancias, dado que son compatibles.

## 4.2

### Pobreza relativa

## Hogares en pobreza y/o exclusión social. AROPE

La tasa de pobreza relativa es uno de los tres indicadores que se emplea para el cálculo del riesgo de pobreza y/o exclusión social en la Unión Europea. Las personas están en una situación de “pobreza relativa” si sus ingresos se encuentran por debajo del umbral de la pobreza. Este umbral se fija en el 60% de la mediana de los ingresos por unidad de consumo de las personas (o renta anual neta normalizada de los hogares)<sup>7</sup>. El propósito de normalizar la renta por hogar se hace con el fin de ajustarla a los distintos tamaños y composiciones de los hogares.

Para la población residente en España, el ingreso monetario medio anual neto por persona era de 11.412 euros, lo que equivale a un incremento del 3,1% respecto al año anterior.<sup>8</sup> Al aumentar los ingresos de la población, también se incrementa el umbral de pobreza relativa.<sup>9</sup>, hasta los 8.871 euros anuales (por persona). Por tanto, un hogar se encuentra en pobreza relativa si su renta mensual normalizada es inferior a 739,25 euros mensuales (eran 710,17 en la ECV-2017 publicada el 21 de junio de 2018).<sup>10</sup>

**En el caso de la EVC-2018, la pobreza relativa alcanza al 21,5% de la población de España, frente al 21,6% del año anterior.<sup>11</sup>**  
**La tasa de la población encuestada por Cruz Roja es muy superior y ha subido más de un punto porcentual en relación al año anterior (81,5% frente al 79,9% de 2018).<sup>12</sup>**

7. La mediana es el valor que, ordenando a todos los individuos de menor a mayor ingreso, deja una mitad de los mismos por debajo de dicho valor y a la otra mitad por encima. Por tanto, por tratarse de una medida relativa, su valor depende del nivel de renta y de cómo se distribuya la renta entre la población. La renta anual normalizada de un hogar se obtiene dividiendo la renta neta anual por el tamaño normalizado del hogar. Según EUROSTAT, el tamaño normalizado de un hogar se calcula como sigue: se asigna un peso de 1.0 al primer adulto del hogar, un peso de 0.5 al segundo adulto y a cualquier otra persona de 14 o más años en el hogar, y se asigna un peso de 0.3 a cada niño menor de 14 años en el hogar. Entonces, el tamaño normalizado del hogar se obtiene calcula como la suma de estos pesos asignados a cada persona, es decir:  $H_{di} = 1 + 0.5(H_{di \geq 14} - 1) + 0.3H_{di < 14}$  donde  $H_{di \geq 14}$  es el número de personas de 14 o más años en el hogar y  $H_{di < 14}$  es el número de niños menores de 14 años en el hogar.

8. [https://www.ine.es/prensa/ecv\\_2018.pdf](https://www.ine.es/prensa/ecv_2018.pdf). 9. Por su parte, el ingreso medio por persona alcanzó los 11.074 euros, cifra un 3,4% superior a la registrada el año precedente.10. La renta anual normalizada de un hogar se obtiene dividiendo la renta neta anual por el tamaño normalizado del hogar. Según Eurostat, el tamaño normalizado de un hogar se calcula como: Se asigna un peso de 1.0 al primer adulto del hogar, un peso de 0.5 al segundo adulto y a cualquier otra persona de 14 o más años en el hogar, y se asigna un peso de 0.3 a cada niño menor de 14 años en el hogar. Entonces, el tamaño normalizado del hogar se obtiene calcula como la suma de estos pesos asignados a cada persona, es decir:  $H_{di} = 1 + 0.5(H_{di \geq 14} - 1) + 0.3H_{di < 14}$  donde  $H_{di \geq 14}$  es el número de personas de 14 o más años en el hogar y  $H_{di < 14}$  es el número de niños menores de 14 años en el hogar. 11. [https://www.ine.es/prensa/ecv\\_2018.pdf](https://www.ine.es/prensa/ecv_2018.pdf) La población en pobreza relativa es un indicador relativo que mide desigualdad. No mide pobreza absoluta, sino cuántas personas tienen ingresos bajos en relación al conjunto de la población. 12. De los 1500 encuestados para este Boletín, 1293 han proporcionado información sobre los ingresos netos mensuales de su hogar, esto es el 86,2% de la muestra.

## 4.2.1

# Pobreza relativa muy alta y extrema

Los umbrales de riesgo de pobreza relativa muy alta y de riesgo de pobreza relativa extrema, que reflejan las condiciones más severas de pobreza monetaria, se fijan como el 50% y el 40% de la mediana de los ingresos por unidad de consumo, respectivamente.

Considerando esos criterios, para un hogar de una persona, el umbral de la pobreza relativa muy alta se establece en **7.392,5** euros anuales y, el de pobreza relativa extrema, en **5.914** euros anuales, lo cual equivale a vivir con una renta mensual normalizada **inferior a 616,04** euros y a **492,83** euros, respectivamente.

**El 72,4% de la población encuestada está en situación de pobreza relativa muy alta y el 57,6% en pobreza relativa extrema**

**Tabla 2.**

Hogares de la población encuestada bajo distintos umbrales de pobreza relativa

	<b>% respecto del total</b>
Pobreza relativa (por debajo del 60% de la mediana, 739,25 euros mensuales para hogar de 1 persona)	<b>81,5%</b> <b>(79,9% en 2018)</b>
Pobreza relativa muy alta (por debajo del 50% de la mediana, 616,04 euros mensuales para hogar de 1 persona)	<b>72,4%</b> <b>(68,3% en 2018)</b>
Pobreza relativa extrema (por debajo del 40% de la mediana, 492,83 euros mensuales para hogar de 1 persona)	<b>57,6%</b> <b>(58,7% en 2018)</b>

## 4.2.2

### Tasa de trabajadores en pobreza relativa

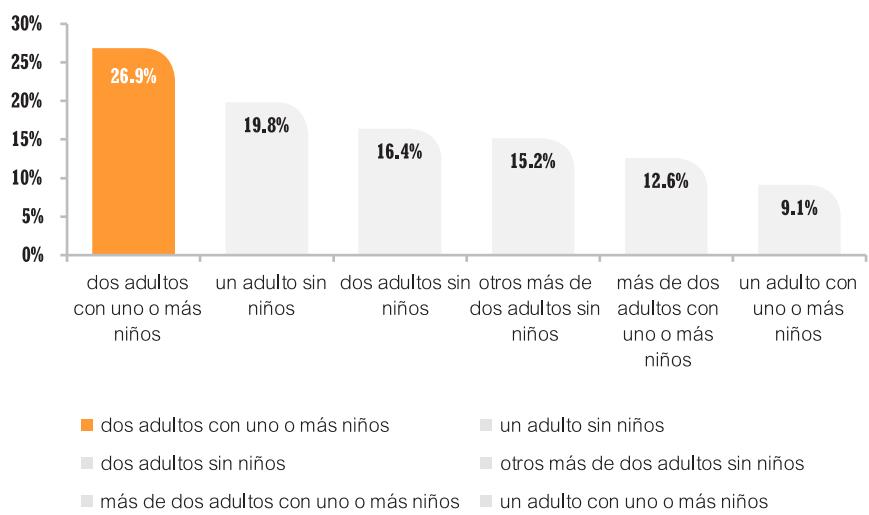
Se consideran personas en situación de pobreza laboral a aquellas que han estado empleadas durante al menos siete meses en los últimos doce y que, a la vez, viven en un hogar cuyos ingresos están por debajo del 60% de la mediana de la renta del país.<sup>13</sup>

**El 14,1% del población trabajadora en España está en situación de pobreza relativa. En el caso de la población encuestada por Cruz Roja, la tasa de trabajadores en pobreza relativa es del 85,1%.<sup>14</sup>**

## 4.2.3

### Composición de los hogares en pobreza relativa

El porcentaje más elevado de hogares en pobreza relativa corresponde a los formados por dos personas adultas con uno o más niños/as, seguido de los hogares formados por una persona adulta que vive sola.



**Gráfico 32.**

Composición de los hogares en pobreza relativa (\*)

(\*) Se han considerado como niños a los menores de 16 años

13. In-work poverty en inglés, indicador que se utiliza desde 2005. La tasa de pobreza relativa en el trabajo es la proporción de la población ocupada, de 18 a 59 años, con una renta equivalente disponible por debajo del umbral de pobreza relativa, según la definición de EUROSTAT. Ver INE, Salarios, ingresos, cohesión social, Población en riesgo de pobreza relativa según situación laboral y en las personas con trabajo (población de 18 y más años), disponible en <https://www.ine.es/jaxiT3/Datos.htm?t=11182>

14. Esta tasa está calculada teniendo en cuenta solamente las personas encuestadas que dieron información acerca de sus ingresos, que son el 86,2% de la muestra.

## 4.2.4 Pobreza infantil

El concepto de pobreza infantil se aplica a los niños y niñas que viven en hogares cuyos ingresos están por debajo del umbral de la pobreza.

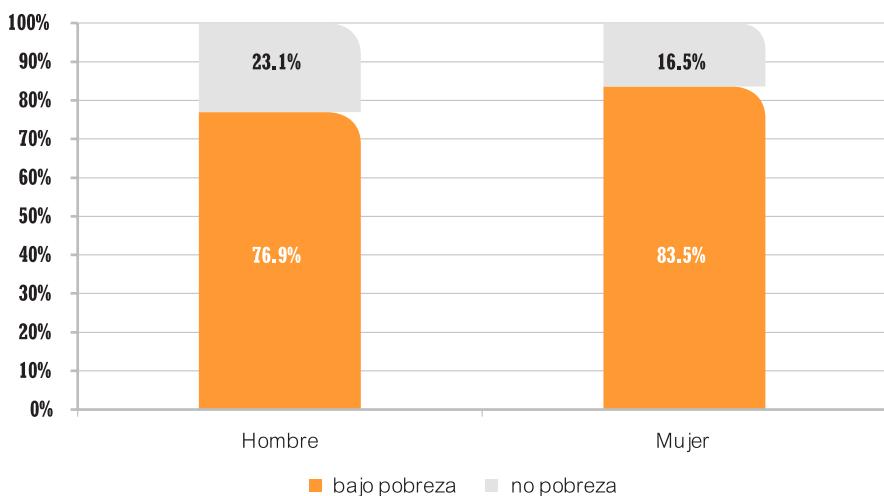
**En la población general, este porcentaje llega al 26,2%. En el caso de la población atendida por Cruz Roja, la tasa de pobreza infantil escala al 89,9% (93,3% en 2018) de los niños y niñas menores de 16 años**

## 4.2.5 Pobreza relativa según sexo, edad y nacionalidad

Desagregando los datos en función del sexo, la pobreza relativa afecta al 83,5% de las mujeres y al 76,9% de los hombres. El análisis en función del origen arroja una tasa del 86,9% para las personas extranjeras y del 71,9% en el caso de las españolas. Considerando la nacionalidad, están en situación de pobreza el 94,9% de las personas de nacionalidad comunitaria y el 93,9% de las de nacionalidad extracomunitaria, frente al 71,9% de las personas de nacionalidad española. Por edades, los grupos con edades comprendidas entre 18 a 65 años son los que registran los mayores porcentajes de pobreza relativa: el 95,1% de las personas de 18 a 30 años, seguidas del 92,9% de las personas de 31 a 44 años y del 90,2% de las personas de 45 a 65 años.

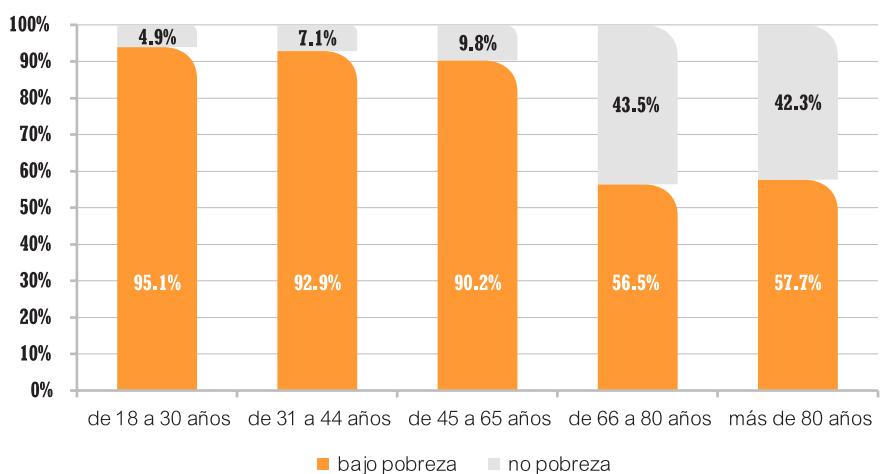
**Gráfico 33.**

Personas en los hogares en pobreza relativa.  
Segmentación por sexo.

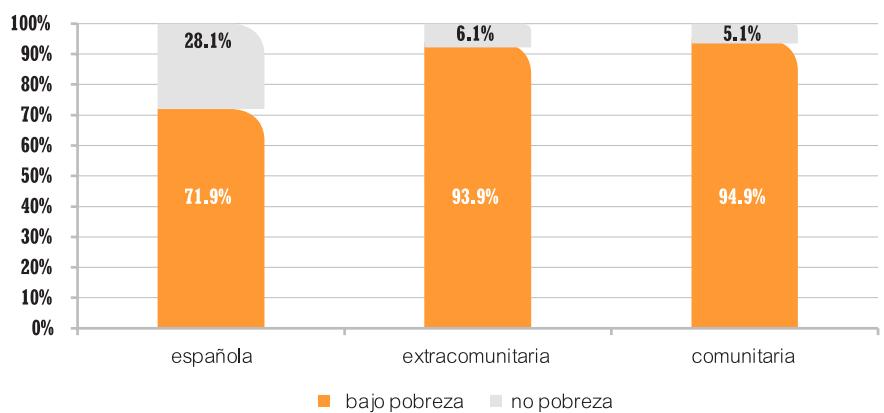


**Gráfico 34.**

Hogares en pobreza relativa. Segmentación por edad

**Gráfico 35.**

Personas en los hogares en pobreza relativa. Segmentación por origen



## 4.3

# Carencia material severa

La carencia material severa es otro de los componentes del indicador de riesgo de pobreza y/o exclusión (AROPE), entre la población de los estados miembro de la Unión Europea. Para construir este indicador preguntamos a las personas encuestadas por el equipamiento de su hogar (bienes de propiedad, alquilados o puestos a su disposición de cualquier otra forma), así como sobre la situación económica del mismo. Nueve de esas preguntas son los ítems que definen el indicador de carencia material severa.<sup>15</sup> Se considera que el hogar de una persona está en esta situación si tiene dificultades o no alcanza a cubrir 4 de estos 9 ítems.

Con respecto al año anterior, los hogares de la población encuestada en 2019 **presentan un empeoramiento en todas las variables**, a excepción de poder disponer de un teléfono fijo o móvil, variable que experimenta un descenso de sólo 0,20 puntos porcentuales. Los cambios negativos más importantes se registran en el retraso en los pagos de la vivienda habitual (16,2 puntos más), no poder permitirse una comida de pollo, carne o pescado al menos cada dos días (4,2 puntos más) y carecer de ordenador personal (3,7 puntos más).

**Tabla 3.**

Carencia material de las personas encuestadas por Cruz Roja, 2018 y 2019

<b>Usted no puede permitirse ...</b>	<b>2019</b>	<b>2018</b>	<b>Diferencia en puntos porcentuales 2019-2018</b>
ir de vacaciones al menos una semana al año	<b>72,9%</b>	<b>70,9%</b>	<b>2</b>
una comida de carne, pollo o pescado al menos cada dos días	<b>26,8%</b>	<b>22,6%</b>	<b>4,2</b>
mantener la vivienda con una temperatura adecuada	<b>42,9%</b>	<b>40,4%</b>	<b>2,5</b>
afrontar gastos imprevistos (de 650 euros)	<b>77,0%</b>	<b>76,1%</b>	<b>0,9</b>
estar al corriente de pago de gastos relacionados con la vivienda principal o en compras a plazos en los últimos 12 meses	<b>58,8%</b>	<b>42,6%</b>	<b>16,2</b>
automóvil	<b>60,6%</b>	<b>58,1%</b>	<b>2,5</b>
teléfono fijo o móvil	<b>0,7%</b>	<b>0,9%</b>	<b>-0,2</b>
televisor	<b>4,9%</b>	<b>4,4%</b>	<b>0,5</b>
lavadora	<b>4,9%</b>	<b>4,1%</b>	<b>0,8</b>
ordenador personal	<b>66,4%</b>	<b>62,9%</b>	<b>3,7</b>

15. Esta serie de variables se han establecido como básicas para la vida cotidiana en España y la Unión Europea, por parte de EUROSTAT y el INE. La información para la población general se recoge a partir de la Encuesta de condiciones de vida, que se realiza anualmente.

Los hogares de la población encuestada presentan graves diferencias con respecto a la población general, en cuanto a la posibilidad de acceder a un ordenador personal y a un automóvil. En el resto de las variables, la situación sigue una tendencia similar, con 50 puntos de diferencia en los hogares que no están al corriente de pago de gastos relacionados con la vivienda principal, 41,1 puntos en aquellos que no pueden afrontar gastos imprevistos, 38,8 puntos en los que no pueden irse de vacaciones al menos una semana al año y 33,8 puntos en los hogares que no pueden mantener una temperatura adecuada en la vivienda.

**Tabla 4.**

Carencia material de las personas encuestadas por Cruz Roja y la población general de España (INE-ECV)

<b>Usted no puede permitirse ...</b>	<b>Población encuestada por Cruz Roja 2019</b>	<b>Población general de España (INE-ECV) 2019</b>	<b>Diferencia en puntos porcentuales Cruz Roja-INE</b>
ir de vacaciones al menos una semana al año	<b>72,9%</b>	<b>34,1%</b>	<b>38,8</b>
una comida de carne, pollo o pescado al menos cada dos días	<b>26,8%</b>	<b>3,6%</b>	<b>23,2</b>
mantener la vivienda con una temperatura adecuada	<b>42,9%</b>	<b>9,1%</b>	<b>33,8</b>
afrontar gastos imprevistos (de 650 euros)	<b>77,0%</b>	<b>35,9%</b>	<b>41,1</b>
estar al corriente de pago de gastos relacionados con la vivienda principal o en compras a plazos en los últimos 12 meses	<b>58,8%</b>	<b>8,8%</b>	<b>50</b>
automóvil	<b>60,6%</b>	<b>5,1%</b>	<b>55,5</b>
teléfono fijo o móvil	<b>0,7%</b>	<b>Sin datos</b>	
televisor	<b>4,9%</b>	<b>Sin datos</b>	
lavadora	<b>4,9%</b>	<b>Sin datos</b>	
ordenador personal	<b>66,4%</b>	<b>5,5%</b>	<b>60,9</b>

Nota: las variables teléfono, televisor y lavadora figuran como "sin datos" porque el INE indica que el 100% o casi el 100% de la población posee estos bienes. La fuente de los datos es la Encuesta de Condiciones de Vida 2018, publicada en 2019, disponible en <https://www.ine.es/jaxiT3/Datos.htm?t=9967>

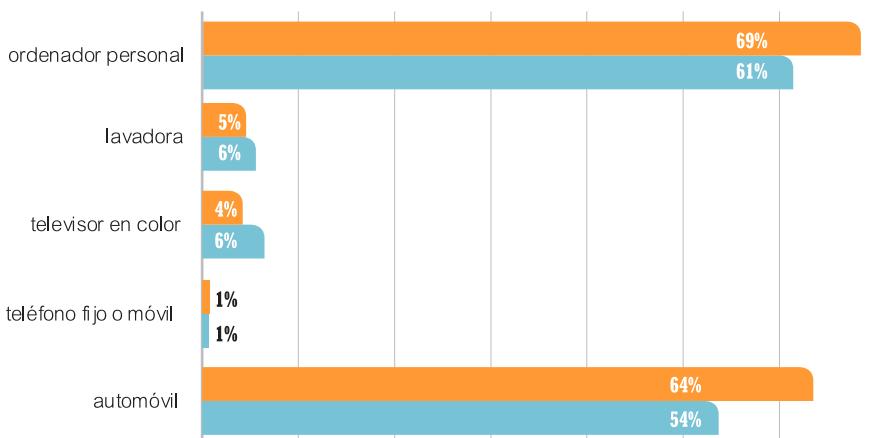
## 4.3.1 Carencia material según sexo y edad

Considerando la distribución por sexo, los hogares de las mujeres tienen un nivel más alto de carencia de ciertos bienes: el 69% no puede permitirse tener un ordenador personal y el 64% no puede poseer un automóvil. Estos porcentajes de carencia han aumentado con respecto a 2018, cuando eran el 64% y el 62% respectivamente. Además de estos datos, el 77,5% de los hogares no puede permitirse sustituir los muebles estropeados o viejos (variables que aún no se recogen en el indicador de carencia material).

**Gráfico 36.**

Porcentaje de personas que no pueden permitirse ciertos bienes.  
Segmentación por sexo

Hombres Mujeres



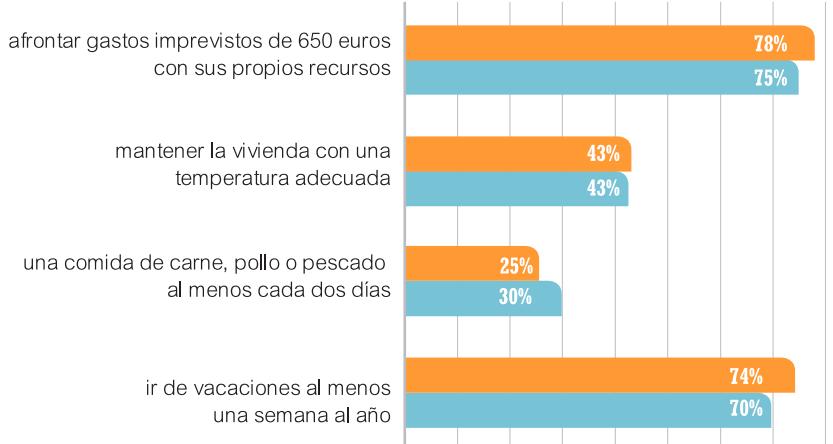
**El 77,0% de los hogares de las personas encuestadas no tienen capacidad para hacer frente a un gasto imprevisto de 650 euros con sus propios recursos. El 72,9% no puede permitirse ir de vacaciones fuera de casa, al menos una semana al año. El 42,9% no puede mantener su vivienda con una temperatura adecuada durante los meses fríos. Un 26,8% señala que no puede realizar una comida de carne, pollo, pescado o su equivalente vegetariano cada dos días**

Se aprecian ligeras diferencias por sexo, siendo en general las mujeres las que presentan mayores dificultades con la excepción de la variable no poder permitirse una comida de carne, pollo, pescado o su equivalente vegetariano cada dos días.

**Gráfico 37.**

Porcentaje las personas que no pueden realizar ciertas actividades consideradas básicas. Segmentación por sexo

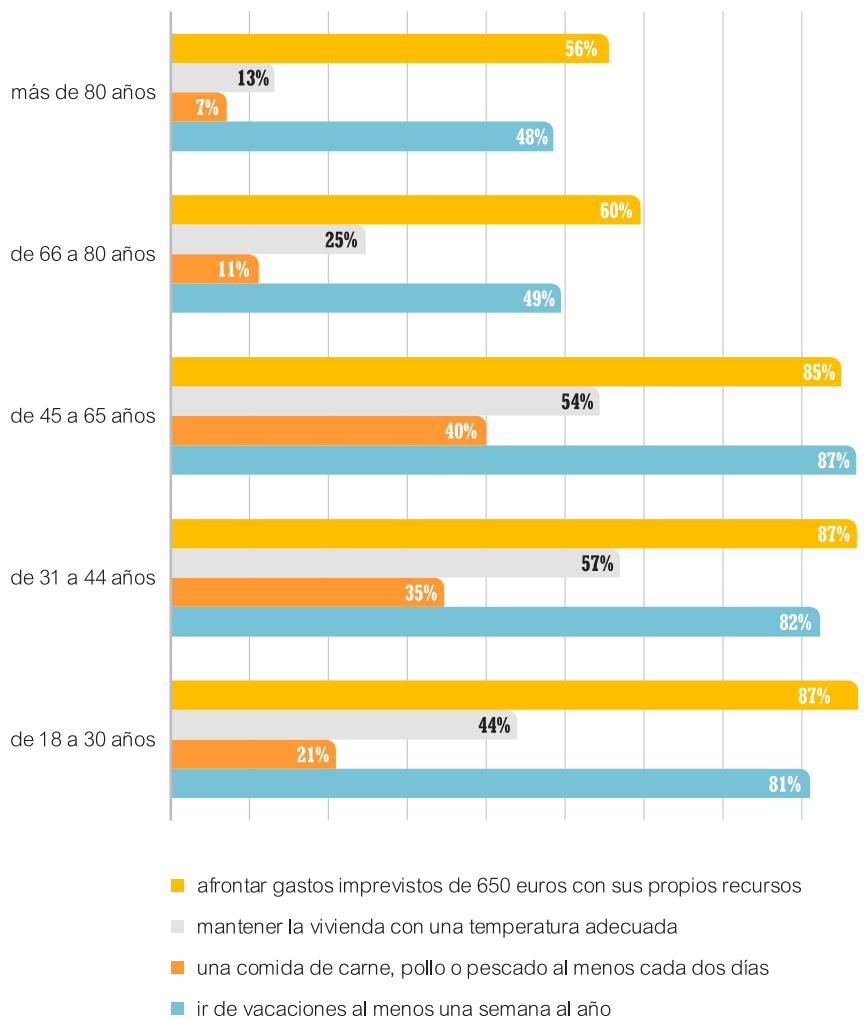
Hombres Mujeres



Considerando los grupos de edad, se aprecia que las dificultades disminuyen a medida que aumenta la edad: en el grupo de 18 a 44 años el 87% no puede afrontar imprevistos; el porcentaje es 85% en el grupo de 45 a 65, de 60% en el de 88 a 80 y de 56% en el de 80 y más años. Con respecto a las dificultades para consumir alimentos con proteínas cada dos días, el grupo más afectado es el de 45 a 65 años, un 40%. El grupo en el que más personas indican que no pueden mantener su hogar a una temperatura adecuada es el de 31 a 44 años (57%) y el que presenta una incidencia más baja es el de más de 80 años (13%).

**Gráfico 38.**

Porcentaje las personas que no pueden realizar ciertas actividades consideradas básicas.  
Segmentación por edad

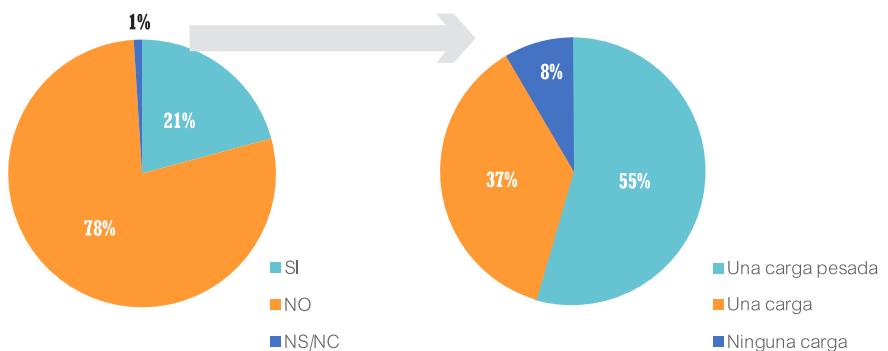


Otro conjunto de variables exploradas por este indicador se refiere a la **capacidad financiera**. El 21% de los hogares de las personas encuestadas tiene que efectuar en fechas próximas desembolsos por compras a plazos o por devolución de préstamos/créditos (distintos de hipotecas u otros préstamos relacionados con la vivienda principal). Entre estos hogares, el 55% señala que dichos desembolsos les resultan una carga pesada.

#### Gráfico 39.

Distribución de la población encuestada según el futuro desembolso por compras a plazos o por devolución de préstamos/créditos.

Valoración de la carga que representan (para el 21% que indica tener que hacerlos)

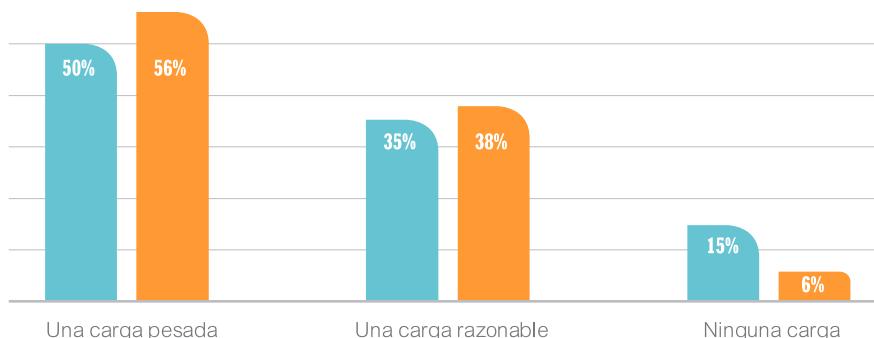


#### Gráfico 40.

Distribución del tipo de carga que suponen los futuros desembolsos, para las personas que declaran tener que efectuarlos. Segmentación por género

**Hombres**      **Mujeres**

Este problema tiene una incidencia mayor en los hogares de las mujeres: el 56% considera que la carga que suponen estos desembolsos “es pesada”, algo que señalan el 50% de los hombres. No obstante, el porcentaje de varones que considera que los futuros desembolsos son “una carga razonable” es inferior al de las mujeres en 3 puntos porcentuales.



El 41,5% de los hogares llegan a fin de mes con mucha dificultad, una diferencia de 31,1 puntos porcentuales con la población general de España. El 18,9% lo hace con dificultad, una diferencia de 2,2 puntos porcentuales.

**Tabla 5.**

Porcentaje de hogares según la capacidad para llegar a fin de mes, población encuestada y población general de España (INE-ECV), en porcentajes

	Población encuestada (porcentaje)	INE-ECV (porcentaje)	Diferencia en puntos porcentuales CRE-INE
Con mucha facilidad	<b>2,1</b>	<b>1,1</b>	<b>1</b>
Con facilidad	<b>9,8</b>	<b>13,1</b>	<b>-3,3</b>
Con cierta facilidad	<b>9,9</b>	<b>30,6</b>	<b>-20,7</b>
Con cierta dificultad	<b>17,9</b>	<b>28,1</b>	<b>-10,2</b>
Con dificultad	<b>18,9</b>	<b>16,7</b>	<b>2,2</b>
Con mucha dificultad	<b>41,5</b>	<b>10,4</b>	<b>31,1</b>

**La tasa de carencia material severa alcanza el 53,5%, casi 6 puntos más que para las personas encuestadas en 2018. La tasa para la población general es del 5,4% (INE-ECV)**

El promedio de este índice se sitúa en 3,5, lo que significa que los hogares de las personas encuestadas tienen dificultades en 3,5 de estos ítems. Por primera vez desde 2011, la mediana alcanza el valor 4, lo cual señala que (como mínimo) la mitad de las personas encuestadas padece carencia material severa.

	Hogares	2019	2018
0	<b>93</b>	<b>6,2</b>	<b>8,8</b>
1	<b>145</b>	<b>9,7</b>	<b>12,6</b>
2	<b>198</b>	<b>13,2</b>	<b>12,0</b>
3	<b>262</b>	<b>17,5</b>	<b>18,7</b>
4	<b>335</b>	<b>22,3</b>	<b>21,7</b>
5	<b>283</b>	<b>18,9</b>	<b>17,9</b>
6	<b>139</b>	<b>9,3</b>	<b>6,6</b>
7	<b>34</b>	<b>2,3</b>	<b>1,6</b>
8	<b>11</b>	<b>0,7</b>	<b>0,0</b>
9	<b>0</b>	<b>0</b>	<b>0</b>
Total	<b>1500</b>	<b>100,0</b>	<b>100</b>

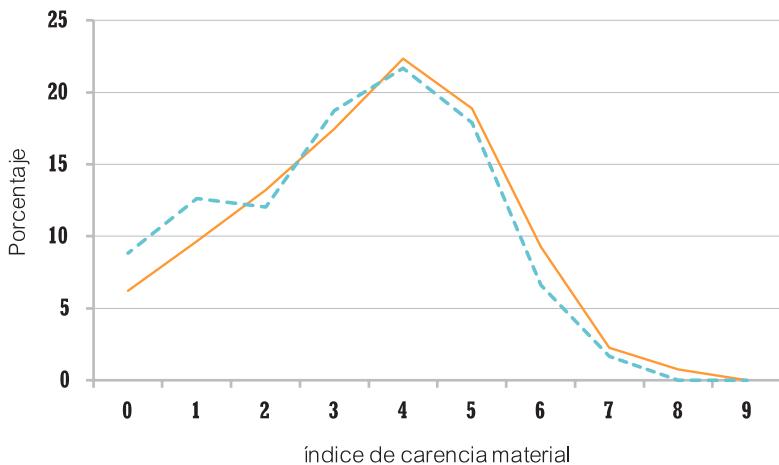
**Tabla 6.**

VARIABLES DE LA CARENCIA MATERIAL

**Gráfico 41.**

Representación de la distribución de frecuencias del índice de carencia material. Comparación con 2018

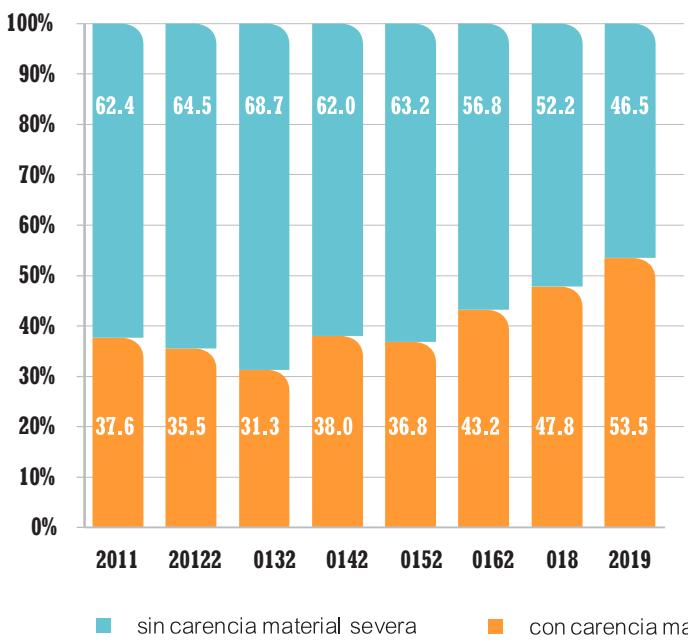
■ 2018 ■ 2019



Como se ha mencionado anteriormente, ésta es la primera vez desde 2011 que este indicador alcanza valores tan elevados. En concreto, en 2019, el **53,5% de las personas encuestadas padece carencia material severa**. Por el contrario, los valores más bajos se registraron en 2013, con un 31,3% de las personas encuestadas.

**Gráfico 42.**

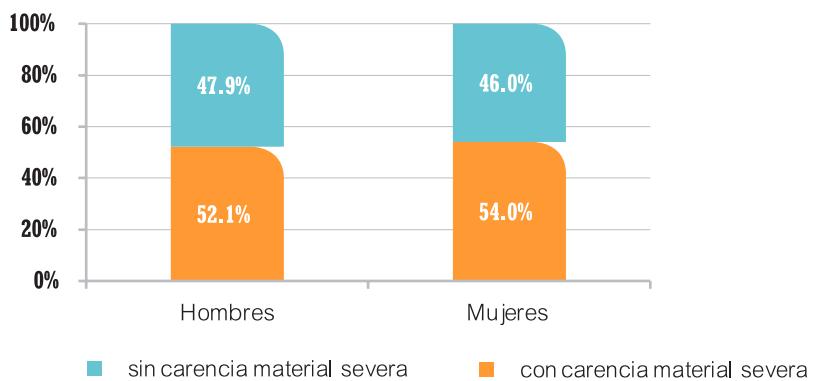
Evolución del índice de carencia material severa



Se aprecian ligeras diferencias de género ya que la tasa de las mujeres es del 54% y la de los hombres del 52,1%. Las variaciones son más elevadas desagregando los datos en función de la edad y de la nacionalidad. En concreto, el 70,8% de las personas de 31 a 44 años padecen carencia material severa. El segundo grupo de edad más afectado es el de las personas de 45 a 65 años (68,9%) y, en tercer lugar, el de las que tienen entre 18 y 30 años (60,1%). Por origen, la carencia material severa afecta al 73,1% de las personas extranjeras con nacionalidad extracomunitaria y al 71,4% de los extranjeros con nacionalidad comunitaria, frente al 39,0% de los españoles.

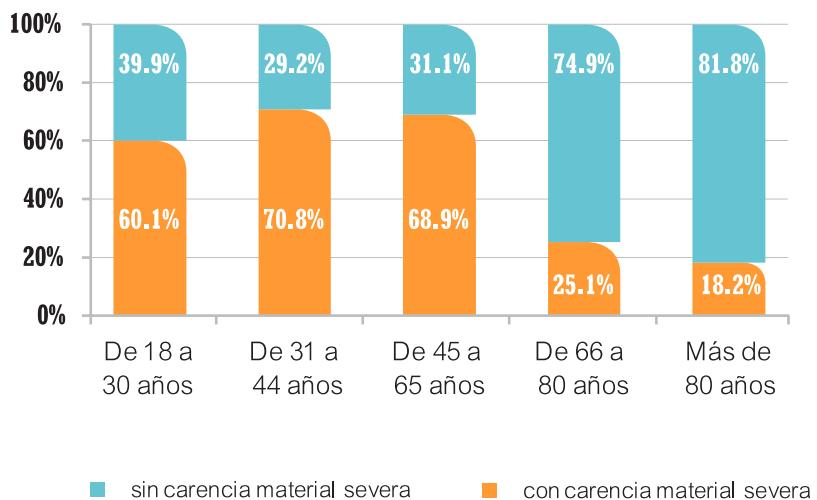
**Gráfico 43.**

Personas en situación de carencia material severa. Segmentación por sexo



**Gráfico 44.**

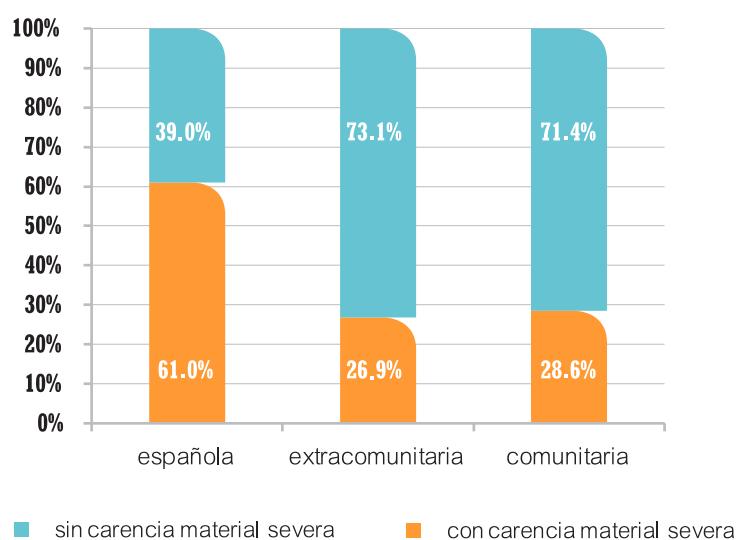
Personas en situación de carencia material severa. Segmentación por edad





**Gráfico 45.**

Personas en situación de carencia material severa. Segmentación por nacionalidad



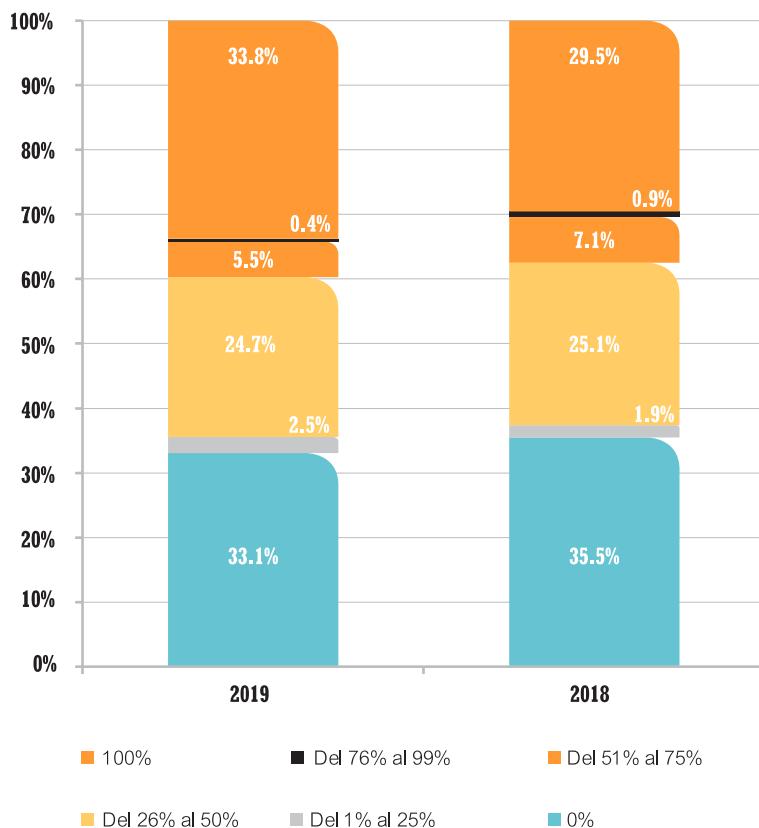
## 4.4

# Baja intensidad de trabajo en el hogar (BITH)

El tercer componente del indicador de riesgo de pobreza y exclusión social (AROPE) es la **tasa de hogares con baja intensidad de trabajo**, que mide el número de personas que viven en hogares donde todos los miembros en edad de trabajar (es decir, de 16 a 64 años, ambos incluidos) están en situación de desempleo o con trabajos de muy baja carga horaria.

Hemos analizado la incidencia del desempleo en los hogares elaborando un índice que mide el porcentaje de personas en situación de desempleo, respecto del total de personas del hogar que potencialmente podrían trabajar.<sup>16</sup>

**La tasa BITH afecta a un 33,8% de los hogares, una subida de más de 4 puntos respecto a 2018 (29,5%).** Para la población general, esta tasa es del 10,7%.



**Gráfico 46.**

BITH en los hogares de las personas encuestadas. Comparación con 2018

16. No es posible calcular exactamente el número de hogares con adultos que tengan una muy baja carga horaria de trabajo, con lo cual el indicador BITH podría ser algo superior.

## 4.5 **Hogares en Pobreza y Exclusión Social – AROPE**

### 4.5.1 **Hogares con miembros en edad activa**

Para calcular la tasa AROPE (hogares en pobreza relativa y exclusión de la población encuestada) se analizan, por un lado, los hogares con adultos en edad activa, dado que en este conjunto es posible calcular el indicador correspondiente al desempleo, o baja intensidad de empleo. Por otro lado, se analizan los hogares correspondientes a las personas mayores, para quienes se tiene en cuenta dos indicadores: el de pobreza relativa y el de carencia material, a fin de calcular la tasa AROPE. Finalmente, se integran los resultados de ambos conjuntos, a fin de obtener el AROPE de la población encuestada.

La **tasa AROPE** se define como el porcentaje de población que cumple, al menos, una de estas tres condiciones: 1) estar por debajo del umbral de la pobreza, 2) estar en situación de carencia material severa, 3) vivir en un hogar en desempleo o con muy baja intensidad de empleo.

**La tasa AROPE para los hogares de la población encuestada con algún miembro en edad activa es del 93,3% (0,6 puntos más que en 2018), ya que sólo un 6,7% de los mismos no está afectado por ninguna de las tres situaciones. Esta tasa es 3,3 veces más elevada que la tasa AROPE de la población de España en edad activa (27,6%).<sup>17</sup>**

---

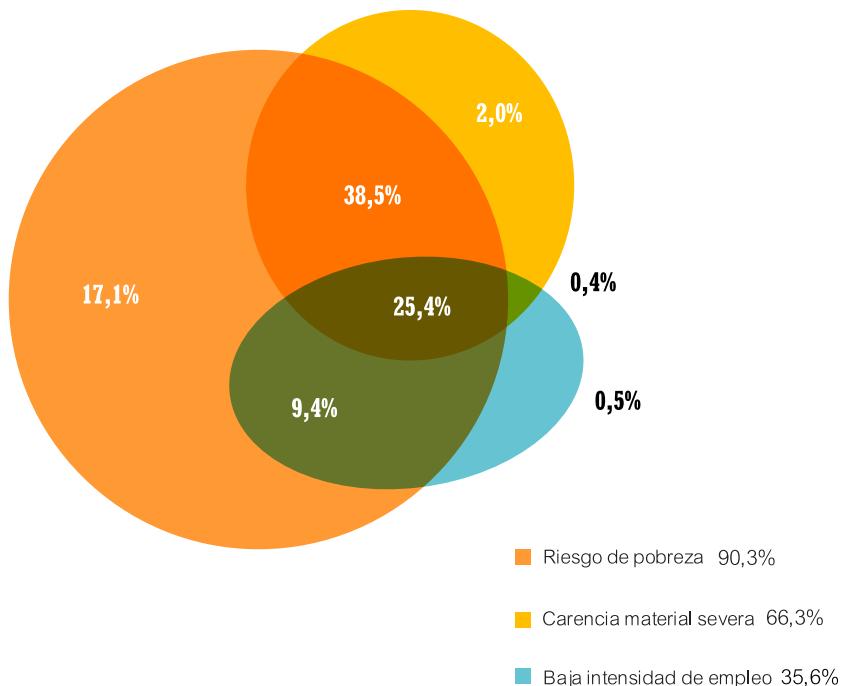
17. Población de 18 a 64 años, “Riesgo de pobreza o exclusión social y de sus componentes por edad y sexo”, INE-ECV, disponible en <https://www.ine.es/jaxiT3/Datos.htm?t=10005>

En este ejercicio se ha incrementado 5 puntos, en relación al año anterior, el porcentaje de hogares donde confluyen los tres factores de desigualdad, situándose en el 25,4%. También aumenta en 2,7 puntos, alcanzando el 48,3%, el porcentaje de hogares donde se dan dos de estos factores simultáneamente (un 38,5% de los hogares experimentan pobreza relativa y carencia material severa, un 9,4% pobreza relativa y baja o nula intensidad de empleo y un 0,4% carencia material severa y baja intensidad de empleo).

El siguiente diagrama muestra la situación de los hogares en los que hay al menos un miembro en edad activa, en función de los tres indicadores (pobreza relativa, carencia material severa y hogar con baja intensidad de empleo).<sup>18</sup>

**Gráfico 47.**

Componentes del riesgo de pobreza y exclusión social de los hogares de las personas encuestadas, con algún miembro en edad ocupacional activa



18. El diagrama está obtenido a partir de 994 hogares que contaban con algún miembro en edad laboral activa y representan el 88% de los hogares con esas condiciones y que dieron información sobre los ingresos mensuales de su hogar

## 4.5.2

### Hogares de personas mayores

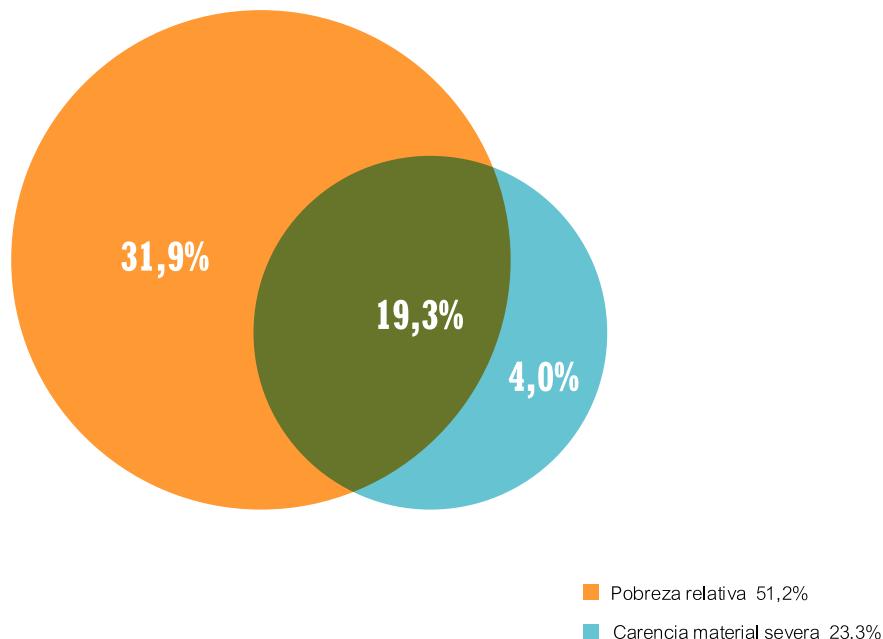
En un 55,1% de los hogares donde sólo viven personas de 65 o más años se da, al menos, uno de los factores AROPE (el porcentaje es 7,1 puntos más elevado que en 2018). Esta tasa es 3,1 veces más elevada que la tasa AROPE de la población general en edad pasiva, que es del 17,6%.<sup>19</sup>

También se ha incrementado (4,2 puntos), hasta alcanzar el 19,3% el porcentaje de hogares donde confluyen los dos factores de desigualdad. El porcentaje de casos donde no se registra ninguno de estos factores desciende más de 7 puntos, situándose en el 44,9%.

El siguiente diagrama muestra la situación de los hogares en los que sólo viven personas de 65 o más años, en función de dos indicadores (pobreza relativa y carencia material severa).<sup>20</sup>

**Gráfico 48.**

Componentes del indicador de riesgo de pobreza y exclusión social de los hogares de las personas encuestadas mayores de 65 años



19. Población de 65 y más años, “Riesgo de pobreza o exclusión social y de sus componentes por edad y sexo”, INE-ECV, disponible en <https://www.ine.es/jaxiT3/Datos.htm?t=10005>

20. El diagrama está obtenido a partir de 301 hogares donde sólo vivían personas de 65 o más años y representan el 82% de los hogares con esas condiciones y que dieron información sobre los ingresos mensuales de su hogar

## 4.5.3

# Hogares en riesgo de pobreza y exclusión social – AROPE en el conjunto de la población encuestada

Teniendo en cuenta los dos tipos de hogares analizados anteriormente, el 84,4% de toda la población encuestada se encuentra en situación AROPE. La tasa era del 83,3% en 2018. La tasa AROPE para la población general es 26,1%, es decir 3,2 veces más baja que la que experimenta la población encuestada.

---

Desde el punto de vista de la composición de los hogares de la población encuestada, se aprecia que el grueso de los que se encuentran en riesgo de pobreza y exclusión lo integran personas en edad activa.



# Estado 5 de salud

## 5.1 **Valoración del estado de salud percibido**

En este apartado, el análisis sigue el esquema de la Encuesta Nacional de Salud, considerando dentro del “Estado de salud” la valoración del estado de salud percibido, las enfermedades crónicas o dolencias, la restricción de la actividad básica, la discapacidad, el dolor y el malestar. Un espacio importante se dedica a las variables relacionadas con la salud mental.

La Organización Mundial de la Salud, define a la salud como “un estado de completo bienestar físico, mental y social, y no solamente la ausencia de afecciones o enfermedades”.<sup>21</sup> Esta definición fue planteada en 1954 y representó un importante avance en la forma de entender la salud. En primer lugar porque, hasta ese momento, la salud significaba ausencia de enfermedad. A partir de esta definición, la salud se considera un bien en sí mismo y, sobre todo, un recurso imprescindible a nivel personal y social. En segundo lugar, la salud dejó de ser algo relacionado, en exclusiva, con la dimensión física y/o biológica del ser humano, sino que comenzó a abarcar también las dimensiones psicológica y social.

Esta definición de salud bio-psico-social dio pie a que se tuvieran en cuenta aspectos que hasta ese momento no se habían considerado o se habían infravalorado.<sup>22</sup>

Junto a los factores biológicos, la salud está muy influida por las condiciones de vida de las personas. Aspectos como el género, la edad, el lugar de residencia, la situación socioeconómica, la composición del hogar, el nivel educativo, el empleo o la profesión, la situación de discapacidad, la vivienda, etc. influyen en la salud y en la probabilidad de que aparezcan distintas enfermedades. Otro conjunto de factores está relacionado con el acceso y la calidad de la sanidad disponible, no sólo a la atención a las enfermedades, sino también a su prevención o profilaxis.

---

21. CRE atiende a las recomendaciones realizadas por este organismo en diferentes acuerdos/documentos (Objetivos de Desarrollo del Milenio, Agenda 2030 para el Desarrollo Sostenible y documento “Salud para todos en el siglo XXI), de cara al abordaje de: el VIH y el sida y otras enfermedades infecciosas, las enfermedades no transmisibles, la salud reproductiva, la salud personal, la cobertura sanitaria universal, los hábitos saludables y la prevención, las condiciones básicas para que todo el mundo alcance y mantenga el mayor nivel de salud a lo largo de la vida. Plan de Salud de Cruz Roja, disponible en [https://www2.cruzroja.es/documents/5640665/13637024/Plan+de+Salud+CRE\\_2017.pdf/dcb43d47-3e31-bc4d-ca08-8d2743a37a62?t=1560330233976](https://www2.cruzroja.es/documents/5640665/13637024/Plan+de+Salud+CRE_2017.pdf/dcb43d47-3e31-bc4d-ca08-8d2743a37a62?t=1560330233976)

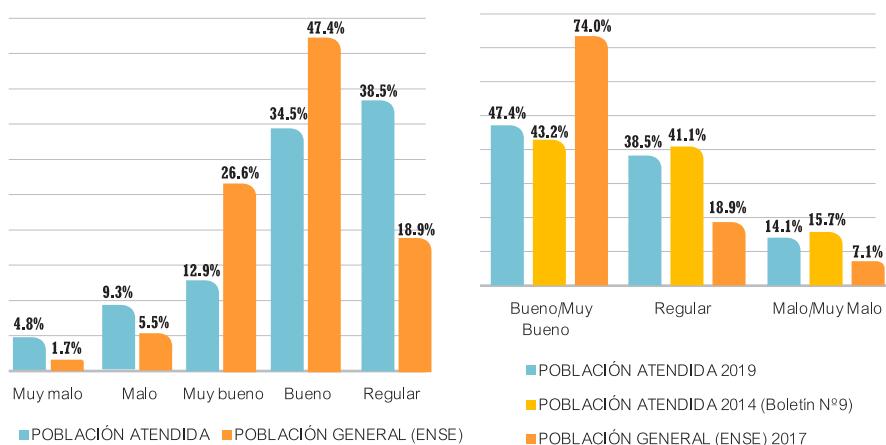
22. Adaptado de Cruz Roja Española, Manual “Salud y educación para la salud”, disponible en <http://www.cruzroja.es/crj/docs/salud/manual/001.pdf>

En España, en la Encuesta Nacional de Salud 2017 (última disponible, en adelante ENSE) el 74% de la población valoró su salud positivamente (como “buena” o “muy buena”). La percepción media favorable se mantiene en niveles altos a pesar del creciente envejecimiento de la población. En el caso de este Boletín de Cruz Roja, el 47,4% de las personas encuestadas consideran que su salud es “buena” o “muy buena”, es decir 26,6 puntos menos que la valoración de la población general. En segundo lugar, se distingue un grupo que valora su salud como “regular” (38,5%) y, en tercer lugar, otro grupo que presenta una valoración “mala” o “muy mala” (14,1%). Estos porcentajes son casi el doble de los que ofrece la población general en los mismos rangos, 18,9% y 7,1% respectivamente.

Comparando los datos actuales con los del Boletín sobre Vulnerabilidad Social, Nº 9, de 2014, se observa que el porcentaje de quienes consideran su estado de salud como “bueno” o “muy bueno” es 4,2 puntos más alto que en el 2014 (43,2%). En 2014, el 41,1% pensaba que era “regular” (2,6 puntos más que en 2019) y el 15,7% lo calificaba como “malo / muy malo” (1,6 puntos más que en 2019). **En conclusión, los datos indican que en estos 5 años se ha producido una leve mejoría de la valoración del estado de salud, dentro de la población atendida por Cruz Roja, pero que ese nivel está todavía muy lejos de la valoración media de la población general.**

#### Gráfico 49.

Valoración del estado de salud percibido, población atendida en 2014, en 2019 y población general de España (ENSE, 2017)

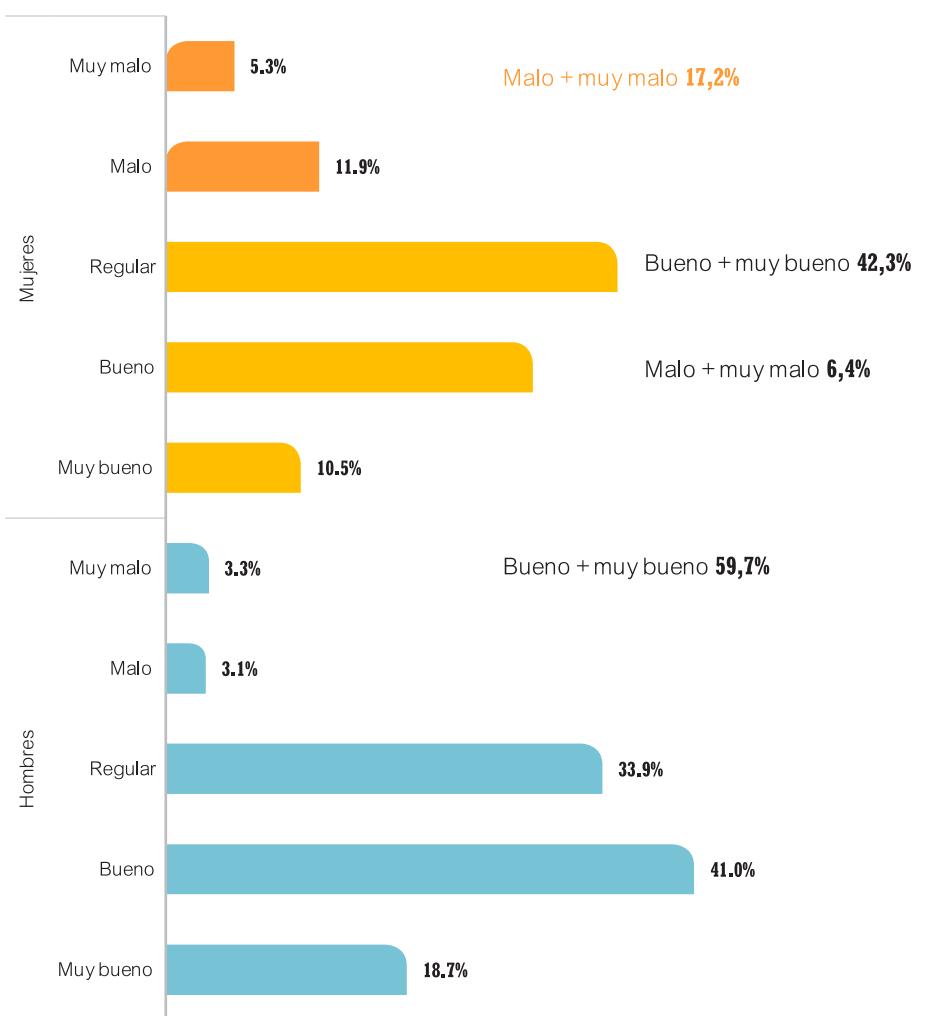


## 5.1.1

### Sexo

Desagregando los datos por sexo, hay una diferencia importante en la valoración que efectúan los hombres y las mujeres, tanto en lo que respecta a la población general como a la población atendida por Cruz Roja ya que, en ambos casos, ellas perciben más negativamente su salud. En el caso de la ENSE, el 77,8% de los hombres valoran su salud favorablemente, lo que ocurre con el 70,4% de las mujeres.

Estas diferencias por sexo también se aprecian en la población encuestada por Cruz Roja. **La proporción de mujeres que valora su salud como “buena” y “muy buena” (42,3%) es más baja que la de los hombres (59,7%). En cuanto a las valoraciones negativas, el 17,2% de las mujeres percibe su salud como “mala” y “muy mala” frente al 6,4% de los hombres.**



**Gráfico 50.**

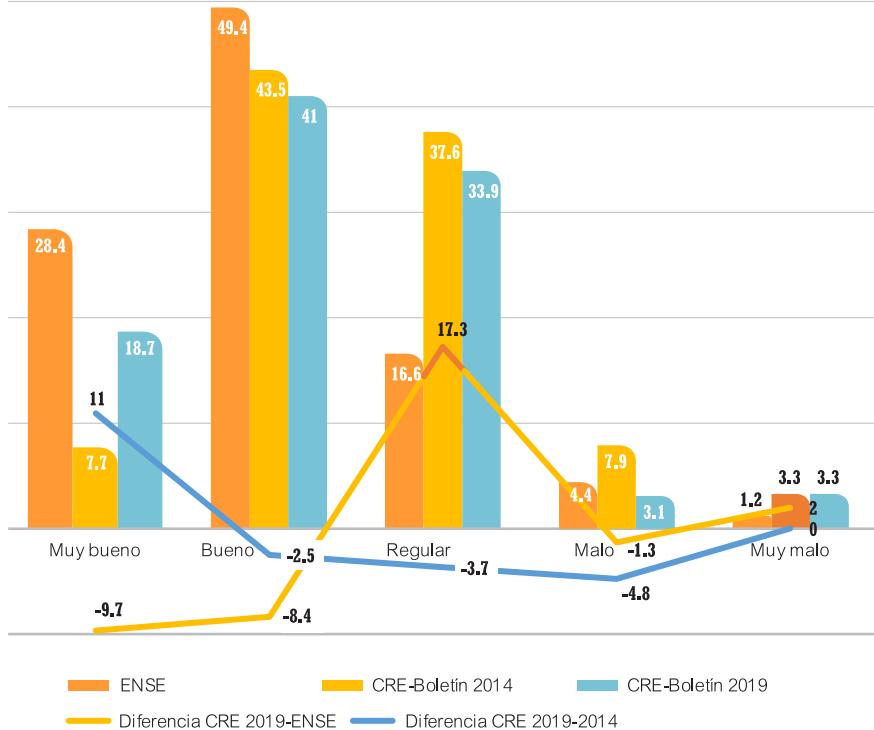
Distribución de la población encuestada según valora su estado de salud. Segmentación según sexo (en %)

**Los hombres encuestados por Cruz Roja muestran una peor valoración de su salud que la de los hombres de la población general.** La mayor diferencia se registra en la valoración “regular” (17,3 puntos más en el caso de la población de Cruz Roja). Otro aspecto destacado es que la valoración “muy buena” es 9,7 puntos inferior en la población de Cruz Roja.

**Dentro de la población atendida por Cruz Roja, la valoración que realizan los hombres encuestados ha mejorado en los últimos cinco años de una manera bastante notable,** con un incremento de 11 puntos en la percepción “muy buena”, entre 2014 y 2019.

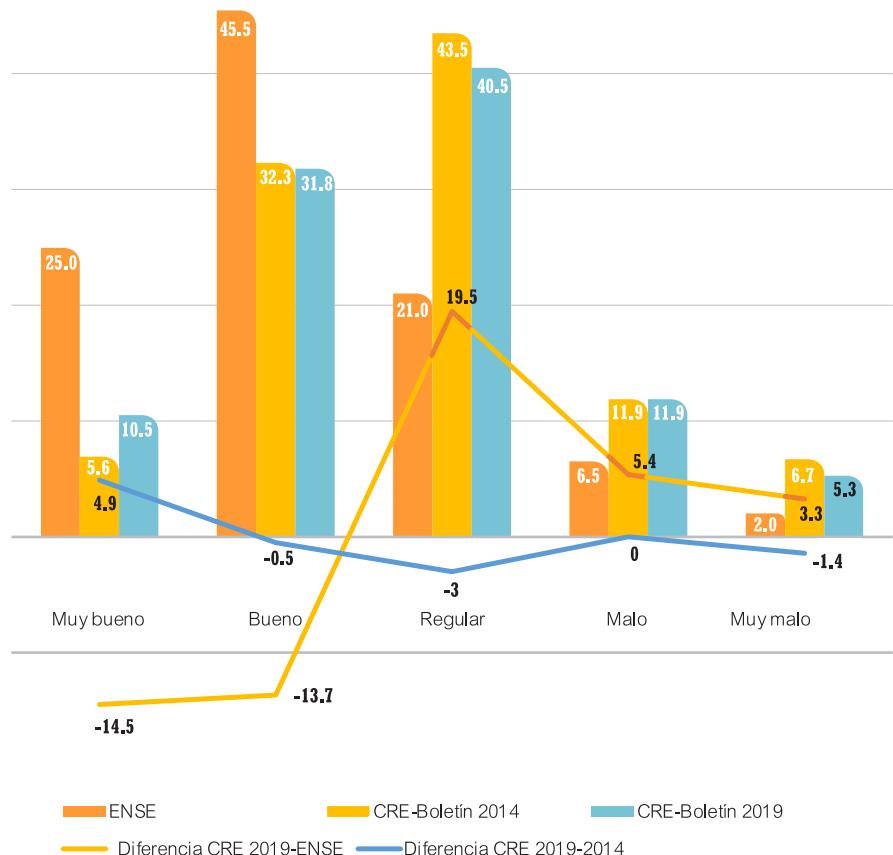
**Gráfico 51.**

Valoración del estado de salud percibido por los HOMBRES. Población general (ENSE, 2017), población atendida por Cruz Roja en 2014 (Boletín 9) y en 2019 (Boletín 18). En % del total



**Las mujeres encuestadas atendidas por Cruz Roja también tienen una valoración más negativa que las de la población general.** Por un lado, se registran 19 puntos más de diferencia en la valoración “regular”; por otro, hay 14,5 y 13,7 puntos menos en las valoraciones “muy buena” y “buena” respectivamente.

**La valoración de la salud de las mujeres atendidas por Cruz Roja ha mejorado en los últimos cinco años.** En la valoración “mala” no hay diferencias entre 2014 y 2019; disminuyen levemente los porcentajes de quienes señalan “muy mala”, “regular” y “buena” y, por último, se incrementa en 4,9 puntos la valoración “muy buena”. La mejora es, sin embargo, de menor intensidad que la registrada entre los varones.



**Gráfico 52.**

Valoración del estado de salud percibido por las MUJERES. Población de España (ENSE, 2017), población atendida por Cruz Roja en 2014 (Boletín 9) y en 2019 (Boletín 18). En % del total

## 5.1.2 Edad

Los datos de la Encuesta Nacional de Salud de 2017 muestran que la percepción positiva de la salud disminuye con la edad, con una caída brusca en el grupo de 75-84 años y en el de 85 y más años.<sup>23</sup>

Entre las personas encuestadas atendidas por Cruz Roja la percepción positiva acerca de su estado de salud también desciende progresivamente con la edad, pero sólo hasta llegar al grupo de 45 a 65 años, cuando alcanza el porcentaje más bajo de la valoración “buena / muy buena”(40,9%). Este grupo registra el porcentaje más alto de los valores “malo / muy malo”( 22,9%). A partir de los 66 años, la valoración positiva sube levemente y son predominantes las percepciones de la salud como “regular”, tanto en este grupo de edad como en el siguiente. Un dato destacable es que el 15,7% del grupo de 66 a 80 años indica un nivel de salud “malo y muy malo”, pero este porcentaje se reduce al 10,1% cuando se trata de personas de más de 80 años.

Las personas que indican tener peor estado de salud son más jóvenes que hace cinco años. En el año 2014, el grupo de edad con peor valoración de su salud era el de 65 a 79 años, con un 40% que pensaba que su salud era “regular” y un 21% que la consideraba “mala / muy mala”.

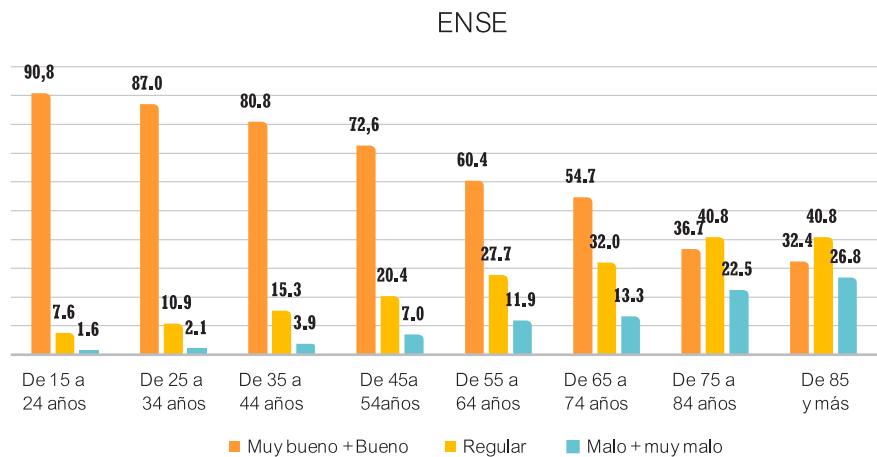
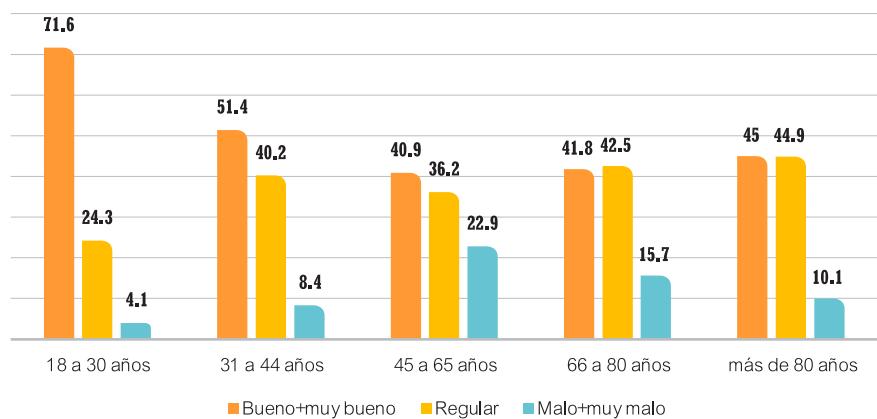


---

23. ENSE 2017, Valoración del estado de salud, Valoración del estado de salud percibido en los últimos 12 meses según sexo y grupo de edad, disponible en <https://www.ine.es/jaxi/Datos.htm?path=/t15/p419/a2017/p04/l0/&file=01001.px>

**Gráfico 53.**

Distribución de la población encuestada según valora su estado de salud en los últimos seis meses. Segmentación por edad, ENSE y Cruz Roja 2019. En porcentajes.

**CRUZ ROJA 2019**

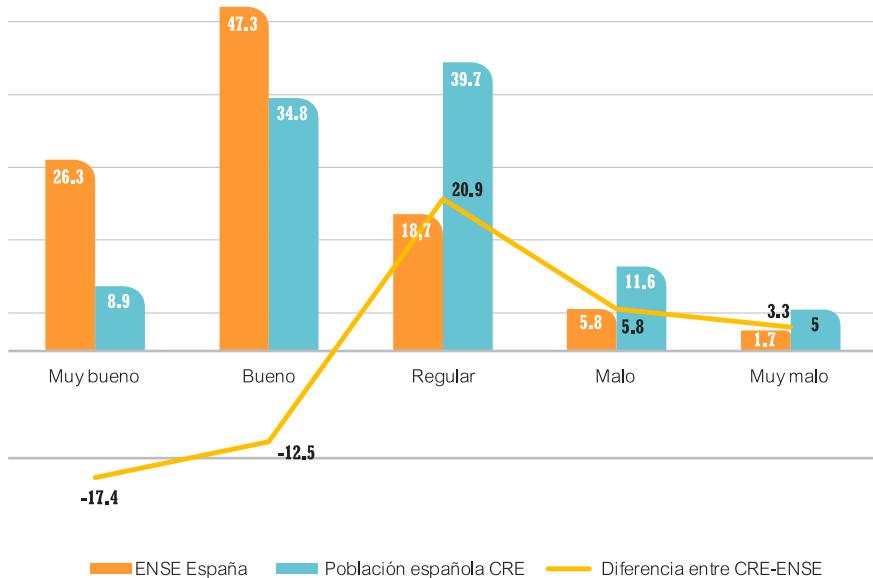
## 5.1.3

### Origen

**La población de nacionalidad española encuestada atendida por Cruz Roja indica tener peor salud que la población general de nacionalidad española.** El 47,3% de la población general de nacionalidad española valora su salud como “buena” y el 26,3% como “muy buena” (73,6% en total). Las valoraciones positivas de la población de nacionalidad española atendida por Cruz Roja son más bajas, 34,8% y 8,9% respectivamente (43,7% en total). La principal diferencia se registra en la valoración “regular” que, en el caso de las personas encuestadas atendidas por Cruz Roja, es 20,9 puntos más elevada que en el de la población general. También se detectan valoraciones negativas más altas entre la población de Cruz Roja, aunque no tan destacadas.

**Gráfico 54.**

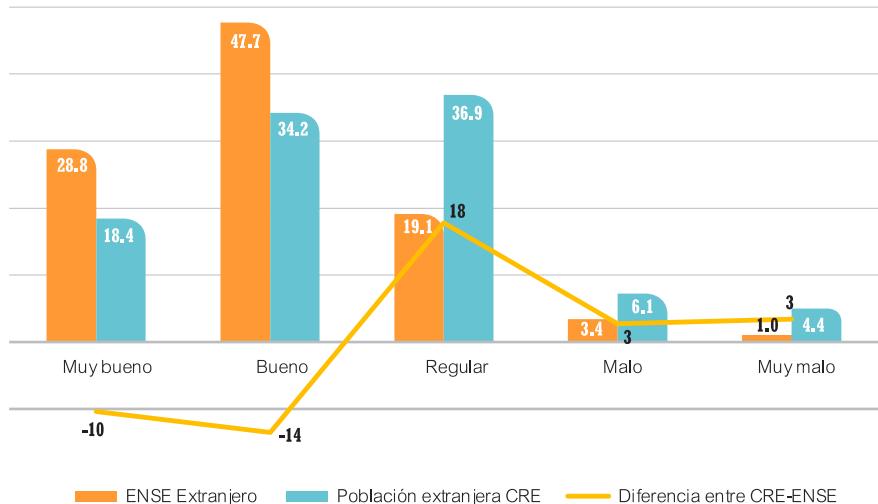
Valoración del estado de salud de la población de nacionalidad española de España (ENSE, 2017) y la población de nacionalidad española encuestada por Cruz Roja Española. En porcentajes



**La población extranjera encuestada atendida por Cruz Roja también indica peor salud que la población extranjera atendida por la ENSE.** El 52,6% señala un estado de salud “muy bueno” y “bueno”, mientras que entre los extranjeros de la población general este porcentaje es del 76,5%.

**Gráfico 55.**

Valoración del estado de salud de la población de nacionalidad extranjera de España (ENSE, 2017) y de nacionalidad extranjera atendida por Cruz Roja Española. En porcentajes



En la siguiente tabla, se aprecia que la opción más frecuente en la población general, tanto para la que tiene nacionalidad española, como para la de origen extranjero es la valoración del estado de salud como “bueno”, mientras que en la población atendida por Cruz Roja es la valoración “regular”.

**Tabla 7.**

Valoración del estado de salud, población de ambos sexos española y de origen extranjera, ENSE y CRE

	Muy bueno	Bueno	Regular	Malo	Muy malo
Población española ENSE	<b>26,30%</b>	<b>47,30%</b>	<b>18,80%</b>	<b>5,80%</b>	<b>1,70%</b>
Población española CRE	<b>8,90%</b>	<b>34,80%</b>	<b>39,70%</b>	<b>11,60%</b>	<b>5,00%</b>
Población origen extranjero ENSE	<b>28,80%</b>	<b>47,70%</b>	<b>19,10%</b>	<b>3,40%</b>	<b>1,00%</b>
Población origen extranjero CRE	<b>18,40%</b>	<b>34,20%</b>	<b>36,90%</b>	<b>6,10%</b>	<b>4,40%</b>

Si se analiza por sexo, la percepción más frecuente en el caso de los hombres -tanto entre la población general como entre la población atendida por Cruz Roja- es considerar su estado de salud como “bueno”. También es esta la opción más escogida entre las mujeres españolas y extranjeras de la población general. Sin embargo, entre la población femenina atendida por Cruz Roja, la valoración más referida es “regular”.

**Tabla 8.**

Valoración del estado de salud, por sexo, españoles y extranjeros, ENSE y CRE

	Muy bueno	Bueno	Regular	Malo	Muy malo
Hombres españoles ENSE	<b>27,7</b>	<b>49,62</b>	<b>16,71</b>	<b>4,63</b>	<b>1,34</b>
Hombres españoles CRE	<b>14,7%</b>	<b>40,8%</b>	<b>36,6%</b>	<b>4,6%</b>	<b>3,4%</b>
Hombres origen extranjero ENSE	<b>33,52</b>	<b>47,41</b>	<b>15,77</b>	<b>2,66</b>	<b>0,64</b>
Hombres origen extranjero CRE	<b>23,2%</b>	<b>41,2%</b>	<b>30,8%</b>	<b>1,4%</b>	<b>3,3%</b>
	Muy bueno	Bueno	Regular	Malo	Muy malo
Mujeres españolas ENSE	<b>25</b>	<b>45,07</b>	<b>20,88</b>	<b>6,91</b>	<b>2,14</b>
Mujeres españolas CRE	<b>6,7%</b>	<b>32,5%</b>	<b>41,0%</b>	<b>14,2%</b>	<b>5,6%</b>
Mujeres origen extranjero ENSE	<b>24,81</b>	<b>47,99</b>	<b>21,91</b>	<b>4,01</b>	<b>1,28</b>
Mujeres origen extranjero CRE	<b>16,0%</b>	<b>30,8%</b>	<b>39,9%</b>	<b>8,5%</b>	<b>4,9%</b>

## 5.1.4 Hogares en pobreza relativa

De acuerdo con el estudio de EAPN sobre datos de la ENSE, en la población general, el porcentaje de personas en pobreza relativa que consideran que su salud es “mala o muy mala” es del 11,4%, cifra que prácticamente duplica el porcentaje de personas con esa percepción acerca de su salud que no están en pobreza relativa (6,6 %). El 37,4% de las personas en situación de pobreza relativa considera que su salud es “regular / mala / muy mala”, algo más de 11 puntos porcentuales por encima de la media de las personas que no están en situación de pobreza (26,2%).<sup>24</sup>

Entre la población encuestada atendida por Cruz Roja que vive en hogares en situación de pobreza, el 15,8% valoran su estado de salud como “malo / muy malo”, un porcentaje 4,4 puntos más elevado que para la media de la población general en la misma situación. Entre las personas atendidas por Cruz Roja que no viven en hogares pobres, la valoración negativa (“malo / muy malo”) disminuye al 9,2%. Este porcentaje es 3 puntos más alto que el de la media de la población general que no está en pobreza relativa.

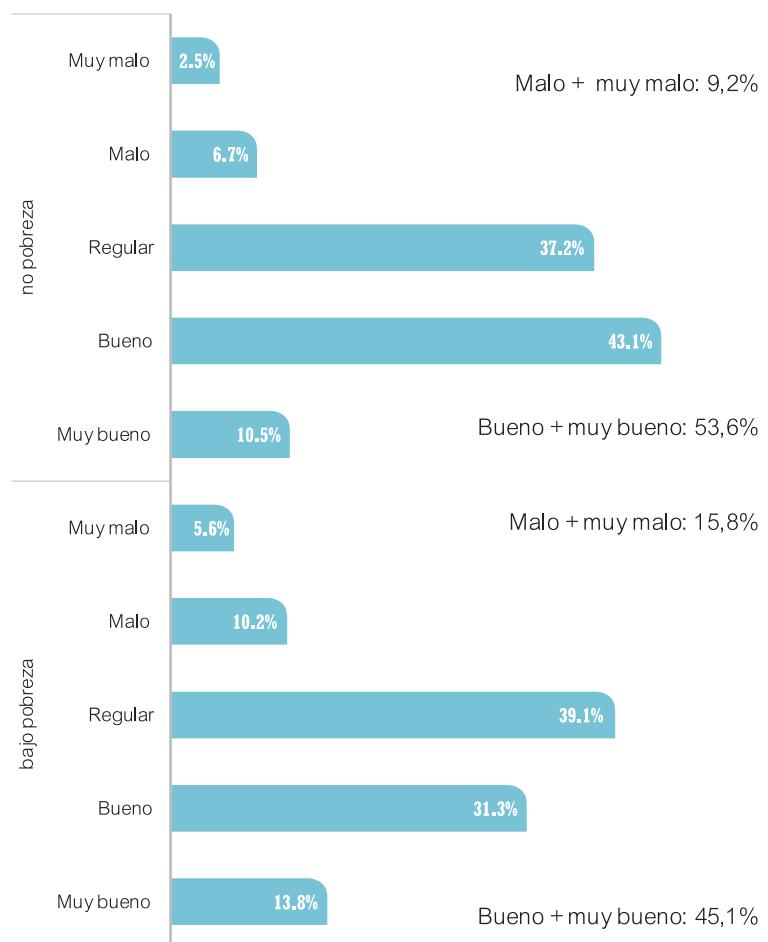
24. Llano, Juan Carlos (2019), La **Desigualdad en la Salud**. Madrid, EAPN ES, página 20. En adelante, estudio EAPN. Este estudio es el único que cruza los datos de la ENSE con los de AROPE

De estos datos, se podría concluir que **la población atendida por Cruz Roja que vive en la pobreza tiene una percepción más negativa acerca de su salud que las personas que se encuentran en la misma situación en la población general encuestada por la ENSE.**

**Por otra parte, del 14% de las personas encuestadas que valora su estado de salud como “malo / muy malo”, el 88,4% son personas que viven en hogares en riesgo de pobreza**

#### Gráfico 56.

Distribución de la población encuestada por Cruz Roja según la valoración que efectúa acerca de su estado de salud. Segmentación según se trate o no de personas en hogares en riesgo de pobreza



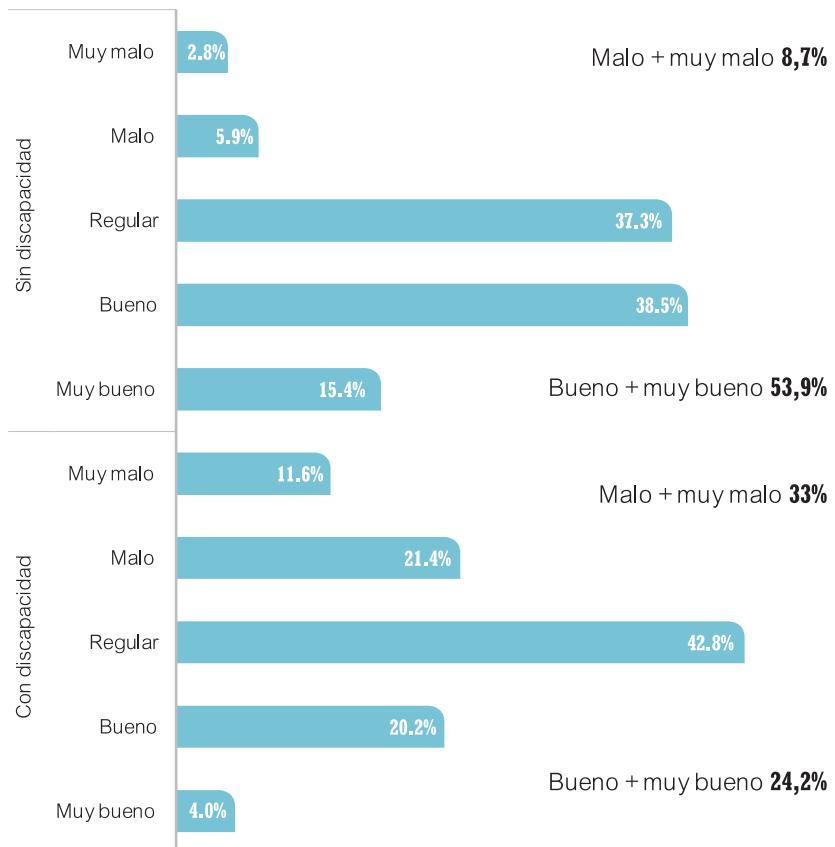
## 5.1.5

### Discapacidad

**La valoración de la salud entre las personas encuestadas atendidas por CRE difiere mucho cuando se trata de personas con discapacidad, ya que el porcentaje que manifiesta una percepción “mala / muy mala” es aproximadamente 4 veces superior al que presentan las personas sin discapacidad (33% frente a 8,7%). El porcentaje que realiza una valoración “buena / muy buena” no llega a la mitad del que presentan las personas sin discapacidad que realizan la misma valoración (24,2% frente a 53,9%).**

**Gráfico 57.**

Distribución de la población encuestada por Cruz Roja según valora su estado de salud en los últimos seis meses. Segmentación según se trate de personas con discapacidad y sin discapacidad (en %)

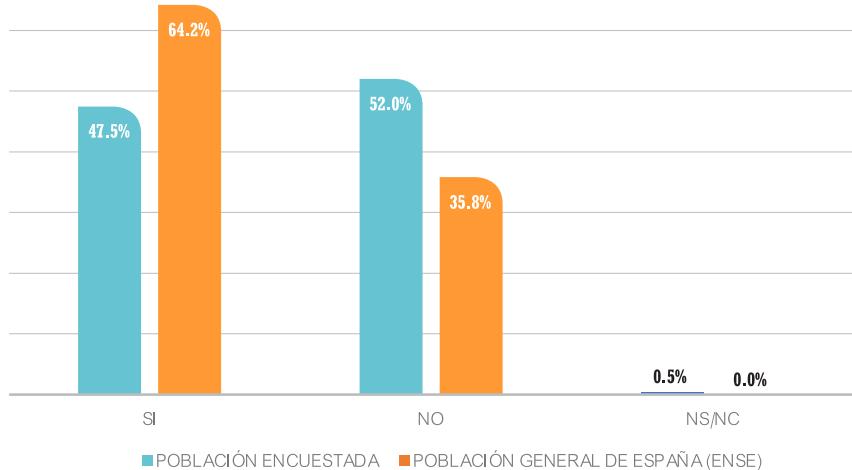


## 5.2 Enfermedades crónicas o problemas de salud

A pesar de que la valoración que realizan acerca de su estado de salud es más negativa, las personas encuestadas por Cruz Roja indican menos enfermedades o problemas de salud que la población general (47,5% frente a 64,2%).

**Gráfico 58.**

Enfermedades o problemas de salud sufridos, población encuestada por CRE y población general de España (ENSE)



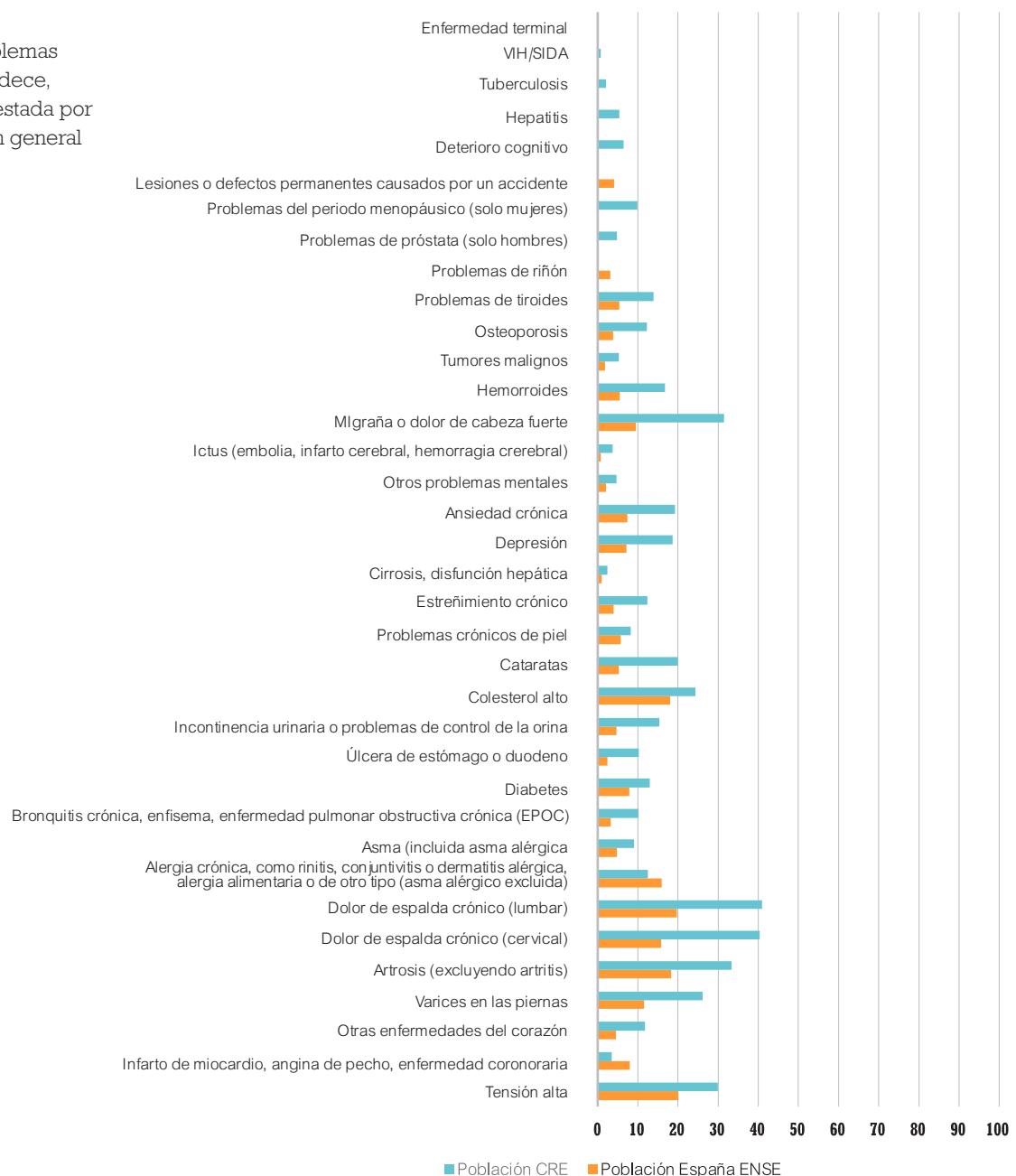
## 5.3 **Principales enfermedades y dolencias**

En la ENSE 2017 prevalecen los factores de riesgo cardiovascular metabólicos (diabetes, hipertensión, hipercolesterolemia, obesidad...) y las enfermedades del aparato locomotor (artrosis, dolor lumbar). La prevalencia de las enfermedades y dolencias principales indicadas por la población encuestada por Cruz Roja es más elevada que en la población general. También las del aparato locomotor (dolor de espalda, en similar proporción el lumbar y el cervical; artrosis, artritis o reumatismo) y las relacionadas con el riesgo cardiovascular metabólico (hipertensión, hipercolesterolemia, trastorno tiroideo, diabetes entre otras). Destacan también las migrañas o dolores de cabeza frecuentes, las cataratas y la ansiedad y depresión crónica.



**Gráfico 59.**

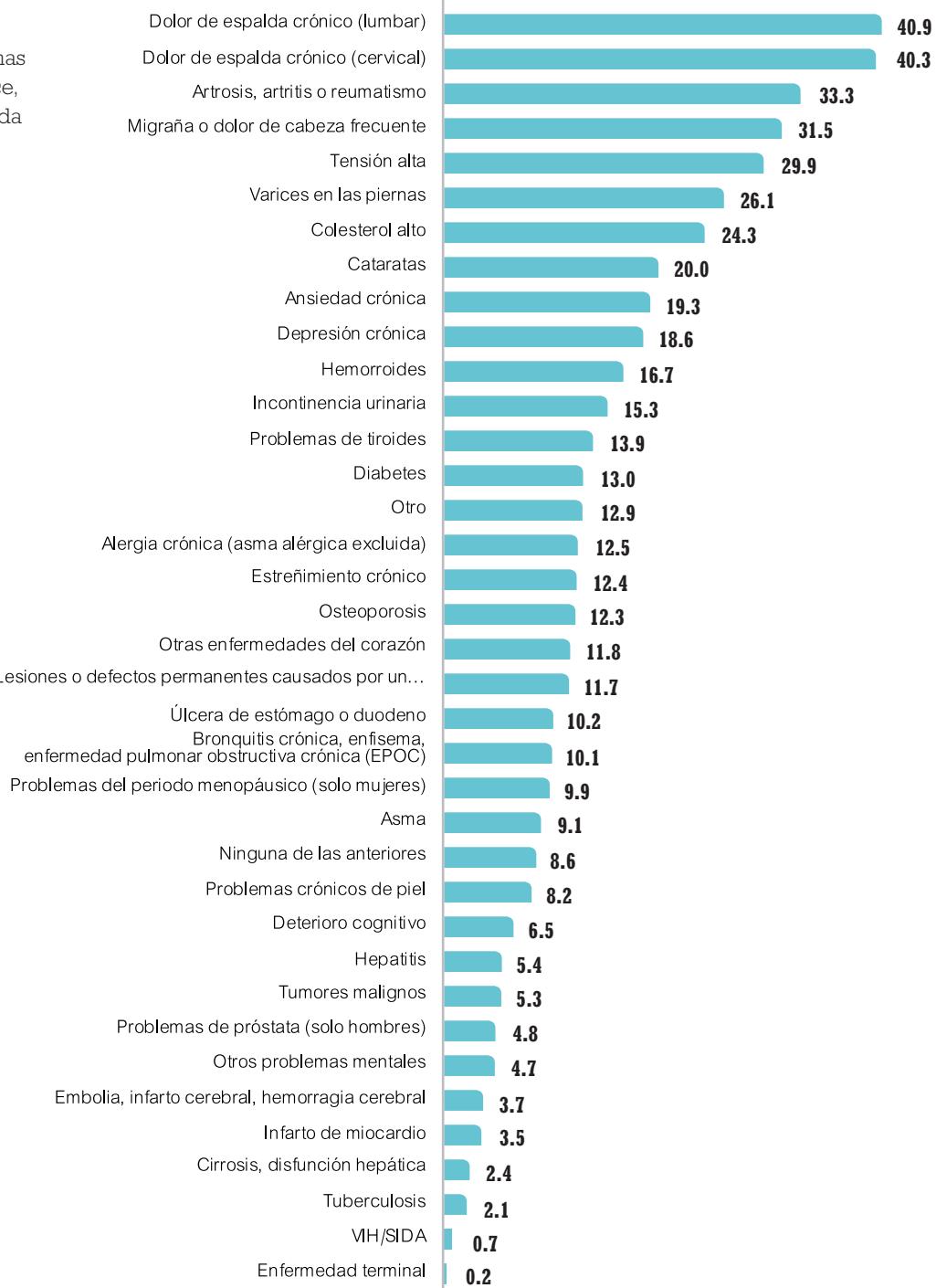
Principales problemas de salud que padece, población encuestada por CRE y población general (ENSE)



El siguiente gráfico muestra exclusivamente la prevalencia de las enfermedades y dolencias entre la población encuestada. La pregunta admitía respuestas múltiple.

**Gráfico 60.**

Principales problemas de salud que padece, población encuestada por Cruz Roja



Nota: Esta pregunta admitía respuestas múltiples

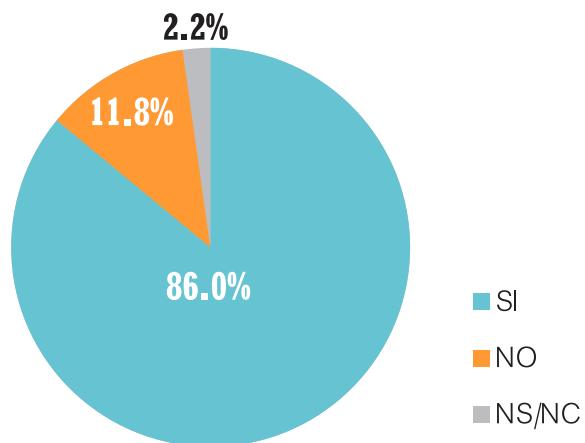
## 5.3.1 Gestión de la enfermedad

Aquellas personas que padecen una enfermedad pueden tener problemas en la gestión de la misma, bien debido a dificultades para acceder a la detección y al diagnóstico, bien porque no pueden acceder al tratamiento, bien porque no son capaces de seguir correctamente la pauta terapéutica.

**El 86% de las personas encuestadas que han indicado sufrir una enfermedad crónica o dolencia cree que está haciendo una buena gestión de las mismas. Un 11,8% cree que no y un 2,2% indica que no sabe**

**Gráfico 61.**

Valoración de la gestión de su enfermedad (sobre el 47,5% que indica tener enfermedades o problemas de salud)



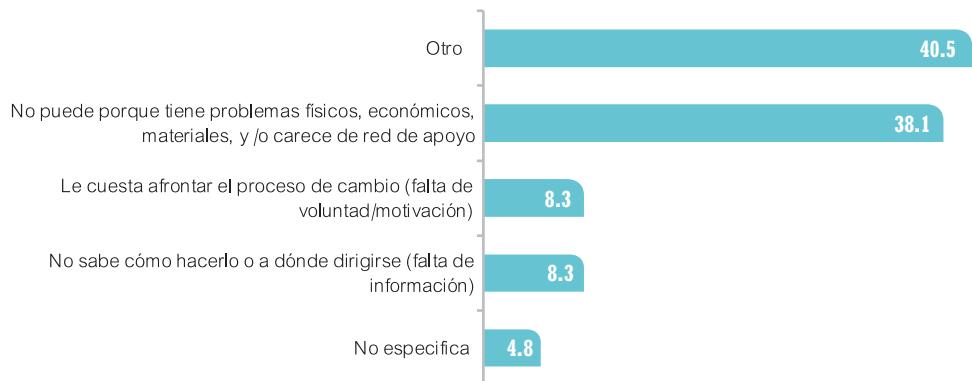
Para profundizar en la gestión inadecuada de la enfermedad, interesa entender las posibles causas subyacentes: la información de la que dispone la persona no es correcta o completa (“No sé”); existen obstáculos que le impiden realizar las actividades precisas para cuidar su salud (“Lo sé, quiero hacerlo, pero no puedo, porque me faltan recursos para ello”) o no tiene la voluntad o motivación suficiente para hacerlo (“Lo sé, podría hacerlo, pero no lo hago”).

Analizando la situación del 11,8%, que ha admitido estar haciendo una gestión inadecuada de su enfermedad, se aprecia que las razones que han argumentado son diversas, destacando los problemas económicos, materiales, físicos y/o la carencia de red de apoyo (38,1%). Dentro de la categoría “otros” (40,5%), estas personas han dado una serie de razones (falta de tiempo, problemas personales varios, tipo de trabajo, falta de acceso a la atención sanitaria...) que, en su mayor parte se podrían integrar en el grupo que señala “problemas económicos, materiales, físicos y/o carencia de red de apoyo”.

Por último, hay dos grupos reducidos (8,3% cada uno) que señalan que “les cuesta afrontar el proceso de cambio” (falta de voluntad/motivación) y que “no saben cómo hacerlo, o a dónde dirigirse” (carecen de información).

#### Gráfico 62.

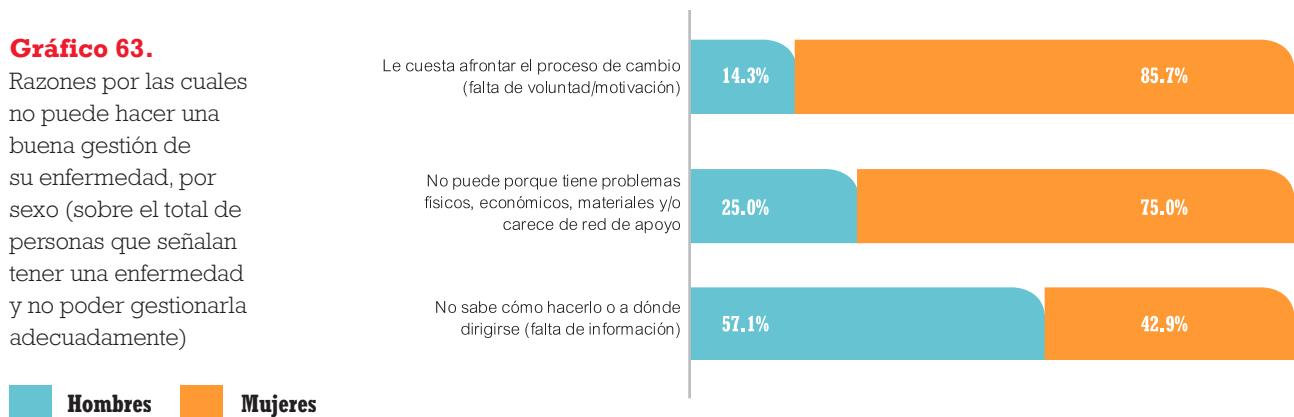
Razones por las cuales no puede hacer una buena gestión de su enfermedad (sobre el total de personas que señalan tener una enfermedad y no poder gestionarla adecuadamente), en porcentajes



**La principal causa aducida por las mujeres para no gestionar adecuadamente la enfermedad es la de que les cuesta afrontar el proceso de cambio (falta de voluntad/motivación), seguida por los problemas económicos, materiales, físicos y/o la carencia de apoyo en tanto que el desconocimiento es el motivo más aducido por los hombres.** Al 85,7% de las mujeres, frente al 14,3% de los hombres, les resulta costoso afrontar el proceso de cambio. Esta diferencia puede estar relacionada con el rol de cuidador asumido principalmente por las mujeres y con su orden de prioridades. El 75% de las mujeres, frente al 25% de los hombres, considera que no puede hacerlo debido a sus problemas económicos, materiales, físicos o por la carencia de una red de apoyo.

**Gráfico 63.**

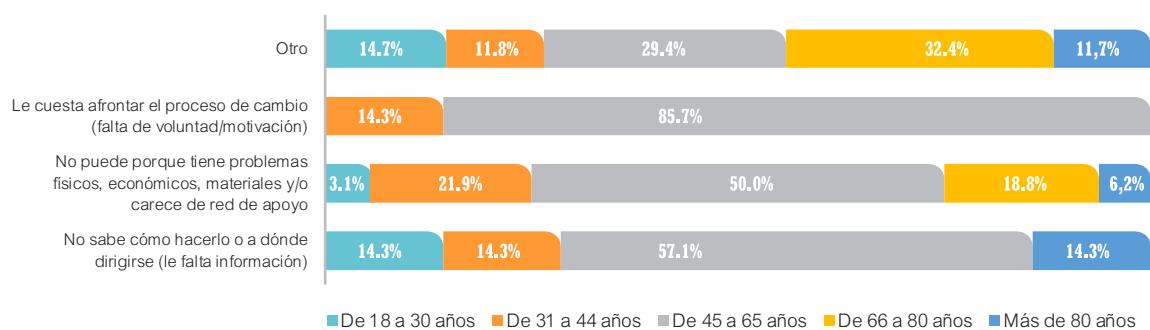
Razones por las cuales no puede hacer una buena gestión de su enfermedad, por sexo (sobre el total de personas que señalan tener una enfermedad y no poder gestionarla adecuadamente)



El grupo de edad de 45 a 65 años es el más numeroso entre quienes no hacen una buena gestión de su enfermedad. Este grupo es predominante en todas las variables explicativas: son el 85,7% de quienes señalan que les cuesta afrontar el proceso de cambio (falta de voluntad/motivación); el 50% de quienes responden que no pueden hacer una buena gestión debido a la carencia de red o a problemas físicos, económicos y/o materiales y el 57,1% de quienes no saben cómo hacer esa buena gestión o a dónde dirigirse.

**Gráfico 64.**

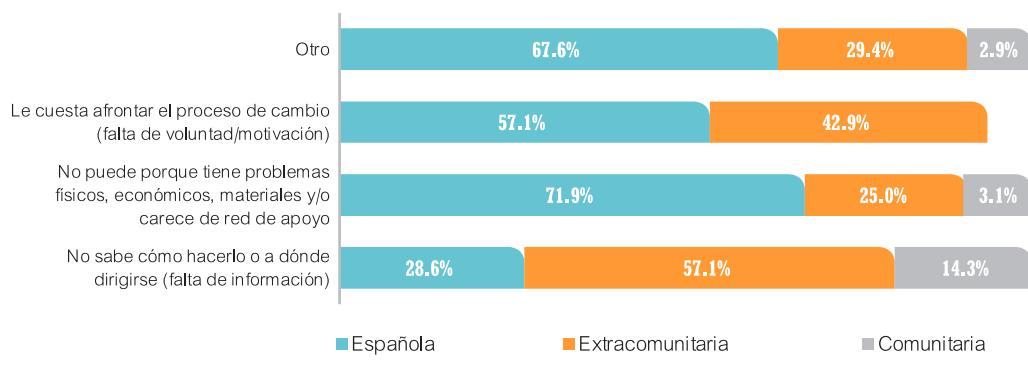
Razones por las cuales no puede hacer una buena gestión de su enfermedad, por grupos de edad (sobre el total de personas que señalan tener una enfermedad y no poder gestionarla adecuadamente)



Las personas españolas son las que en mayor medida indican que les cuesta afrontar el proceso de cambio y también las que más señalan que no pueden debido a problemas económicos y/o materiales, físicos y a la carencia de red de apoyo. La población de origen extranjero extracomunitaria predomina entre quienes ignoran dónde o cómo pueden gestionar adecuadamente sus problemas de salud.

**Gráfico 65.**

Razones por las cuales no puede hacer una buena gestión de su enfermedad, por nacionalidad (sobre el total de personas que señalan tener una enfermedad y no poder gestionarla adecuadamente)

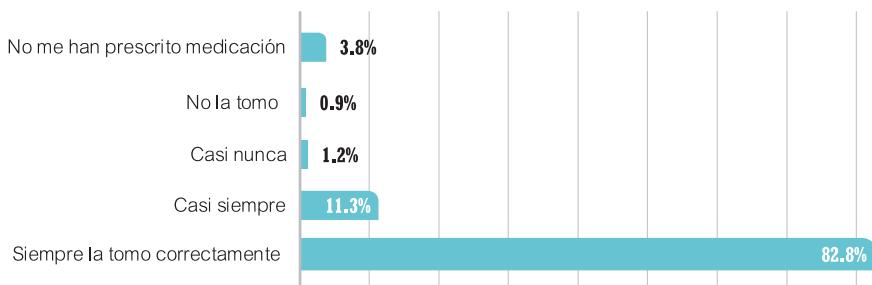


## 5.3.2 Adherencia terapéutica

Al 47,5% de las personas que indicaron padecer una enfermedad o tener alguna dolencia se les preguntó si les habían prescrito medicación y si la estaban tomando correctamente, en los últimos seis meses. El 3,8% señala que no le han prescrito ningún tratamiento farmacológico. Entre quienes sí tienen pautada medicación, el 82,8% afirma que la toma correctamente, pero el 13,4% no lo hace de forma regular.

**Gráfico 66.**

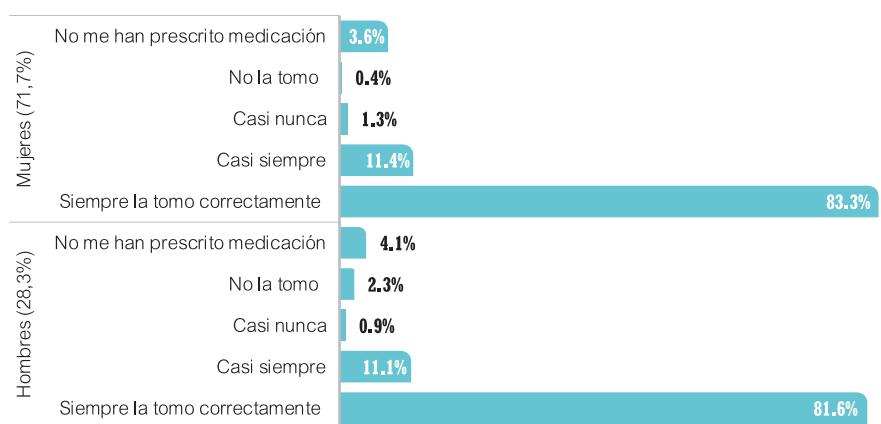
Administración de la medicación indicada por su equipo médico (sobre el 47,5% de la población encuestada que señaló tener enfermedades o problemas de salud)



**Gráfico 67.**

Toma de la medicación pautada por su equipo médico (sobre el 47,5% de la población encuestada que señaló tener enfermedades o problemas de salud). Segmentación por sexo

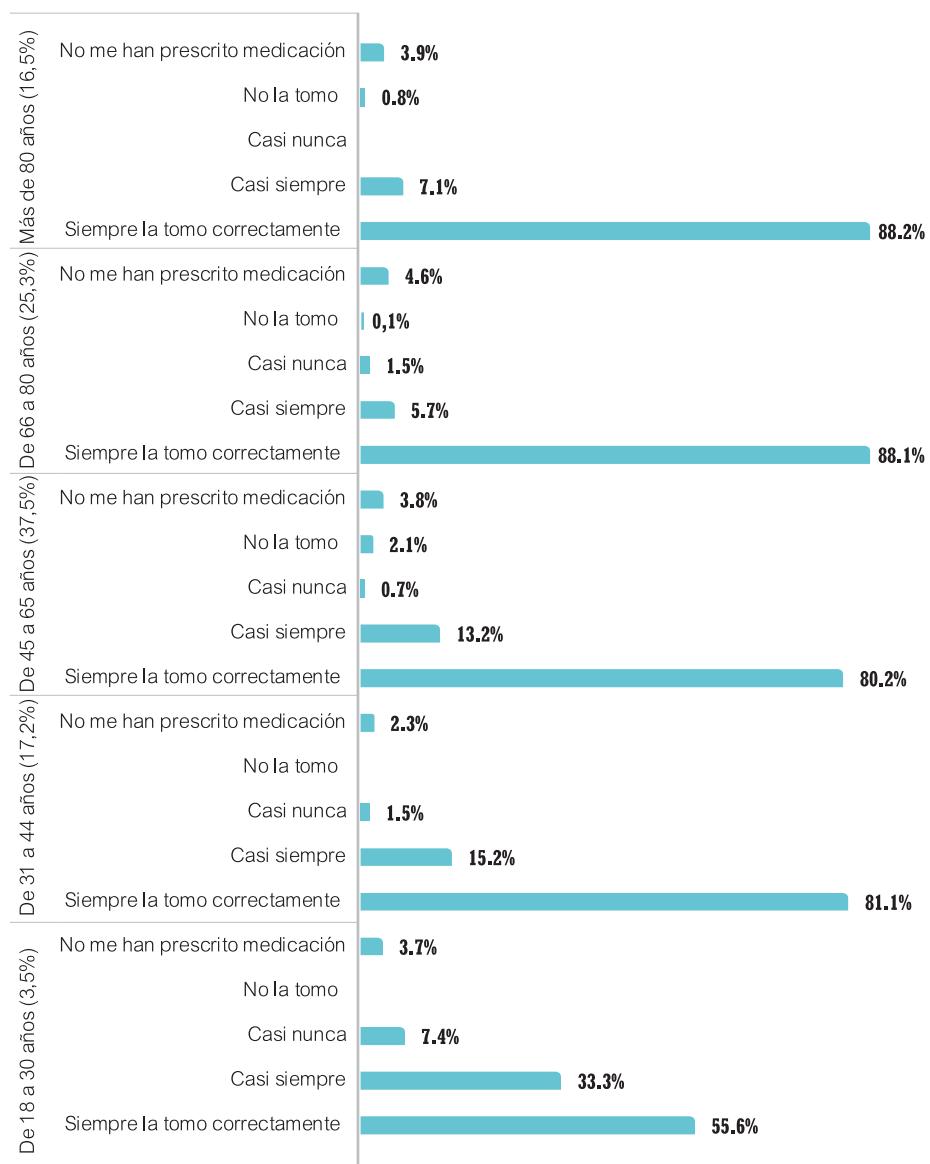
No se observan diferencias significativas por sexo en cuanto a la toma de la medicación pautada, aunque el porcentaje de varones que no toma casi nunca o nunca la medicación es superior al de mujeres (3,2% y 1,7%).



Desagregando los datos en función de la edad, el grupo de 18 a 30 años es el que menos sigue las pautas de medicación prescritas, sólo un 55,6% la toma correctamente. El seguimiento correcto aumenta con la edad, al tiempo que reducen su peso las opciones “casi siempre” o “nunca”. Alrededor de un 4% manifiesta no tener medicación prescrita.

#### Gráfico 68.

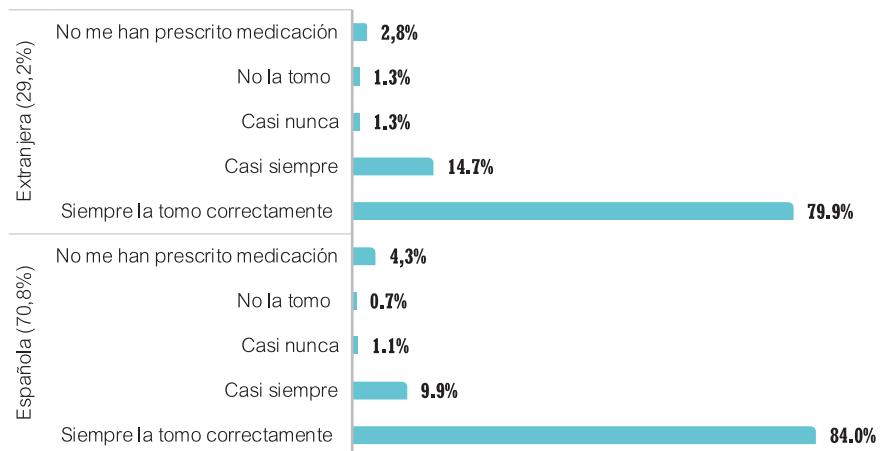
Toma de la medicación prescrita por su equipo médico (sobre el 47,5% de la población encuestada que señaló tener enfermedades o problemas de salud). Segmentación por edad



Se registran algunas diferencias entre la población de nacionalidad española y la extranjera. En el primer grupo hay un porcentaje más elevado de personas que toman correctamente la medicación recetada que en el segundo (84% y 79,9%). Aunque en ambos casos la proporción es muy reducida, es más elevado el porcentaje de extranjeros que no toman nunca la medicación, que de españoles (1,3% y 0,7% respectivamente).

### Gráfico 69.

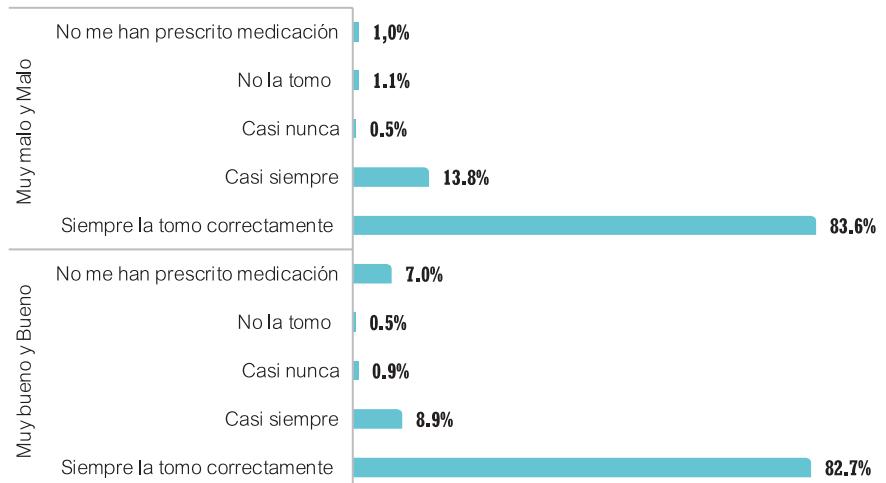
Toma de la medicación pautada por su equipo médico (sobre el 47,5% de la población encuestada que señaló tener enfermedades o problemas de salud). Segmentación por origen



Si consideramos la valoración del estado de salud efectuada por las personas encuestadas, entre quienes, en los últimos seis meses, han valorado su estado de salud como "malo / muy malo", el 15,4% señala que toma la medicación de forma irregular o no la toma. En el grupo que manifestó tener "buena / muy buena salud", este porcentaje desciende al 10,3%.

### Gráfico 70.

Toma de la medicación pautada por su equipo médico (sobre el 47,5% de la población encuestada que señaló tener enfermedades o problemas de salud). Segmentación según la valoración de su estado de salud en los últimos seis meses



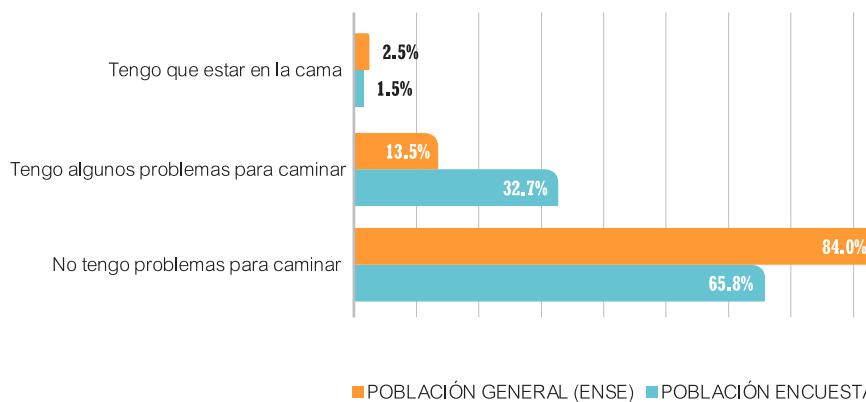


## 5.4 Restricción de la actividad

### 5.4.1 Movilidad

Entre la población general, la mayoría (84%) indica que no sufre problemas de movilidad. El 13,5% reconoce algún grado de dificultad en este ámbito y el 2,5% está encamado.

En el caso de las personas atendidas por Cruz Roja, la mayoría (65,8%) señala no tener problemas de movilidad, pero este porcentaje es 18,2 puntos porcentuales más bajo que el de la población general. El 32,7% indica dificultades para caminar (19,2 puntos porcentuales más que la población general) y un 1,5% señala que debe permanecer en la cama (un punto porcentual menos).



## 5.4.2

# Limitaciones en las actividades básicas de la vida diaria

El 85,9% de las personas encuestadas indica que no tiene problemas para el cuidado personal. El 11,1% registra algunos problemas para lavarse o vestirse solo/a y un 3% no es capaz de hacer ninguna de estas dos actividades. Aunque la pregunta realizada en la encuesta de Cruz Roja no está desagregada como la de la ENSE, se puede apreciar que el porcentaje de personas con dificultad máxima es más bajo entre la población atendida por Cruz Roja que el registrado en la Encuesta Nacional de Salud, lo que coincide con el perfil de las personas atendidas por Cruz Roja, en el que no entran las personas con alta dependencia. El grado de dificultad medio es similar, al igual que el porcentaje de personas que no registran estos problemas, algo más elevado en el caso de la población atendida por Cruz Roja.

**Tabla 9.**

Limitación de algunas de las actividades básicas diarias, población encuestada por Cruz Roja y población general de España (ENSE)

Grado de dificultad	ENSE		
	CRE	Vestirse	Asearse
Incapaz de vestirme o asearme solo/a	3%	4,4%	6,7%
Tengo algunos problemas para lavarme o vestirme solo/a	11,1%	9,6%	10,3%
No tengo problemas en el cuidado personal	85,9%	86,0%	83,0%

Comparando los datos relativos a la restricción de la actividad, se aprecia un 5% que admite ser incapaz de realizar sus actividades de todos los días, un 3% que no puede vestirse solo/a y un 1,4% que está inmovilizado/a, en su cama. Las personas que presentan restricciones, aunque no incapacidad, son el 23,5%, el 11,1% y el 32,7% respectivamente.

### Gráfico 72.

Limitaciones de la movilidad, del cuidado personal y de la actividad cotidiana de las personas atendidas por Cruz Roja, en porcentajes

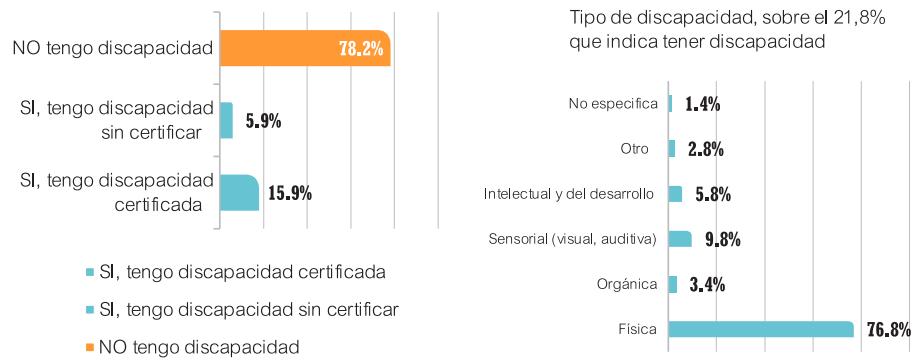


## 5.5 Personas con discapacidad

El 21,8% de las personas atendidas por Cruz Roja presentan alguna discapacidad. De este conjunto, el 76,8% señala poseer una discapacidad física, el 9,8% de tipo sensorial (visual o auditiva) y el 5,8% de carácter intelectual o de desarrollo.

### Gráfico 73.

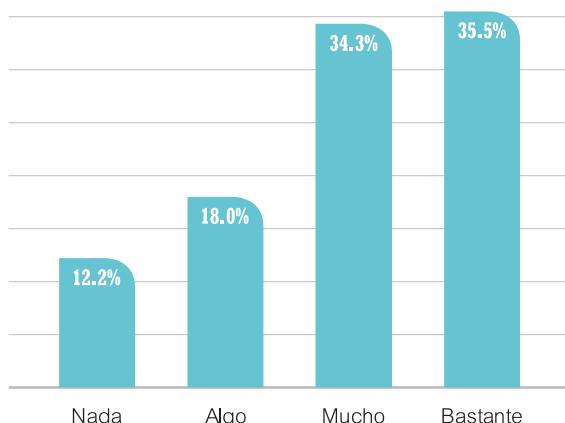
Situación de discapacidad y tipo de discapacidad (sobre el 21,8% que indica tener discapacidad)



**La discapacidad supone un factor de dificultad en la vida cotidiana y en el empleo para el 87,8% de las personas que la sufren.** El 34,3% de las personas con discapacidad indica que ésta dificulta mucho la realización de sus actividades cotidianas o el acceso a un puesto de trabajo y el 35,5% señala que lo complica “bastante”. Sólo un 12,2% no admite estas dificultades.

**Gráfico 74.**

Impacto de la discapacidad en la actividad cotidiana y el acceso al empleo (sobre el 21,8% que indicó sufrir una discapacidad)

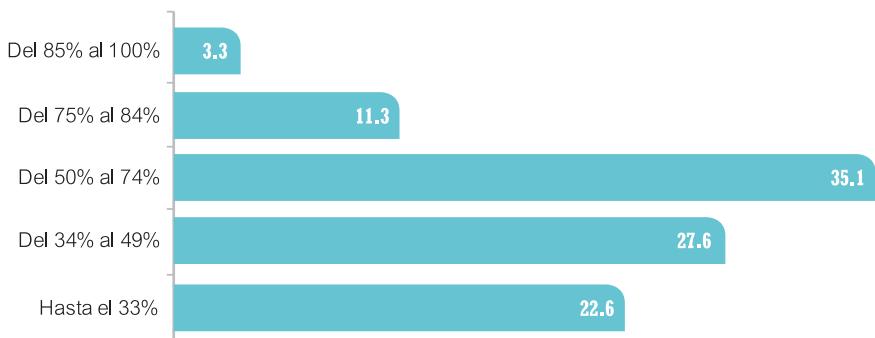


## 5.5.1 Certificación de la discapacidad y dependencia

**Gráfico 75.**

Porcentaje de discapacidad que tiene reconocido

El porcentaje más elevado de discapacidad reconocida está entre el 50% y el 74%. Un 35,1% de las personas con discapacidad tiene reconocido ese porcentaje.

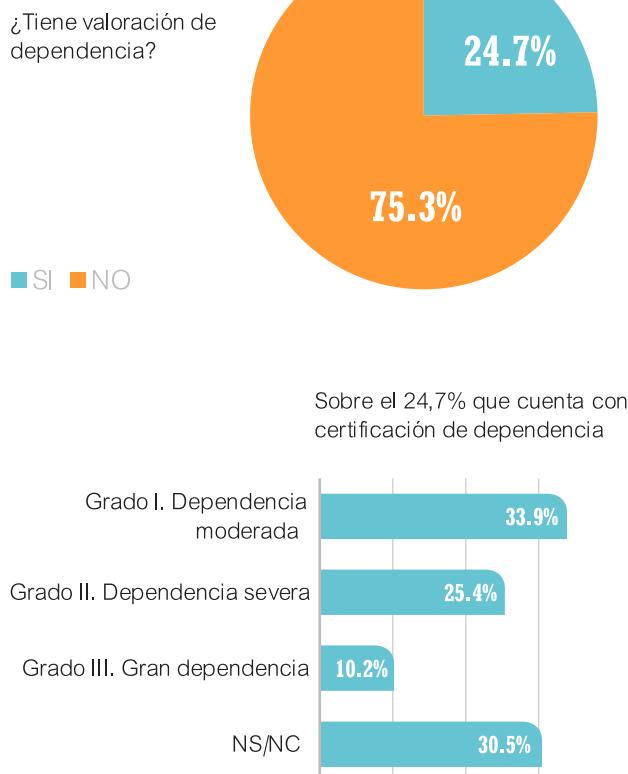


**El porcentaje medio de discapacidad reconocido es del 49,5%.**

**Entre las personas con discapacidad certificada, sólo el 24,7% tiene una valoración de dependencia (equivalente al 3,9% de la muestra total).** El porcentaje más elevado es el Grado I, de dependencia moderada, con un 33,9%. En segundo lugar, el Grado II, de dependencia severa y, en tercer lugar, el Grado III, de gran dependencia, con 25,4% y 10,2% respectivamente. Destaca un 30,5% que no sabe contestar a esta pregunta.

**Gráfico 76.**

Certificación de la situación de dependencia (sobre el 78,2% que tiene una discapacidad certificada) y tipo de dependencia certificada (sobre el 24,7% que cuenta con una certificación de dependencia)



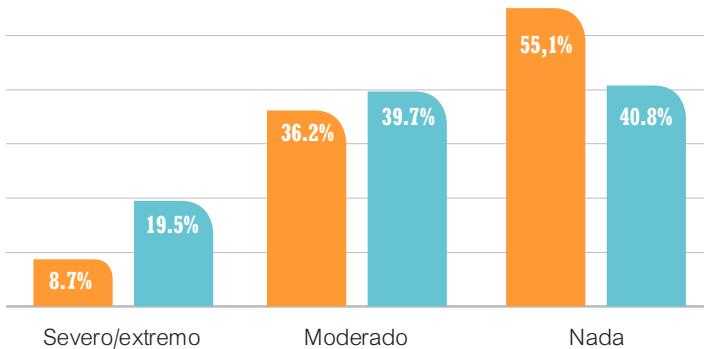
## 5.6 Dolor y malestar

El 40,8% de la población encuestada manifiesta que no sufre dolor o malestar. Este porcentaje es inferior al de la población general (55,1%). Entre quienes indican dolor y malestar moderados, los porcentajes de la encuesta a las personas atendidas por Cruz Roja y los de la población general (ENSE) son bastante similares, 39,7% y 36,2% respectivamente. El porcentaje de personas que señalan dolor o malestar severo o extremo es el 19,5% en el caso de la población atendida por Cruz Roja y el 8,7% en la población general.

**Gráfico 77.**

Descripción del estado de salud, en relación con el dolor o el malestar, población encuestada por CRE y población general (ENSE)

 **CRE**     **ENSE**

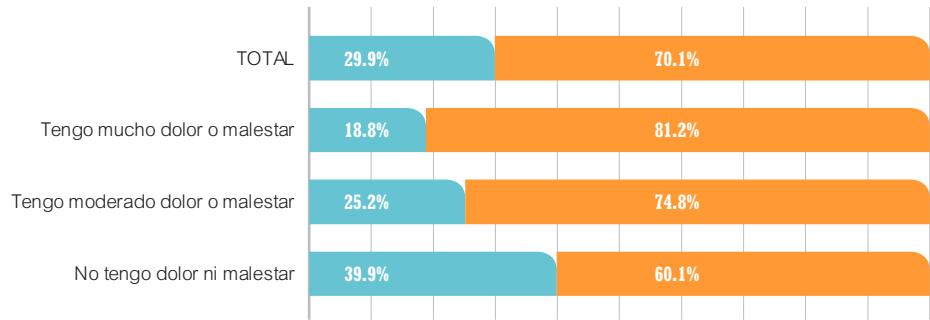


**Las mujeres indican mayor incidencia de dolor y malestar que los hombres.** También son mayoría entre las personas que indican no padecerlos.

**Gráfico 78.**

Descripción del estado de salud, en relación con el dolor o el malestar, por sexo

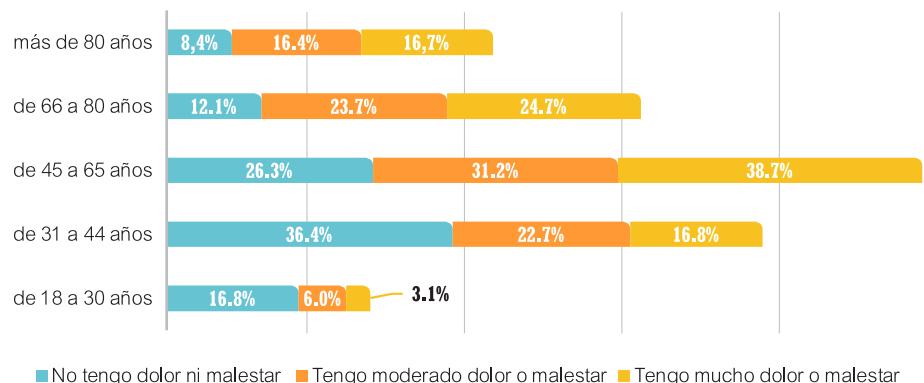
 **Hombre**     **Mujer**



El grupo de edad de 45 a 65 años es el que tiene una presencia más alta entre quienes señalan sufrir dolor y malestar en un nivel elevado, seguidos por el grupo de 66 a 80 años (38,7% y 24,7% respectivamente). Las personas con edades entre 31 y 44 son las que más peso porcentual tienen entre quienes señalan que no sufren dolor o malestar.

#### Gráfico 79.

Descripción del estado de salud, en relación con el dolor y el malestar, por grupos de edad

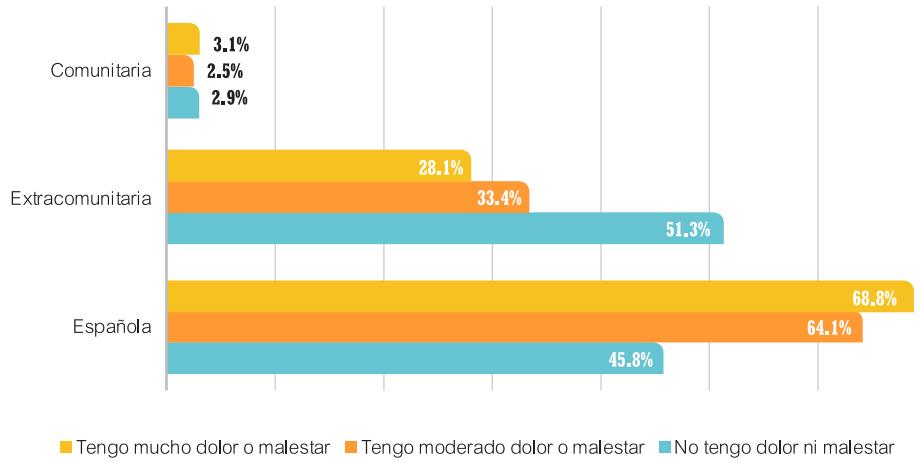


■ No tengo dolor ni malestar ■ Tengo moderado dolor o malestar ■ Tengo mucho dolor o malestar

Sólo el 28,1% de las personas extranjeras de origen extracomunitario y el 3,1% de las de origen comunitario indican sufrir mucho dolor o malestar. El porcentaje para las personas de nacionalidad española es del 68,8%.

#### Gráfico 80.

Descripción del estado de salud, en relación con el dolor o el malestar, por origen



■ Tengo mucho dolor o malestar ■ Tengo moderado dolor o malestar ■ No tengo dolor ni malestar

## 5.7 Salud mental

La salud mental es el aspecto menos visible de la salud y, sin embargo, tiene un impacto importante en la morbilidad y la mortalidad. En la Unión Europea, al menos el 4% de todas las muertes de 2015, último año con datos homologados, fueron el resultado de desórdenes de conducta o de salud mental, fundamentalmente la demencia y el Alzheimer, que afectaron a 53,7 hombres por cada 100.000 y a 59,2 mujeres por cada 100.000 mujeres. En España esas tasas son más elevadas, 63,2 y 75 respectivamente. La tasa media europea de suicidios fue de 10,9 por cada 100.000 muertes, cifra algo inferior en España, con 7,5 por cada 100.000 muertes.<sup>25</sup> El 7% de la población europea padece depresión crónica.

**Entre la población atendida por Cruz Roja, el 19,3% señaló que padece ansiedad crónica, el 18,6% depresión crónica, el 6,5% deterioro cognitivo y el 4,7% otros problemas de salud mental. Estos valores son más elevados que los que aparecen en la ENSE, referidos a la población general.**

**Tabla 10.**

Prevalencia de los problemas de salud mental, población con enfermedades o dolencias encuestada por CRE y población general (ENSE)

	CRE	ENSE
Ansiedad crónica	<b>19,3%</b>	<b>7,4%</b>
Depresión crónica	<b>18,6%</b>	<b>7,2%</b>
Deterioro cognitivo	<b>6,5%</b>	<b>Sin datos</b>
Otros problemas mentales	<b>4,7%</b>	<b>2,1%</b>

A continuación, se analiza la percepción que todas las personas encuestadas atendidas por Cruz Roja tienen acerca de su salud mental.

25. EUROSTAT, Standardised death rates — intentional self-harm, residents, 2015 (per 100 000 inhabitants), disponible en [https://ec.europa.eu/eurostat/statistics-explained/index.php?title=File:Standardised\\_death\\_rates\\_%E2%80%94\\_intentional\\_self-harm,\\_residents,\\_2015\\_\(per\\_100\\_000\\_inhabitants\)\\_HLTH18\\_II.png](https://ec.europa.eu/eurostat/statistics-explained/index.php?title=File:Standardised_death_rates_%E2%80%94_intentional_self-harm,_residents,_2015_(per_100_000_inhabitants)_HLTH18_II.png)

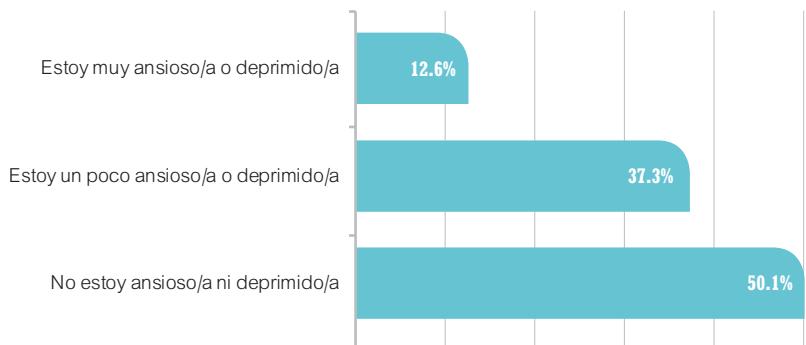
## 5.7.1 Ansiedad, depresión

En esta pregunta de la encuesta no se ha querido averiguar si las personas con enfermedades cuentan con un diagnóstico clínico (que ha sido abordado en el punto 6.2, enfermedades crónicas), sino que se ha preguntado a toda la población encuestada cómo se siente, de acuerdo con el conocimiento general que pueda tener sobre estos conceptos.

**El 49,9% de la población encuestada indica estar ansiosa y/o deprimida y el 12,6% sufre estos problemas en un grado elevado.**

**Gráfico 81.**

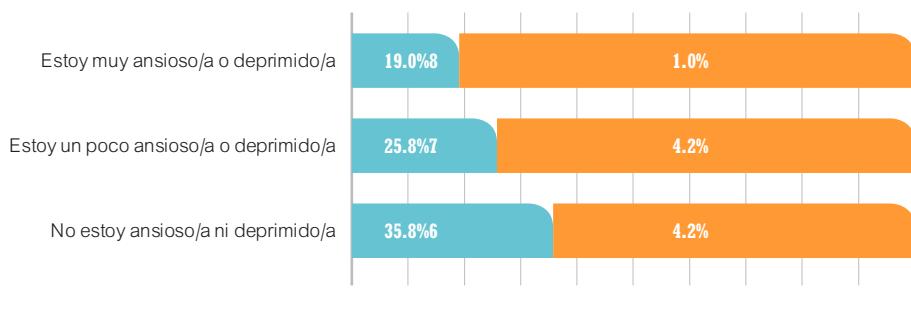
Estado de ánimo actual de la población encuestada, en relación con la ansiedad y la depresión



Las mujeres constituyen la mayoría de las personas que indican sentirse ansiosas o deprimidas: son el 81% de quienes señalan una intensidad elevada de ansiedad o depresión y el 74,2% de quienes señalan un nivel moderado.

**Gráfico 82.**

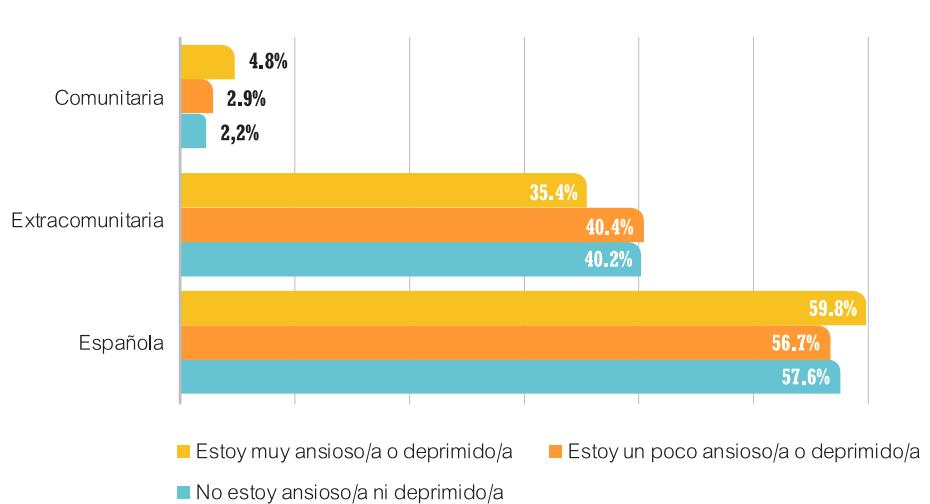
Estado de ánimo actual de la población encuestada, en relación con la ansiedad y la depresión, por sexo



**Mujer**

**Gráfico 83.**

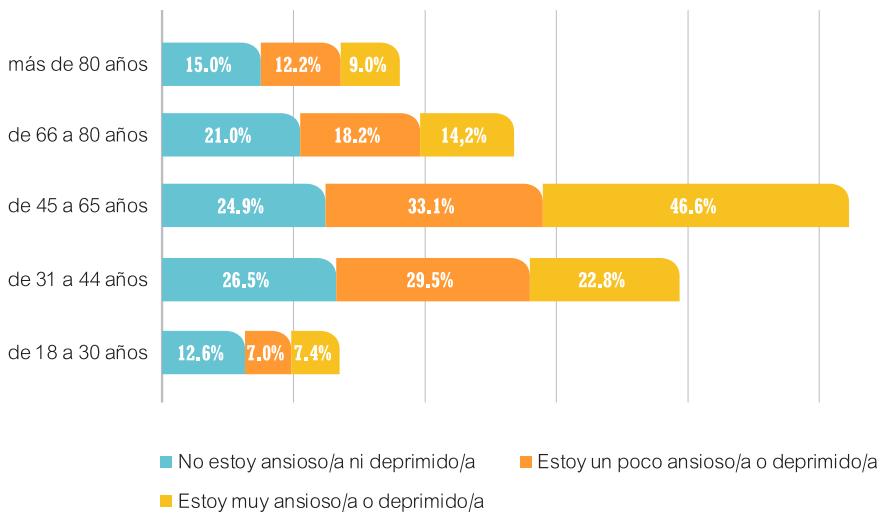
Estado de ánimo actual de la población encuestada, en relación con la ansiedad y la depresión, por nacionalidad



En cuanto a la edad, las personas de 45 a 65 años son el grupo más frecuente entre quienes señalan un nivel elevado de ansiedad y depresión (46,6%). En segundo lugar figura el grupo de 31 a 44 años (22,8%) y el de 66 a 80, con un 14,2%.

**Gráfico 84.**

Estado de ánimo actual de la población encuestada, en relación con la ansiedad y la depresión, por grupo de edad



## 5.7.2

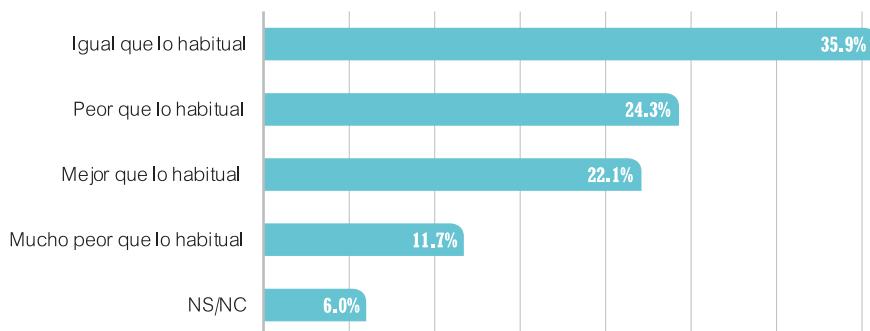
### Sensaciones de constante agobio y permanente tensión

La encuesta fijó un horizonte temporal algo difuso, “recientemente”, sobre el cual las personas que respondieron pudieron comparar sus sensaciones en el momento de ser encuestadas, considerando cuatro posibles situaciones: “igual que antes”, “mejor”, “algo peor” o “mucho peor que lo habitual”.

Preguntados sobre la evolución de las sensaciones de agobio y tensión permanente, el 36% de las personas encuestadas indicó que se siente “peor / mucho peor” que habitualmente. Un segundo grupo, integrado por el 35,9%, manifiesta que no ha experimentado cambios. Por último, el 22,1% se siente mejor que antes.

**Gráfico 85.**

Variaciones con respecto a las sensaciones constantes de agobio y de permanente tensión



## 5.7.3

### Higiene del sueño<sup>26</sup>

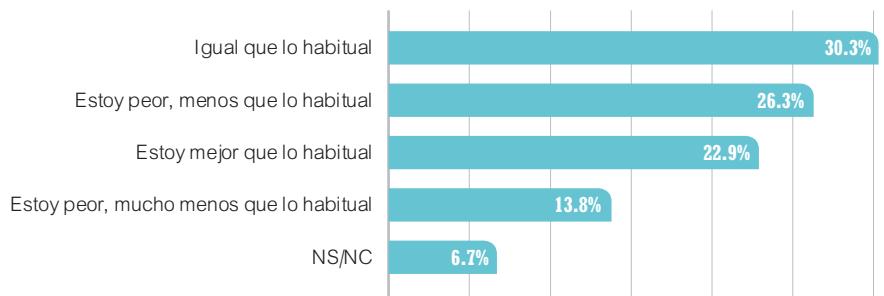
Las personas que están sometidas a carencias, enfermedades, dolores y trastornos como el estrés, la ansiedad y la depresión suelen tener mayores dificultades para poder conciliar el sueño o dormir de manera reparadora.<sup>27</sup> Considerando las preocupaciones (en sentido amplio) y la pérdida de sueño en la población encuestada, un 40,1% indica que se encuentra peor que lo habitual. El 30,3% de la población encuestada dice que no ha notado cambios. Por último, un 22,9% siente que ha mejorado en este aspecto.

26. “La higiene del sueño se define como un conjunto de comportamientos y recomendaciones ambientales destinadas a promover el sueño saludable, desarrollada originalmente para su uso en el tratamiento del insomnio leve a moderado.”, Romero Santo-Tomás, O. y Terán Santos, J. (2016), “Presentación”, en Revista Neurología, N° 63, suplemento 2, disponible en <http://ses.org.es/docs/rev-neurologia2016.pdf>

27. En este estudio no se ha realizado una evaluación clínica de la higiene del sueño, sino que se ha pedido la percepción de las personas encuestadas sobre cómo las preocupaciones afectan a su capacidad de sueño.

**Gráfico 86.**

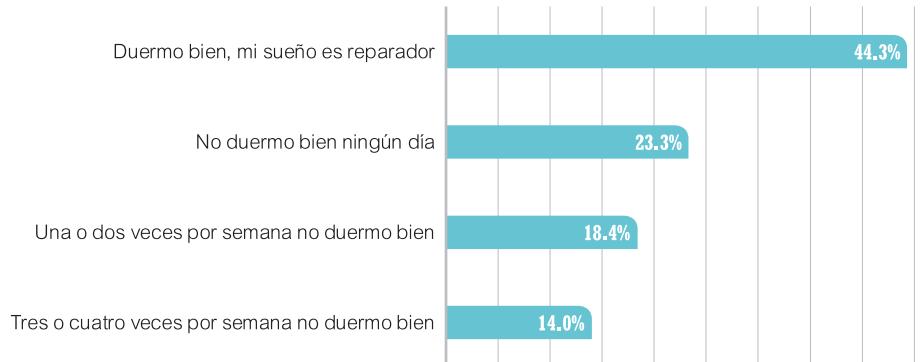
Variaciones con respecto a las preocupaciones y la pérdida de sueño



Por otra parte, el 55,7% manifiesta tener dificultades para dormir, desde los que tienen dificultades tres o cuatro veces a la semana, hasta los que no duermen bien ningún día. El 44,3% indica que duerme bien y que su sueño es reparador.

**Gráfico 87.**

Variaciones con respecto a la calidad del sueño



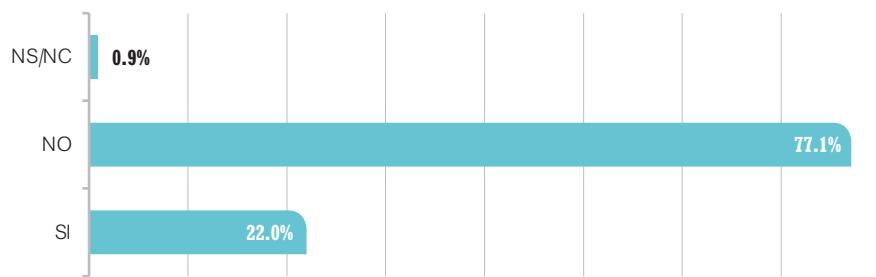
## 5.7.4

### Desorientación, dificultades de comprensión y dificultades para realizar tareas cotidianas

Se ha preguntado a las personas encuestadas si últimamente habían notado o alguien les había comentado que tenían mayores dificultades que antes para, por ejemplo, seguir una conversación, recordar la lista de la compra, orientarse por la calle o escribir. El 77,1% contestó negativamente, pero el 22,0% indicó que sí.

**Gráfico 88.**

Percepción de mayores dificultades para realizar tareas cotidianas (seguir una conversación, recordar la lista de la compra, orientarse por la calle o escribir)



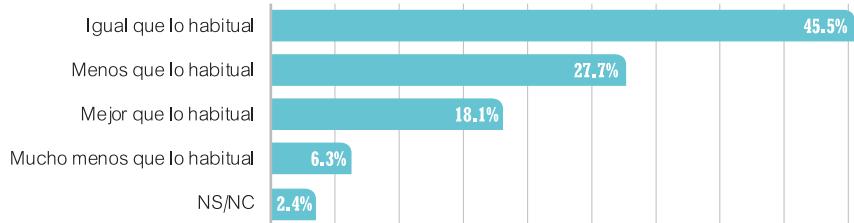
## 5.7.5

### Concentración mental

El 45,5% de las personas encuestadas por Cruz Roja considera que, actualmente, pueden concentrarse en lo que hacen, en la misma medida que siempre. Un 18,1% cree que tiene más capacidad que la habitual. El grupo que detecta una disminución de esta capacidad suma el 34%.

**Gráfico 89.**

Variación con respecto a la capacidad de concentración en lo que hace



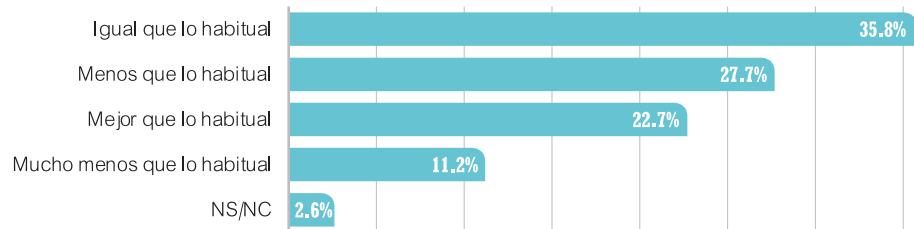
## 5.7.6 Sentimiento de utilidad

El sentimiento de utilidad y la autoestima son imprescindibles para el bienestar emocional y la salud mental. Ante una serie de hechos o procesos traumáticos o de características negativas, las personas pueden sentirse cuestionadas o cuestionarse a sí mismas. Cuando las conclusiones de ese cuestionamiento son negativas, puede surgir la sensación de ser “poco útil”, o la creencia de que “hay algo en su interior que ya no funciona como antes”. Como hemos visto, las personas atendidas por Cruz Roja viven diversas problemáticas económicas, sociales, personales, familiares, de vivienda o de salud que les sitúan en una posición de vulnerabilidad.

Preguntadas acerca de su situación actual, el 38,9% se considera “menos o mucho menos” útil que antes. El 35,8% no ha notado cambios recientes en este aspecto y el 22,7% manifiesta encontrarse mejor.

**Gráfico 90.**

Variaciones con respecto al sentimiento de utilidad



Los testimonios de las personas que han participado en los grupos focales, recogidos en el apartado de análisis cualitativo, inciden en la merma del sentimiento de utilidad, vinculado también a la discriminación y al aislamiento social.

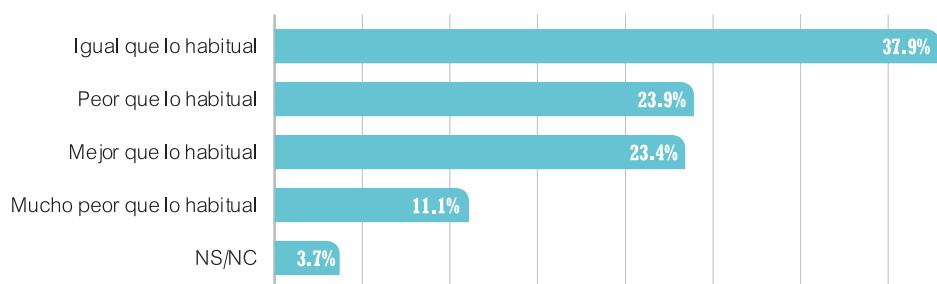
## 5.7.7 Capacidad de resiliencia

La Federación Internacional de la Cruz Roja y la Media Luna Roja define a la resiliencia como “la capacidad de las personas, comunidades, organizaciones o países expuestos a desastres y crisis y a vulnerabilidades subyacentes de anticipar, prepararse, reducir el impacto, hacerle frente y recuperarse de los efectos de las tensiones y perturbaciones”.<sup>28</sup>

El 35% de las personas encuestadas se siente menos resiliente, es decir, considera que tiene actualmente menor capacidad para reducir, superar o recuperarse ante las dificultades, con respecto a épocas pasadas. El 37,9% considera que se encuentra igual que antes. Por último, el 11,1% piensa que su capacidad para superar las dificultades ha mejorado.

**Gráfico 91.**

Capacidad para superar dificultades

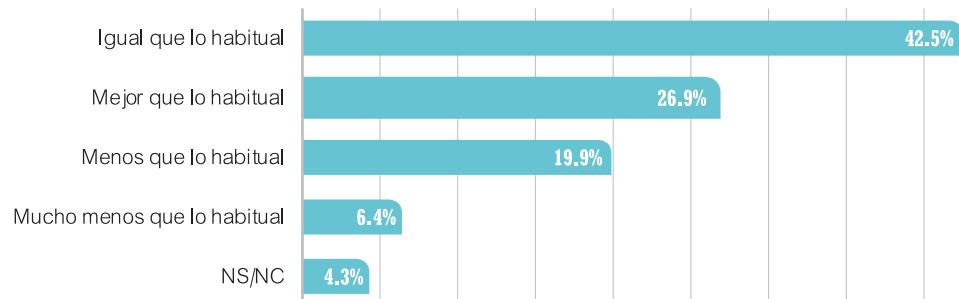


## 5.7.8 Autonomía personal o capacidad de tomar decisiones

**Gráfico 92.**

Variaciones con respecto a la capacidad de tomar decisiones

El 26,3% de las personas encuestadas considera que, actualmente, tiene menos capacidad para tomar decisiones, que en el pasado. El 42,5% no ha observado cambios en este sentido y el 26,9% considera que su capacidad ha aumentado.



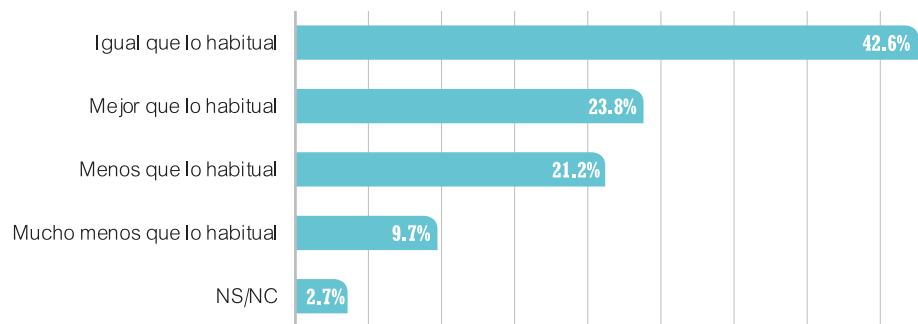
28. IFRC (2017), La Federación Internacional y la resiliencia comunitaria. Orientación sobre comunicación y promoción para las Sociedades Nacionales. Ginebra, disponible en <https://media.ifrc.org/ifrc/wp-content/uploads/sites/5/2018/03/1310400-Communication-Guidance-for-National-Societies-SP.pdf>

## 5.7.9 Autoconfianza

Comparando con el pasado reciente, el 30,9% de las personas encuestadas manifiesta que tienen menos confianza en sí mismas. El 42,6% no ha observado cambios en este sentido y el 23,8% indica que ha cambiado a mejor.

**Gráfico 93.**

Variaciones con respecto a la autoconfianza



## 5.7.10 Capacidad para disfrutar de las actividades diarias

El 35,1% de las personas encuestadas ha visto mermada su capacidad para disfrutar de las actividades diarias con respecto al pasado. El 41,5% considera que conserva la misma capacidad. Por último, el 23,4% señala que cuenta con mayor capacidad para disfrutar de las actividades diarias.

**Gráfico 94.**

Capacidad de disfrutar de las actividades diarias

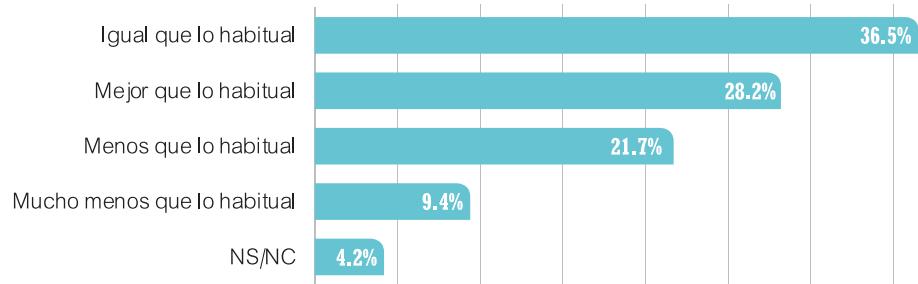


## 5.7.11 Capacidad de hacer frente adecuadamente a sus problemas

En la población encuestada, el 31,1% indica que su capacidad de hacer frente adecuadamente a los problemas es menor o mucho menor que antes. El 36,5% manifiesta encontrarse igual y el 28,2% considera que ha mejorado.

**Gráfico 95.**

Variaciones con respecto a la capacidad de hacer frente adecuadamente a sus problemas

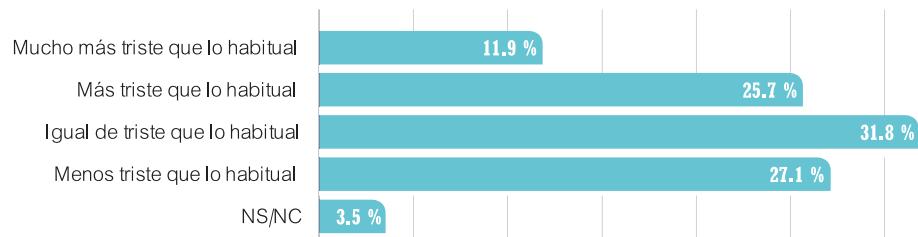


## 5.7.12 Tristeza

El 37,6% de la población encuestada se siente más triste y deprimida de lo habitual. El 31,8% considera que está en la misma situación que en el pasado y el 27,1% siente menos sentimientos de tristeza que habitualmente.

**Gráfico 96.**

Variaciones con respecto al estado de tristeza, “estar poco feliz o deprimido/a”



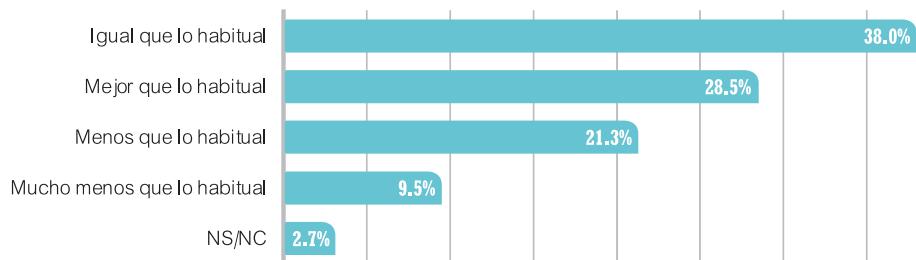
## 5.7.13

### Felicidad

A las personas encuestadas se les ha solicitado que, “considerando todas sus circunstancias”, valoren si son “razonablemente felices”. El 30,8% manifiesta que se siente “menos o mucho menos” feliz que recientemente; el 28,5% indica que se siente más feliz y el 38% no registra cambios.

**Gráfico 97.**

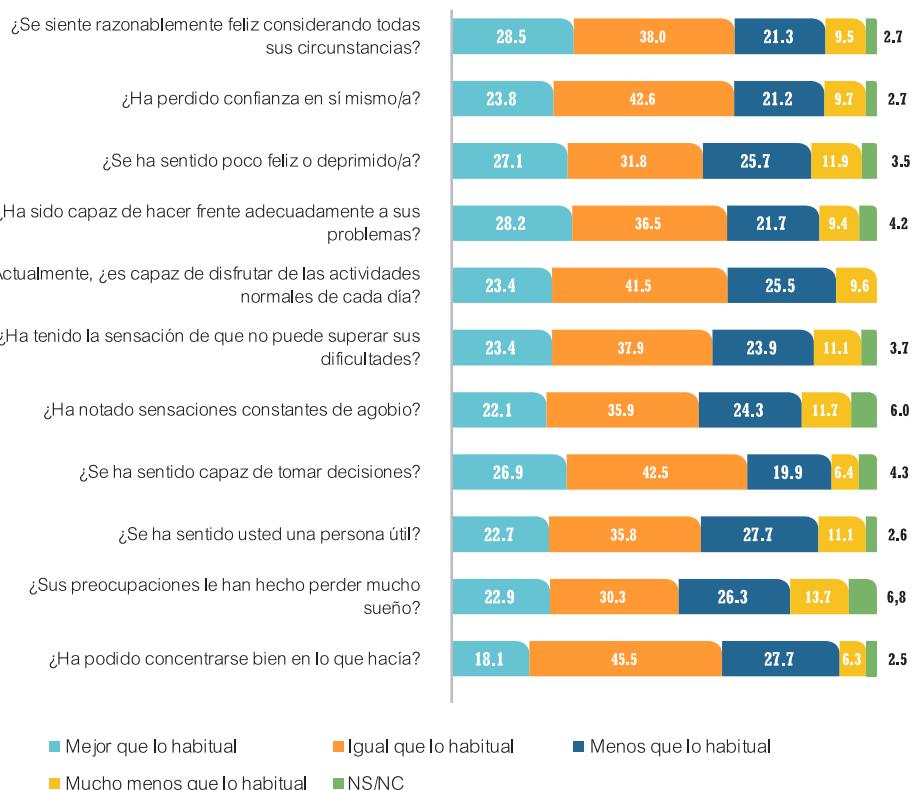
Variaciones con respecto al grado de felicidad



## 5.8

# Valoración del estado de salud emocional según distintas variables analizadas

Las variables analizadas anteriormente permiten dibujar un cuadro en el que destaca un porcentaje de alrededor de un 34,1% de la población en situaciones de salud emocional negativas y/o de empeoramiento con respecto a épocas recientes o a la “situación habitual”.



**Gráfico 98.**

Valoración del estado de salud emocional percibida por la población encuestada con respecto a recientemente o a la “situación habitual” (en %)

**Tabla 11.**

Detalle de quienes eligen las opciones “menos que lo habitual o peor que lo habitual” o “mucho menos que lo habitual o mucho peor que lo habitual”, en porcentajes

	<b>Menos que lo habitual - Peor que lo habitual</b>	<b>Mucho menos que lo habitual - Mucho peor que lo habitual</b>	<b>TOTAL</b>
¿Ha podido concentrarse bien en lo que hacía?	<b>27,7</b>	<b>6,3</b>	<b>33,9</b>
¿Sus preocupaciones le han hecho perder mucho sueño?	<b>26,3</b>	<b>13,7</b>	<b>40,1</b>
¿Se ha sentido usted una persona útil?	<b>27,7</b>	<b>11,1</b>	<b>38,9</b>
¿Se ha sentido capaz de tomar decisiones?	<b>19,9</b>	<b>6,4</b>	<b>26,3</b>
¿Ha notado sensaciones constantes de agobio?	<b>24,3</b>	<b>11,7</b>	<b>36,0</b>
¿Ha tenido la sensación de que no puede superar sus dificultades?	<b>23,9</b>	<b>11,1</b>	<b>35,0</b>
Actualmente, ¿es capaz de disfrutar de las actividades normales de cada día?	<b>25,5</b>	<b>9,6</b>	<b>35,1</b>
¿Ha sido capaz de hacer frente adecuadamente a sus problemas?	<b>21,7</b>	<b>9,4</b>	<b>31,1</b>
¿Se ha sentido poco feliz o deprimido/a?	<b>25,7</b>	<b>11,9</b>	<b>37,5</b>
¿Ha perdido confianza en sí mismo/a?	<b>21,2</b>	<b>9,7</b>	<b>30,9</b>
¿Se siente razonablemente feliz considerando todas sus circunstancias?	<b>21,3</b>	<b>9,5</b>	<b>30,8</b>

Los factores que afectan a la salud física y psicológica varían de acuerdo con el sexo, la edad, el origen y la situación de salud. Analizando el grupo de personas que manifiestan que están peor que antes, **destaca la situación de las mujeres españolas, quienes representan los porcentajes más elevados en todas las situaciones problemáticas o de dificultad analizadas**. En segundo lugar se sitúan las mujeres extranjeras.

**La desigualdad de género en la salud se explica por una presencia más elevada de mujeres españolas y, en segundo lugar, extranjeras entre quienes realizan valoraciones negativas o indican empeoramiento de todas las variables de su situación emocional o condiciones de salud analizadas**

**Tabla 12.**

Personas que manifiestan que están más afectadas o se encuentran peor que antes, con respecto a diversas situaciones relacionadas con la salud, por sexo y origen

	Total de personas que manifiestan estar mal o peor que antes	Mujer Española	Mujer Extranjera	Hombre Español	Hombre Extranjero
Valoración mala o muy mala de su salud	<b>14,0%</b>	<b>59,0%</b>	<b>27,1%</b>	<b>9,0%</b>	<b>4,8%</b>
Ansiedad y depresión	<b>49,9%</b>	<b>45,7%</b>	<b>30,2%</b>	<b>11,8%</b>	<b>12,3%</b>
Dificultades para dormir	<b>55,7%</b>	<b>40,0%</b>	<b>35,8%</b>	<b>11,3%</b>	<b>12,9%</b>
Sufre dolor moderado o alto	<b>59,2%</b>	<b>51,4%</b>	<b>25,6%</b>	<b>14,3%</b>	<b>8,8%</b>
Preocupaciones y pérdida de sueño	<b>40,1%</b>	<b>42,6%</b>	<b>32,9%</b>	<b>10,8%</b>	<b>13,6%</b>
Problemas con el cuidado personal	<b>14,1%</b>	<b>71,7%</b>	<b>11,8%</b>	<b>12,3%</b>	<b>4,2%</b>
"Despistes", dificultades para seguir una conversación, recordar la lista de la compra, orientarse por la calle o escribir	<b>22,0%</b>	<b>50,3%</b>	<b>28,5%</b>	<b>13,3%</b>	<b>7,9%</b>
Autonomía personal (menor capacidad de tomar decisiones)	<b>26,3%</b>	<b>49,2%</b>	<b>24,4%</b>	<b>14,5%</b>	<b>11,9%</b>
Felicidad	<b>30,8%</b>	<b>47,2%</b>	<b>28,6%</b>	<b>11,7%</b>	<b>12,6%</b>
Capacidad de hacer frente adecuadamente a sus problemas	<b>31,1%</b>	<b>49,7%</b>	<b>22,5%</b>	<b>16,7%</b>	<b>11,1%</b>
Dificultades de concentración	<b>34,0%</b>	<b>48,1%</b>	<b>28,1%</b>	<b>12,2%</b>	<b>11,6%</b>
Problemas de movilidad	<b>34,2%</b>	<b>58,4%</b>	<b>16,0%</b>	<b>19,9%</b>	<b>5,7%</b>
Resiliencia	<b>35,0%</b>	<b>48,0%</b>	<b>26,3%</b>	<b>13,9%</b>	<b>11,8%</b>
Disfrutar de las actividades normales del día	<b>35,1%</b>	<b>53,3%</b>	<b>24,3%</b>	<b>13,1%</b>	<b>9,3%</b>
Agobio y tensión permanente	<b>36,0%</b>	<b>43,1%</b>	<b>29,8%</b>	<b>13,9%</b>	<b>13,1%</b>
Poco feliz o deprimido/a	<b>37,6%</b>	<b>43,3%</b>	<b>29,7%</b>	<b>12,8%</b>	<b>14,2%</b>
Sentimiento de utilidad	<b>38,8%</b>	<b>53,3%</b>	<b>21,8%</b>	<b>15,1%</b>	<b>9,8%</b>
Autoconfianza	<b>30,9%</b>	<b>47,2%</b>	<b>25,6%</b>	<b>13,1%</b>	<b>14,0%</b>

Entre las personas que están afectadas negativamente o se encuentran peor que antes, en términos generales, se observa que los problemas difieren según el grupo de edad, destacando tres grupos:

- 1.** Las personas de 75 a 84 años tienen una mayor presencia entre quienes sufren dolor moderado o alto, tienen problemas de movilidad, dificultades con el cuidado personal, “despistes”, menor autonomía personal y menor sentimiento de utilidad.
- 2.** Las personas de 34 a 44 años tienen un mayor peso porcentual entre quienes notan un empeoramiento de su capacidad de hacer frente a los problemas, de su resiliencia, de su capacidad de disfrutar de las actividades normales del día y de su autoconfianza; también están menos felices, tienen más sentimientos de agobio, tensión permanente, ansiedad y depresión; padecen más dificultades para dormir y baja calidad del sueño.
- 3.** Las personas de 45 a 54 años presentan porcentajes más altos entre quienes tienen una valoración “mala / muy mala” de su salud, menor grado de felicidad y dificultades de concentración.



**Tabla 13.**

Personas que manifiestan que están más afectadas o se encuentran peor que antes (menos que lo habitual + mucho menos que lo habitual), por sexo y edad

	Total de personas que manifiestan estar mal o peor que antes	18-34	35-44	45-54	55-64	65-74	75-84	85 y más
Problemas con el cuidado personal	<b>14,1%</b>	<b>0,0%</b>	<b>7,1%</b>	<b>13,7%</b>	<b>18,4%</b>	<b>16,5%</b>	<b>23,1%</b>	<b>21,2%</b>
"Despistes", dificultades para seguir una conversación, recordar la lista de la compra, orientarse por la calle o escribir	<b>22,0%</b>	<b>11,2%</b>	<b>16,7%</b>	<b>18,2%</b>	<b>14,5%</b>	<b>13,0%</b>	<b>19,7%</b>	<b>6,7%</b>
Autonomía personal (menor capacidad de tomar decisiones)	<b>26,3%</b>	<b>11,2%</b>	<b>17,3%</b>	<b>16,0%</b>	<b>12,2%</b>	<b>11,7%</b>	<b>20,1%</b>	<b>11,7%</b>
Problemas de movilidad	<b>34,2%</b>	<b>2,7%</b>	<b>11,1%</b>	<b>16,2%</b>	<b>14,6%</b>	<b>14,8%</b>	<b>24,4%</b>	<b>16,0%</b>
Sentimiento de utilidad	<b>38,8%</b>	<b>8,9%</b>	<b>17,0%</b>	<b>16,3%</b>	<b>12,0%</b>	<b>13,7%</b>	<b>19,9%</b>	<b>12,2%</b>
Sufre dolor moderado o alto	<b>59,2%</b>	<b>9,0%</b>	<b>16,8%</b>	<b>18,0%</b>	<b>13,6%</b>	<b>15,0%</b>	<b>18,4%</b>	<b>9,2%</b>
Capacidad de hacer frente adecuadamente a sus problemas	<b>31,1%</b>	<b>8,4%</b>	<b>21,4%</b>	<b>16,5%</b>	<b>13,9%</b>	<b>13,5%</b>	<b>16,7%</b>	<b>9,6%</b>
Resiliencia	<b>35,0%</b>	<b>12,8%</b>	<b>19,2%</b>	<b>17,5%</b>	<b>13,3%</b>	<b>13,0%</b>	<b>16,4%</b>	<b>7,8%</b>
Disfrutar de las actividades normales del día	<b>35,1%</b>	<b>10,6%</b>	<b>18,4%</b>	<b>17,8%</b>	<b>12,1%</b>	<b>13,5%</b>	<b>17,1%</b>	<b>10,4%</b>
Agobio y tensión permanente	<b>36,0%</b>	<b>14,6%</b>	<b>22,0%</b>	<b>19,3%</b>	<b>10,6%</b>	<b>11,9%</b>	<b>14,6%</b>	<b>7,0%</b>
Poco feliz o deprimido	<b>37,6%</b>	<b>12,8%</b>	<b>21,3%</b>	<b>20,6%</b>	<b>13,5%</b>	<b>11,4%</b>	<b>12,1%</b>	<b>8,3%</b>
Autoconfianza	<b>30,9%</b>	<b>11,6%</b>	<b>21,1%</b>	<b>17,7%</b>	<b>13,4%</b>	<b>10,3%</b>	<b>15,9%</b>	<b>9,9%</b>
Preocupaciones y pérdida de sueño	<b>40,1%</b>	<b>18,6%</b>	<b>23,6%</b>	<b>19,6%</b>	<b>13,1%</b>	<b>10,3%</b>	<b>9,7%</b>	<b>5,0%</b>
Ansiedad y depresión	<b>49,9%</b>	<b>13,8%</b>	<b>21,1%</b>	<b>20,7%</b>	<b>14,0%</b>	<b>11,6%</b>	<b>12,4%</b>	<b>6,3%</b>
Dificultades para dormir	<b>55,7%</b>	<b>17,7%</b>	<b>24,0%</b>	<b>19,4%</b>	<b>12,9%</b>	<b>10,7%</b>	<b>10,8%</b>	<b>4,6%</b>
Valoración mala o muy mala de su salud	<b>14%</b>	<b>6,7%</b>	<b>12,4%</b>	<b>27,1%</b>	<b>21,0%</b>	<b>12,9%</b>	<b>13,8%</b>	<b>6,2%</b>
Felicidad	<b>30,8%</b>	<b>11,5%</b>	<b>19,7%</b>	<b>21,4%</b>	<b>15,4%</b>	<b>11,7%</b>	<b>13,6%</b>	<b>6,7%</b>
Dificultades de concentración	<b>34,0%</b>	<b>13,8%</b>	<b>17,1%</b>	<b>19,3%</b>	<b>15,5%</b>	<b>11,0%</b>	<b>15,1%</b>	<b>8,3%</b>

# Determinantes<sup>6</sup> de la salud

El campo de los determinantes de la salud es quizás uno de los más complejos; se refiere a cómo influyen los aspectos clave y los estilos de vida en la salud, la enfermedad o la esperanza de vida.

En este apartado, seguimos el orden realizado por la Encuesta Nacional de Salud, considerando como “Determinantes de la salud” a los hábitos saludables y las conductas de riesgo, el consumo de tabaco y la exposición al humo; el consumo de bebidas alcohólicas; las características físicas que permiten medir el índice de masa corporal, la actividad física y de tiempo libre; la alimentación y la higiene bucodental.<sup>29</sup>

## 6.1 **Hábitos saludables y conductas de riesgo**

El entorno social, los hábitos y las costumbres sociales tienen una gran influencia en los comportamientos relacionados con la salud. Dentro del entorno, los grupos con los que habitualmente se relacionan las personas, sobre todo la familia y las amistades y, de forma creciente, las redes sociales virtuales, actúan como modelos e inclinan a mantener determinadas conductas, en muchas ocasiones de manera inconsciente. A veces, se carece de información sobre los riesgos asociados, en otros casos, la información está sesgada, es errónea o está desactualizada. En algunos casos, la exposición a la información puede actuar de forma inversa a la esperada, atrayendo hacia el riesgo. Algunas conductas que conllevan riesgos pueden justificarse sobre la base de estereotipos o por “tradiciones” familiares o sociales, como sucede en los excesos con la alimentación o el alcohol.

**La mayor parte de las personas encuestadas señala que no incurre en conductas de riesgo para su salud, y/o que no ha recibido comentarios al respecto por parte de su entorno (85,6%). Sin embargo, hay un 12,6% que admite conductas de riesgo.**

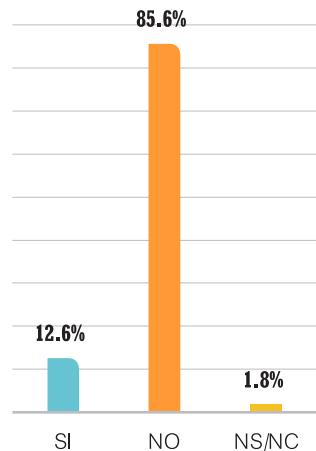
La conducta de riesgo más señalada se refiere a la mala alimentación (subrayada por el 65,1% de este pequeño grupo). La segunda incluye el consumo de alcohol, tabaco y otras drogas, y afecta al 41,3%. La tercera es el sedentarismo o la falta de actividad física, señalada por el 34,9% y la cuarta, la mala higiene de sueño (23,3%). Con menor frecuencia, figuran la falta de higiene personal (11,1%), los malos hábitos con respecto al uso de la tecnología (8,5%), a las relaciones sexuales (5,8%) y a la conducción (3,2%).

---

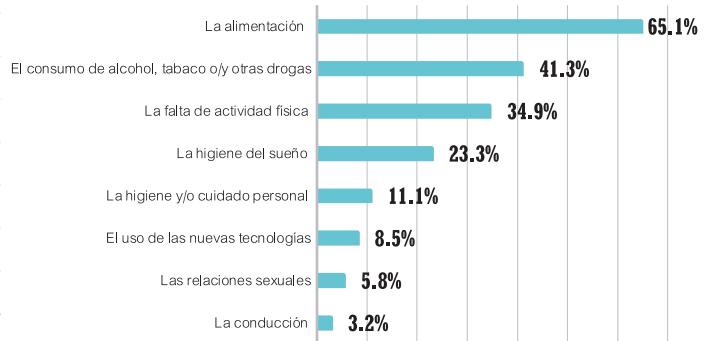
29. Debido a la extensión de este estudio, algunas variables que sí explora la ENSE no se han abordado en esta oportunidad

### Gráfico 99.

Personas que indican tener hábitos de riesgo (o que les han comentado que los tiene) y tipos de hábitos (sobre el 12,6% que indica tener hábitos de riesgo)



Tipo de riesgo, sobre el 12,6% que indica tener hábitos de riesgo

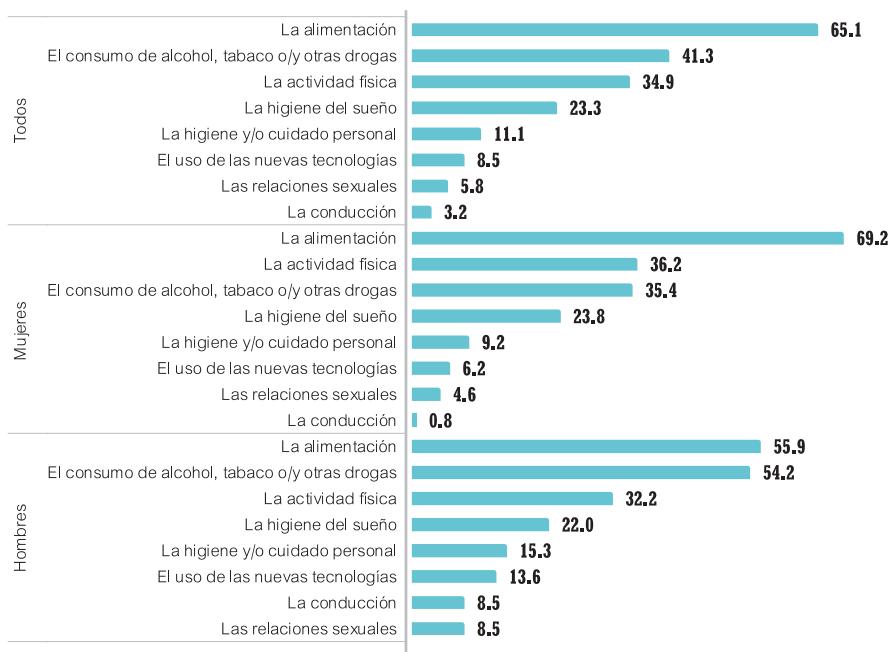


Desagregando por sexo los hábitos inadecuados que presentan las personas encuestadas, el problema de la mala alimentación es el mas frecuente para ambos sexos, aunque es más señalado por las mujeres. Las mujeres señalan a continuación la falta de actividad física y la mala higiene del sueño y los hombres también, pero en orden inverso. Les siguen los problemas derivados de la higiene y/o cuidado personal para ambos sexos. La proporción de varones es superior entre quienes señalan como hábitos inadecuados el uso incorrecto de las nuevas tecnologías, la conducción temeraria y las relaciones sexuales con riesgo.



**Gráfico 100.**

Distribución de la población encuestada según los hábitos inadecuados de salud o conductas de riesgo (en %). Segmentación por sexo



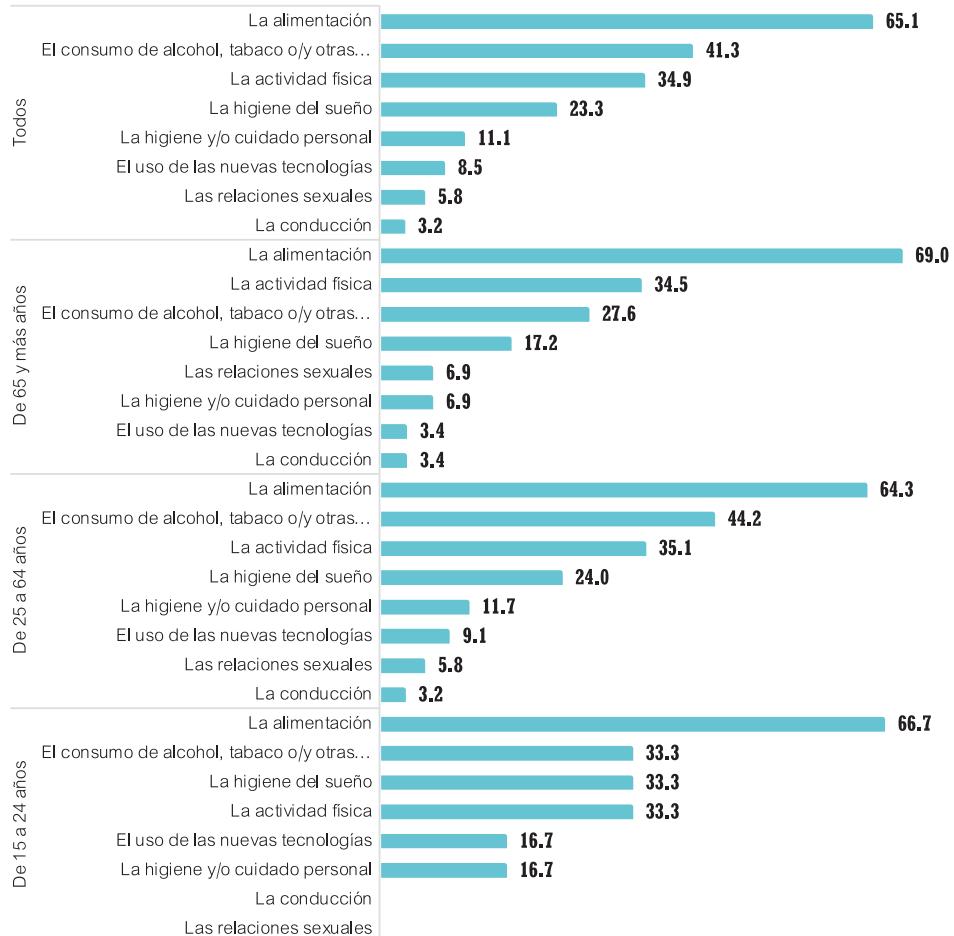
Nota: las respuestas a esta pregunta no suman 100, porque admitía respuestas múltiples

Atendiendo a la edad de las personas encuestadas, la mala alimentación, la falta de actividad física, la mala higiene del sueño y el consumo de alcohol, tabaco o/y otras drogas son las respuestas más frecuentes en todos los grupos de edad. El consumo de alcohol, tabaco y otras drogas alcanza al 44,2% de la población de 25 a 64 años y al 33,3% de la población entre 18 y 24 años.



**Gráfico 101.**

Distribución de la población encuestada según los hábitos inadecuados de salud o conductas de riesgo (en %). Segmentación por edad

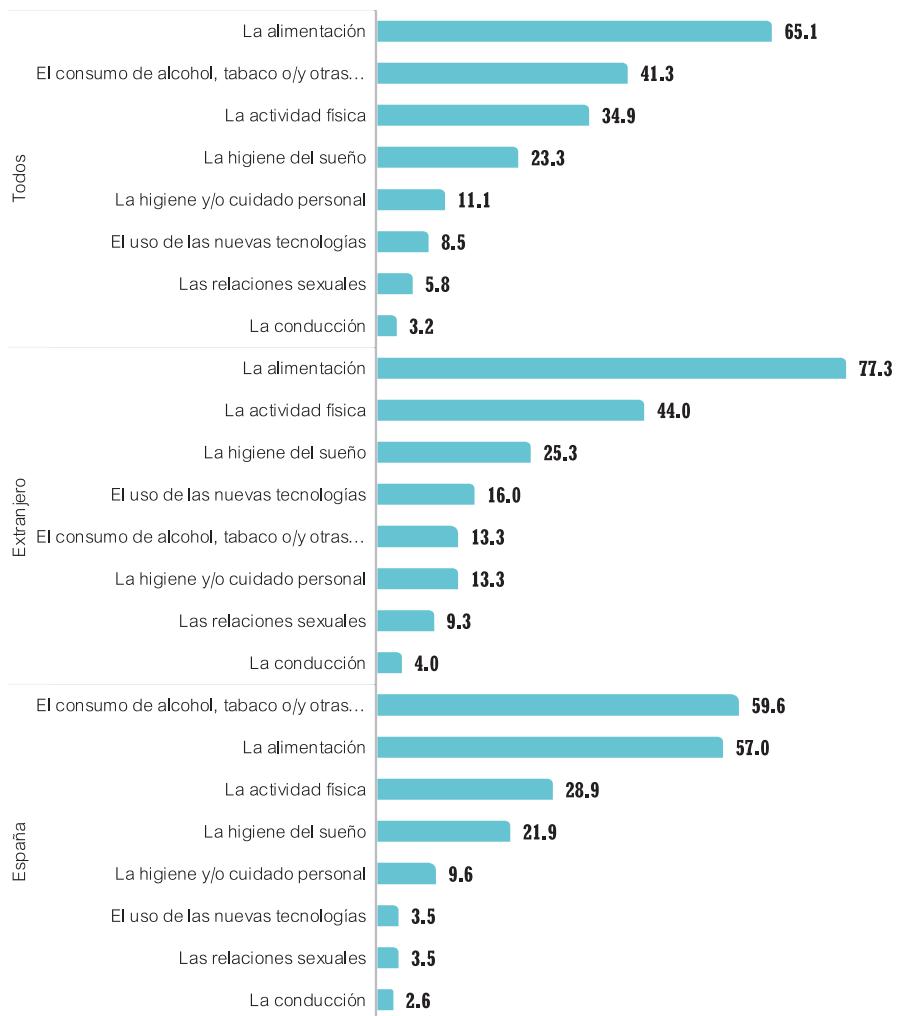


Nota: las respuestas a esta pregunta no suman 100, porque admitía respuestas múltiples.

Considerando el origen de las personas encuestadas, el 77,3% de la población extranjera indica en primer lugar, entre los hábitos de riesgo, la mala alimentación. En segundo lugar figura la falta de actividad física, que llega al 44%. La primera conducta de riesgo para el 59,6% de la población española es el consumo de alcohol, tabaco o/y otras drogas. La mala alimentación ocupa el segundo lugar (57%).

**Gráfico 102.**

Distribución de la población encuestada atendida por CRE según los hábitos inadecuados de salud o conductas de riesgo (en %). Segmentación por origen

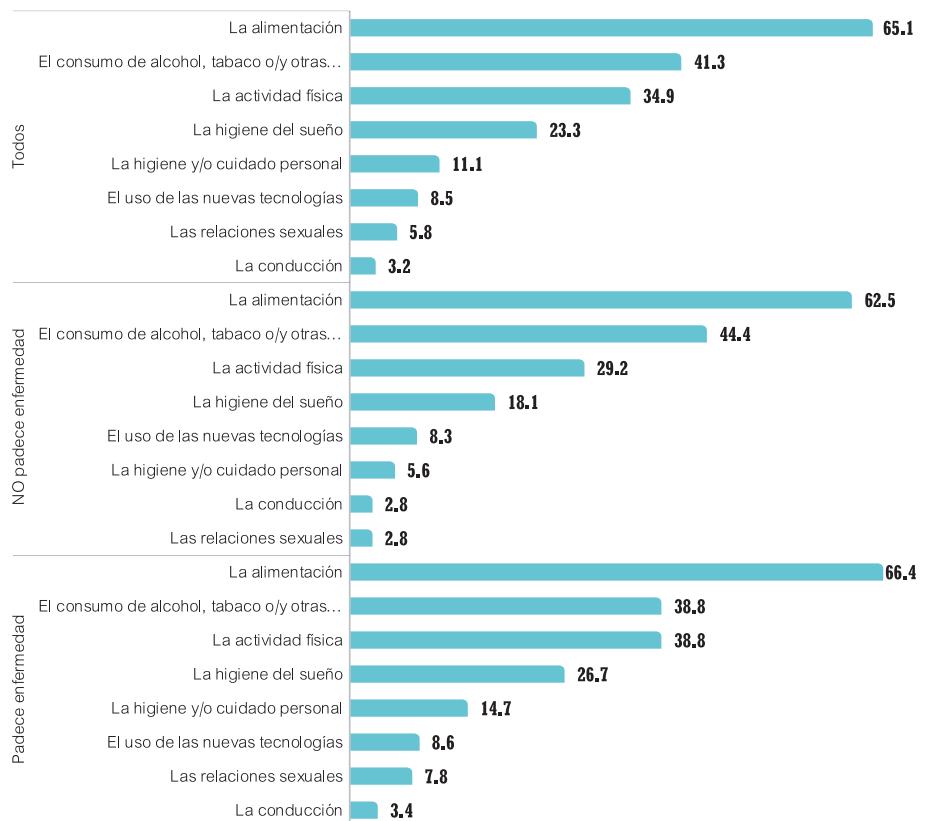


Nota: las respuestas a esta pregunta no suman 100, porque admitía respuestas múltiples.

La mayoría de conductas de riesgo y hábitos no saludables aparecen con la misma intensidad en las personas que han indicado padecer enfermedades y en las que no las sufren: el consumo de alcohol, tabaco y otras drogas se presenta en mayor proporción entre los que han señalado que no padecen enfermedades. Las personas que han indicado estar enfermas manifiestan en mayor proporción hábitos inadecuados en cuanto a la conducción y a las relaciones sexuales, que las personas que no padecen enfermedades.

### Gráfico 103.

Distribución de la población encuestada según los hábitos inadecuados de salud o conductas de riesgo (en %). Segmentación según si declaran padecer o no alguna enfermedad



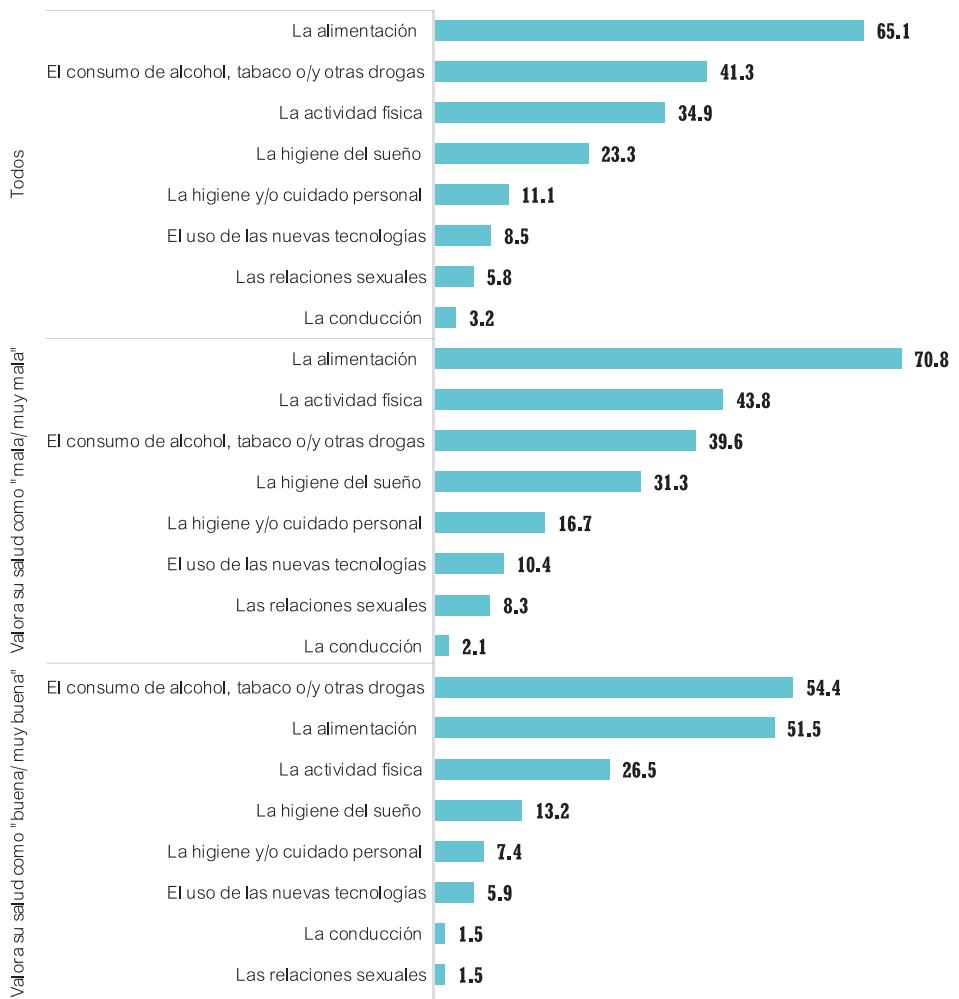
Nota: las respuestas a esta pregunta no suman 100, porque admitía respuestas múltiples

El 54,4% de las personas que han indicado tener “buena / muy buena” salud sitúan el consumo de alcohol, tabaco o/y otras drogas como el primero de los hábitos inadecuados o de riesgo. Les sigue, en frecuencia, la mala alimentación, la falta de actividad física y la mala higiene del sueño.

El 70,8% de las personas que manifiestan “mala / muy mala” salud, señalan en primer lugar la mala alimentación seguida por la falta de actividad física, y el consumo de alcohol, tabaco y otras drogas, con el 43,8% y 39,6% respectivamente. **Las personas que perciben su salud como “mala / muy mala” señalan en mayor proporción hábitos inadecuados en cuanto a la conducción y a las relaciones sexuales, que las personas que la perciben como “buena / muy buena”.**

**Gráfico 104.**

Distribución de la población encuestada según los hábitos inadecuados de salud o conductas de riesgo (en %). Segmentación según la valoración "mala / muy mala" o "buena / muy buena" de su estado de salud en los últimos seis meses

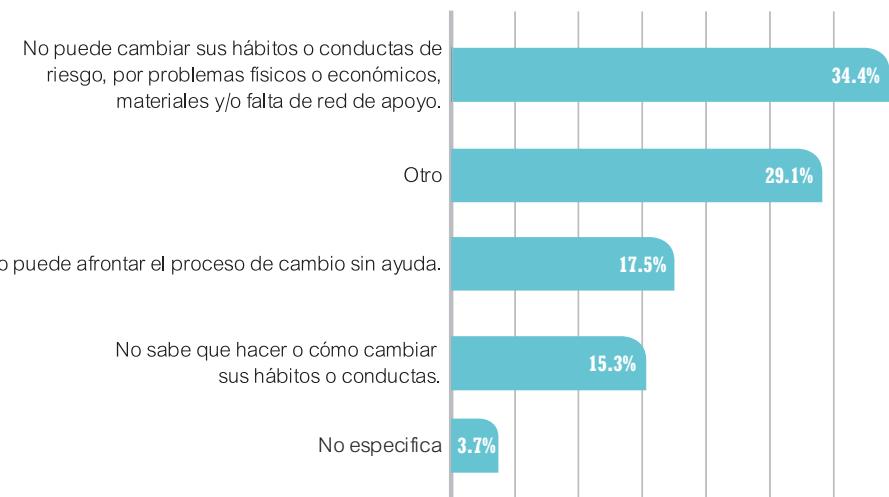


Nota: las respuestas a esta pregunta no suman 100, porque admitía respuestas múltiples

Como se ha visto, el 12,6% de las personas encuestadas ha reconocido que tiene hábitos de riesgo; a éste grupo se le ha preguntado por qué persiste en tales conductas. La mayoría contesta que los repite porque "no puede cambiarlos por problemas físicos o económicos, materiales o por falta de red de apoyo" (34,4%), el 17,5% indica que "no puede afrontar el proceso de cambio sin ayuda" (falta de voluntad/motivación); el 15,3% manifiesta que "no sabe qué hacer o cómo cambiar sus hábitos" (falta de conocimiento) y un 29,1% señala "otras razones", entre las que figuran razones personales, falta de voluntad, ansiedad, depresión, adicciones, gustos, relación de estos hábitos con el trabajo, falta de tiempo o ignorancia.

**Gráfico 105.**

Valoración acerca de cómo afronta el cambio de los hábitos de riesgo



Desagregando los datos por sexo, edad y origen, no se aprecian pautas muy diferenciadas entre hombres y mujeres, ni entre la población encuestada española y extranjera. Sin embargo, sí aparecen en relación con la edad. La población mayor de 65 años concentra su valoración en “No sabe que hacer o cómo cambiar sus hábitos o conductas” o “No puede cambiar sus hábitos o conductas de riesgo, por problemas físicos o económicos, materiales y/o falta de red de apoyo”, mientras que la población más joven tiende a decir que “No puede afrontar el proceso de cambio sin ayuda”. Por último, el grupo de edad de 25 a 64 años concentra las respuestas acerca de la dificultad para cambiar los hábitos en los problemas físicos o económicos, materiales y/o la falta de red de apoyo.

**Tabla 14.**

Valoración acerca de cómo afrontan el cambio de los hábitos de riesgo por sexo, edad y origen

	No sabe que hacer o cómo cambiar sus hábitos o conductas	No puede cambiar sus hábitos o conductas de riesgo, por problemas físicos o económicos, materiales y/o falta de red de apoyo	No puede afrontar el proceso de cambio sin ayuda	Otro	No especifica
<b>HOMBRES</b>					
España					
De 18 a 24 años	0,0%	0,0%	0,0%	100,0%	0,0%
De 25 a 64 años	13,8%	31,0%	31,0%	24,2%	0,0%
De 65 y más años	0,0%	50,0%	25,0%	25,0%	0,0%
Extranjero					
De 18 a 24 años	0,0%	33,3%	66,7%	0,0%	0,0%
De 25 a 64 años	20,0%	35,0%	15,0%	15,0%	15,0%
De 65 y más años	100,0%	0,0%	0,0%	0,0%	0,0%
<b>MUJERES</b>					
España					
De 18 a 24 años	0,0%	0,0%	100,0%	0,0%	0,0%
De 25 a 64 años	20,0%	40,0%	12,7%	25,5%	1,8%
De 65 y más años	21,7%	17,4%	8,7%	52,2%	0,0%
Extranjero					
De 18 a 24 años	0,0%	0,0%	0,0%	0,0%	0,0%
De 25 a 64 años	8,0%	38,0%	16,0%	32,0%	6,0%
De 65 y más años	0,0%	100,0%	0,0%	0,0%	0,0%

Entre las personas que hacen una valoración “mala / muy mala” de su salud y señalan sufrir enfermedades, en su mayoría mujeres, la principal causa para no cambiar sus hábitos son problemas físicos o económicos, materiales y/o falta de red de apoyo y, en segundo lugar, el que “no pueden afrontar el proceso de cambio sin ayuda”.

En el caso de las personas que perciben su salud como “buena / muy buena” y/o que no sufren enfermedades, señalan opciones diversas, agrupadas bajo el concepto “otros”. Dentro del grupo que indica un estado de salud “muy bueno”, hay un 35,3% de personas que afirman no pueden afrontar el proceso de cambio sin ayuda.

**Tabla 15.**

Valoración acerca de cómo afronta el cambio de los hábitos de riesgo, según estado de salud

	No sabe que hacer o cómo cambiar sus hábitos o conductas	No puede cambiar sus hábitos o conductas de riesgo, por problemas físicos o económicos, materiales y/o falta de red de apoyo	No puede afrontar el proceso de cambio sin ayuda	Otro	No especifica
Valora su salud	Muy bueno	11,8%	5,9%	35,3%	41,1% 5,9%
	Bueno	17,6%	27,5%	5,9%	45,1% 3,9%
	Regular	17,8%	35,6%	19,2%	23,3% 4,1%
	Malo	9,1%	57,6%	12,1%	21,2%
	Muy malo	13,3%	33,3%	40,0%	6,7% 6,7%
Tiene enfermedades	SI	18,1%	37,1%	18,1%	22,3% 4,3%
	NO	11,1%	29,2%	16,6%	40,3% 2,8%

## 6.2 Consumo de tabaco

El hábito de fumar se considera un determinante de la salud, debido a los efectos ampliamente nocivos que conlleva. El consumo de tabaco ha descendido en la población general aunque sigue teniendo una presencia importante. El 22,1% de la población de 15 y más años reconoce que fuma a diario, el 2,3% lo hace de forma ocasional, el 24,9% se declara exfumador y el 50,7% no ha fumado nunca.

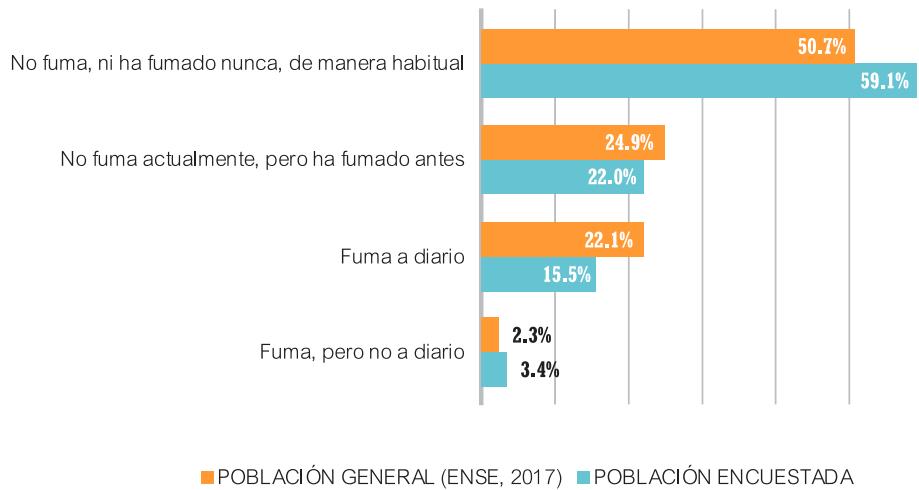
En la población atendida por Cruz Roja, los porcentajes de quienes nunca han fumado y de quienes fuman, pero no a diario son más elevados: 59,1% (8,4 puntos porcentuales) y 3,4% (1,1 puntos porcentuales) respectivamente. Por otra parte, los porcentajes de quienes han dejado de fumar y de los que fuman a diario son más bajos : 22% (-2,9 puntos porcentuales) y 15,5% (-6,6 puntos porcentuales).

En general, se podría deducir que el consumo del tabaco tiene una incidencia más baja en la población encuestada con respecto al conjunto de la población de España, porque los que actualmente se declaran fumadores/as activos/as son el 18,9% y el 24,4% respectivamente.

La población encuestada que es fumadora ha hecho, en promedio, 2,59 intentos de dejar de fumar.

**Gráfico 106.**

Hábito de fumar,  
población encuestada  
y población general  
(ENSE, 2017)



■ POBLACIÓN GENERAL (ENSE, 2017) ■ POBLACIÓN ENCUESTADA

En la población general (ENSE, 2017), siguen fumando más los hombres, aunque las diferencias son menores entre las personas jóvenes. El porcentaje de fumadores es del 25,6% en los varones y del 18,8% en las mujeres. Seis de cada 10 mujeres nunca han fumado. Esta proporción es de 4 de cada 10 entre los hombres. Las diferencias por sexo son más bajas entre los exfumadores, 3/10 hombres y 2/10 mujeres. El hábito tabáquico en los jóvenes entre 15 y 24 años afecta al 17,6%, acentuándose levemente la diferencia por sexo (20% de los hombres frente al 15,1% de las mujeres).

En la población atendida por Cruz Roja, las tasas de fumador/a diario/ocasional de las personas de nacionalidad española son más elevadas que las de la población de origen extranjero **donde se aprecia mas concentración de fumadores ocasionales**. También entre la población atendida por CRE **hay más hombres que mujeres fumadores en todas las franjas de edad, según refleja la siguiente tabla**.

	ENSE Fumador /a diario	CRE Fumador /a diario	ENSE Fumador/a ocasional	CRE Fumador/a ocasional	ENSE Exfumador /a	CRE Exfumador /a	ENSE Nunca ha fumado	CRE Nunca ha fumado
<b>HOMBRES</b>								
España								
De 15 a 24 años	<b>20,2%</b>	<b>71,4%</b>	<b>3,1%</b>	<b>0,0%</b>	<b>6,1%</b>	<b>14,3%</b>	<b>70,6%</b>	<b>14,3%</b>
De 25 a 64 años	<b>30,9%</b>	<b>40,0%</b>	<b>2,6%</b>	<b>9,2%</b>	<b>30,7%</b>	<b>33,3%</b>	<b>35,8%</b>	<b>17,5%</b>
De 65 y más años	<b>12,4%</b>	<b>5,4%</b>	<b>0,9%</b>	<b>1,8%</b>	<b>57,1%</b>	<b>61,3%</b>	<b>29,6%</b>	<b>31,5%</b>
Extranjero								
De 15 a 24 años	<b>18,5%</b>	<b>7,7%</b>	<b>6,3%</b>	<b>15,4%</b>	<b>10,0%</b>	<b>23,1%</b>	<b>65,2%</b>	<b>53,8%</b>
De 25 a 64 años	<b>26,8%</b>	<b>19,6%</b>	<b>5,0%</b>	<b>7,4%</b>	<b>24,1%</b>	<b>28,0%</b>	<b>44,1%</b>	<b>45,0%</b>
De 65 y más años	<b>18,1%</b>	<b>11,1%</b>	<b>0,9%</b>	<b>0,0%</b>	<b>41,9%</b>	<b>55,6%</b>	<b>39,1%</b>	<b>33,3%</b>
<b>MUJERES</b>								
España								
De 15 a 24 años	<b>16,5%</b>	<b>20,0%</b>	<b>2,5%</b>	<b>0,0%</b>	<b>6,6%</b>	<b>0,0%</b>	<b>74,4%</b>	<b>80,0%</b>
De 25 a 64 años	<b>26,8%</b>	<b>34,4%</b>	<b>2,7%</b>	<b>2,9%</b>	<b>24,3%</b>	<b>17,4%</b>	<b>46,2%</b>	<b>45,3%</b>
De 65 y más años	<b>4,6%</b>	<b>4,3%</b>	<b>0,4%</b>	<b>0,3%</b>	<b>10,5%</b>	<b>15,8%</b>	<b>84,5%</b>	<b>79,6%</b>
Extranjero								
De 15 a 24 años	<b>7,4%</b>	<b>0,0%</b>	<b>2,9%</b>	<b>7,7%</b>	<b>6,7%</b>	<b>7,7%</b>	<b>83,0%</b>	<b>84,6%</b>
De 25 a 64 años	<b>14,4%</b>	<b>8,0%</b>	<b>2,1%</b>	<b>3,3%</b>	<b>14,3%</b>	<b>13,3%</b>	<b>69,2%</b>	<b>75,4%</b>
De 65 y más años	<b>8,5%</b>	<b>7,7%</b>	<b>1,3%</b>	<b>0,0%</b>	<b>20,2%</b>	<b>38,5%</b>	<b>70,0%</b>	<b>53,8%</b>

**Tabla 16.**

Consumo de tabaco por sexo, edad y origen. Población general (ENSE 2017) y población atendida por CRE, en porcentajes

Dentro del grupo de personas que fuman a diario, el 32,4% señala un estado de salud “muy malo” y un 15,1% tiene enfermedades.

**Tabla 17.**

Hábito de fumar de la población encuestada, según estado de salud

	Fumador/a diario	Fumador/a ocasional	Exfumador/a	Nunca ha fumado
Muy bueno	<b>19,6%</b>	<b>5,2%</b>	<b>20,6%</b>	<b>54,6%</b>
Bueno	<b>14,3%</b>	<b>3,6%</b>	<b>23,0%</b>	<b>59,1%</b>
Regular	<b>13,0%</b>	<b>3,1%</b>	<b>23,2%</b>	<b>60,7%</b>
Malo	<b>15,8%</b>	<b>1,4%</b>	<b>17,3%</b>	<b>65,5%</b>
<b>Valora su salud</b>	<b>Muy malo</b>	<b>32,4%</b>	<b>2,8%</b>	<b>18,3%</b>
<b>Tiene enfermedades</b>	SI	<b>15,1%</b>	<b>2,3%</b>	<b>25,0%</b>
	NO	<b>15,6%</b>	<b>4,5%</b>	<b>19,4%</b>
				<b>60,5%</b>

**Entre las personas encuestadas que nunca han fumado, las mujeres triplican los porcentajes de los hombres.**

En el otro extremo, **las mujeres fuman a diario más que los hombres**. Las mujeres son el 80% del conjunto de personas con salud “mala / muy mala” que fuman diariamente y el 50% del conjunto con salud “buena / muy buena” que fuman diariamente. Las mujeres también son mayoría entre los fumadores diarios, tanto en los grupos de personas que están enfermas, como entre los que no lo están, el 61,6% y el 54,9% respectivamente.

Los porcentajes de mujeres/hombres que fuman ocasionalmente son muy paritarios para todas las situaciones de salud.

**Tabla 18.**

Hábito de fumar de la población encuestada, según estado de salud y sexo

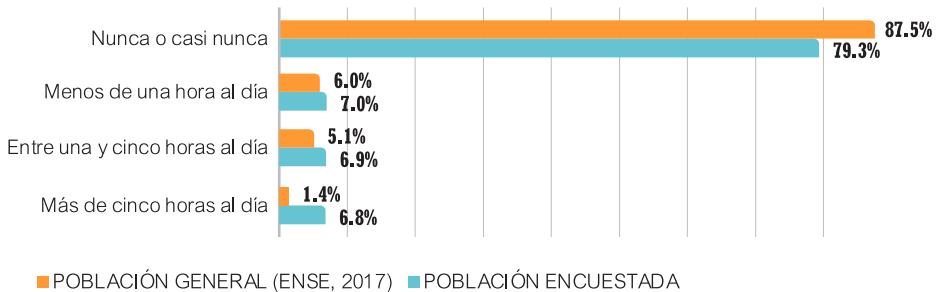
	Fumador/a diario		Fumador/a ocasional		Exfumador/a		Nunca ha fumado	
	Hombre	Mujer	Hombre	Mujer	Hombre	Mujer	Hombre	Mujer
Valora su salud como “mala+muy mala”	20,0%	80,0%	50,0%	50,0%	40,5%	59,5%	2,4%	97,6%
Valora su salud como “buena+muy buena”	50,0%	50,0%	55,2%	44,8%	61,0%	39,0%	24,0%	76,0%
Dice tener enfermedades	38,9%	61,1%	56,3%	43,8%	46,6%	53,4%	12,7%	87,3%
Dice NO tener enfermedades	45,1%	54,9%	57,1%	42,9%	57,0%	43,0%	21,2%	78,8%

## 6.3 Exposición al humo del tabaco

**Gráfico 107.**

Exposición al humo del tabaco. Población general de España (ENSE 2017) y población encuestada

El Gráfico siguiente permite comparar la situación de la población general con la de la población encuestada en relación a la exposición al humo del tabaco. **Se observa que hay un porcentaje más alto de personas encuestadas por Cruz Roja expuestas al humo del tabaco (una diferencia de 8,2 puntos porcentuales), que entre la población general, particularmente entre quienes pasan más de 5 horas en exposición.**



En la población general, los grupos que están menos expuestos al humo del tabaco (nunca o casi nunca) son los hombres mayores de 65 años (95,4%), los niños extranjeros (89,6%), las niñas españolas (94,3%) y las mujeres extranjeras mayores de 65 años (95,5%).

En la población encuestada por Cruz Roja, los grupos menos expuestos al humo del tabaco (nunca o casi nunca) son las mujeres extranjeras (100%), las mujeres españolas (89,8%), los hombres españoles (89,2%) y los hombres extranjeros (88,9%).

Entre la población general, los grupos con mayor incidencia de la exposición al humo del tabaco son los varones jóvenes españoles y extranjeros de 15 a 24 años (11,9% y 14% respectivamente), las mujeres jóvenes españolas de 15 a 24 años (11,5%) y las mujeres extranjeras de 25 a 64 años (6%), aunque menos de una hora al día en todos los casos.

En el caso de la población encuestada por Cruz Roja, **los grupos con mayor incidencia de exposición al humo del tabaco son los hombres españoles de 15 a 24 años** (42,8% expuesto entre 1 y 5 horas a día, un 28,6% expuesto menos de 1 hora al día y otro 28,6% expuesto más de 5 horas al día), **las mujeres españolas de 15 a 24 años (30% expuesto menos de una hora al día)**, **los hombres extranjeros de 15 a 24 años** (23,1% expuesto menos de 1 hora al día), **las mujeres españolas de 25 a 64 años y las mujeres extranjeras de 15 a 24 años** (en ambos casos, un 15,4% expuesto mas de 5 horas al día). Les siguen **los hombres españoles de 25 a 64** (11,7% expuesto mas de 5 horas al día) y **los hombres extranjeros de 65 años o más** (11,1% expuesto entre 1 y 5 horas al día).

**Tabla 19.**

Exposición al humo del tabaco por sexo, origen y edad. Población general de España (ENSE 2017) y población encuestada, en porcentajes

	Nunca o casi nunca		Menos de una hora al día		Entre 1 y 5 horas al día		Más de 5 horas al día	
	ENSE 2017	CRE	ENSE 2017	CRE	ENSE 2017	CRE	ENSE 2017	CRE
<b>HOMBRES</b>								
España								
De 0 a 14 años	<b>94,3%</b>	<b>SD</b>	<b>3,8%</b>	<b>SD</b>	<b>1,7%</b>	<b>SD</b>	<b>0,2%</b>	<b>SD</b>
De 15 a 24 años***	<b>75,5%</b>	<b>0,0%</b>	<b>11,9%</b>	<b>28,6%</b>	<b>10,5%</b>	<b>42,8%</b>	<b>2,1%</b>	<b>28,6%</b>
De 25 a 64 años	<b>84,3%</b>	<b>67,5%</b>	<b>7,1%</b>	<b>11,7%</b>	<b>6,6%</b>	<b>9,2%</b>	<b>2,0%</b>	<b>11,6%</b>
De 65 y más años	<b>95,4%</b>	<b>89,2%</b>	<b>2,2%</b>	<b>2,7%</b>	<b>1,9%</b>	<b>5,4%</b>	<b>0,5%</b>	<b>2,7%</b>
Extranjero								
De 0 a 14 años	<b>89,6%</b>	<b>SD</b>	<b>6,2%</b>	<b>SD</b>	<b>1,1%</b>	<b>SD</b>	<b>3,1%</b>	<b>SD</b>
De 15 a 24 años***	<b>75,6%</b>	<b>69,2%</b>	<b>14,0%</b>	<b>23,1%</b>	<b>10,4%</b>	<b>7,7%</b>	<b>0,0%</b>	<b>0,0%</b>
De 25 a 64 años	<b>84,5%</b>	<b>77,2%</b>	<b>7,8%</b>	<b>9,0%</b>	<b>6,1%</b>	<b>7,4%</b>	<b>1,6%</b>	<b>6,4%</b>
De 65 y más años	<b>86,4%</b>	<b>88,9%</b>	<b>6,7%</b>	<b>0,0%</b>	<b>2,4%</b>	<b>11,1%</b>	<b>4,5%</b>	<b>0,0%</b>
<b>MUJERES</b>								
España								
De 0 a 14 años	<b>94,3%</b>	<b>SD</b>	<b>3,4%</b>	<b>SD</b>	<b>1,9%</b>	<b>SD</b>	<b>0,4%</b>	<b>SD</b>
De 15 a 24 años***	<b>75,8%</b>	<b>50,0%</b>	<b>11,5%</b>	<b>30,0%</b>	<b>10,9%</b>	<b>10,0%</b>	<b>1,8%</b>	<b>10,0%</b>
De 25 a 64 años	<b>85,5%</b>	<b>66,0%</b>	<b>6,7%</b>	<b>7,0%</b>	<b>6,0%</b>	<b>11,6%</b>	<b>1,8%</b>	<b>15,4%</b>
De 65 y más años	<b>93,4%</b>	<b>89,8%</b>	<b>2,8%</b>	<b>3,5%</b>	<b>2,4%</b>	<b>3,5%</b>	<b>1,4%</b>	<b>3,2%</b>
Extranjero								
De 0 a 14 años	<b>92,6%</b>	<b>SD</b>	<b>5,6%</b>	<b>SD</b>	<b>1,8%</b>	<b>SD</b>	<b>0,0%</b>	<b>SD</b>
De 15 a 24 años***	<b>87,5%</b>	<b>69,2%</b>	<b>4,4%</b>	<b>7,7%</b>	<b>6,5%</b>	<b>7,7%</b>	<b>1,6%</b>	<b>15,4%</b>
De 25 a 64 años	<b>88,5%</b>	<b>81,2%</b>	<b>6,0%</b>	<b>8,0%</b>	<b>4,1%</b>	<b>6,0%</b>	<b>1,4%</b>	<b>4,8%</b>
De 65 y más años	<b>95,5%</b>	<b>100,0%</b>	<b>2,7%</b>	<b>0,0%</b>	<b>1,8%</b>	<b>0,0%</b>	<b>0,0%</b>	<b>0,0%</b>

\*\*\*. La encuesta de Cruz Roja sólo recoge información a partir de los 18 años, con lo que los resultados relativos a este grupo de edad se deben tomar con cautela.

## 6.4

# Consumo de bebidas alcohólicas

Comparando el consumo de alcohol de la población general con el de la población encuestada por Cruz Roja se aprecia una gran diferencia en el grupo que indica que nunca ha consumido bebidas alcohólicas, el 20,6% frente al 51,5% (30,9 puntos porcentuales menos) respectivamente. También se observa que el porcentaje de la población general que consume alcohol con frecuencia semanal es más alto que el de la población encuestada por Cruz Roja (21,8% frente a 8,9%, una diferencia de 12,9 puntos porcentuales). Una situación similar ocurre con respecto al consumo mensual (17,9% frente a 12,6%, equivalente a 5,3 puntos porcentuales).

**Gráfico 108.**

Consumo de bebidas alcohólicas. Población general (ENSE 2017) y población encuestada atendida por Cruz Roja



Entre los hombres de la población general, son los españoles y extranjeros de 15 a 24 años quienes en mayor grado señalan no haber consumido alcohol nunca (32,2% y 35,1% respectivamente). Las mujeres coinciden en el mismo grupo de edad, aunque en porcentajes algo más elevados (españolas 36,1% y extranjeras 41,4%). **Las personas de 65 y más años son las que más beben a diario o casi a diario.**

En el caso de la población encuestada por Cruz Roja, son los hombres extranjeros y las mujeres españolas las que en mayor proporción manifiestan no haber bebido nunca, superando en todos los grupos de edad las correspondientes proporciones de la población general. De las personas que manifiestan beber a diario destacan los mayores de 65 años, con un 27,9%; les siguen el 11,1% de los hombres extranjeros, el 10,4% de las mujeres españolas y el 7,7% de las mujeres extranjeras. El 42,9% de los hombres españoles de entre 15 y 24 años consume semanalmente bebidas alcohólicas y el 28,6% lo hace de forma mensual, pero menos de una vez por semana. El 23,1% de los hombres extranjeros de 15 a 24 años consume alcohol mensualmente, pero menos de una vez por semana.

El 46,6% de los hombres extranjeros de 15 a 24 años, el 20% de las mujeres españolas de 15 a 24 años y el 15,4% de los hombres extranjeros de 15 a 24 años consumen alcohol menos de una vez al mes.

**Tabla 20.**

Consumo de bebidas alcohólicas por sexo, edad y origen. Población general de España (ENSE 2017) y población encuestada, en porcentajes

	Diario		Semanal (pero no diario)		Mensual (pero menos de una vez a la semana)		Menos de una vez al mes		No en el último año		Nunca	
	ENSE 2017	CRE	ENSE 2017	CRE	ENSE 2017	CRE	ENSE 2017	CRE	ENSE 2017	CRE	ENSE 2017	CRE
<b>HOMBRES</b>												
España												
De 15 a 24 años	<b>0,7%</b>	0,0%	19,9%	42,9%	26,0%	28,6%	14,6%	0,0%	6,6%	14,3%	32,2%	14,3%
De 25 a 64 años	<b>22,8%</b>	11,7%	32,3%	18,3%	19,5%	18,3%	8,6%	2,5%	10,7%	16,7%	6,1%	32,5%
De 65 y más años	<b>41,3%</b>	27,9%	11,9%	12,6%	10,2%	13,5%	6,8%	4,5%	22,9%	15,3%	6,9%	26,1%
Extranjero												
De 15 a 24 años	<b>0,9%</b>	0,0%	18,6%	7,7%	25,6%	23,1%	10,9%	15,4%	8,9%	15,4%	35,1%	38,5%
De 25 a 64 años	<b>11,0%</b>	2,6%	29,1%	10,1%	18,4%	15,3%	6,1%	7,4%	9,8%	16,4%	25,5%	48,1%
De 65 y más años	<b>36,1%</b>	11,1%	17,1%	22,2%	8,3%	11,1%	11,0%	0,0%	17,9%	22,2%	9,6%	33,3%
<b>MUJERES</b>												
España												
De 15 a 24 años	<b>0,9%</b>	0,0%	17,5%	10,0%	24,6%	10,0%	15,3%	20,0%	5,6%	0,0%	36,1%	60,0%
De 25 a 64 años	<b>7,5%</b>	5,0%	22,0%	6,6%	19,7%	11,6%	15,4%	10,0%	15,0%	10,0%	20,4%	56,8%
De 65 y más años	<b>11,0%</b>	10,4%	6,7%	8,6%	7,7%	7,0%	9,3%	10,7%	22,6%	9,6%	42,7%	53,7%
Extranjero												
De 15 a 24 años	<b>1,0%</b>	0,0%	16,4%	0,0%	26,0%	15,4%	10,5%	46,2%	4,9%	7,7%	41,1%	30,8%
De 25 a 64 años	<b>4,1%</b>	0,8%	17,5%	5,8%	19,0%	14,3%	12,1%	7,5%	11,0%	8,8%	36,1%	63,0%
De 65 y más años	<b>16,6%</b>	7,7%	11,8%	7,7%	18,8%	23,1%	14,6%	15,4%	14,6%	15,4%	23,6%	30,8%

\*\*\*. La encuesta de Cruz Roja sólo recoge información a partir de los 18 años, con lo que los resultados relativos a este grupo de edad se deben tomar con cautela

El 10,3% de las personas encuestadas con muy buena salud señala un consumo de alcohol semanal (pero no a diario); estos porcentajes decrecen en los grupos con peor salud hasta llegar al 4,2% entre quienes califican su salud como muy mala.

La misma pauta ocurre en el caso de los bebedores/as mensuales (pero que consumen menos de una vez por semana). Va desde el 16,5 % de las personas con muy buena salud, hasta el 7% de las que tienen muy mala salud. El porcentaje de quienes consumen alcohol menos de una vez al mes es inferior al 12% en todos los niveles de salud.

El 19,7% de las personas con muy mala salud indica que no han bebido en el último año. La tasa va decreciendo a medida que mejora el nivel de salud, hasta el 9,3% de personas que señalan un estado de salud “muy bueno”.

El 51,5% de las personas que han indicado estar enfermas y el mismo porcentaje de las que no lo están señala que no han bebido nunca. En cuanto al consumo diario, es más frecuente entre las personas que manifiestan sufrir enfermedades **el 8,8%, frente al 5,5% de quienes no las padecen**. El 10% de las personas que padecen enfermedades bebe semanalmente. El porcentaje entre quienes no indican enfermedades es del 7,6%.

	<b>Diario</b>	<b>Semanal (pero no diario)</b>	<b>Mensual (pero menos de una vez a la semana)</b>	<b>Menos de una vez al mes</b>	<b>No en el último año</b>	<b>Nunca</b>
Muy bueno	<b>5,2%</b>	<b>10,2%</b>	<b>16,5%</b>	<b>8,8%</b>	<b>9,3%</b>	<b>50,0%</b>
Bueno	<b>9,5%</b>	<b>10,1%</b>	<b>14,1%</b>	<b>12,0%</b>	<b>8,7%</b>	<b>45,6%</b>
Regular	<b>5,9%</b>	<b>9,4%</b>	<b>11,6%</b>	<b>6,7%</b>	<b>11,9%</b>	<b>54,5%</b>
Malo	<b>5,8%</b>	<b>2,9%</b>	<b>8,6%</b>	<b>5,0%</b>	<b>18,0%</b>	<b>59,7%</b>
<b>Valora su salud</b>	Muy malo	<b>7,0%</b>	<b>4,4%</b>	<b>7,0%</b>	<b>4,2%</b>	<b>19,7%</b>
<b>Tiene enfermedades</b>	SI	<b>8,8%</b>	<b>7,6%</b>	<b>10,5%</b>	<b>8,3%</b>	<b>13,3%</b>
	NO	<b>5,5%</b>	<b>10,1%</b>	<b>14,5%</b>	<b>8,8%</b>	<b>9,6%</b>
						<b>51,5%</b>

**Tabla 21.**

Consumo de bebidas alcohólicas de la población encuestada, según estado de salud

**Si se considera el consumo de bebidas alcohólicas de la población encuestada, en función del estado de salud percibida y el sexo se observa que las mujeres que nunca han consumido bebidas alcohólicas superan con creces a los hombres para cualquier nivel de salud. Por otra parte, las frecuencias de mujeres consumidoras de alcohol a diario, semanal y mensualmente superan a las de los varones.**

**Tabla 22.**

Consumo de bebidas alcohólicas de la población encuestada, según estado de salud y sexo

	Diario		Semanal (pero no diario)		Mensual (pero menos de una vez a la semana)		Menos de una vez al mes		No en el último año		Nunca	
	Hombre	Mujer	Hombre	Mujer	Hombre	Mujer	Hombre	Mujer	Hombre	Mujer	Hombre	Mujer
Valora su salud como "mala+muy mala"	15,4%	84,6%	28,6%	71,4%	17,6%	82,4%	0,0%	100,0%	30,8%	69,2%	8,1%	91,9%
Valora su salud como "buena+muy buena"	55,9%	44,1%	47,9%	52,1%	46,7%	53,3%	25,3%	74,7%	58,7%	41,3%	28,2%	71,8%
Dice tener enfermedades	42,9%	57,1%	44,4%	55,6%	30,7%	69,3%	15,3%	84,7%	31,6%	68,4%	19,9%	80,1%
Dice NO tener enfermedades	55,8%	44,2%	47,4%	52,6%	42,5%	57,5%	21,7%	78,3%	56,0%	44,0%	23,6%	76,4%

## 6.5 Características físicas, índice de masa corporal (IMC)

Una alimentación correcta produce mejoras inmediatas en el estado de salud, y reduce la incidencia de muchas enfermedades. De los diez factores de riesgo que la OMS considera claves como productores de enfermedad crónica, cinco tienen relación directa con la dieta (hipertensión, obesidad, sedentarismo, aumento de colesterol y falta de consumo de frutas y verduras).<sup>30</sup>

Según la Encuesta Nacional de Salud, la obesidad continúa aumentando en España y ya afecta al 17,4% de la población adulta (18 y más años). Considerando la obesidad y el sobrepeso conjuntamente, más de la mitad (54,5%) de las personas adultas tiene exceso de peso.

**En la población encuestada por Cruz Roja, el índice de masa corporal es de 27,1, lo cual indica una situación de sobrepeso, en promedio.** En un cálculo general, las mujeres tienen un IMC de 26,95 (Sobrepeso I) y los hombres un IMC de 26,37 (Sobrepeso I).

30. Cruz Roja Española, "Cuidate... por ejemplo", disponible en <https://www.cruzroja.es/prevencion/descargas/publicaciones/cuidate-por-ejemplo-alimentacion.pdf>

En la tabla siguiente, se aprecia que **no hay ningún grupo conformado en base al sexo, edad u origen que, en promedio, sufra una situación de obesidad** (categorías de IMC de 30 en adelante). Se detectan cinco grupos con Sobrepeso de Grado I (hombres extranjeros de 25 a 64 años y de 65 en adelante, mujeres españolas y extranjeras de 65 en adelante, y mujeres extranjeras de 18 a 24 años), cuatro grupos con Sobrepeso de Grado II (hombres españoles de 25 a 64 años y de 65 en adelante, mujeres españolas y extranjeras de 25 a 64 años) y 3 grupos con Normopeso (hombres españoles, hombres extranjeros y mujeres españolas de 15 a 24 años).

**Tabla 23.**

Consumo de bebidas alcohólicas de la población encuestada, según estado de salud

	<b>Peso medio</b>	<b>Altura media</b>	<b>IMC</b>	<b>Categoría SEEDO</b>
<b>HOMBRES</b>				
España				
De 18 a 24 años	<b>72,86</b>	<b>178,71</b>	<b>22.81</b>	<b>Normopeso</b>
De 25 a 64 años	<b>81,07</b>	<b>173,04</b>	<b>27.07</b>	<b>Sobrepeso II</b>
De 65 y más años	<b>76,74</b>	<b>166,69</b>	<b>27.62</b>	<b>Sobrepeso II</b>
Extranjero				
De 18 a 24 años	<b>70,70</b>	<b>173,82</b>	<b>23.40</b>	<b>Normopeso</b>
De 25 a 64 años	<b>80,41</b>	<b>173,75</b>	<b>26.64</b>	<b>Sobrepeso I</b>
De 65 y más años	<b>81,67</b>	<b>174,89</b>	<b>26.70</b>	<b>Sobrepeso I</b>
<b>MUJERES</b>				
España				
De 18 a 24 años	<b>64,60</b>	<b>162,60</b>	<b>24.43</b>	<b>Normopeso</b>
De 25 a 64 años	<b>71,94</b>	<b>161,45</b>	<b>27.60</b>	<b>Sobrepeso II</b>
De 65 y más años	<b>67,18</b>	<b>157,79</b>	<b>26.98</b>	<b>Sobrepeso I</b>
Extranjero				
De 18 a 24 años	<b>66,58</b>	<b>157,42</b>	<b>26.87</b>	<b>Sobrepeso I</b>
De 25 a 64 años	<b>73,94</b>	<b>162,33</b>	<b>27.72</b>	<b>Sobrepeso II</b>
De 65 y más años	<b>73,05</b>	<b>164,55</b>	<b>26.98</b>	<b>Sobrepeso I</b>

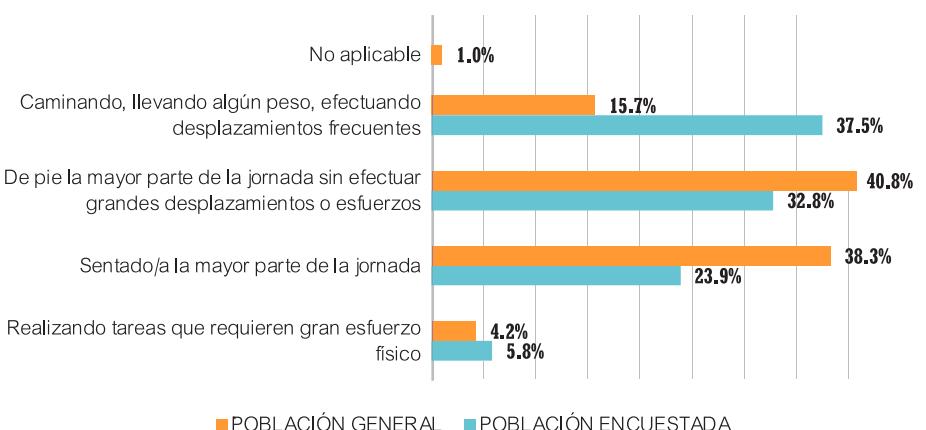
A continuación, se analizarán los dos factores principales que determinan los niveles del índice de masa corporal, la actividad física y la alimentación.

## 6.6 Actividad física y tiempo libre

En relación a la actividad física, un alto porcentaje de la población general señala que “está de pie la mayor parte de la jornada, sin efectuar grandes desplazamientos o esfuerzos” (40,8%). En la población encuestada, este porcentaje desciende al 32,8%, siendo el más elevado el de quienes indican que están “caminando, llevando algún peso y efectuando desplazamientos frecuentes” (37,5%), es decir que están realizando una actividad física más intensa que la señalada por la población general. El porcentaje de personas sedentarias en la población general supera en 14,4 puntos porcentuales al de la población encuestada (38,3% y 23,9%, respectivamente).

**Gráfico 109.**

Actividad física en el trabajo o actividad económica principal. Población general de España (ENSE 2017) y población encuestada



Entre la población general las personas más sedentarias son las jóvenes, de 15 a 24 años, con porcentajes superiores al 60%. Los grupos que indican en mayor medida “pasar mucho tiempo de pie, sin efectuar desplazamientos o esfuerzos”, corresponden a varones de nacionalidad española mayores de 65 años (42,5%), varones extranjeros de 25 a 64 años (40,9%), mujeres españolas de 25 a 64 años (49,8%) y mujeres extranjeras en el mismo tramo de edad (62,4%).

En el caso de la población encuestada atendida por Cruz Roja, los grupos de personas que en mayor medida manifiestan **que pasan la mayor parte del día sentadas son las personas de 65 o más años, el 46,8% de los hombres españoles en este grupo de edad, el 44,4% de los hombres extranjeros, el 40,6% de las mujeres españolas y el 46,2% de las mujeres extranjeras**. Destacan los porcentajes de personas extranjeras encuestadas que manifiestan “caminar, llevando algún peso, efectuando desplazamientos frecuentes”, con tasas que superan ampliamente las de

la población general. Suponen el 61,5% de los hombres extranjeros de 15 a 24 años, el 54% de hombres extranjeros de 25 a 64 años, el 53% de las mujeres extranjeras de 15 a 24 años, y el 45,8% de las mujeres extranjeras de 25 a 64 años.

El 50% de las mujeres españolas entre 15 y 24 años y el 42,7% de las mujeres españolas de 25 a 64 años indican estar “de pie la mayor parte de la jornada, sin efectuar grandes desplazamientos o esfuerzos”. Las actividades que requieren gran esfuerzo físico agrupan más a la población joven de 15 a 24 años.

**Tabla 24.**

Actividad física en el trabajo o actividad económica principal. Población general de España (ENSE 2017) y población encuestada

	Sentado/a la mayor parte del día		De pie la mayor parte de la jornada sin efectuar grandes desplazamientos o esfuerzos		Caminando, llevando algún peso, efectuando desplazamientos frecuentes		Realizando tareas que requieren gran esfuerzo físico	
	ENSE 2017	CRE	ENSE 2017	CRE	ENSE 2017	CRE	ENSE 2017	CRE
<b>HOMBRES</b>								
España								
De 15 a 24 años	65,5%	14,3%	24,0%	14,3%	7,6%	42,9%	1,4%	28,6%
De 25 a 64 años	36,0%	20,0%	35,2%	25,0%	21,3%	46,7%	6,9%	8,3%
De 65 y más años	47,6%	46,8%	42,5%	26,1%	5,9%	25,2%	1,2%	1,8%
Extranjero								
De 15 a 24 años	50,2%	0,0%	31,9%	15,4%	14,7%	61,5%	3,2%	23,1%
De 25 a 64 años	19,1%	13,8%	40,9%	21,2%	28,8%	54,0%	10,9%	11,1%
De 65 y más años	SD	44,4%	SD	11,1%	SD	44,4%	SD	0,0%
<b>MUJERES</b>								
España								
De 15 a 24 años	70,5%	10,0%	21,6%	50,0%	5,6%	30,0%	0,6%	10,0%
De 25 a 64 años	33,9%	20,7%	49,8%	42,7%	12,9%	30,3%	2,5%	6,2%
De 65 y más años	47,5%	40,6%	40,3%	34,2%	7,3%	24,3%	0,1%	0,8%
Extranjero								
De 15 a 24 años	63,8%	0,0%	22,6%	38,5%	6,5%	53,8%	6,2%	7,7%
De 25 a 64 años	16,7%	10,8%	62,4%	36,3%	16,9%	45,8%	3,4%	7,3%
De 65 y más años	29,0%	46,2%	55,6%	23,1%	11,6%	30,8%	3,8%	0,0%

NOTA: en la población general, ENSE 2017, se ha eliminado el porcentaje correspondiente a “no aplicable” por ser inferior al 1%, razón por la cual los porcentajes no suman 100%

Analizando esta cuestión en relación al estado de salud percibido, a medida que este empeora, aumenta la proporción de personas que pasan sentadas la mayor parte del día, desde el 10,8% de las personas que señalan una salud muy buena, hasta el 60,6% de las personas con una salud muy mala. El 30-35% de las personas con niveles de salud salud “regular”, “buena” y “muy buena” están “de pie la mayor parte de la jornada, sin efectuar grandes desplazamientos o esfuerzos”.

Esa actividad decrece con el nivel de salud. Lo mismo sucede con la situación de “caminar, llevando algún peso, efectuando desplazamientos frecuentes” señalada por el 47,9% de las personas con salud “muy buena” y el 22,5 % de las que tienen “muy mala” salud. “Realizar tareas que requieren gran esfuerzo físico” es una variable que presenta el mismo patrón: decrece con el nivel de salud, desde el 10,4% de las personas con “muy buena” salud, hasta el 1,4% de las personas con “muy mala” salud. Estas pautas son similares si se analiza el sedentarismo que se incrementa cuando hay enfermedades.

**Tabla 25.**

Actividad física en el trabajo o actividad económica principal, según estado de salud

	Sentado/a la mayor parte del día	De pie la mayor parte de la jornada sin efectuar grandes desplazamientos o esfuerzos	Caminando, llevando algún peso, efectuando desplazamientos frecuentes	Realizando tareas que requieren gran esfuerzo físico
Valora su salud	Muy bueno	<b>10,8%</b>	<b>30,9%</b>	<b>47,9%</b>
	Bueno	<b>15,8%</b>	<b>34,4%</b>	<b>44,6%</b>
	Regular	<b>25,3%</b>	<b>35,6%</b>	<b>33,6%</b>
	Malo	<b>48,2%</b>	<b>26,6%</b>	<b>20,2%</b>
Tiene enfermedades	Muy malo	<b>60,6%</b>	<b>15,5%</b>	<b>22,5%</b>
	SI	<b>36,7%</b>	<b>28,8%</b>	<b>29,7%</b>
NO		<b>12,3%</b>	<b>36,7%</b>	<b>44,2%</b>
				<b>6,8%</b>

El mayor nivel de sedentarismo se registra entre las mujeres y es especialmente acusado en los casos de personas con “mala salud” y enfermedades. Por otra parte, las tasas de mujeres que pasan “de pie la mayor parte de la jornada, sin efectuar grandes desplazamientos o esfuerzos” o bien “caminando, llevando algún peso, efectuando desplazamientos frecuentes” son mucho más elevadas que para los hombres, para todos los niveles de salud percibida. **Llama la atención la elevada tasa de mujeres con “mala / muy mala” salud y con enfermedades que realizan tareas que requieren gran esfuerzo físico.**

**Tabla 26.**

Actividad física en el trabajo o actividad económica principal, según estado de salud y sexo

	Sentado/a la mayor parte del día		De pie la mayor parte de la jornada sin efectuar grandes desplazamientos o esfuerzos		Caminando, llevando algún peso, efectuando desplazamientos frecuentes		Realizando tareas que requieren gran esfuerzo físico	
	Hombre	Mujer	Hombre	Mujer	Hombre	Mujer	Hombre	Mujer
Valora su salud como "mala+muy mala"	14,5%	85,5%	10,4%	89,6%	15,9%	84,1%	12,5%	87,5%
Valora su salud como "buena+muy buena"	47,6%	52,4%	23,9%	76,1%	42,0%	58,0%	55,3%	44,7%
Dice tener enfermedades	25,2%	74,8%	19,0%	81,0%	32,5%	67,5%	35,3%	64,7%
Dice NO tener enfermedades	41,7%	58,3%	22,4%	77,6%	38,0%	62,0%	49,1%	50,9%

El nivel de ejercicio físico de la población general depende de la edad y del sexo. El 43,7% de los varones de 18 a 24 años y el 40% de los de 25 a 34 años indican realizar un nivel alto de ejercicio. La diferencia con las mujeres es de unos 20 puntos porcentuales, dado que -en esos mismos grupos de edad- los porcentajes alcanzan al 23,5% y 23,1% respectivamente; la mayoría indica que realiza un ejercicio de nivel moderado.

En lo que respecta a la población atendida por Cruz Roja, el grupo mayoritario señala realizar un nivel de ejercicio moderado (40,7%). El 26,1% indica que no hace ejercicio y el 15%, que ocupa su tiempo en actividades básicamente sedentarias. Por último, un 18,3% está comprometido regularmente con una actividad deportiva.

**Gráfico 110.**

Nivel de ejercicio físico de la población encuestada



Considerando la edad, sexo y origen, el grupo que manifiesta en mayor medida no hacer ejercicio abarca desde los 25 a los 64 años, con porcentajes más elevados en las mujeres (31,1% de las españolas y 29,3% de las extranjeras). En el grupo de 18 a 24 años, el 30% de las mujeres españolas y el 15,4% de los hombres extranjeros no hacen ejercicio.

Las tasas de ejercicio físico ocasional tienden a aumentar con la edad y, en términos generales, son mayores entre las mujeres, en especial las extranjeras.

Considerando a las personas encuestadas que hacen ejercicio físico varias veces al mes, las tasas disminuyen con la edad y son mayores en los hombres (tanto españoles como extranjeros). El entrenamiento deportivo se concentra especialmente en los hombres jóvenes, el 57,1% de los españoles y el 38,5% de los extranjeros.

	No hago ejercicio	El tiempo libre lo ocupo de forma casi exclusivamente sedentaria (leer, ver la televisión, jugar videojuegos, estar con el móvil, ir al cine etc.)	Hago alguna actividad física o deportiva ocasional (caminar o pasear en bicicleta, jardinería, gimnasia suave, actividades recreativas que requieren un ligero esfuerzo etc.)	Hago actividad física varias veces al mes (deportes, gimnasia, correr, natación, aquagym, ciclismo, juegos de equipo, etc.)	Hago entrenamiento deportivo o físico varias veces a la semana
<b>HOMBRES</b>					
España					
De 18 a 24 años	<b>14,3%</b>	<b>0,0%</b>	<b>14,3%</b>	<b>14,3%</b>	<b>57,1%</b>
De 25 a 64 años	<b>22,5%</b>	<b>9,2%</b>	<b>42,4%</b>	<b>11,7%</b>	<b>14,2%</b>
De 65 y más años	<b>20,7%</b>	<b>12,6%</b>	<b>46,8%</b>	<b>5,4%</b>	<b>14,5%</b>
Extranjero					
De 18 a 24 años	<b>15,4%</b>	<b>7,7%</b>	<b>23,0%</b>	<b>15,4%</b>	<b>38,5%</b>
De 25 a 64 años	<b>25,9%</b>	<b>10,6%</b>	<b>36,0%</b>	<b>11,6%</b>	<b>15,9%</b>
De 65 y más años	<b>22,2%</b>	<b>0,0%</b>	<b>55,6%</b>	<b>11,1%</b>	<b>11,1%</b>
MUJERES					
España					
De 18 a 24 años	<b>30,0%</b>	<b>30,0%</b>	<b>20,0%</b>	<b>10,0%</b>	<b>10,0%</b>
De 25 a 64 años	<b>31,1%</b>	<b>20,7%</b>	<b>37,8%</b>	<b>3,3%</b>	<b>7,1%</b>
De 65 y más años	<b>24,1%</b>	<b>15,5%</b>	<b>40,1%</b>	<b>6,4%</b>	<b>13,9%</b>
Extranjero					
De 18 a 24 años	<b>7,7%</b>	<b>15,4%</b>	<b>69,2%</b>	<b>0,0%</b>	<b>7,7%</b>
De 25 a 64 años	<b>29,3%</b>	<b>16,0%</b>	<b>43,0%</b>	<b>2,7%</b>	<b>9,0%</b>
De 65 y más años	<b>7,7%</b>	<b>15,3%</b>	<b>46,2%</b>	<b>0,0%</b>	<b>30,8%</b>

**Tabla 27.**

Nivel de ejercicio físico de la población encuestada

La tasa de personas que no hacen ejercicio aumenta conforme empeora la valoración de su estado de salud, desde el 16% entre quienes tienen muy buena salud, al 40,8% entre quienes señalan que ésta es muy mala. Análogamente, las tasas de personas que ocupan su tiempo libre de forma casi exclusivamente sedentaria (leer, ver la televisión, jugar videojuegos, estar con el móvil, ir al cine etc.) se incrementan en los grupos con peor percepción de la salud.

Si analizamos la situación de quienes realizan algún ejercicio físico o deportivo ocasional (caminar o pasear en bicicleta, jardinería, gimnasia suave, actividades recreativas que requieren un ligero esfuerzo etc.), las tasas son más bajas entre las personas que tienen “mala o muy mala” salud, 33,0% y 25,4%, respectivamente, en relación con las que consideran que su salud es “regular, buena o muy buena”, cercanas en todos los casos al 40%. Tanto en el caso de quienes se ejercitan varias veces al mes (deportes, gimnasia, correr, natación, aquagym, ciclismo, juegos de equipo, etc.), como en el de quienes realizan entrenamiento deportivo o físico varias veces a la semana, las tasas disminuyen drásticamente con el empeoramiento de la salud.

**Tabla 28.**

Nivel de ejercicio físico de la población encuestada, según estado de salud

		El tiempo libre lo ocupo de forma casi exclusivamente sedentaria (leer, ver la televisión, jugar videojuegos, estar con el móvil, ir al cine etc.)	Hago alguna actividad física o deportiva ocasional (caminar o pasear en bicicleta, jardinería, gimnasia suave, actividades recreativas que requieren un ligero esfuerzo etc.)	Hago actividad física varias veces al mes (deportes, gimnasia, correr, natación, aquagym, ciclismo, juegos de equipo, etc.)	Hago entrenamiento deportivo o físico varias veces a la semana
			No hago ejercicio		
Valora su salud	Muy bueno	16,0%	11,3%	38,7%	10,3% 23,7%
	Bueno	19,1%	12,5%	44,9%	7,3% 16,2%
	Regular	31,7%	15,1%	41,3%	4,3% 7,6%
	Malo	35,3%	23,0%	33,0%	2,9% 5,8%
	Muy malo	40,8%	26,8%	25,4%	4,2% 2,8%
Tiene enfermedades	SI	28,3%	16,7%	41,2%	5,9% 7,9%
	NO	23,8%	13,3%	40,4%	6,2% 16,3%

Las mujeres duplican las tasas de los hombres entre las personas que no hacen ejercicio, tanto entre quienes hacen una valoración “buena / muy buena” de la salud o que señalan no padecer enfermedades (son el doble), como entre quienes señalan “mala / muy mala” salud (el 82,1%) y las que manifiestan sufrir enfermedades (el 77,2%).

También las tasas de mujeres son muy superiores a las de los hombres con respecto a la ocupación del tiempo libre de forma casi exclusivamente sedentaria (leer, ver la televisión, jugar videojuegos, estar con el móvil, ir al cine etc.) o con relación con alguna actividad física o deportiva ocasional (caminar o pasear en bicicleta, jardinería, gimnasia suave, actividades recreativas que requieren un ligero esfuerzo etc.), y especialmente en los grupos que señalan “mala / muy mala” salud o padecer enfermedades. Esta tendencia se invierte si el ejercicio se produce varias veces al mes (deportes, gimnasia, correr, natación, aquagym, ciclismo, juegos de equipo, etc.). En estos casos, los hombres presentan porcentajes superiores (con la excepción de la población con “mala / muy mala” salud). El entrenamiento deportivo o físico varias veces a la semana aparece con altos porcentajes de mujeres prácticamente para todos los estados de salud.

**Tabla 29.**

Nivel de ejercicio físico de la población encuestada, por estado de salud y sexo

	No hago ejercicio		El tiempo libre lo ocupo de forma casi exclusivamente sedentaria (leer, ver la televisión, jugar videojuegos, estar con el móvil, ir al cine etc.)		Hago alguna actividad física o deportiva ocasional (caminar o pasear en bicicleta, jardinería, gimnasia suave, actividades recreativas que requieren un ligero esfuerzo etc.)		Hago actividad física varias veces al mes (deportes, gimnasia, correr, natación, aquagym, ciclismo, juegos de equipo, etc.)		Hago entrenamiento deportivo o físico varias veces a la semana	
	Hombre	Mujer	Hombre	Mujer	Hombre	Mujer	Hombre	Mujer	Hombre	Mujer
Valora su salud como "mala+muy mala"	17,9%	82,1%	3,9%	96,1%	17,2%	82,8%	28,6%	71,4%	0,0%	100,0%
Valora su salud como "buena+muy buena"	33,1%	66,9%	31,0%	69,0%	32,9%	67,1%	62,1%	37,9%	46,9%	53,1%
Dice tener enfermedades	22,8%	77,2%	16,0%	84,0%	28,9%	71,1%	40,5%	59,5%	33,9%	66,1%
Dice NO tener enfermedades	31,2%	68,8%	25,0%	75,0%	30,2%	69,8%	60,4%	39,6%	41,7%	58,3%

A pesar de que muchas personas indican que tienen un nivel moderado-alto de sedentarismo, el 73,7% admite que camina todos los días y un 17% lo hace con regularidad y una frecuencia alta.

**Gráfico 111.**

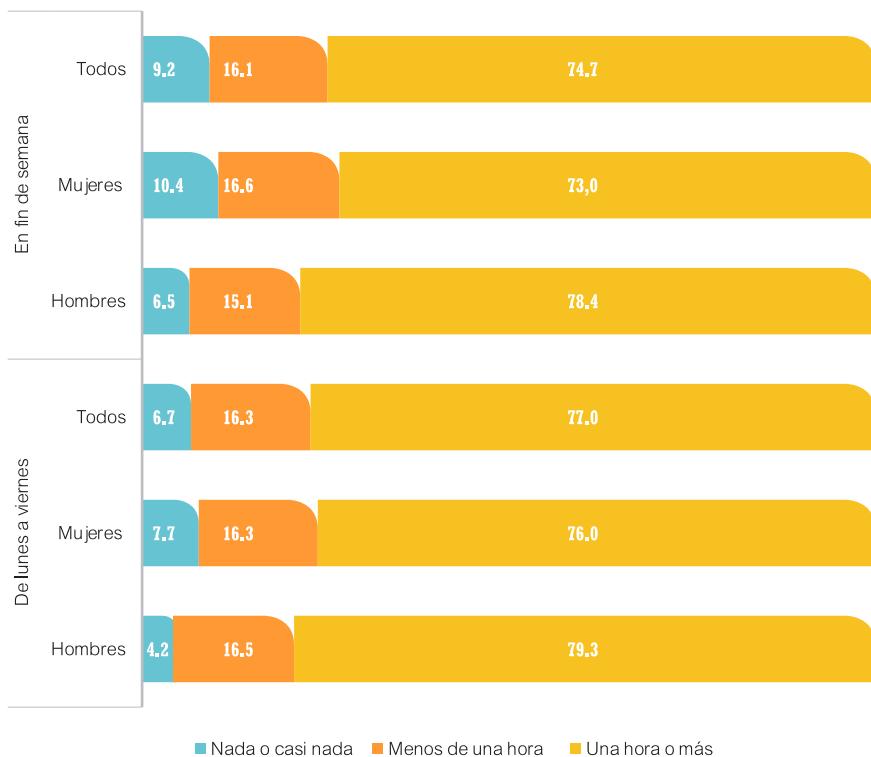
Tiempo que dedica a caminar (Esto incluye caminar en la casa, para ir de un sitio a otro, lo que pasea por deporte, ejercicio o placer. Ocasiones en las que camina -por lo menos- durante 10 minutos seguidos)



La mayoría de las personas encuestadas pasan diariamente una hora o más de su tiempo libre delante de una pantalla, tanto entre semana, como durante el fin de semana (74,7% y 77% respectivamente). Un 16% le dedica menos de una hora, cualquiera de los días de la semana. Por último, hay un 9,2% que no lo hace durante el fin de semana y un 6,7%, que no lo hace entre semana. Las diferencias por sexo no son muy destacadas, aunque hay más hombres que dedican tiempo a estas actividades diariamente.

**Gráfico 112.**

Valoración de las personas encuestadas en relación con el tiempo libre que pasa a diario frente a una pantalla (televisor, ordenador, tablet, móvil y formatos similares). Segmentación por sexo (en %)



Las personas de edades comprendidas entre 25 y 65 años, especialmente las mujeres extranjeras, son las que menos tiempo pasan a diario frente a una pantalla (y de forma más acusada durante el fin de semana). Más del 70% de la población encuestada, independientemente de su edad, sexo u origen pasa más de una hora diaria frente a una pantalla tanto entre semana como en fin de semana, especialmente los varones de nacionalidad española de 15 a 24 años (100% entre semana) y los varones extranjeros de 15 a 24 (84,6%). En términos generales, las tasas disminuyen los fines de semana, sobre todo entre las mujeres.

**Tabla 30.**

Tiempo libre que pasa a diario frente a una pantalla (televisor, ordenador, tablet, móvil y formatos similares)

	De lunes a viernes			En fin de semana		
	Nada o casi nada	Menos de una hora	Una hora o más	Nada o casi nada	Menos de una hora	Una hora o más
<b>HOMBRES</b>						
España						
De 18 a 24 años	<b>0,0%</b>	<b>0,0%</b>	<b>100,0%</b>	<b>0,0%</b>	<b>14,3%</b>	<b>85,7%</b>
De 25 a 64 años	<b>6,7%</b>	<b>13,3%</b>	<b>80,0%</b>	<b>10,0%</b>	<b>10,0%</b>	<b>80,0%</b>
De 65 y más años	<b>2,7%</b>	<b>9,9%</b>	<b>87,4%</b>	<b>1,8%</b>	<b>16,2%</b>	<b>82,0%</b>
Extranjero						
De 18 a 24 años	<b>0,0%</b>	<b>15,4%</b>	<b>84,6%</b>	<b>15,4%</b>	<b>0,0%</b>	<b>84,6%</b>
De 25 a 64 años	<b>4,2%</b>	<b>22,8%</b>	<b>73,0%</b>	<b>6,3%</b>	<b>18,5%</b>	<b>75,2%</b>
De 65 y más años	<b>0,0%</b>	<b>22,2%</b>	<b>77,8%</b>	<b>11,1%</b>	<b>22,2%</b>	<b>66,7%</b>
<b>MUJERES</b>						
España						
De 18 a 24 años	<b>10,0%</b>	<b>20,0%</b>	<b>70,0%</b>	<b>10,0%</b>	<b>20,0%</b>	<b>70,0%</b>
De 25 a 64 años	<b>9,5%</b>	<b>14,1%</b>	<b>76,4%</b>	<b>12,9%</b>	<b>12,4%</b>	<b>74,7%</b>
De 65 y más años	<b>2,6%</b>	<b>8,6%</b>	<b>88,8%</b>	<b>5,1%</b>	<b>11,2%</b>	<b>83,7%</b>
Extranjero						
De 18 a 24 años	<b>7,7%</b>	<b>15,4%</b>	<b>76,9%</b>	<b>7,7%</b>	<b>23,1%</b>	<b>69,2%</b>
De 25 a 64 años	<b>10,4%</b>	<b>24,8%</b>	<b>64,8%</b>	<b>13,2%</b>	<b>24,0%</b>	<b>62,8%</b>
De 65 y más años	<b>30,8%</b>	<b>15,4%</b>	<b>53,8%</b>	<b>30,8%</b>	<b>7,7%</b>	<b>61,5%</b>

Las personas que hacen una mala valoración de su salud y las que refieren sufrir enfermedades registran los porcentajes más elevados de quienes pasan una hora o más ante una pantalla, tanto entre semana como durante el fin de semana.

**Tabla 31.**

Tiempo libre que pasa a diario frente a una pantalla (televisor, ordenador, tablet, móvil y formatos similares), según estado de salud

	De lunes a viernes			En fin de semana		
	Nada o casi nada	Menos de una hora	Una hora o más	Nada o casi nada	Menos de una hora	Una hora o más
<b>Valora su salud</b>						
Muy bueno						
	<b>4,7%</b>	<b>14,4%</b>	<b>80,9%</b>	<b>8,3%</b>	<b>17,0%</b>	<b>74,7%</b>
Bueno						
	<b>5,4%</b>	<b>18,3%</b>	<b>76,3%</b>	<b>7,1%</b>	<b>18,7%</b>	<b>74,2%</b>
Regular						
	<b>8,1%</b>	<b>16,1%</b>	<b>75,8%</b>	<b>10,7%</b>	<b>14,0%</b>	<b>75,3%</b>
Malo						
	<b>4,3%</b>	<b>13,7%</b>	<b>82,0%</b>	<b>7,9%</b>	<b>15,1%</b>	<b>77,0%</b>
Muy malo						
	<b>14,1%</b>	<b>14,1%</b>	<b>71,8%</b>	<b>16,9%</b>	<b>14,1%</b>	<b>69,0%</b>
<b>Tiene enfermedades</b>						
SI	<b>7,2%</b>	<b>13,6%</b>	<b>79,2%</b>	<b>9,8%</b>	<b>14,0%</b>	<b>76,2%</b>
NO	<b>6,0%</b>	<b>18,8%</b>	<b>75,2%</b>	<b>8,5%</b>	<b>18,2%</b>	<b>73,3%</b>

## 6.7 Alimentación

Los estudios sobre alimentación saludable hacen especial hincapié en el valor nutricional del desayuno. La población encuestada por Cruz Roja tiene unas pautas de desayuno diferentes a las de la media de la población general, ya que una menor proporción de personas toman “algo líquido y cereales” y “otros tipos de desayunos (bacon, salchichas, etc)” también es superior el porcentaje de las personas que ingieren “sólo algo líquido”, “algo líquido con fruta y cereales” y “algo líquido y frutas” entre esta población. El porcentaje de personas que no desayuna multiplica por cuatro al porcentaje de la población general.

**Gráfico 113.**

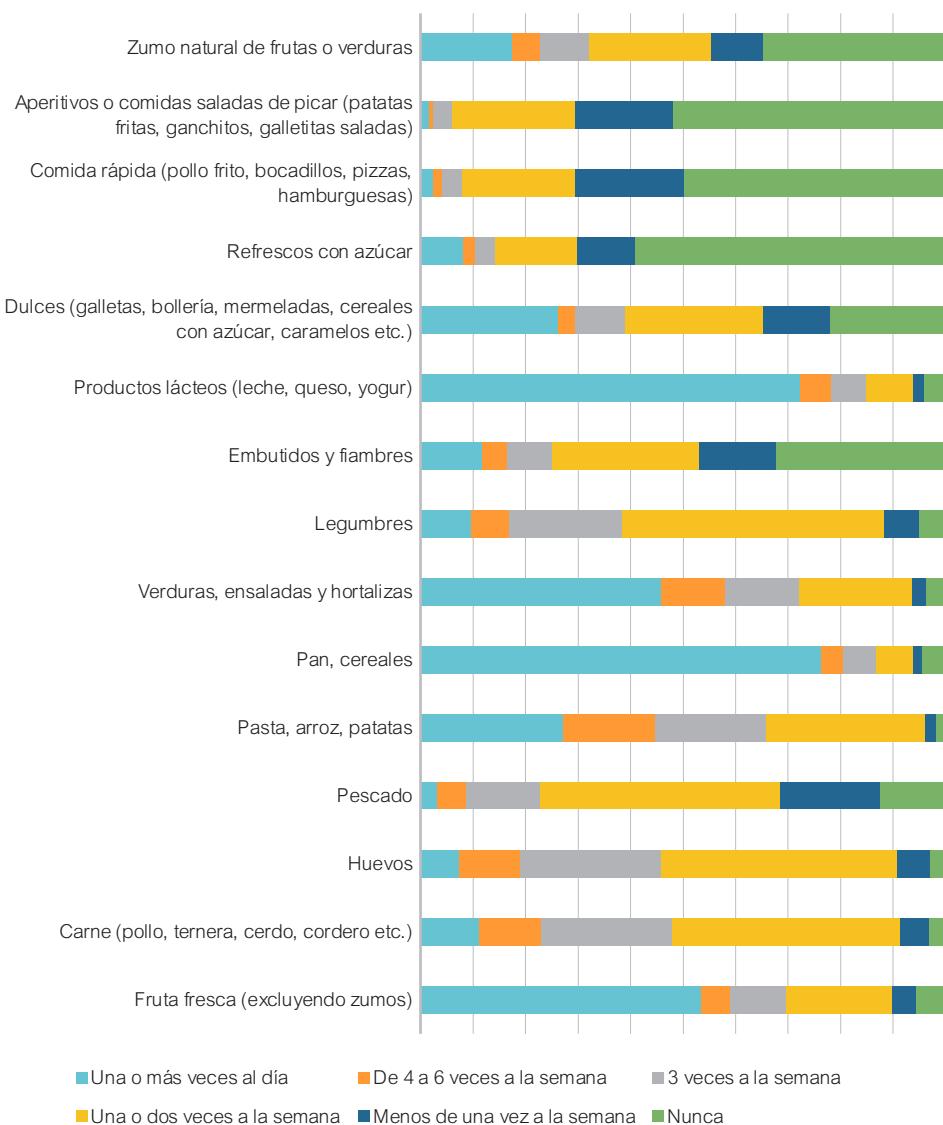
Tipo de desayuno.  
Población general  
(ENSE 2017) y  
población encuestada  
atendida por CRE



Otro aspecto importante relacionado con la alimentación es que la ingesta calórica debe estar equilibrada con el gasto calórico. Los datos para la población encuestada atendida por Cruz Roja indican que el grupo de alimentos más consumido diariamente son el pan y los cereales (73,6%), los productos lácteos (72,3%) y la fruta fresca (53,5%). La carne, los huevos, el pescado, la pasta, el arroz, las patatas, las legumbres y los dulces son alimentos que se consumen una o dos veces en semana. Entre los productos que un porcentaje elevado de la población encuestada indica no consumir nunca figuran embutidos y fiambres, refrescos con azúcar, comida rápida, aperitivos o aperitivos salados y zumos naturales de frutas o verduras.

**Gráfico 114.**

Patrón de consumo de determinados alimentos



■ Una o más veces al día      ■ De 4 a 6 veces a la semana      ■ 3 veces a la semana  
 ■ Una o dos veces a la semana      ■ Menos de una vez a la semana      ■ Nunca

Como muestra la tabla 30, siguiendo la clasificación de los productos alimenticios que realiza la Fundación para la Diabetes de acuerdo con la función que ejercen en el organismo, los resultados del consumo “muy frecuente” muestran que, entre los alimentos constructores, se registra un porcentaje muy alto de productos lácteos. Entre los alimentos energéticos, el más elevado es el del pan y los cereales y, entre los reguladores, el principal corresponde a las verduras, ensaladas y hortalizas.

**Tabla 32.**

Consumo frecuente de alimentos según la función que ejercen en el organismo, por parte de la población encuestada

	A diario	4 a 6 veces semana	3 veces semana	Total “consumo muy frecuente”
<b>Alimentos plásticos o constructores: sus componentes principales son proteínas de origen animal o vegetal y minerales.</b>				
Leche, yogur y quesos	<b>72,3%</b>	<b>5,9%</b>	<b>6,7%</b>	<b>84,9%</b>
Carnes	<b>11,3%</b>	<b>11,7%</b>	<b>25,0%</b>	<b>48,0%</b>
Embutidos y fiambres	<b>11,8%</b>	<b>4,7%</b>	<b>8,7%</b>	<b>25,2%</b>
Pescado	<b>3,1%</b>	<b>5,7%</b>	<b>14,0%</b>	<b>22,8%</b>
Huevos	<b>7,3%</b>	<b>11,7%</b>	<b>26,9%</b>	<b>45,9%</b>
Legumbres	<b>9,6%</b>	<b>7,3%</b>	<b>21,5%</b>	<b>38,4%</b>
<b>Alimentos energéticos: sus principales componentes son hidratos de carbono y grasas que proporcionan energía.</b>				
Arroz, pasta, patatas	<b>27,1%</b>	<b>17,6%</b>	<b>21,1%</b>	<b>65,8%</b>
Pan, cereales	<b>76,3%</b>	<b>4,1%</b>	<b>6,3%</b>	<b>86,7%</b>
Azúcar, miel, chocolates y dulces.	<b>26,1%</b>	<b>3,40%</b>	<b>9,50%</b>	<b>39,0%</b>
Refrescos con azúcar	<b>8,1%</b>	<b>2,3%</b>	<b>3,8%</b>	<b>14,2%</b>
<b>Alimentos reguladores: aportan fundamentalmente vitaminas y minerales. Tienen una acción antioxidante y regulan los procesos metabólicos.</b>				
Verduras, ensaladas, hortalizas	<b>45,9%</b>	<b>12,1%</b>	<b>14,2%</b>	<b>72,2%</b>
Fruta fresca	<b>53,5%</b>	<b>5,5%</b>	<b>10,7%</b>	<b>69,7%</b>
Zumo natural de fruta o verdura	<b>17,4%</b>	<b>5,5%</b>	<b>9,3%</b>	<b>32,2%</b>

Nota: Clasificación utilizada por la Fundación para la Diabetes, disponible en <https://www.fundaciondiabetes.org/infantil/200/grupos-de-alimentos>

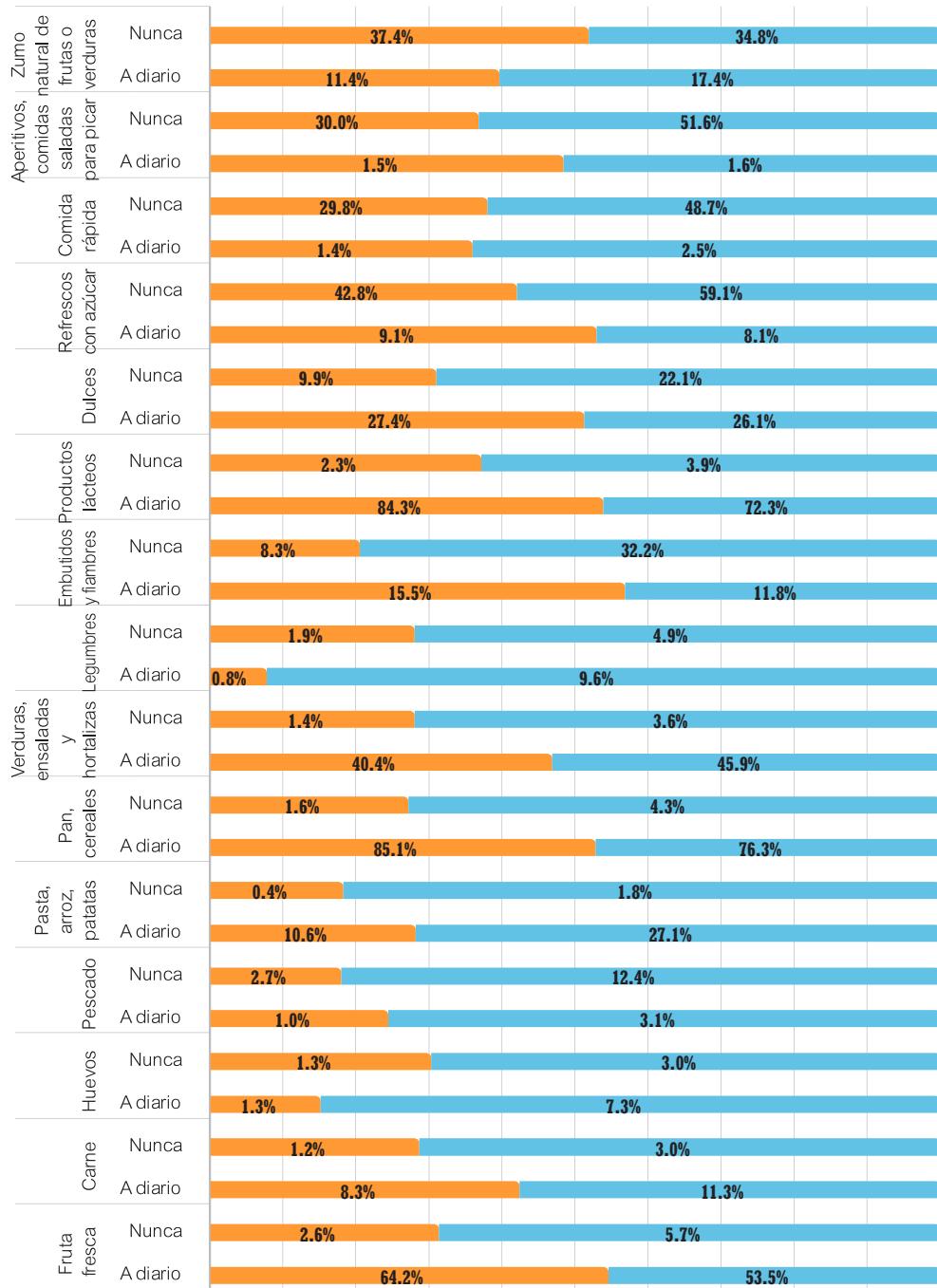
Comparando los datos de la población encuestada con la población general (ENSE), se observan algunas diferencias, aunque las pautas generales son bastante similares. Dentro de los productos nunca consumidos coinciden ambas poblaciones con respecto a los refrescos con azúcar (42,8% ENSE y 59,1% CRE), los aperitivos salados (30% ENSE y 51,6% CRE), la comida rápida (29,8% ENSE y 48,7% CRE) y los zumos naturales de frutas o verduras (37,4% ENSE y 34,8% CRE).

**Gráfico 115.**

Patrón de consumo de determinados alimentos, población general (ENSE) y población encuestada por Cruz Roja

 CRUZ ROJA

 ENSE



## 6.8

# Higiene bucodental

La higiene bucodental es uno de los hábitos más importantes para prevenir enfermedades. La regularidad y la frecuencia de esta higiene constituyen un indicador de cuidados preventivos, que se tiene en cuenta para valorar la salud en este ámbito.

**En la población encuestada atendida por CRE el 40,3% indica realizar una higiene bucodental dos veces al día, el 33,5% tres y el 19,2%, una. El 7% de las personas muestra una higiene pobre o insuficiente.** Comparando estos datos con la población general encuestada por la ENSE se observan pautas bastante similares, pero entre la población atendida por Cruz Roja hay un porcentaje más elevado de personas que no lo hacen nunca o que lo hacen de forma ocasional que entre la población general.

**Gráfico 116.**

Pautas de higiene dental de la población encuestada

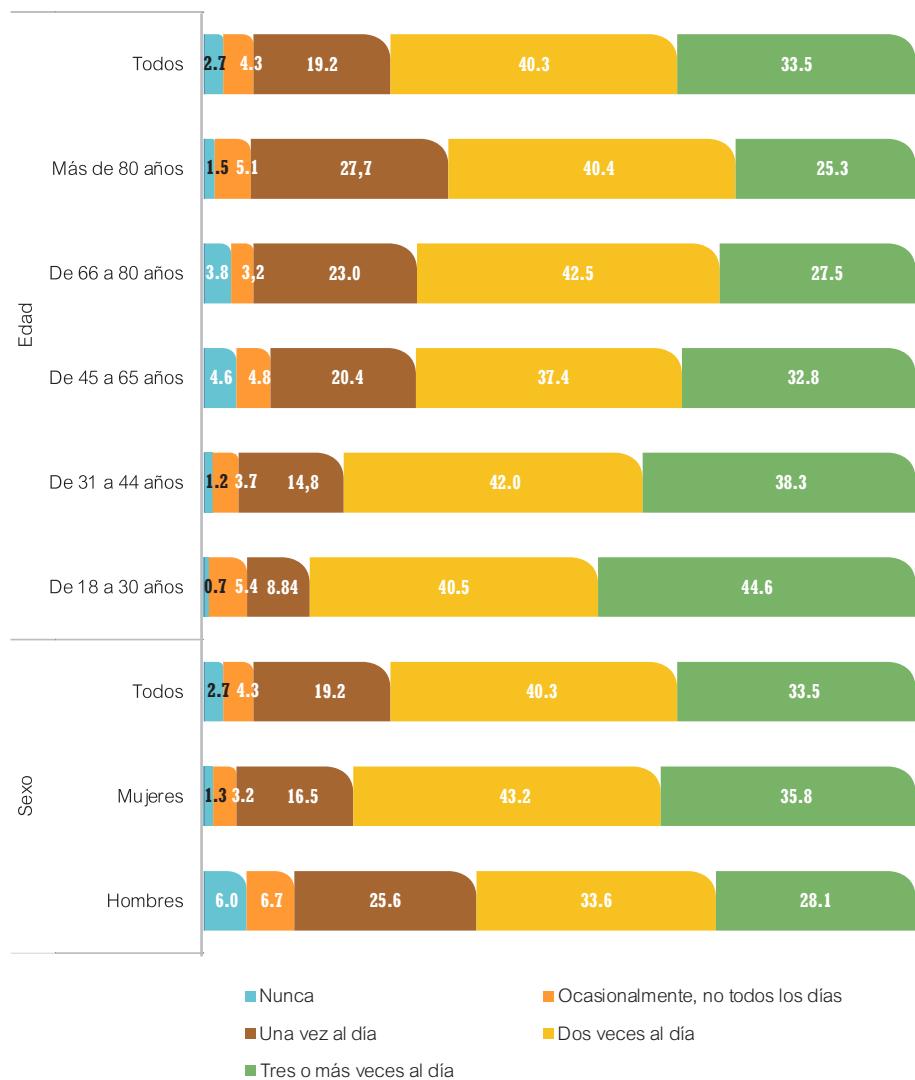


Analizando las pautas de higiene dental de la población encuestada por edad se observa un 4,6% de personas de 45 a 65 años y un 3,8% de personas de 66 a 80 años que no la practican nunca. Desagregando por sexo, el 6% de los hombres y el 1,3% de las mujeres no se cepillan nunca los dientes. Los grupos mayoritarios son los que practican la higiene bucodental dos veces al día (en torno al 40% en todos los grupos de edad) y tres o más veces diarias (en torno al 30%). Estos porcentajes disminuyen con la edad. Las mujeres tienen unas pautas de higiene bucodental más frecuentes que los hombres.

### Gráfico 117.

Pautas de higiene dental de la población encuestada.

Segmentación por sexo y edad (en %)



Desagregando los datos por origen se aprecia que los porcentajes de la población extranjera que no practica la higiene dental son inferiores a los de la población española, salvo para las mujeres extranjeras de 65 años o más. **Hay más personas extranjeras que tienen una pauta de cepillado de tres o más veces al día, para todos los tramos de edad.** En el grupo de edad de 18 a 24 años, el porcentaje de españoles que se cepillan una o dos veces al día es más elevado que el de extranjeros.

**Tabla 33.**

Pautas de higiene dental de la población encuestada, por sexo, origen y grupo de edad

	Nunca	Ocasionalmente, no todos los días	Una vez al día	Dos veces al día	Tres o más veces al día
<b>HOMBRES</b>					
España					
De 18 a 24 años	<b>0,0%</b>	<b>14,2%</b>	<b>0,0%</b>	<b>42,9%</b>	<b>42,9%</b>
De 25 a 64 años	<b>13,3%</b>	<b>10,8%</b>	<b>26,7%</b>	<b>27,5%</b>	<b>21,7%</b>
De 65 y más años	<b>6,3%</b>	<b>8,2%</b>	<b>35,1%</b>	<b>29,7%</b>	<b>20,7%</b>
Extranjero					
De 18 a 24 años	<b>0,0%</b>	<b>7,7%</b>	<b>15,4%</b>	<b>23,1%</b>	<b>53,8%</b>
De 25 a 64 años	<b>2,1%</b>	<b>3,2%</b>	<b>21,2%</b>	<b>39,6%</b>	<b>33,9%</b>
De 65 y más años	<b>0,0%</b>	<b>0,0%</b>	<b>22,3%</b>	<b>44,4%</b>	<b>33,3%</b>
<b>MUJERES</b>					
España					
De 18 a 24 años	<b>10,0%</b>	<b>0,0%</b>	<b>30,0%</b>	<b>30,0%</b>	<b>30,0%</b>
De 25 a 64 años	<b>1,2%</b>	<b>7,1%</b>	<b>22,4%</b>	<b>39,0%</b>	<b>30,3%</b>
De 65 y más años	<b>1,9%</b>	<b>2,7%</b>	<b>22,7%</b>	<b>45,7%</b>	<b>27,0%</b>
Extranjero					
De 18 a 24 años	<b>0,0%</b>	<b>7,7%</b>	<b>7,7%</b>	<b>15,4%</b>	<b>69,2%</b>
De 25 a 64 años	<b>0,5%</b>	<b>1,5%</b>	<b>7,4%</b>	<b>44,8%</b>	<b>45,8%</b>
De 65 y más años	<b>7,7%</b>	<b>0,0%</b>	<b>0,0%</b>	<b>38,5%</b>	<b>53,8%</b>

**Cruzando los datos sobre percepción del estado de salud e higiene bucodental, se observa que a peor valoración de la salud, menor frecuencia de la higiene bucodental.** El 42,8% de las personas con “muy buena” salud practican la higiene bucodental 3 o más veces diarias. Esta tasa desciende hasta el 25,9% y al 38% en el caso de las personas que señalan tener una salud “mala” y “muy mala”.

**Tabla 34.**

Pautas de higiene dental de la población encuestada, según estado de salud

	Nunca	Ocasionalmente, no todos los días	Una vez al día	Dos veces al día	Tres o más veces al día
<b>Valora su salud</b>					
Muy bueno					
	<b>0,5%</b>	<b>3,6%</b>	<b>12,4%</b>	<b>40,7%</b>	<b>42,8%</b>
Bueno	<b>2,3%</b>	<b>4,4%</b>	<b>15,3%</b>	<b>45,2%</b>	<b>32,8%</b>
Regular	<b>3,3%</b>	<b>4,3%</b>	<b>23,7%</b>	<b>36,5%</b>	<b>32,2%</b>
Malo	<b>3,6%</b>	<b>3,6%</b>	<b>24,5%</b>	<b>42,4%</b>	<b>25,9%</b>
Muy malo	<b>5,6%</b>	<b>5,6%</b>	<b>19,8%</b>	<b>31,0%</b>	<b>38,0%</b>
<b>Tiene enfermedades</b>					
SI	<b>4,3%</b>	<b>4,5%</b>	<b>21,3%</b>	<b>39,6%</b>	<b>30,3%</b>
NO	<b>1,2%</b>	<b>4,1%</b>	<b>17,3%</b>	<b>41,0%</b>	<b>36,4%</b>

El porcentaje de mujeres con salud “mala/muy mala” que nunca se lavan los dientes es superior al de varones (55,6% y 44,4% respectivamente). Dentro de quienes valoran su salud como “buena / muy buena”, los hombres duplican a las mujeres entre quienes nunca se cepillan los dientes (69,2% y 30,8%). También son más elevados los porcentajes de hombres que señalan padecer enfermedades, que no practican la higiene bucodental. Dentro del grupo de personas que más veces se lavan los dientes, las mujeres son mayoría, independientemente de la valoración de su salud.

**Tabla 35.**

Pautas de higiene dental de la población encuestada, según estado de salud y sexo

	Nunca		Ocasionalmente, no todos los días		Una vez al día		Dos veces al día		Tres o más veces al día	
	Hombre	Mujer	Hombre	Mujer	Hombre	Mujer	Hombre	Mujer	Hombre	Mujer
Valora su salud como “mala+muy mala”	44,4%	55,6%	11,1%	88,9%	16,7%	83,3%	9,9%	90,1%	12,7%	87,3%
Valora su salud como “buena+muy buena”	69,2%	30,8%	46,7%	53,3%	55,3%	44,7%	34,2%	65,8%	32,0%	68,0%
Dice tener enfermedades	71,0%	29,0%	53,1%	46,9%	30,3%	69,7%	18,1%	81,9%	23,1%	76,9%
Dice NO tener enfermedades	55,6%	44,4%	40,6%	59,4%	50,4%	49,6%	30,9%	69,1%	26,8%	73,2%



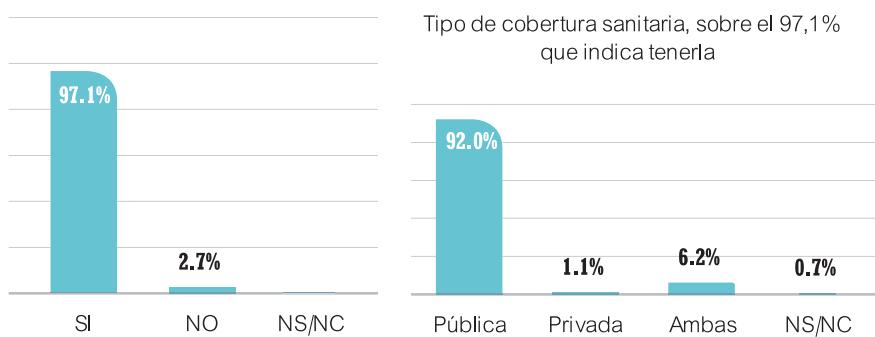
# Asistencia sanitaria

7

## 7.1 Cobertura sanitaria

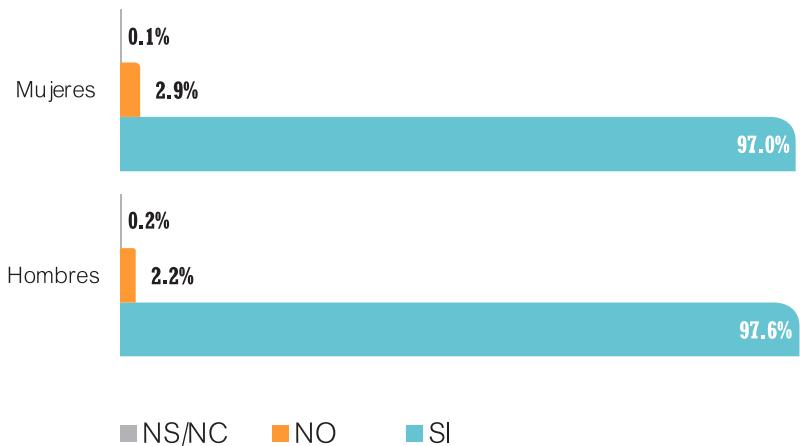
En este apartado, seguimos el esquema de la Encuesta Nacional de Salud, considerando dentro de “Asistencia sanitaria” la cobertura sanitaria, las consultas médicas, las consultas con especialistas y la accesibilidad.

**Gráfico 118.**  
Cobertura sanitaria  
y tipo de cobertura



No se aprecian diferencias relevantes por sexo en cuanto a la cobertura sanitaria: el porcentaje sin cobertura sanitaria es 7 décimas superior en el caso de las mujeres.

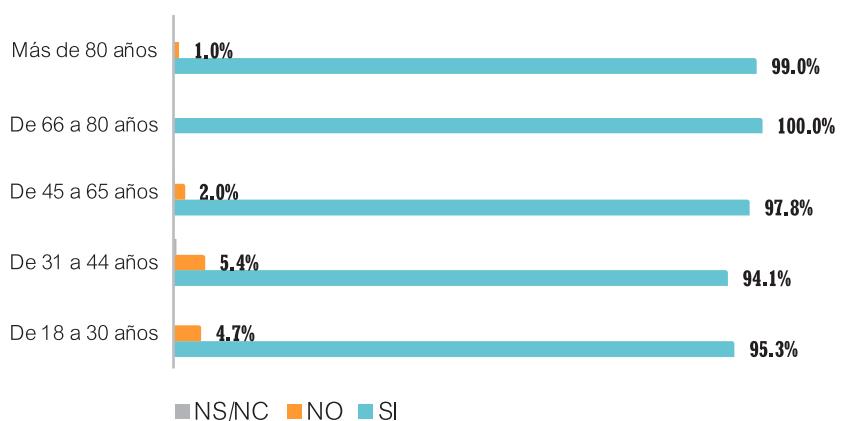
**Gráfico 119.**  
Cobertura sanitaria  
según sexo



Atendiendo a la edad, el grupo con menor cobertura sanitaria es el de las personas con edades comprendidas entre los 31 y los 44 años (5,4% sin cobertura). Le sigue el grupo de personas entre 18 y 30 años, con un 4,7%.

**Gráfico 120.**

Cobertura sanitaria según edad

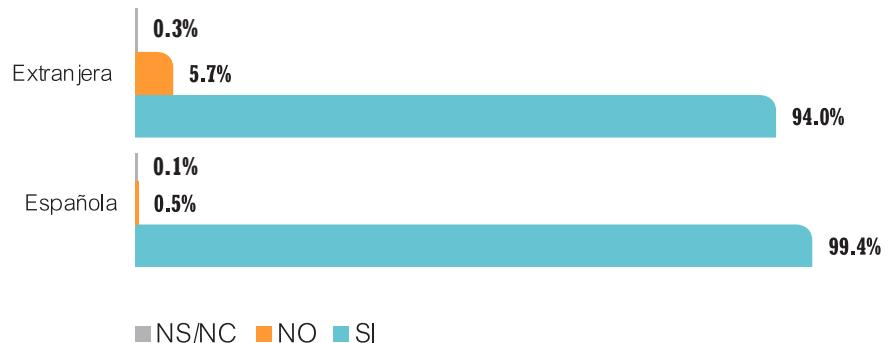


Nota: los porcentajes de personas que no saben o no contestan son inferiores al 1%.

**Desagregando los datos en función del origen, hay un mayor porcentaje de población extranjera sin cobertura sanitaria, el 5,7% frente al 0,5% de la población autóctona.**

**Gráfico 121.**

Cobertura sanitaria y tipo de cobertura

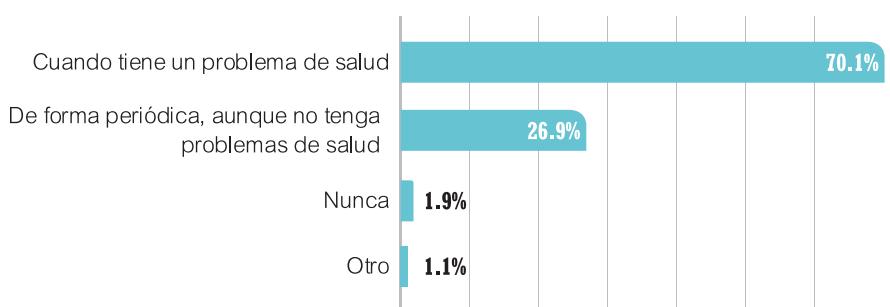


## 7.2 Consultas médicas

El 70,1% de las personas encuestadas atendidas por Cruz Roja acude a profesionales de la salud sólo cuando tiene un problema, mientras que el 26,9% lo hace de forma periódica. El 1,9% no va nunca al médico. El 1,1% señala otras razones (recibe asistencia en el domicilio, realiza consultas telefónicas, carece de documentación o de tarjeta sanitaria, etc...).

**Gráfico 122.**

Circunstancias en la que acude a profesionales de la salud

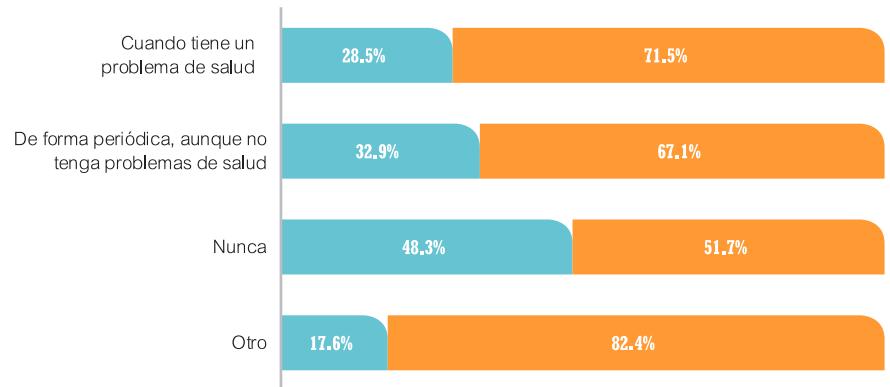


Las mujeres son mayoría en la composición de todos los grupos analizados: personas que no acuden nunca al médico, personas que asisten de forma periódica, personas que no van nunca y que indican otros motivos.

**Gráfico 123.**

Circunstancias en la que acude a profesionales de la salud. Segmentación por sexo

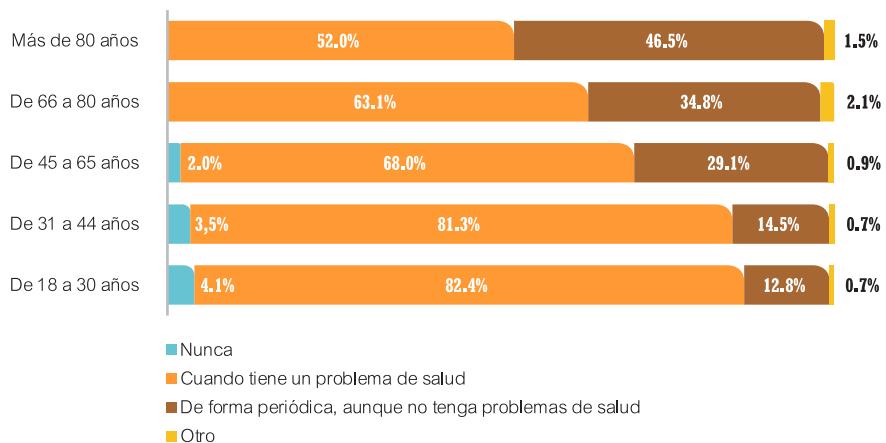
Hombres     Mujeres



La atención periódica aumenta con la edad, en tanto que la demanda de asistencia restringida a cuando se tiene un problema corresponde a grupos más jóvenes. A partir de los 66 años todas las personas encuestados manifiestan acudir a profesionales de la salud.

**Gráfico 124.**

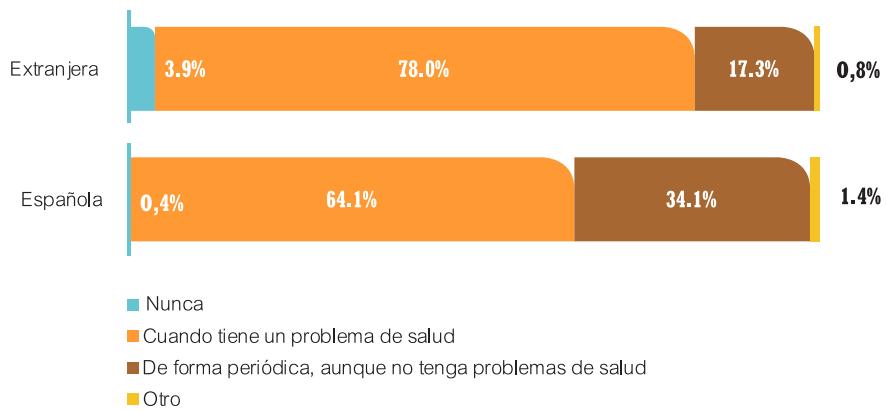
Circunstancias en la que acude a profesionales de la salud. Segmentación por edad



Desagregando los datos en función del origen, se observa que la población de nacionalidad española acude de forma periódica a los profesionales médicos con una frecuencia que duplica a la de la población extranjera (34,1% frente a 17,3%). La población extranjera lo hace en su mayoría cuando tiene un problema de salud. Por último, el 3,9% de la población extranjera no acude nunca a consulta, mientras que la práctica totalidad de la población española sí lo hace.

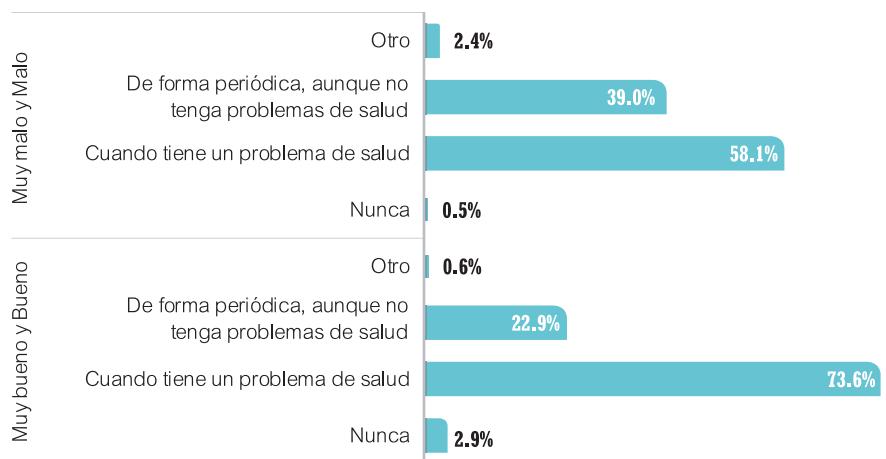
**Gráfico 125.**

Circunstancias en la que acude a profesionales de la salud. Segmentación por origen



### Gráfico 126.

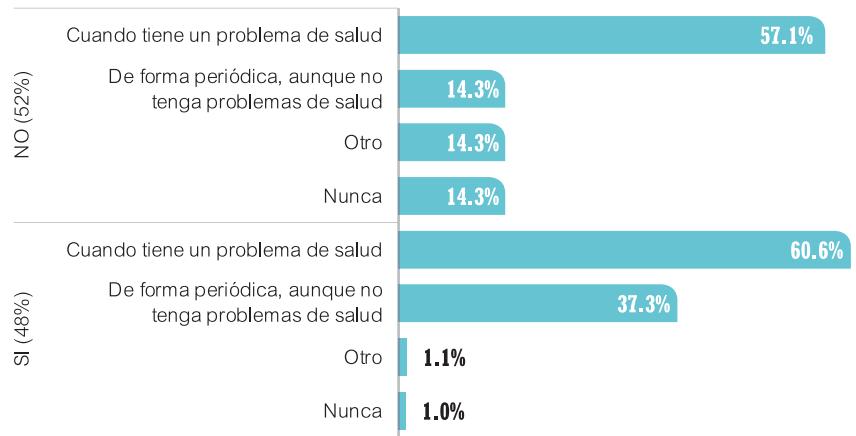
Circunstancias en la que acude a profesionales de la salud. Segmentación según su valoración de la salud



Las personas que señalan sufrir enfermedades también acuden a los profesionales de la salud de forma periódica en mayor proporción que las personas que manifiestan no padecerlas, 37,3% frente a 14,3%.

### Gráfico 127.

Circunstancias en la que acude a profesionales de la salud. Personas encuestadas según declaran padecer enfermedades o problemas de salud o no



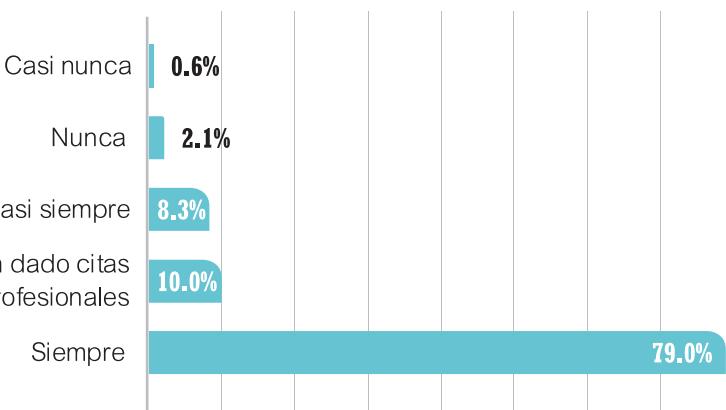
## 7.2.1

### Consultas con otros profesionales sanitarios

Del total de personas que señalan padecer enfermedades o sufrir problemas de salud, el 10% no ha sido derivado a otros profesionales sanitarios en los últimos 6 meses. Con respecto al resto, el 79% señala que siempre ha acudido a estas citas, el 8,3% lo ha hecho “casi siempre” y un 2,7% no ha asistido (“nunca” o “casi nunca”).

**Gráfico 128.**

Asistencia a citas con profesionales sanitarios indicadas por sus equipos médicos



## 7.3

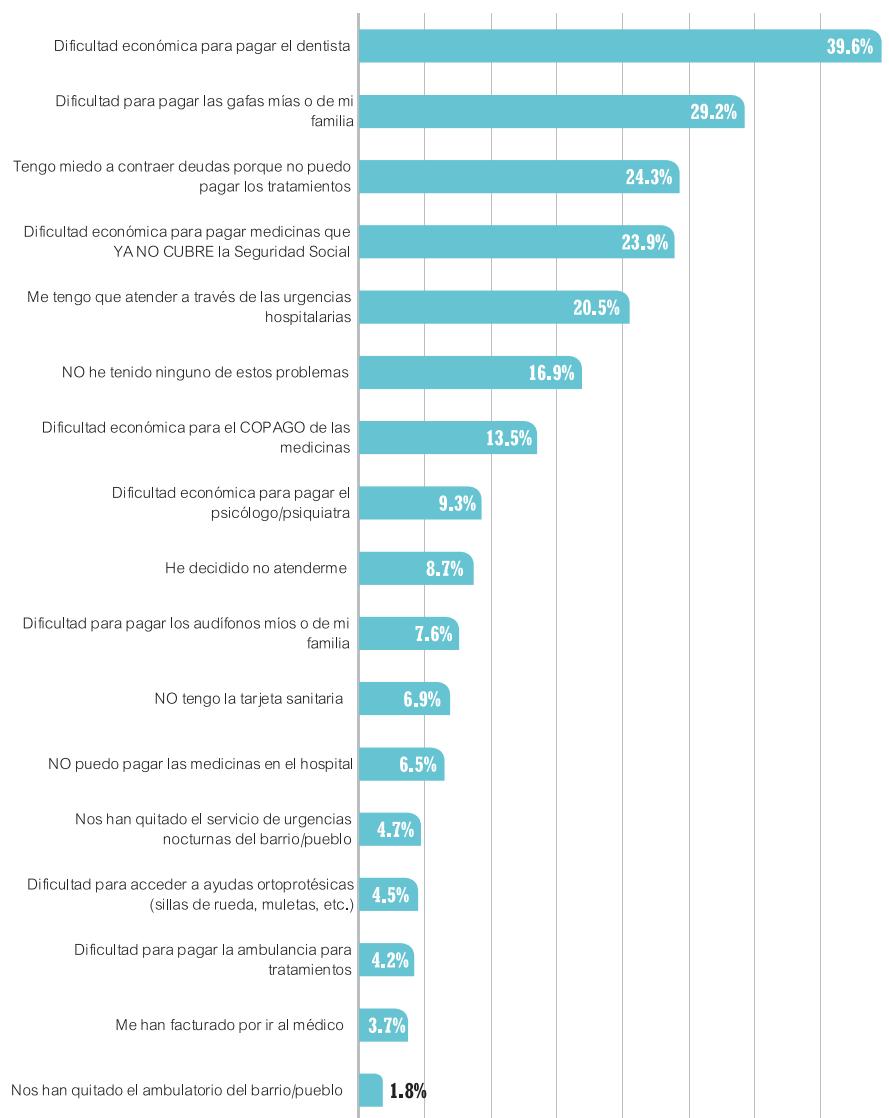
### Dificultades de acceso a la asistencia sanitaria

Sólo el 16,9% de las personas encuestadas atendidas por Cruz Roja señala que no ha tenido problemas de acceso a la asistencia sanitaria por razones económicas, lo cual implica que el 83,1% sí los tiene o los ha tenido recientemente. Un 20,5% indica que para recibir asistencia sanitaria tiene que acudir a las urgencias de los hospitales, el 6,9% carece de tarjeta sanitaria y el 8,7% ha decidido no intentar acceder.

Las principales dificultades de acceso a la asistencia sanitaria por razones económicas se refieren al pago del dentista (39,6%), de las gafas tanto propias como de miembros de la familia (29,2%) y de las medicinas que ya no cubre la Seguridad Social (23,9%). **El 24,3% tiene miedo a endeudarse por seguir los tratamientos.** Otro 13,5% ha manifestado problemas para el copago de las medicinas. El 9,3% tiene problemas para pagar tratamientos psiquiátricos o psicológicos, el 7,6% no tiene recursos para adquirir audífonos, el 6,5% no puede pagar las medicinas en el hospital. El 4,7% señala que les han quitado los servicios de urgencias nocturnas en el barrio o municipio rural y el 1,8% que les han cerrado el ambulatorio. El 4,5% no tiene recursos para pagar ayudas ortoprotésicas (sillas de ruedas, muletas, etc.) y el 4,2% carece de dinero para pagar ambulancias. Por último, al 3,7% le han facturado por ir al médico.

**Gráfico 129.**

Problemas y  
dificultades con  
la atención de la  
salud debido a la  
carencia de recursos  
económicos



Nota: los porcentajes no suman 100% porque la pregunta admitía respuestas múltiples.

Las dificultades de acceso se concentran en la franja de edad de 25-64 años. Hay que destacar la mayor frecuencia de situaciones de dificultad entre las mujeres. **En la franja de edad de 25 a 64 años, dentro del conjunto de mujeres extranjeras, casi una tercera parte manifiesta tener dificultades en prácticamente todas las situaciones planteadas. Esta diferencia alcanza, aunque en menor escala, a las mujeres españolas de 25 años en adelante.** Entre las situaciones más preocupantes están las del 31,5% de mujeres extranjeras y el 20,8% de mujeres españolas, pertenecientes al grupo de 25 a 64 años que ha decidido no atenderse.

	He decidido no atenderme	Dificultad económica para pagar el psicólogo/psiquiatra	Dificultad económica para el COPAGO de las medicinas	NO he tenido ninguno de estos problemas	Me tengo que atender a través de las urgencias hospitalarias	Dificultad económica para pagar medicinas que YA NO CUBRE la Seguridad Social	Tengo miedo a contraer deudas porque no puedo pagar los tratamientos	Dificultad para pagar las gafas mías o de mi familia	Dificultad económica para pagar el dentista
<b>HOMBRES</b>									
España									
De 18 a 24 años	<b>1,5%</b>	<b>0,7%</b>	<b>0,0%</b>	<b>2,0%</b>	<b>0,3%</b>	<b>0,3%</b>	<b>0,0%</b>	<b>0,0%</b>	<b>0,0%</b>
De 25 a 64 años	<b>9,2%</b>	<b>10,1%</b>	<b>7,9%</b>	<b>7,5%</b>	<b>9,1%</b>	<b>9,2%</b>	<b>7,4%</b>	<b>7,8%</b>	<b>8,9%</b>
De 65 y más años	<b>2,3%</b>	<b>3,6%</b>	<b>1,5%</b>	<b>15,0%</b>	<b>6,5%</b>	<b>3,4%</b>	<b>6,6%</b>	<b>2,7%</b>	<b>2,5%</b>
Origen extranjero									
De 18 a 24 años	<b>0,8%</b>	<b>1,4%</b>	<b>0,0%</b>	<b>1,6%</b>	<b>1,0%</b>	<b>0,3%</b>	<b>1,1%</b>	<b>0,5%</b>	<b>0,5%</b>
De 25 a 64 años	<b>16,2%</b>	<b>14,4%</b>	<b>15,8%</b>	<b>5,5%</b>	<b>11,7%</b>	<b>13,7%</b>	<b>16,2%</b>	<b>15,1%</b>	<b>13,1%</b>
De 65 y más años	<b>0,0%</b>	<b>0,7%</b>	<b>1,0%</b>	<b>0,0%</b>	<b>0,3%</b>	<b>0,8%</b>	<b>0,5%</b>	<b>1,4%</b>	<b>1,2%</b>
<b>MUJERES</b>									
España									
De 18 a 24 años	<b>0,8%</b>	<b>0,7%</b>	<b>1,0%</b>	<b>1,2%</b>	<b>0,7%</b>	<b>0,6%</b>	<b>0,8%</b>	<b>0,5%</b>	<b>1,0%</b>
De 25 a 64 años	<b>20,8%</b>	<b>18,7%</b>	<b>21,2%</b>	<b>7,1%</b>	<b>12,7%</b>	<b>25,1%</b>	<b>18,1%</b>	<b>22,4%</b>	<b>21,0%</b>
De 65 y más años	<b>16,2%</b>	<b>18,0%</b>	<b>11,3%</b>	<b>45,5%</b>	<b>26,1%</b>	<b>12,6%</b>	<b>17,0%</b>	<b>15,1%</b>	<b>16,0%</b>
Origen extranjero									
De 18 a 24 años	<b>0,8%</b>	<b>1,4%</b>	<b>0,5%</b>	<b>0,4%</b>	<b>0,7%</b>	<b>1,1%</b>	<b>1,1%</b>	<b>0,7%</b>	<b>1,3%</b>
De 25 a 64 años	<b>31,5%</b>	<b>29,5%</b>	<b>37,4%</b>	<b>13,0%</b>	<b>30,6%</b>	<b>31,3%</b>	<b>30,7%</b>	<b>33,1%</b>	<b>33,3%</b>
De 65 y más años	<b>0,0%</b>	<b>0,7%</b>	<b>2,5%</b>	<b>1,2%</b>	<b>0,3%</b>	<b>1,7%</b>	<b>0,5%</b>	<b>0,9%</b>	<b>1,0%</b>

Nota: Los porcentajes no suman 100% porque la pregunta admitía respuestas múltiples

**Tabla 36.**

Problemas y dificultades con la atención de la salud debido a la carencia de recursos, por sexo, edad y origen

Entre las personas encuestadas atendidas por Cruz Roja que han valorado su salud como “regular”, se encuentran porcentajes importantes de personas que señalan carencias económicas que les impiden atender adecuadamente su salud: son el 48,5% de las que “han decidido no atenderse”, el 40,3% de quienes tienen dificultades económicas para pagar el psicólogo/psiquiatra, el 44,3% de las que manifiestan dificultades económica para el copago de las medicinas, el 42,3% de las que tienen que recurrir a las urgencias hospitalarias, el 40,5% de las que no pueden pagar medicinas no cubiertas por la Seguridad Social, el 42,2% de las que dicen tener miedo a contraer deudas porque no pueden pagar los tratamientos, el 41,3% de las que manifiestan dificultad para pagar las gafas, y el 38,7% que tiene dificultad económica para pagar el dentista.

**Tabla 37.**

Problemas y dificultades con la atención de la salud debido a la carencia de recursos, por estado de salud de las personas encuestadas

	He decidido no atenderme	Dificultad económica para pagar el psicólogo/psiquiatra	Dificultad económica para el COPAGO de las medicinas	NO he tenido ninguno de estos problemas	Me tengo que atender a través de las urgencias hospitalarias	Dificultad económica para pagar medicinas que YA NO CUBRE la Seguridad Social	Tengo miedo a contraer deudas porque no puedo pagar los tratamientos	Dificultad para pagar las gafas mías o de mi familia	Dificultad económica para pagar el dentista
Valora su salud	Muy bueno	10,8%	12,2%	11,8%	14,6%	10,1%	9,8%	12,1%	9,6%
	Bueno	28,5%	25,9%	23,2%	51,8%	31,6%	29,3%	33,2%	29,5%
	Regular	48,5%	40,3%	44,3%	28,5%	42,3%	40,5%	42,2%	41,3%
	Malo	7,7%	12,2%	11,8%	4,0%	11,4%	13,1%	8,5%	12,1%
	Muy malo	4,6%	9,4%	8,9%	1,2%	4,6%	7,3%	4,1%	7,5%
Tiene enfermedades	SI	41,5%	54,0%	51,7%	43,5%	48,9%	50,6%	45,2%	51,4%
	NO	58,5%	45,3%	48,3%	55,7%	50,8%	48,9%	54,2%	48,4%
	NS/NC		0,7%		0,8%	0,3%	0,6%	0,5%	0,2%
									0,8%

Nota: los porcentajes no suman 100% porque la pregunta admitía respuestas múltiples



**Tabla 38.**

Problemas y dificultades con la atención de la salud debido a la carencia de recursos, según valoración de la salud y sexo

En términos generales, se aprecia que la proporción de mujeres duplica, triplica y en algun caso cuadriplica o quintuplica la proporción de hombres que se enfrentan a varios de los problemas descritos con respecto a la atención de su salud. Estas diferencias se incrementan a medida que se percibe mas negativamente el estado de salud y se padecen más enfermedades.

	He decidido no atenderme		Dificultad económica para pagar el psicólogo/psiquiatra		Dificultad económica para el COPAGO de las medicinas		NO he tenido ninguno de estos problemas		Me tengo que atender a través de las urgencias hospitalarias		Dificultad económica para pagar medicinas que YA NO CUBRE la Seguridad Social		Tengo miedo a contraer deudas porque no puedo pagar los tratamientos		Dificultad económica para pagar el dentista	
	H	M	H	M	H	M	H	M	H	M	H	M	H	M	H	M
Valora su salud como "mala+muy mala"	12,5%	87,5%	6,7%	93,3%	16,7%	83,3%	15,4%	84,6%	14,3%	85,7%	13,7%	86,3%	17,4%	82,6%	14,0%	86,0%
Valora su salud como "buena+muy buena"	39,2%	60,8%	41,5%	58,5%	39,4%	60,6%	36,9%	63,1%	39,8%	60,2%	35,7%	64,3%	38,2%	61,8%	31,8%	68,2%
Dice tener enfermedades	22,2%	77,8%	26,7%	73,3%	22,9%	77,1%	30,0%	70,0%	28,0%	72,0%	24,3%	75,7%	28,5%	71,5%	22,6%	77,4%
Dice NO tener enfermedades	35,5%	64,5%	34,9%	65,1%	29,6%	70,4%	33,3%	66,7%	29,5%	70,5%	30,9%	69,1%	34,3%	65,7%	29,2%	70,8%

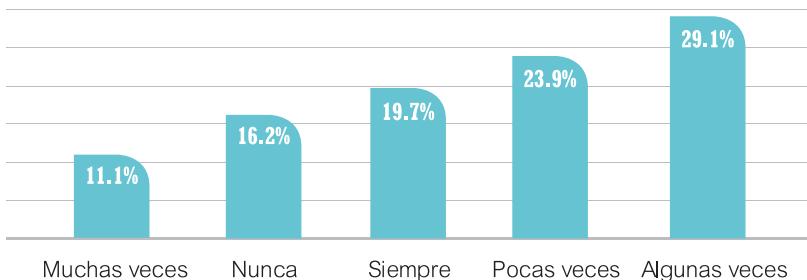
# 8 Sociabilidad y apoyos

En muchos de los estudios sobre la vulnerabilidad social de las personas atendidas por Cruz Roja se ha comprobado la importancia de los vínculos interpersonales como un nivel de la trama social que interviene en el afrontamiento de la subsistencia en contextos de carencias, problemas, enfermedades y hechos traumáticos. Las personas en situación de vulnerabilidad pueden sufrir la soledad de manera más intensa, dado que sus dificultades cotidianas y los problemas estructurales que les afectan pueden debilitar o eliminar sus redes interpersonales.

**El 40,1% de las personas encuestadas por Cruz Roja prácticamente no tienen (“nunca” o “pocas veces”) amistades o allegados que les visitan o a los que visita.** El 19,7% cuenta “siempre” con amigos o amigas con quienes mantiene contacto frecuente y el 11,1% indica que los tiene “muchas veces”.

#### Gráfico 130.

Tiene amistades o allegados que lo/la visitan o a los que visita



**El 42,4% de las personas encuestadas atendidas por Cruz Roja dispone “siempre” de personas que le expresan afecto y le miman y el 11,9%, “muchas veces”. Sin embargo, el 20,8% sólo puede contar con ellos “algunas veces” y un 25,2% “pocas veces” o “nunca”.**

#### Gráfico 131.

Dispone de personas que le expresan afectos o le miman

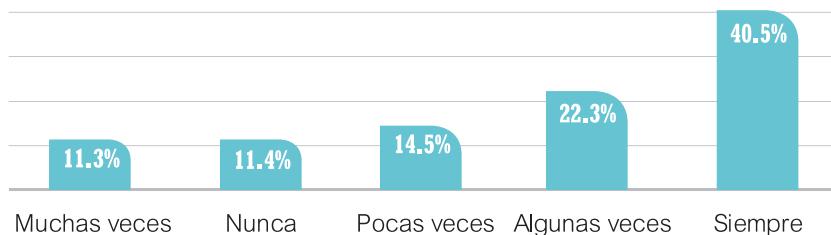


Poder verbalizar las ideas, pensamientos y emociones, tanto si estos son negativos, como si son positivos, resulta un paso importante en un proceso de cambio personal y de afrontamiento de los problemas o situaciones difíciles.<sup>31</sup>

El 40,5% de las personas encuestadas cuenta “siempre” con alguien que le anime a expresar sus ideas y pensamientos y el 11,3%, “muchas veces”. Sin embargo, el 22,3% manifiesta que sólo dispone de estos apoyos “algunas veces” y el 22,7% “nunca” o muy “pocas veces”.

#### Gráfico 132.

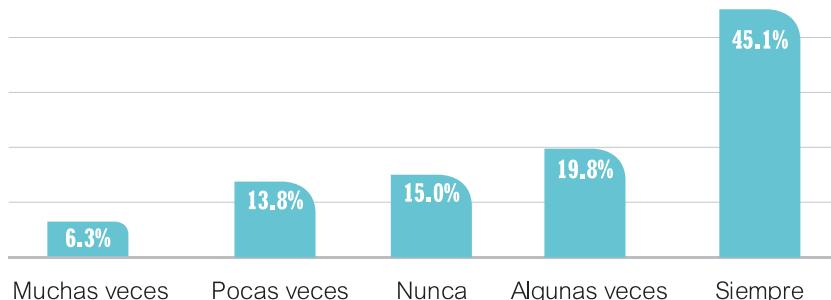
Cuenta con alguien que le anime a que exprese sus ideas y pensamientos



En cuanto a la frecuencia con que pueden disponer de alguien a quien contar sus problemas, el 45,1% de las personas encuestadas indica que “siempre” y el 6,3% que “muchas veces”. Sin embargo, el 19,8% sólo puede hacerlo “algunas veces” y el 28,8% “nunca” o muy “pocas veces”.

#### Gráfico 133.

Cuenta con alguien a quien contarle sus problemas

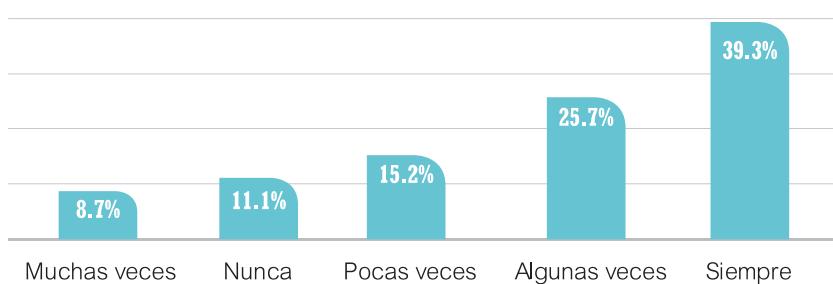


31. Ver Fernández Márquez, Lourdes (2010), Modelo de Intervención en crisis. En busca de la resiliencia personal. Tesina del Master en terapia para adultos del grupo Luria, disponible en <https://orientacascales.files.wordpress.com/2014/05/trab-modelo-de-intervencion-en-crisis-lourdes-fernandez.pdf>

En cuanto a la posibilidad de contar con fuentes de información adecuadas que pueden ayudarle a contextualizar o resolver los problemas sufridos, el 39,3% de la población encuestada atendida por Cruz Roja indica que cuenta “siempre” con fuentes de información adecuadas y un 8,7%, que dispone de ellas “muchas veces”. El 25,7% indica que esto sucede sólo en algunas ocasiones y el 26,3% que dispone de ellas “pocas veces” o “nunca”.

#### **Gráfico 134.**

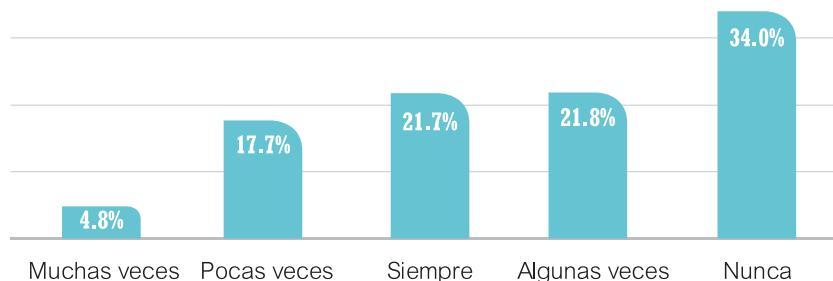
Cuenta con fuentes de información adecuadas



Se observan menores frecuencias de apoyo cuando se trata de la posibilidad de recibir apoyo económico. El 51,7% no puede contar “nunca” o “pocas veces” con alguien que le pueda prestar una ayuda económica o material importante. Sólo el 21,7% cuenta con ellas “siempre” y un 4,8%, “muchas veces”. El 21,8% indica que dispone de ellas “algunas veces”.

#### **Gráfico 135.**

Cuenta con alguien que le puede prestar ayuda económica o material importantes



## 8.1

# Problemas o dificultades relacionadas con la sociabilidad por sexo, origen, edad y situación de salud

Considerando la edad de las personas que manifiestan que cuentan “pocas veces / nunca” con diversos apoyos y afectos, se observa una concentración en el grupo de edad entre 35 y 44 años, decreciendo a partir de ahí, siendo las personas de 85 y mas años las menos afectadas.

El 23,9% de las personas de 35 a 44 años y el 21% de las de 45 a 54 años tienen dificultades en cuanto a la cobertura de la necesidad y expresión de afecto. El 22,4% de las personas de 35 a 44 años y el 21,6% de las de 45 a 54 años carece de quien le anime a expresar sus ideas y pensamientos. Más del 25% de las personas de 35 a 44 años y el 20% de las de 45 a 54 años tienen escasez de fuentes de información adecuadas, cuentan muy poco con alguien a quien contarle sus problemas, o no disponen de apoyo. El 22,7% de las personas de 35 a 44 años y el 19,5% de las personas de 45 a 54 años no pueden contar con apoyos económicos o materiales importantes.

	Total de personas encuestadas que dijeron “Nunca/ pocas veces”	18-34	35-44	45-54	55-64	65-74	75-84	85 y más
Cobertura de la necesidad y expresión de afecto	25,2%	18,6%	23,9%	21,0%	12,5%	8,5%	10,3%	5,3%
Alguien que le anima a expresar sus ideas y pensamientos	25,9%	14,4%	22,4%	21,6%	11,3%	8,7%	14,7%	6,9%
Contar con fuentes de información adecuadas	26,3%	15,2%	27,6%	19,5%	11,1%	10,6%	10,1%	5,8%
Alguien a quien contarle sus problemas	28,8%	13,7%	27,5%	19,7%	13,2%	9,7%	11,1%	5,1%
Amistades o allegados que le visitan o que visita	40,1%	15,6%	24,6%	20,9%	14,6%	8,8%	9,6%	5,8%
Apoyo para cubrir una necesidad económica o material importante	51,7%	16,4%	22,7%	19,5%	12,5%	11,6%	10,6%	6,7%

**Tabla 39.**

Personas que manifiestan que “cuentan pocas veces / nunca” con diversos apoyos y afectos, por edad

**La mayoría de las personas que no pueden contar con ayudas económicas o materiales importantes (el 51,7% del total de las personas encuestadas), vive en hogares con carencia material severa, con adultos en desempleo y en pobreza relativa.** En relación con la salud, también de forma mayoritaria señalan sufrir enfermedades, presentan hábitos de riesgo y consideran que su estado de salud es “malo / muy malo.

El 40,1% del total de personas encuestadas que indica que no cuenta con amistades o allegados que les visiten también perciben de forma mayoritaria su salud como “mala / muy mala” y casi el 50% sufre carencia material severa.

**Los datos indican que las dificultades de salud y las situaciones de pobreza pueden condicionar la fortaleza de las redes sociales disponibles**

**Tabla 40.**

Personas que manifiestan que “cuentan pocas veces / nunca” con diversos apoyos y afectos, por situación de salud, carencia material severa, pobreza relativa y BITH

Total de personas encuestadas que dijeron “Nunca/ pocas veces”	Valoración “mala/muy mala” de su salud (14,1%)	Tiene hábitos de riesgo (12,6%)	Tiene enfermedad (47,5%)	Carencia material severa (53,5%)	Pobreza (81,5%)	BITH (33,8%)
Cobertura de la necesidad y expresión de afecto	<b>25,2%</b>	<b>30,5%</b>	<b>33,9%</b>	<b>25,9%</b>	<b>31,9%</b>	<b>27,9%</b>
Alguien que le anima a expresar sus ideas y pensamientos	<b>25,9%</b>	<b>32,4%</b>	<b>30,2%</b>	<b>27,0%</b>	<b>30,3%</b>	<b>27,5%</b>
Contar con fuentes de información adecuadas	<b>26,3%</b>	<b>35,2%</b>	<b>30,7%</b>	<b>26,4%</b>	<b>33,3%</b>	<b>29,3%</b>
Alguien a quien contarle sus problemas	<b>28,8%</b>	<b>41,4%</b>	<b>31,2%</b>	<b>28,8%</b>	<b>35,8%</b>	<b>31,7%</b>
Amistades o allegados que le visitan o que visita	<b>40,1%</b>	<b>55,7%</b>	<b>45,5%</b>	<b>43,4%</b>	<b>49,9%</b>	<b>43,8%</b>
Apoyo para cubrir una necesidad económica o material importante	<b>51,7%</b>	<b>60,0%</b>	<b>51,3%</b>	<b>52,7%</b>	<b>60,7%</b>	<b>55,1%</b>

# 9 Estudio cualitativo

Este apartado del informe contiene los resultados de tres grupos focales llevados a cabo en Madrid, Alicante y Barcelona, con la participación de personas atendidas mayoritariamente en distintos programas de salud de Cruz Roja. En total, participaron 23 personas que se dieron cita para hablar sobre sus problemas de salud, partiendo de condiciones de vida muy vulnerables. Los temas que se extraen de sus aportaciones giran en torno a la pobreza, las deficitarias condiciones de vida y habitabilidad, el aislamiento y la soledad sentidas por la debilidad de las redes sociales y familiares y el impacto que estas condiciones de vida tienen sobre su salud, tanto física como psíquica, así como la retroalimentación existente entre ambas esferas de la salud, evidenciando las dificultades que entraña la solución de problemáticas sociales y de salud sin un abordaje integral e interdisciplinar basado en un modelo de intervención bio-psico-social.

## Composición de los grupos focales. Datos sociodemográficos y problemáticas detectadas

El análisis cualitativo sobre la salud de las personas encuestadas por Cruz Roja Española se realizó mediante tres grupos focales, desarrollados en las ciudades de Madrid, Alicante y Barcelona. En dichos grupos participaron un total de 23 personas (7 mujeres y 16 hombres), con edades comprendidas entre los 21 y los 91 años. Cuatro de las personas participantes eran de procedencia extranjera, todas ellas de América Latina, el resto españolas.

Nombre ficticio	Edad	Ciudad
Lucía	91 años	Barcelona
Laura	64 años	Barcelona
Elsa	80 años	Barcelona
Leandro	85 años	Barcelona
Fernando	69 años	Barcelona
Pedro	64 años	Barcelona
Pablo	58 años	Barcelona
Juana	55 años	Barcelona
Rosa	72 años	Barcelona
Estela	49 años	Madrid
Gregorio	50 años	Madrid
Óscar	62 años	Madrid
Ricardo	58 años	Madrid
Wilson	54 años	Madrid
Toñi	42 años	Alicante
Luis	55 años	Alicante
Gabriel	52 años	Alicante
Valentín	58 años	Alicante
Javier	66 años	Alicante
Manolo	48 años	Alicante
Salustiano	70 años	Alicante
Juanjo	39 años	Alicante
Esteban	21 años	Alicante

Entre las problemáticas de las personas participantes en los grupos focales atendidas por Cruz Roja, prevalecen las situaciones de exclusión, caracterizadas por períodos de vida en la calle, carencia de ingresos y consumo de sustancias. En segundo lugar, se detectan problemáticas de salud asociadas a la edad y relacionadas con la sobrecarga laboral, el estrés y la ansiedad derivada de la precariedad. En tercer lugar, aparece la presencia de enfermedades crónicas o temporales cuyas secuelas físicas o psíquicas determinan grandes dificultades para participar en el ámbito laboral y social.

**La mayoría de las personas participantes en los grupos son beneficiarias de programas de salud llevados a cabo por Cruz Roja Española. Sus perfiles y la casuística analizada no son representativos de todas las personas atendidas por CRE en sus programas sociales y de empleo que han sido, analizadas en el apartado cuantitativo de este informe y que, en conjunto, presentan una menor prevalencia de enfermedades y una mejor percepción de su salud. Sus testimonios y reflexiones de las personas participantes en los grupos aportan sin embargo un extraordinario valor para entender el impacto de la pobreza y la exclusión social en la salud, las dificultades de acceso a la atención de la salud que experimentan muchas personas en riesgo de exclusión, y el peso de los determinantes sociales de la salud**

**Pese a la diversidad de problemáticas presentadas por las personas participantes en los grupos focales, es posible observar dinámicas comunes relativas al proceso de salud/enfermedad: los testimonios dan cuenta de una relación directa entre la condición social caracterizada generalmente por la precariedad (laboral, social, familiar) y, en algunos casos, por la exclusión social, y un deterioro en la salud mental. También existe una relación interdependiente entre salud mental y salud física, que determina que la presencia de déficits en alguno de estos ámbitos influya directamente en el otro**

El perfil de las personas parece tener un papel importante en cómo se vive subjetivamente el proceso de salud/enfermedad, así como en la gestión de la salud: por lo general, las personas mayores de 65 años presentaban mayor conciencia acerca de sus limitaciones físicas y enfermedades y mostraban también mayor control sobre sus tratamientos y prescripciones. Las personas con una historia de exclusión (cárcel, vida en la calle, adicciones) mostraban un menor control sobre el cuidado físico, las revisiones y prescripciones médicas o la alimentación.

En relación con el acceso a la salud, las personas participantes han manifestado, de forma mayoritaria, no experimentar dificultades en la atención primaria y en los controles de seguimiento en caso de enfermedades crónicas, así como tampoco en la cobertura de los servicios.

**Sin embargo, han aparecido situaciones que dan cuenta de un acceso deficitario. La más importante es la relativa a la financiación de determinados medicamentos, que han sido excluidos de la cobertura pública total o parcialmente, o bien que tienen problemas de abastecimiento. Además, la atención psicológica y la salud bucodental tienen una cobertura pública limitada, pese a su gran importancia, especialmente para las personas en situación de vulnerabilidad. Las personas que han participado en los grupos también consideran importante que se les tenga en cuenta en relación con la elección del tratamiento, respecto del cual, desearían poder expresar su opinión. Otra problemática que se ha subrayado en lo que se refiere al acceso a la salud es la de las personas extranjeras en situación de irregularidad jurídica o la de las personas desempleadas de larga duración. Por último, destacan las dificultades que encuentran para la determinación de las minusvalías o las incapacidades, debido a los requisitos para su acreditación**

Cruz Roja Española lleva a cabo programas en materia de salud destinados a paliar estos déficits sanitarios en situaciones de emergencia, exclusión social o vulnerabilidad (tratamientos farmacológicos, arreglos dentales, prótesis o gafas). En la mayoría de los programas incorpora la atención psicológica o el apoyo emocional y realiza proyectos de prevención y atención referentes al estilo de vida y a la gestión de la enfermedad. Las personas participantes en los grupos focales han valorado muy positivamente estas ayudas.

## Situación ocupacional

Sólo dos de las personas que han participado en los grupos focales estaban trabajando en el mercado laboral formal, cuando se realizaron las sesiones. En los dos casos se trataba de contratos a tiempo parcial, de apenas unas horas a la semana y con salarios inferiores a los 200€. Otras desarrollaban actividades laborales sin contrato formal, como el reparto de publicidad en buzones o la limpieza de casas por horas. La gran mayoría estaba desempleada, en muchos casos debido a problemáticas vinculadas a la exclusión social (adicciones y sinhogarismo) y en otros a la edad (mayores de 55 años).

**Yo tengo 20 años cotizados y estoy trabajando, un trabajo precario, trabajo 15 noches, cobro 300 euros. He estado con contrato, lo que pasa es que ahora como tenía la opción de cobrar paro también, estoy haciendo lo que se hace en España: si puedo cobrar de aquí y de allí, pues cobro de todos lados. Pero llevo trabajando, cuidando una obra ya 16 meses. Tengo 55. Cuando termine de cobrar el paro, pues están dando 180 euros de pago, porque yo trabajaba 14 horas, pero cotizaba una diaria. Y ahora estoy cobrando 300 euros, como he seguido trabajando, más 180 que me da el paro. Cuando acabe el paro, pues subo a los 430 de mayor de 55 años, y luego la jubilación. Cuando uno ha llegado a unos mínimos de precariedad, con 430 euros te sobran. (Luis, Alicante)**

Las trayectorias laborales también han estado marcadas por el desempleo, la precariedad, la intermitencia o la informalidad. El patrón más común es haber trabajado en sectores caracterizados por una gran precariedad laboral (agricultura, construcción, actividades en régimen de autónomos, restauración), en los que ha resultado difícil mantener una vida laboral sin interrupciones.

**Yo he trabajado en Francia y en España. En Francia casi 20 años, tendré unos 15 años cotizados. Y aquí en España hace 30 años que estoy, pero ya por la edad que tengo y los problemas de salud, no he cotizado. Estos 30 años tendré unos 10 años de cotizados aquí en España. Las dos jubilaciones se juntan, porque ya tengo 66 años, estoy metido en esto de arreglar las jubilaciones, de juntar la de Francia y la de España. Y el problema que he tenido últimamente es que en febrero he padecido un ictus y por eso estoy así como estoy. Todavía no cobro la jubilación, normalmente, tendré que cobrar unos 900 euros, ahora no estoy cobrando nada. Ya he tenido unas ayudas, pero se me han acabado. Estoy viviendo aquí al lado en un piso de estos de ocupas, tengo una habitación ahí, pero me cogió en febrero justamente estando en esta situación el ictus, me pasó allí en el piso, cogí el teléfono, porque sé más o menos cómo va esto de los ictus y he tenido una experiencia en mi familia ya, cuando noté lo que noté, enseguida llamé y en diez minutos estaba en el hospital. Pero lo que pasa es que hace dos años me operaron aquí mismo en la residencia de un pulmón, hice un hematoma, me operaron, la operación fue muy bien y todo, me lo han controlado también, pero resulta que me han dado una grapa en un pulmón y esa grapa supura, me hace supurar y pierde líquido. Tienen que abrir, como les dije, que abra a su abuela, pero a mí no me toque nadie ahora. Y ya estoy abierto por todos los lados, me van a abrir otra vez para quitarme la grapa. La grapa pues vivo con ella y de cuando en cuando me sacarán el líquido y ya. (Javier, 66 años, Alicante)**

Otro factor que ha influido en el trazado de estas precarias trayectorias laborales ha sido la fluctuación de los mercados en el caso de las personas que han sido autónomas. La crisis económica que ha vivido España desde 2008 ha afectado de manera más directa a quienes estaban en este régimen, en la construcción y en la hostelería. Estas personas coinciden en que, a partir de los 55 años y para la mayoría de los sectores laborales, la reinserción en el mercado de trabajo es muy difícil.

**Yo hasta hace ocho años que puntualmente he tenido trabajos, pero llevo ocho años sin trabajar. Terminamos la charla y dicen, pues tengo que darte una mala noticia, pedimos un perfil con estas características, pero una persona más joven. (...) Los jóvenes salen muy bien preparados, pero no salen con experiencia, yo tengo mi preparación, pero tengo mucha experiencia en los campos en los que me he movido (...). Antes yo marcaba mi precio, las empresas decían demuéstralos, yo lo demostraba y conseguía ese sueldo. Pero yo me lo trabajaba, nadie me regalaba nada. (...) Llevo ocho años sin trabajar, puntualmente me han salido cosas, pero temporalmente, períodos cortos. Porque el problema que yo he tenido siempre, en los últimos años, ha sido la edad. Yo desde hace años, ocho, casi nueve, no percibo un duro por parte de ninguna administración, porque resulta que no tengo los años cotizados.**  
**(Pedro, 64 años, Barcelona)**

**La primera vez... porque no tenía ni para comprar medicamentos, no tenía un sitio donde dormir, entonces, una Fundación me acogió, me ofreció un techo y comida. Estuve con ellos, pero con 64 era más difícil encontrar trabajo, yo pedía cualquier trabajo, de día, de noche, de lo que fuera, me daba igual. Al final conseguí uno de reponedor en un supermercado, todo alejado de mi mundo anterior. Yo me dedicaba al diseño. Daba clases de diseño. Me movía en unos conceptos como, por ejemplo, el moverse por cámaras de comercio dando conferencias, aquí, en Francia, Italia, Alemania, Portugal... Y al final todo explotó, y yo encantado de la vida de trabajar de reponedor en un super, yo lo que quería era trabajar. (...) porque cuando uno es autónomo si no trabaja no cotiza, si no cotizas no esperes una jubilación. Lo que pasa es que como yo había trabajado para terceros y como autónomo, me pude acoger a terceros y cobrar una auténtica miseria como la que estoy cobrando, y subsistir.**

**(Fernando, 69 años, Barcelona)**

---

Existe un factor más que obstaculiza el acceso al mercado laboral y que tiene que ver con las condiciones de salud. Un ejemplo es el de quienes padecen una enfermedad, como un cáncer que, aunque haya sido intervenido quirúrgicamente y se mantenga estable y bajo control, socava el bienestar de la persona tanto física como psíquicamente, debilitando su desempeño laboral.

**Cuando los problemas de salud se combinan con trayectorias laborales precarias resulta imposible conseguir bajas laborales y, eventualmente una incapacidad laboral.** Esto no sólo sucede debido a que la conexión con el mercado laboral es intermitente y temporal, sino también porque las personas pueden no haber estado dadas de alta en la Seguridad Social, a veces de forma intencionada y otras sin saberlo. Este es el caso de Estela.

**Yo soy cocinera, lo que pasa es que yo en la cocina no me podría meter, incluso para la plancha y para quitar grasa utilizamos un líquido que eso es lo peor que hay; cuando ese líquido tira el vapor, eso es tóxico. ¿Saben lo que me dicen? Que eso no es nada, les digo “¿Cómo que no es nada? Te digo que mi sistema inmune lo tengo al cero”, o sea, yo paso por ahí y tú estornudas y ya se me pegó. [Ese líquido] es un líquido de cocina, no me acuerdo ahora mismo el nombre, no tiene nombre específico, según la empresa, viene el nombre de la empresa y pone “tóxico”, con amoniaco y con todo. Cuando me salió la enfermedad, porque estaba harta de cocina, llevaba veintipico de años de cocina, me fui un año a la limpieza para descansar porque yo trabajaba 20 horas en una cocina; terminé la cocina y en ese año que me cambié de empresa, me fui a una limpieza en un gimnasio, me salió la enfermedad y fue de un momento a otro, porque yo me hacía todas mis analíticas. Eso me cogió en tres meses, si no me ando rápido, ahora mismo yo no se los estuviera contando a ustedes, porque estuvo a un milímetro y medio de hacerme metástasis el cáncer, se me quedó a un milímetro y medio de la costilla, la operación duró nueve horas y aun así... Es un melanoma infiltrante, se vuelve raíz, todo es raíz, corre, y aun así en la operación no me pudieron quitar todo. Me dieron la radio, un mes entero de radio, o sea, yo tenía la cara, la piel tostada. Yo no puedo coger el sol ahora mismo, lo tengo totalmente prohibido durante un año, y no hace ni seis meses que me la acaban de dar. Y yo no he parado, porque he consumido los 500 y pico de días, me mandan a trabajar; como yo les he dicho, si tuviera fuerzas para trabajar, trabajaría porque eso es lo que he hecho toda mi vida como una idiota, trabajando, trabajando. Ahora mismo no puedo porque no estoy ni al 30%, o sea, es coger, ponerme a limpiar en mi casa y dolerme el alma. Yo llevo 32 años en España cotizando, me engañaban porque me decían “Te voy a dar para ocho horas en la cocina”, trabajaba 20 y me daban de alta dos horas. Cuando voy a solicitar mi derecho, porque creo que tengo derecho a algo, me dicen “Señora, usted no tiene derecho ni a palos, “¿Por qué? Si llevo trabajando**



→ **tres años sin parar”, “Usted está dada de alta dos horas”, “¿Cómo?”, me quedé loca. Y cuando di a luz mi primera hija, que tiene 26 años, voy a cobrar lo de la maternidad, ¿sabe lo que me dijeron? “Señora, usted no tiene derecho a maternidad, porque usted tiene tres meses dada de baja”, “¿Cómo? ¡Si yo estoy trabajando todavía! Mire mi nómina”. La seguridad social denunció a la empresa, le sacó un millón de pesetas en aquel tiempo a la empresa, a mí no me dieron ni un duro, ni me dieron maternidad. Sin paro, dando a luz, con mi hija, madre soltera, en la calle... La empresa no me liquidó, porque hacía tres meses que... y yo firmando como tonta no sé qué nóminas, y resulta que en una firma de esas me pasaron carta de despido y yo no me enteré, porque te dicen “Firma aquí la nómina, vete, te toca tal”, y yo firmo y me voy porque no tienes tiempo ni de leer. Y por eso me denegaron el RMI [Renta Mínima] la primera vez, porque se supone que ahora mismo tendría que tener 21 años cotizados de todo lo que he trabajado, porque yo no he dejado de trabajar en este país, y resulta que no tengo ni ocho cotizados. ¿Por qué? Porque me he tirado dos años en una pizzería trabajando, que por cierto el dueño de esa pizzería es un fiscal de aquí, me tenía trabajando ahí dos años, encargada de la pizzería, trabajando 18 horas y no estaba dada de alta, una hora cada tres... me cambiaba el contrato, en tres meses me ponía una hora y los otros tres meses me ponía dos y así anduve. Cuando me di la baja, porque me iba a Canarias, resulta que no tenía derecho a pago ni a nada, otra vez así. [Y ahora, con la enfermedad] también la medicación que tú tomas te ayuda a tener lagunas mentales, porque a mí me pasa con lo del cáncer y lo mío es degenerativo también, o sea, yo por muy bien que me encuentre, jamás voy a estar... todo lo contrario, yo voy menguando. Entonces, los trabajos que hacemos físicos, por ejemplo, el trabajo físico de limpiar cristales, lo veo duro para la enfermedad que tienes. (Estela, 49 años, Madrid)**

Otra de las situaciones que se han expuesto en los grupos focales es la débil conexión con el mercado laboral de las personas con trayectoria de adicciones que, a su vez, padecen una enfermedad crónica, tienen VIH o han contraído una hepatitis. **Pese a que participan en programas de deshabituación, están siendo controladas médicaamente y algunas tienen condiciones para el desempeño de actividades laborales, se sienten discriminadas y expulsadas del mercado laboral.**

**Yo he ido...ha sido un caso nada más de unos cuantos, yo he ido a una asociación, supuestamente los chavales tenían que comunicarse con gente enferma como yo, y tener que aportar el informe de la minusvalía que tenía, al tener VIH, a mí no me dio la mano esa muchacha. [El tipo de trabajo] era un sector de limpiar cristales, o sea, en los edificios grandes limpiar cristales por fuera. Yo ya no lo enseño más, yo ya no puedo decir que tengo una minusvalía. Esa es otra. Si tú te pones a trabajar, como le ha pasado a mucha gente que yo conozco, se pone a trabajar, a los tres meses te echan, quedas en la calle, ya no tienes ni la pensión esa ni el trabajo. Ya búscate la vida estando mal, porque esto es degenerativo, o sea, las cosas como son, sí, se han inventado medicamentos que lo curan y tal, muy bien; un chaval que lo coja ahora pues a lo mejor sí se lo va a paliar y muy bien, pero para gente como yo con 40 años con el VIH, como dice el médico "está vivo de milagro". Entonces, claro, es así, y yo antes nadaba bien, pero he agarrado diez largos y no es que me haga 200 en un día, sino que me hago diez y eso igual da. Pierdes la musculatura, pierdes... vas degenerando. O sea, como dicen "Ya lo hemos curado, ya lo hemos pagado", no. (Óscar, 62 años, Madrid)**

---

Las personas con problemas de salud mental, aunque estén en tratamiento y seguimiento médico, tienen dificultades no solo en el ámbito laboral, sino también en el social. Señalan sufrir aislamiento y discriminación lo cual, en ocasiones, agrava la enfermedad o, como mínimo, dificulta su superación. Estas circunstancias condicionan también el acceso al mercado laboral.

**De todas maneras, repito, doy gracias a todos los dioses por permitirme seguir disfrutando del sol cada mañana, o la lluvia, me da igual (...). Lo que pasa es que, aquí, queda un remanente, (...) que es un estado muchas veces depresivo. Cuando uno mira la vista atrás, y el camino recorrido, las cosas que hice profesionalmente, las familias que he tenido, porque he tenido varias, el resultado global es deprimirse muchas veces. Entonces uno pelea para no deprimirse, (...) uno se da cuenta de esos pasos previos de esa depresión y aprendes a motivarte de otra manera para seguir sin caerte, sin hundirte. Porque si no, uno se pasaría el día mirando una pared blanca y se quedaría así, como atontado. Pero que resulta duro, muchas veces más que el concepto físico, el concepto psíquico. (Fernando, 69 años, Barcelona)**

---

**Finalmente, la condición de extranjería, sin las autorizaciones legales correspondientes, supone un gran hándicap para la incorporación laboral formal en España.** Es el caso de Wilson, Gabriel y Esteban, quienes están en situación de irregularidad administrativa y, por tanto, no pueden trabajar. En los tres casos, manifiestan que los obstáculos para trabajar les han llevado a padecer una dependencia del alcohol y a estar en situación de sinhogarismo.

**El proceso salud/enfermedad se vive de manera absolutamente personal y vivencial, por tanto, la determinación de la capacidad o incapacidad para desarrollar actividades laborales depende de una valoración global de cada caso. Una valoración exclusivamente biológica del proceso salud/enfermedad podría no contemplar los aspectos subjetivos, emocionales o psicológicos implicados en éste, a partir de los cuales, participar en el mercado laboral puede ser, o bien un aliciente y fuente de fortalecimiento y autoestima, o bien, un factor de sobre-exigencia, frustración, estrés, agotamiento e imposibilidad (Cruz Roja Española, 2008). Los testimonios de las personas que han participado en los grupos muestran las dificultades del mercado laboral para adaptarse a las condiciones de salud de las personas desde un planteamiento inclusivo**

---

## Situación social

La situación social de las personas entrevistadas en los grupos focales varía en función de su perfil. Las personas que han tenido una conexión más larga con el mercado laboral formal, pero vienen experimentando el desempleo, la precariedad, la intermitencia o el trabajo sumergido, a raíz de la crisis económica, manifiestan sentirse discriminadas por razón de la edad. Algunas incluso sienten que se las excluye bajo la premisa de que ya no pueden aportar nada. Otras opinan que se trata de estrategias para contratar a gente joven, sin experiencia, con el fin de rebajar condiciones laborales y sortear derechos conseguidos con mucho sacrificio, en épocas pasadas. Experimentan una desvalorización social, tanto por la falta de reconocimiento como trabajadoras, como por la falta de ingresos, lo cual les lleva a tener problemas en el ámbito familiar, sobre todo si anteriormente habían actuado como sustentadores familiares.

**Pero el desenlace ha sido consecuencia de todos estos últimos años, no trabajar, se complican las cosas, surgen una serie de problemas que a lo mejor estaban ahí pero no los queríamos ver, cuidado, pero que cuando llegas a situaciones muy críticas, te das cuenta de que no es todo lo bonito que es. Entonces qué pasa, a mí me ha conducido a mi separación mi situación, sí. (Pedro, 64 años, Barcelona)**

---

**Cuando se tienen hijos, y los hijos se utilizan como arma, para tirártela, para fastidiarte. Cuando se les dice a tus hijos que eres el malo tú, que tú eres el malo, que tú nunca estás, cuando estás trabajando más horas que un reloj, porque cuando uno es autónomo no tiene un horario (...). No tienes horario, ni tienes domingos, ni tienes vacaciones, ni tienes días festivos, ni tienes nada. Entonces, tú eres el malo, tu pareja, tu expareja, además en mi caso, me voy yo, y yo con la mano delante y la otra detrás, porque con el tema del trabajo me pasó lo que me pasó. (...) Los abuelos maternos hacen su cizaña con los niños para que yo sea el malo. Y llega el momento que tú no puedes ofrecer a tus hijos los días que te tocan, cada quince días un día, no les puedes llevar al Tibidabo y que suban a las atracciones, o me voy a un parque acuático ahora en verano... (Fernando, 69 años, Barcelona)**

---

**Algunas de estas vivencias ocasionan problemas de salud mental como ansiedad, estrés o depresión.**

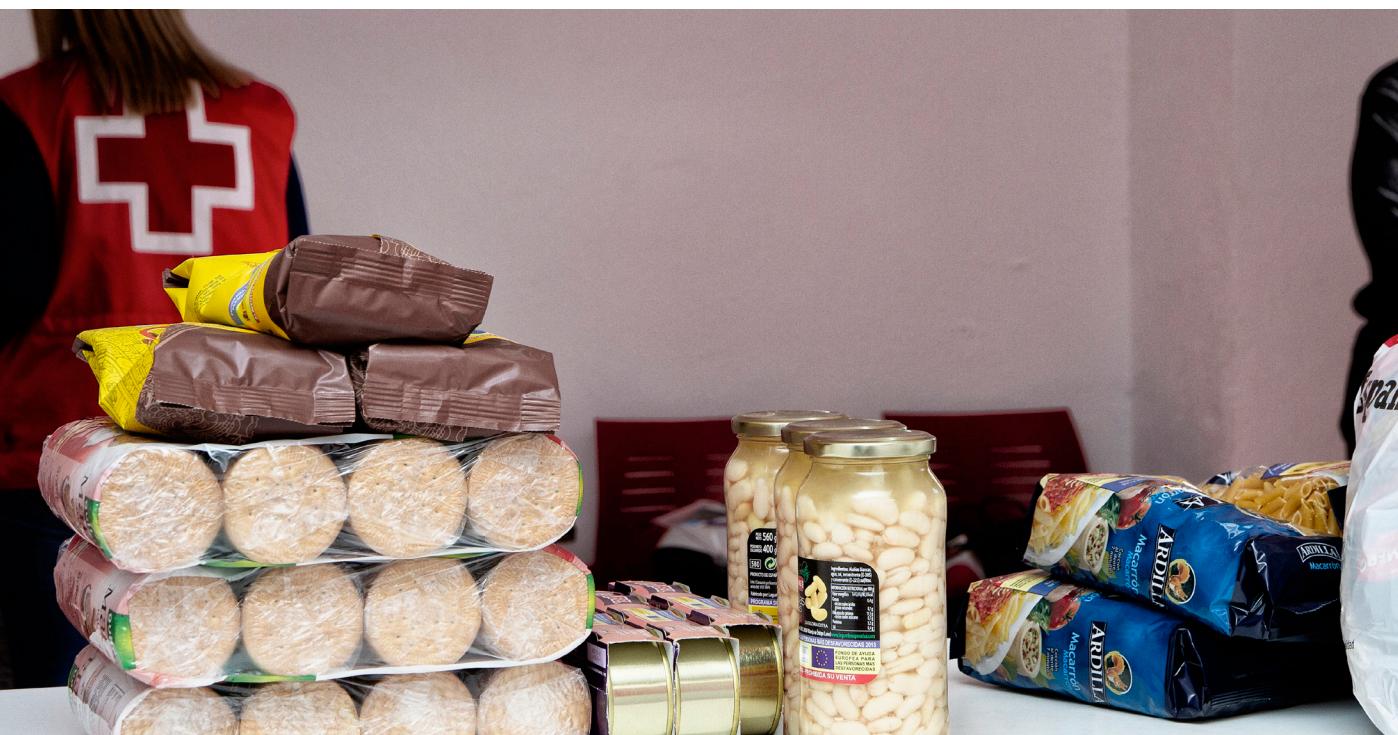
**Llevo ocho años sin trabajar, puntualmente me han salido cosas, pero temporalmente, períodos cortos. Porque el problema que yo he tenido siempre, en los últimos años, ha sido la edad. (...) Soy una persona que no soy pesimista, soy realista. (...) Yo hace muchos años puedo hablar perfectamente de lo que es una depresión. (...) Me duró cerca de tres años. Estando en las últimas, yo mismo decía a mi entorno, voy a necesitar de ayuda, porque no sé cómo salir. Pero por aquellas cosas de la vida dije voy a luchar por salir por mí mismo, y me costó pero al final no tuve que recurrir a una ayuda externa, de un psicólogo, un psiquiatra, etc. Me costó pero salí con mucha fuerza. (...) (Pedro, 64 años, Barcelona)**

---

Los testimonios de las personas participantes en los grupos focales también reflejan el problema de la discriminación por edad y los estereotipos negativos asociados a la imagen de las personas mayores.

**Juana: es más que todo un problema de justicia distributiva también, porque siempre hacia las personas mayores ha habido discriminación. Eso desde siempre y en todos los países, yo soy de un país de Latinoamérica y es igual. Pero hay países que a las personas mayores se las valora, y en cambio hay países que no, que son personas desecharables, que ya no valen para nada. Laura: exacto. Ya de los cincuenta en adelante dicen no. (Grupo de Barcelona)**

Esta situación se agrava cuando toman conciencia de que los últimos años de vida laboral son fundamentales para la determinación de las jubilaciones y muchas personas ven cómo más allá de los 55 años, su conexión con el mercado laboral es muy inestable o nula, lo que conduce a la pobreza. “La propia situación de pobreza enferma”, nos dice Pablo, para quien pedir ayuda a las entidades es motivo de vergüenza, por no poder tener unos ingresos dignos de manera autónoma. Las sociedades occidentales se han conformado bajo el paradigma de la individualidad: el ser independiente y autosuficiente, que toma las riendas de su propia vida y que se define en función de sus bienes materiales. Noción que tradicionalmente se ha ligado al género masculino. La imposibilidad de algunos hombres de cumplir con este ideal (a causa de crisis económicas, enfermedades, accidentes, entre otras) les ha llevado a cuestionar su propia masculinidad o su posición como ciudadanos (como sujetos que se encuentran bajo el paraguas de la protección social). Pedir ayuda para vivir les coloca en el ámbito de la asistencia social, lo que confronta su capacidad de autonomía).<sup>32</sup>



---

32. Martín-Palomo, M.T. (2010), “Autonomía, dependencia y vulnerabilidad en la construcción de la ciudadanía”, en Avendua, Dic. 57-69

**Yo estoy cobrando 634 euros. Vivo en una habitación de un piso compartido. Es que la pobreza es una enfermedad. Ser pobre, es decir, tener los ingresos que tenemos, pagar el alquiler que pagamos, y tener que vivir con una sonrisa, porque es lo que nos dicen que tenemos que hacer... Totalmente de acuerdo, pero quiero decir que la pobreza, suerte tenemos de la Cruz Roja, suerte tenemos de funcionarios que te encuentras por ahí, porque depende de la persona que te encuentras detrás de una mesa pues te atiende con humanidad o no, pero la mayoría te atienden con empatía, porque te ven que estás diciendo la verdad, hay quien no la dice, pero cuando dices la verdad, y lo certificas con papeles, te pueden facilitar la vida un poco, un poco. Pero joder, ir pidiendo limosna, que si aquí, que si allá, llega un momento que esto te genera enfermedad. A mí me ha generado enfermedades, una de ellas, como decías muy bien, es quedarte en casa durante tres días pensando qué coño... cómo monto, cuál es la siguiente jugada a hacer para poder vivir. A mí me pagan el butano, la luz la tenía pinchada, porque si no no se puede pagar, ahora la pago, y joder lo que se paga de luz, pues estoy buscando la manera para que me ayuden. El agua tengo el bono social. De luz también tengo el bono social. Es decir, el gasto mental que uno tiene que generar para poder... La medicación, la Cruz Roja. La Cruz Roja me ha ayudado de manera puntual en otros aspectos. Es decir, que otras, tener los ingresos que tenemos, y tener los pagos que tenemos que hacer para que no... (...) (Pablo, 58 años, Barcelona)**

Los sentimientos de fragilidad social -e incluso exclusión- también son experimentados por personas que han padecido enfermedades graves que , aunque superadas o minimizados sus efectos, han dejado secuelas que impiden una relación efectiva y estable con el mercado laboral. Es el caso de quienes han padecido un cáncer y han recibido un tratamiento de quimioterapia. **La situación que experimentan tiene mucho que ver con su historia laboral: quienes han tenido trabajos estables, han podido beneficiarse de una baja laboral, de una cobertura sanitaria casi total y, en algunos casos, de una incapacidad temporal o total con ingresos económicos.** Sin embargo, quienes han tenido una vida laboral inestable, precaria, con períodos en la economía sumergida, tienen dificultad para el reconocimiento de la baja laboral o de una incapacidad. Por tanto, la inestabilidad laboral afecta a las posibilidades de una protección social, que cubra contingencias como las enfermedades. La vida de algunas de estas personas depende, no sólo de su proceso de salud/enfermedad, sino también de sus posibilidades para conseguir unos ingresos. En estos casos, el apoyo familiar, tanto emocional como económico, es fundamental, pero algunas personas no cuentan con él. Este es el caso de Estela, una mujer que ha padecido cáncer y todavía se encuentra en tratamiento, pero no ha conseguido tramitar una baja laboral por no haber cotizado a pesar de estar trabajando cuando le diagnosticaron la enfermedad. Estela es inmigrante, divorciada y con una hija a cargo; su ex marido no le pasa la manutención y no tiene otros familiares en España, por lo que su extrema vulnerabilidad tiene que ver también con esta falta de redes de apoyo.

**Yo no estoy cobrando, estoy dada de baja por una enfermedad, desde febrero a mí no me paga nadie, se niega la mutua, se niega el INSS, se niega la empresa a pagarme, o sea, ahora mismo yo estoy en el aire. Y es que no lo entiendo, y tengo una hija a cargo, una menor, todavía de las tres me queda una a cargo y nada, yo pago piso, compro mi medicina, entonces, ¿de dónde saco el dinero? Mis amigas me han ayudado, la Cruz Roja el año pasado me ha ayudado a pagar un par de meses y así he estado, pero debo meses atrasado. Es lo que dice él, si sigo así, me voy a ver en la calle. Pero en una posibilidad que yo me estoy queriendo ver en la calle, porque no puedo trabajar y aunque quiera no puedo. Supuestamente, yo cobraba 425 de la baja médica, por el INSS, y se supone que él me pasaba cien euros y nunca me los ha pasado, en cinco años [se refiere al ex marido]. Porque mi hija mayor trabajó en esos meses, trabajó cinco días en un mes y otros cinco días otro mes, se lo juntaron y nos juntaron lo de las dos y nos pasábamos por un euro. Según ellos, me lo denegaron por eso [se refiere a la Renta Mínima]. Me lo siguen denegando. Ahora no tengo ningún ingreso y le he dicho a la asistente social “Vamos a solicitarlo otra vez”, me dice “Vamos a esperar”, pero ¿vamos a esperar qué? si yo desde febrero no estoy cobrando un duro. Y estoy malviviendo ahora mismo, lo que pasa es que yo hago de tripas corazón, y porque la Cruz Roja me ha ayudado... (Estela, 49 años, Madrid)**

---

Otra temática abordada en los grupos focales es la de las personas jubiladas o pensionistas, cuya situación social depende de su red familiar y de su nivel de ingresos. En el caso de las personas entrevistadas, los ingresos oscilaban entre los 500€ y los 900€, debido a cotizaciones en el régimen de autónomos o por pensiones de viudedad. Para la mayoría de los casos, estas cuantías resultaban insuficientes y por dicho motivo precisaban la ayuda de Cruz Roja Española para la provisión de algunos medicamentos o prótesis.

**Algunas personas mayores con problemas de salud graves y bajos ingresos están apoyando a familiares en situación de desempleo o precariedad.** Es el caso de Laura, procedente de Venezuela, quien ha pasado por 23 operaciones quirúrgicas y un ictus, pese a todo lo cual continúa ayudando a sus hijos económicamente.

**Yo tenía [ayuda para medicamentos de Cruz Roja], pero el año pasado pensé que ya no había más ayuda y no la he reclamado. Pero yo tengo también muchas necesidades, porque mis hijos se vinieron de Venezuela, y tenía un apartamento muy pequeño y tuve que salirme yo e irme a una habitación. El apartamento es muy pequeño, todos cabíamos ahí, pero era incómodo, entonces, yo decidí irme y dejarles el apartamento a ellos. Que, por la necesidad, como tú lo sabes, la necesidad que están pasando allá es fuerte. Yo vivo con 500 euros, pero eso no me alcanza para nada (Laura, 64 años, Barcelona)**

---

**En muchas ocasiones, las dificultades económicas por las que atraviesan las personas mayores se ven agravadas por la situación de aislamiento y soledad en la que se encuentran.** Las dificultades de movilidad convierten en algunos casos la casa en una cárcel. En estas situaciones, el contacto y seguimiento de Cruz Roja y su ayuda para facilitar la asistencia a actividades resulta inestimable, al ofrecer una ventana al mundo a estas personas. Con estas acciones, se facilita una red de relaciones que evita el aislamiento social y la soledad.

**El ir así con invalidez, llevaba mi bolsito aquí colgao, la norma de hoy en día, me tiraron, fui al suelo, me rompí el fémur, y como tengo los huesos tan delicados, pues el fémur me lo pudieron arreglar, pero lo demás lo tengo... (...) medio cascao. Entonces tengo que ir, o bien con andador hasta ahora he ido, ahora ya mis piernas no me lo permiten, y tengo que ir en silla de ruedas. Y ya no digamos que tengo parte del corazón, que por eso tomo Sintrón y todo, mira cómo voy... Que vaya, que estoy fatal (...). Tengo un hijo y una hija, pero tenemos una suerte bárbara, los tres estamos igual, con nuestra tarjetita de invalidez, los tres inválidos. A mí qué ayuda me pueden poner mis hijos, pues tengo que estar a merced de que me manda una el ayuntamiento, hora y media, los miércoles a limpiarme la casa. Ya me dirás lo que hacen en hora y media, que llegan, que se cambian, normal. Que van, que se cambian. Ya dejan de trabajar un rato antes. (...) Y suerte de que tengo a [nombra a la técnica de Cruz Roja], que me llama para estas cosas, me llama para la Navidad, me manda, los miércoles hemos tenido allí en el barrio unas charlas y me han venido a buscar, y me han llevado, claro me tienen que recoger en mi casa y dejarme. (...) Podría hablar toda la mañana.**

**(Lucía, 91 años, Barcelona)**

---

Otra situación de especial vulnerabilidad es la de las **personas que han vivido trayectorias de exclusión social desde muy jóvenes**. Varias de las personas participantes contaban con historias de adicciones, desafiliación, sinhogarismo, y/o internamiento en centros penitenciarios, alternadas con períodos de reincidencia y de tratamientos de deshabituación o de control de enfermedades asociadas.

**Un elemento común en estas situaciones es el de la pérdida de redes familiares y sociales, y la ausencia de ingresos, en la mayoría de los casos. En ocasiones, la situación de exclusión y la ausencia de redes sociales y familiares retroalimentan el problema de adicción y viceversa. Los problemas de desafiliación que aparecen con frecuencia en este grupo crean un profundo sentimiento de soledad**

---

Sólo tres personas con estas características contaban con ingresos derivados de una pensión no contributiva en el primer caso, el desempleo en el segundo y una renta mínima en el tercero, pero en ningún caso superaban los 480€. El sentimiento más comúnmente expresado por este grupo ha sido el de “no formar parte” de la sociedad. Estas personas eran usuarias de programas de emergencia social, de deshabituación o de rehabilitación.

**Pues nada, lo único que yo tengo es que consumo alcohol, desde que se separaron mis padres allá en Colombia, desde muy joven, siempre. Teníamos una tienda y llegué aquí y al encontrarme solo, pues... Tengo una hermana también aquí en España, pero me ha dado la espalda, y todo eso me ha afectado, me ha dejado solo. Por eso estoy en el alcohol y aquí me están ayudando [a dejar el alcohol]. Al menos aquí puede estar uno presentable y no estar más mal. Yo hablo con las trabajadoras de acá que son las que me hablan y me dicen, son paisanas mías y todo, entonces, me aconsejan. Pero, claro, uno al sentirse solo y sin trabajo ni nada... Vivo en la calle. (Esteban, 21 años, Alicante)**

---

## Hábitat y vivienda

La situación de vivienda referida por las personas participantes de los tres grupos focales es problemática, confirmando los datos ofrecidos en el análisis estadístico. Quienes muestran mejores condiciones en este ámbito son las personas que han tenido una trayectoria laboral más prolongada y que, aunque se han visto afectadas por la crisis económica, disponen de una red familiar más estable. No obstante, tienen serias dificultades para pagar el alquiler y los servicios del hogar, precisando ayuda de las entidades sociales. En segundo lugar, hay un grupo de personas, generalmente hombres solos cuyos ingresos dependen de una renta mínima o una pensión, que pagan el alquiler de una habitación en un piso compartido. Entre el resto, cinco personas vivían en casas o pisos ocupados, seis en albergues públicos y otras cuatro en la calle. Sólo una persona era beneficiaria de una vivienda de protección social, una mujer con una hija a cargo, que habían sido desahuciadas. Las condiciones de habitabilidad también son deficitarias en muchos de los casos.

**[Cuando estaba de baja por el cáncer] No me pagaba nadie, porque me pasa lo que ahora, en este momento. Entonces, no me echaban de la empresa, no podía cobrar paro, pero tampoco me pagaba la mutua ni la seguridad social. Hasta que ya se resolvió me lo pagaron todo junto, que era lo que yo estaba esperando para pagar el alquiler. Si la oficina de la vivienda y la asistente social y la Cruz Roja no se ponen a dos manos, yo estuviera en la calle, yo hubiese salido con todos los trastos a la calle ese día. Me consiguieron un piso en Carabanchel. Pagaba 250 euros y aparte de los gastos, yo pagaba casi 600 euros. O sea, tampoco me regalaron nada, y ahí estuve esperando dos años hasta que me concedieron ya el piso definitivo, que me lo han dado aquí, que me lo han dado con plaga de cucarachas, que eso el ayuntamiento supuestamente no lo sabe, no tiene extractor de humo, las ventanas las tengo abiertas, me entra el frío, 150 euros me llega a mí en invierno la calefacción, porque las ventanas son de madera, es un edificio antiguo que no se puede tocar, y estoy... [El médico] me presenta el parte actual: "El sistema inmune está en mínimos", y eso lo pone en el primer parte que me dieron, pero no, ellos quieren otro parte nuevo con fecha tal, pero si no ha cambiado.** →

→ La situación del piso y el estar luchando contra eso, claro, yo tengo que fumigar el piso, porque el piso me lo han entregado con una plaga de cucarachas, eso ya existía, y las cucarachas no se van por una sola vez que tú fumigues, porque ahora están saliendo y salen de este tamaño. Claro, yo no puedo estar, porque no lo puedo respirar, por mi sistema inmune. Es verdad que un día no me hace nada, pero a lo mejor otro día más que lo use, a mí me trae problemas de salud, muchísimos problemas de salud y no sé dónde me puede afectar. Yo ahora mismo estoy como un cristal que me tengo que cuidar de todo. Entonces, les dije a los de la oficina de la vivienda: "Vamos a ver. Yo te traigo un parte médico, el primero que me dieron, donde dice todo, donde dice los efectos secundarios que voy a tener de todo lo que me van a dar, y lo ponen claramente, que me puede afectar las vías respiratorias", lo tengo, pero no les vale, porque dicen que eso es como un porcentaje, pero es lo que hay, o sea, yo no me lo estoy inventando, eso a mí me lo ha dado el médico. Yo no sé si me va a salir esto, aquello, problemas de los huesos, o me hace metástasis, no me sale nada y me muero, o sea, no lo sé. Y digo "¿Qué hago? ¿Paro el tratamiento para poder fumigar mi casa? ¿Cómo arreglo lo de las ventanas?", porque no puedo tocar nada, o sea, las ventanas están abiertas un tramo así, en invierno entra un aire y eso que tengo dos... Pues ellas no me pueden arreglar nada de eso porque esa casa está considerada un inmueble de protección, de patrimonio, entonces, le digo "Bueno, entonces, cámbiame de casa, dame una casa en condiciones que a mí no me perjudiquen, porque yo ahora mismo no estoy cobrando nada y tengo que pagar 150 euros de calefacción, ¿de dónde diablos saco el dinero? Aparte de que pago 200 y pico de casa, aparte de la luz". O sea, vosotros no me estáis regalando nada. ¿Sabe qué me dicen? "Abre la ventana, fumiga y vete". Yo en mi casa tengo que cocinar cada tres días, porque el humo no lo puedo retirar, no tengo extractor de humo.



- Me han entregado la casa con una cocina de lujo. La campana es, según ellos, de fibra de carbono; la fibra de carbono cada tres meses se gasta, yo tengo que comprar ese tubo, ¿de dónde compro yo? ¿De dónde saco dinero? (Estela, 49 años, Madrid)
- 

Yo estoy cobrando una pensión no contributiva por enfermedad, por VIH. Tengo la minusvalía de 65%. Tiene que ser superior a 60% para que te la den. Cobro 380. Con lo cual pago el piso y para comer muy justito. Ahora vivo con un chaval y bien, bien dentro de lo que cabe de tener un techo y un sitio dónde cocinar. Te vas a comprar comida y con 60 o 70 euros no haces nada, con lo cual te tienes que buscar la vida de otra manera que no sea lo que he hecho toda la vida, delinquir, y con los trabajos está muy difícil. (Óscar, 62 años, Madrid)

---

Yo tengo que ir al SAMUR periódicamente a hacer la entrevista. Yo la estoy cobrando [se refiere a la Renta Mínima], menos mal, pero bueno, yo me pago mi habitación, mi transporte, mi todo, con eso. Yo desde agosto del 2015 la cobro, son 400, lo subieron 25... bueno, no vamos a hablar de los bancos que me tienen enfermo. Son 400, pero el banquito, el banquito, al RMI le quitan todos los meses, entonces 24 euros al año... mantenimiento [de la cuenta], 9 euros cada tres meses. ¿Pero por qué si gano 400? ¿Saben qué me han dicho? "9 euros de mantenimiento de la cuenta" "¿Por qué? Yo gano 400". No sé la razón, los motivos, pero como ganas menos, te quitan, si ganara más, me quitaban menos. Ahora explícame eso... mis necesidades básicas... me quedo corto, porque esa ayuda, teniendo en cuenta que son muy caros los alquileres, algunos transportes, bueno, porque me muero bastante. Es algo, no es lo mejor, pero yo sin nada no sé qué... en situación de calle, quiera Dios, yo no vuelvo a caer más. (Ricardo, 58 años, Madrid)

---

**Yo estoy en tratamiento de metadona, llevo veinte años sin tocar la droga, entonces, claro, a mí no se puede acercar nadie. Con metadona llevo veinte años continuados, todos los veinte años continuados sin tener una recaída. Yo ya no pienso ni me afecta ni nada, porque, claro, yo aporto a aquellos que me encuentro por la calle, jóvenes que fuman porro, beben, si puedo y si me entran, porque yo no les entro nunca, si les pillo fumando pues les doy un consejillo, yo también he sido joven, entonces, les entiendo: “Esto está mal, sería mejor que lo dejaras o, por lo menos, que no lo hicieras muy seguido”. A mí el plan, digamos, sanitario donde ayuda a si tengo que ir al hospital o a especialidades, no tengo ningún problema en ese aspecto. He necesitado para unas cremas porque yo vivo en Casa de Campo y pienso vivir allí hasta que me lleve el Señor, porque me he enseñado a vivir fuera, apartado de la ciudad, no me gusta la ciudad, no convivo con ella, no comulgo con ella, para mí no es posible. [En Casa de Campo] tengo una tienda de campaña, tengo un sitio allí, ya me conoce la policía y todo el mundo allí, llevo siete años ahí. Claro, me dejan, siempre y cuando me levante tempranito, limpio, no haga fuego... (Gregorio, 50 años, Madrid)**

---

Las condiciones de la vivienda y, en muchos casos, la insalubridad, tienen una relación directa con la salud de las personas. La convivencia con insectos, bacterias o virus puede acarrear enfermedades, infecciones o alergias, así como agravar enfermedades. La utilización de productos de alta toxicidad para combatir plagas puede producir alergias, afectar las vías respiratorias o debilitar aún más el sistema inmunitario. La falta de higiene puede conducir al contagio de enfermedades. De igual modo, la pobreza energética afecta la salud de las personas que viven en hogares en los que pasan frío, por no poder afrontar el gasto en calefacción o un aislamiento deficiente. El frío puede causar hipotermia, favorecer enfermedades como la gripe, bronquitis, neumonías o agravar enfermedades crónicas (cardíacas, respiratorias o reumáticas). También puede aumentar el riesgo de incendio y de intoxicación por monóxido de carbono por el uso de chimeneas, estufas de gas, braseros, etc.

**La pobreza fuerza a las personas a vivir en entornos poco saludables, con deficientes condiciones de habitabilidad, que repercuten en la salud. Niños, niñas, personas mayores y personas que padecen enfermedades crónicas son las más afectadas por estas condiciones de habitabilidad**

---

**En mi caso, lo emocional y mental es lo más delicado y el hígado, porque los excesos te pasan factura. Hepatitis, digamos, cuatro, y eso es importante, la salud. Y luego hubo una cepa de tuberculosis aquí en España, volvió a entrar la tuberculosis por el 2000, y no me pude vacunar, porque me infecté. Pero hay una red que te informa el tratamiento y demás, entonces, bien. Una red de información y de sanidad había en el 2000, ahora no sé, pero donde yo iba a hacerme unas pruebas me dicen que no, que vaya a mi centro de salud, que ahí ya es para inmigrantes, que yo no vaya, que vaya a un centro. (Toñi, 42 años, Alicante)**

---

**En muchos casos, el recurso al alcohol y otras drogas (incluyendo somníferos o tranquilizantes) está influenciado por situaciones de ansiedad, estrés, depresión o vulnerabilidad y puede conducir al alcoholismo y a otras drogodependencias, enfermedades que deben ser tratadas.<sup>33</sup>** A su vez, las adicciones, cuando se combinan con vulnerabilidad social, familiar, económica o laboral, pueden llevar al sinhogarismo y la exclusión, repercutiendo en la salud mental. Se trata de un círculo del que es difícil salir sin la ayuda de terceras personas. En este punto, se debe hablar de la relación entre condiciones de vida y salud mental.

Cuando la situación es extrema, como en el caso de quienes viven en la calle, las personas afectadas suelen desplegar estrategias para minimizar los efectos de la insalubridad, la intemperie o el clima. Así, procuran limpiar los espacios en los que pernoctan, tener mantas o enseres básicos o trasladarse a ciudades con climas más cálidos. Estas circunstancias también están relacionadas con el cuidado de su salud, aunque éste no tenga un enfoque tradicional o formal.

---

33. Según la Ley 5/2002 del 27 de junio sobre drogodependencias y otros trastornos adictivos, de la Comunidad de Madrid, en el Artículo 4 "se considerará como droga toda aquella sustancia que, introducida en un organismo vivo, puede modificar una o más funciones de éste, siendo capaz de generar dependencia, provocar cambios en la conducta y efectos nocivos para la salud y el bienestar social". En el Preámbulo de esta Ley se pone de manifiesto que "Los principios básicos sobre los que debe constituirse cualquier Ley en materia de drogodependencias y otras adicciones hacen referencia a los siguientes aspectos: La consideración de las drogodependencias y otros trastornos adictivos como enfermedades comunes con repercusión en las esferas biológica, psicológica, social y familiar. Una consecuencia de tal idea es la equiparación del drogodependiente con otros enfermos, sin que pueda ser discriminado" Ver: Ley 5/2002, de 27 de junio, sobre Drogodependencias y otros Trastornos Adictivos. Comunidad de Madrid. La consideración de la drogodependencia como enfermedad se encuentra contemplada en las normativas sobre drogodependencias de todas las comunidades autónomas que cuentan con una ley similar

- Juanjo: **hay que tener en cuenta cuando llevas ya un tiempo así, precario, en la calle y todo eso, ya llega un momento que se te quita la voluntad, las ganas de todo. Lo único que quieres es coger dinero para colocarte y olvidarte, es así.**
- Javier: **beberte cuatro o cinco cartones de vino para poder dormir.**
- Valentín: **Yo beber no bebo, pero mi porro lo fumo todos los días, y cuando cojo dinero, me voy al médico, como digo yo.**
- Juanjo: **pero, como dicen, fumar porro nos come las neuronas, pero todo lo que hemos hecho... ¿no nos las ha comido ya? Más comidas que... [Risas] (Grupo de Alicante)**

**No, es que yo consumo alcohol porque yo me siento deprimido de la situación en la que estoy, no tanto por un problema. Porque yo no tengo trabajo, no tengo en qué distraer la mente, entonces, me voy y me tomo una cerveza y ya, evado la realidad, y así hago hasta que me pase el tiempo. [Tengo] 21 años. Aparte, me siento solo. Ese es el problema. Yo he estado en España en varios lugares, y el único lugar es aquí Alicante, es el mejor para estar. He estado en Pamplona, en Barcelona, en Madrid, en Valencia, aquí... Yo no me voy para otro lugar porque yo soy del Caribe, esta es la mejor temperatura para mí. Yo estuve en Navarra y no pude, yo estuve en mucho frío, son lugares donde no puedo estar. Bueno, Madrid está bien, pero en Madrid no hay trabajo, la calle es más dura, hace frío. Y aquí yo a veces trabajo en la construcción. (Esteban, 21 años, Alicante)**

## La certificación de las discapacidades

Pese a que todas las personas participantes en los grupos focales padecían algún tipo de enfermedad y a que una parte de ellas habían obtenido un certificado de minusvalía o una incapacidad laboral, **sólo un grupo muy minoritario se encontraba cobrando una pensión por esta condición.** Las personas encuestadas manifestaban que, por lo general, sus problemas de salud no estaban siendo correctamente valorados por los tribunales médicos. Para percibir una pensión por incapacidad antes de los 65 años –en cualquiera de sus formas- es preciso haber trabajado y cotizado con cierta estabilidad. Cuando éste no es el caso, existe la Pensión no Contributiva de Invalidez, que asegura a quienes están en situación de necesidad una prestación económica, pero para percibirla es requisito sine qua non tener una calificación de más del 65% de discapacidad, requisito que la mayoría de quienes participaron en los grupos focales no reúne.<sup>34</sup>

**Yo tengo 23 operaciones, me arreglaron la columna en Alemania, un hombro que se rompió. Me han hecho tres operaciones en la vejiga. Yo vine, así como estaba, a poner la peluquería con mi esposo. Doce años tuve la peluquería, y bueno, ya los golpes no resistían, tengo los dos brazos rotos. Del derecho se me van a romper los tendones, y me tienen en control. También tengo tendinitis en las dos rodillas. He tenido muchas operaciones. Decirlas todas es imposible, porque vamos a ocupar toda la mañana. Me dicen “no se le ve en la cara que está enferma”, en los autobuses o así, que yo necesite la silla y me toca a veces ir parada porque no me dan la silla. Tengo un 79% de invalidez. (...) A mí me dio un ictus hace un año y medio, quedé arrastrando el pie y un brazo mal, y bueno, no hablaba bien, no escribía. Poco a poco, pero mentalmente y ando... (Laura, 64 años, Barcelona)**

34. Un estudio reciente de la Fundación Mutua de Propietarios y La Confederación Española de Personas con Discapacidad Física y Orgánica (COCEMFE) (2019), arroja que sólo el 35% de las personas con movilidad reducida tiene un certificado de discapacidad de más del 65%.

**Yo tengo problemas de bronquios, soy asmático, alérgico, diabético, tengo 65% de discapacidad. Estoy tomando 14 medicamentos por día. Catorce. (...) Y bueno, hace poco me quebré un tendón. Todas las mañanas, como pueda, voy a caminar una hora, una hora y pico. (...) Antes usaba lentes, pero ahora no veo nada, todo neblina (Leandro, 85 años, Barcelona)**

---

Algunas personas manifestaron que estaban muy descontentas con el grado de minusvalía que habían obtenido después de pasar por el tribunal médico.

**A mí me acarrearon problemas de salud, porque mi sistema inmune lo tengo al mínimo. Yo cada veinte días me tengo que poner una inyección de este tamaño, como la insulina, que, si no me la pongo, me muero. Y al tener el sistema inmune al mínimo, aparte de las pastillas que me tomo, yo no puedo respirar tóxicos, no puedo estar en cosas de infección ni nada porque todo se me pega, o sea, si no me mata el cáncer, me mata una infección que me dé. El médico me da este parte médico y me dice que hasta que no termine todo mi tratamiento que son cinco años, no me puede especificar todas las cosas que me van a salir, porque me van a ir saliendo cosas, o sea, yo no he terminado. El oncólogo dice que en cinco años que dura el tratamiento no me puede especificar todo, porque me van a salir efectos secundarios de la quimio, porque es una quimio muy fuerte la que me están dando. Y con eso y todo, a mí me han dado sólo el 35% de minusvalía... (Estela, 49 años, Madrid)**

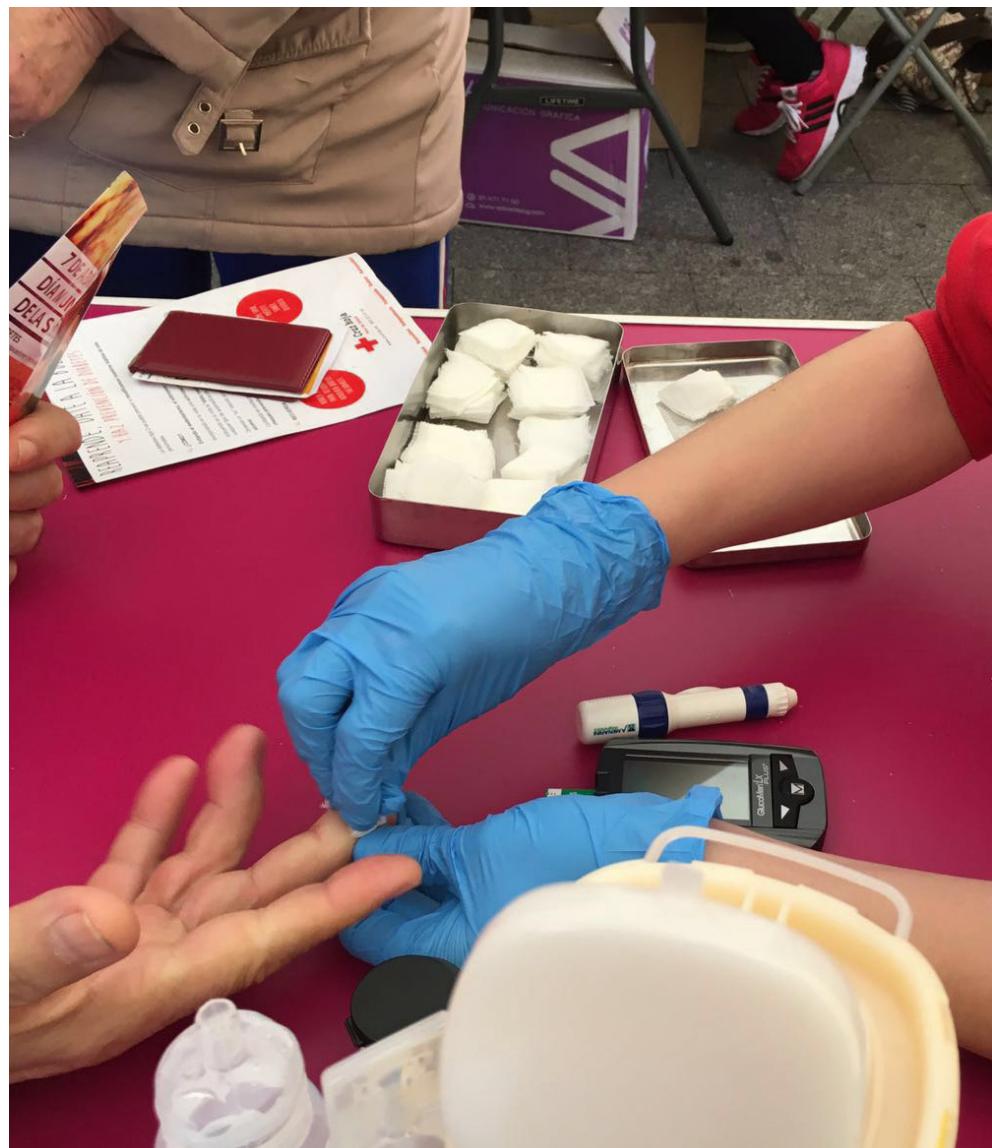
---

A mí aun teniendo un accidente cerebral, pérdida de memoria, esto y lo otro, me dieron el 33% de minusvalía. Y encima con problemas. Quiero volver a pasar por el tribunal médico, es que, por ejemplo, quiero pedir un TAC o una resonancia magnética y me dicen que no me lo pueden hacer porque ya lo mío tal, no me hacen ningún tipo de nada, más que presentar papeles del estado de mi... ¿pero de dónde van a sacar eso si no me hacen un TAC o una resonancia magnética? No quieren hacerlo... Lo mío va en progresión, o sea, yo dentro de, vamos a ponerle, 10 años, me van a tener que ingresar a algún sitio y dejarme allí tirado. Entonces, ando muy preocupado, sobre todo por el tema del dinero, con 280 para casa, de mi pensión... y eso porque ya estaba trabajando cuando tuve el accidente, fue un accidente laboral. Yo estuve un año que de hecho me daban por muerto ya. Fue en el 2005... Y hay mucha gente que me dice "No pases por el tribunal médico que te la van a quitar", siempre me han metido ese miedo, y claro, ir al tribunal médico me supone llevar todos los papeles y es lo que he llevado, llevaré todos los papeles tanto cerebrales, como el corazón y esto, lo otro, para que lo valoren. (Manolo, 48 años, Alicante)

---

Yo no tengo tanta operación, pero tengo 7. Tengo 35% de discapacidad. De medicamentos tomo para el colesterol, para la circulación, para los huesos, bueno, son 5 ó 6 que tomo por día. (...) Voy a tener una operación de rodilla, porque tengo el menisco roto. (...) Pero mientras el cuerpo aguanta, no pasa nada. Hay que hacer fuerza, hay que tener voluntad para vivir. (Elsa, 80 años, Barcelona)

La mayoría, sin embargo, no había logrado siquiera un reconocimiento formal o una calificación mínima de su situación incapacitante derivada de la enfermedad. El reconocimiento de estas enfermedades es importante, no sólo por posibles prestaciones, sino porque también permite otros beneficios sociales como las tarjetas para el transporte público, descuentos en billetes de transporte privado, cupos para personas con discapacidad en el empleo público, etc.



Soy alcohólico, y no me rehabilité del tema del alcohol, pero de muchas más cosas. Estuve dos años, después me dieron alta. Y estuve dos años en la calle bien, y por motivos personales bebí y me entró miedo y dije "No quiero volver otra vez al rollo este" y hablé con mi trabajadora y me volvió a meter en el centro de día y ahí llevo en el centro de día unos ocho meses ahora [en Casa de Campo]. Y yo no tengo ningún tipo de queja, ni del equipo, ni de los trabajadores, ni nada. O sea, a mí me ha ido bien. Ha habido cosas que no han ido muy bien, porque yo hablo con mi trabajadora que depende de la Cruz Roja para ya no una pensión, sino por ejemplo una ayuda para tarjeta azul para el transporte, porque yo estoy operado de la rodilla. Soy alcohólico, he sido drogadicto, he estado haciendo un tratamiento de metadona, y parece ser que eso no vale para nada. Mi intención no es pedir una pensión porque no tengo ninguna discapacidad, lo único que quiero es el mínimo que te pide la ley que es un 33% para que me dé la tarjeta azul, no pido una pensión porque no tengo otra discapacidad, porque el problema que tengo con el cuadro ansio-depresivo, eso para ellos no les vale para nada. Y yo siempre he hecho hincapié de que si un drogadicto, como yo lo he sido, tiene derecho a una paga por discapacidad por ese problema, yo lo he sido y no he pedido nunca nada. Soy alcohólico y parece ser que el alcoholismo ahora está puesto como una enfermedad, pero entre comillas, porque está puesto como una enfermedad pero no tienes derecho a nada. O sea, es una enfermedad igual de grave. Entonces, yo siempre he hecho hincapié en ello y no voy a parar de hacer hincapié, porque si yo he sido una persona que he tocado todos los palos de drogas, de pastillas, de metadona, de alcohol, y nunca, nunca, me ha cogido nada... ➔

→ **Desde cuando salí de la mili hasta los 27 que entré en prisión. Estuve con heroína, cocaína, pastillas, luego estuve siete años en tratamiento de metadona, dejé la metadona, me hice alcohólico, y eso no vale. O sea, para ellos, ser alcohólico no vale, es una enfermedad para tapar cara a la galería, decir que un alcohólico ahora es una enfermedad, pero como digo, entre comillas, porque es una enfermedad pero no es una enfermedad. ¿A qué me refiero? Porque es una enfermedad para que la gente vea que se preocupan de que hay alcohólicos que son enfermos, pero no para pedir lo mínimo que es una ayuda para el transporte, o sea, para eso no somos enfermos. (Gregorio, 50 años, Madrid)**

Yo estoy enferma de cáncer, he movido todos los palos habidos y por haber, ya lo último que he puesto es un abogado porque es imposible. O sea, donde vas tocas todas las puertas del mundo, no te hacen ni caso, lo que quieren es que trabajes, a ellos les da igual que tú tengas la adicción, que seas enfermo por adicción, que seas enfermo por las rodillas, a ellos les da exactamente igual. Ahora mismo están mandando a trabajar a gente que le ha dado infartos, con una cardiopatía, que tienen el corazón más grande que la cavidad, y los mandan a trabajar quedándoles año y medio para jubilarse. Y hay personas que por una operación del túnel carpiano le dan la baja y le reconocen incapacidad, aunque sea una incapacidad media, se la reconocen. Y tenemos otros que no nos reconocen incapacidad, no tenemos ningún derecho, más que trabajar, trabajar y trabajar, da igual. Si yo le digo “Es que no puedo”, porque yo tengo mi sistema inmune en el suelo, yo estoy a expensas de que en junio me operen otra vez, tenía dos tumores, uno maligno, otro benigno, el maligno me lo han operado, me han dado una quimio supermalísima, efectos secundarios, me está saliendo de todo.



→ O sea, yo no soy la misma ni el 30% ahora, porque hay días que no tengo fuerza ni para andar, y cuando me duelen los huesos, no me puedo parar de la cama. ¿Sabe de qué se agarran ellos, tribunal médico sobre todo? Que mi aspecto físico, yo puedo trabajar. Y me mandan a un gimnasio... Mi oncólogo no me ha dado el alta y se ha negado. A mí me dio el alta tribunal médico con la excusa de cuatro hojas especificando por qué me daba el alta. Porque a mí incluso el este que me han hecho de mi ADN dice que mi cuerpo ayuda a que las células del cáncer proliferen, o sea, yo no me puedo ni excitar porque eso es una ayuda a que se me vuelva loca. Aun así, el tratamiento que estoy tomando no me garantiza ni un 60% que no me vuelva a salir el cáncer, y en INSS me mandan a trabajar. (Estela, 49 años, Madrid)

---

Yo cobro la pensión por incapacidad, pero eso porque ya hace 15 o 20 años... a mí cuando me la dieron estaba a punto de morir, yo tenía, no sé, sesenta de defensas, por las nubes, tenía neumonía, tuve osteoporosis, o sea, no daban cinco duros por mí, entonces, me dieron esa paga. Hoy en día, personas como ella, un compañero mío que tenía que pagar 14 años de cárcel, a los 7 le han echado de la cárcel; hoy en día hay muchos avances, no como antes que te echaban de la cárcel porque tenías el VIH. Hoy en día hay muchos avances, cuando te echan es porque te queda nada, entonces, un año, dos, tres... Y ha tenido creo que seis cánceres, no le funciona nada. No te hablo a nivel sexual, a nivel... bueno, está hecho una patata. Pues a ese chaval le dan un cincuenta y tanto por ciento de minusvalía. Te vas a morir, es que no puedes trabajar en ningún lado ni nada de nada. Tiene que dar gracias a Dios o a la virgen de la Macarena de que sus padres tienen algo y de que su mujer tiene una pensión, si no, ¿de qué vive ese chaval? A lo mejor de sitios sociales, de estar en un albergue... (Óscar, 62 años, Madrid)

**Reconocidas o no las enfermedades como incapacidad laboral (total o parcial), lo cierto es que muchas de las problemáticas de salud que relataron las personas participantes en los grupos tenían una relación directa o indirecta con el trabajo. En unos casos, por sobrecarga y condiciones deficientes, en otros por baja o nula intensidad de empleo, con un amplio continuum intermedio. En el primer grupo, se encuentran las personas que han tenido empleos intensivos, como los y las autónomas, o quienes han estado en el sector de la hostelería**

**Yo el problema que tuve de salud, entre otros muchos, fue por el estrés (...) motivado por una serie de circunstancias a nivel económico que vienen producidas por trabajar de autónomo, trabajar con multinacionales, y esas multinacionales dejarme en el aire y quedarme sin absolutamente nada. De tener casa, pareja, hijos... todo esto se lo llevó. Dejé de ser “el padre cartera”, ese que está poco en casa pero soluciona siempre económicamente, entonces... Perdí casa, coche, moto, estatus social, todo, absolutamente todo, quedarse a cero. Tuve que pedir préstamos, recuperé de nuevo, y volví a trabajar con multinacionales, a trabajar como autónomo, etc. (...) Supongo que ese es el inicio de todo, de ese problema del estrés. Me volví a encontrar en una situación como la primera vez. (...) Yo cobraba de año en año. Yo me movía por Europa, por toda España, era otro mundo. Y de golpe y porrazo te encuentras con nada (...). Tuve un infarto, pero lo tuve y me hicieron un cateterismo de urgencia, me salvaron la vida, evidentemente, esto es en el 2012. (...) Uno trabaja por cuenta propia, uno no tiene más ingresos que los que se gana uno, uno no puede ponerse jamás enfermo, y uno aguanta carros y carretas.**



→ Y con toda la sintomatología que me iba dando el corazón, yo estaba enfadadísimo, conmigo mismo, cómo puede ser que me duela el pecho, cómo puede ser que me falte el aire, si tengo que trabajar... Claro, hasta que explotó. Ahí se acabó. Eso durante el 2012, en febrero de 2012. En agosto de 2013 fue una pancreatitis. Yo no fumo, no bebo, ni tomo sustancias que no se deban tomar. Analizaron el porqué, y todo por el puñetero estrés. El problema económico, evidentemente. Porque si tú estás trabajando para una empresa que cada mes, estás poco o mucho, pero cada mes uno va cobrando. Y otra cosa es trabajar... tú eres tu propia empresa, y tienes que moverte no tan solo para realizar profesionalmente un camino, sino que además tienes que buscarte otras opciones, no te puedes quedar nunca (...) en plan funcionario, bueno pues aquí ya tengo para toda la vida, me jubilo a los... igual hay una prejubilación y me jubilan antes, pero bueno, yo seguiré cobrando. (Fernando, 69 años, Barcelona)

---

Tenía ya 53 años, y todo el mundo me ha dicho “vas a fracasar”, a partir de 50 años no es posible reempezar de cero. Y vine por aquí y encontré mi misión, mi misión era dar clases. Dar clases de francés, de inglés, alemán, y tenía muchísimo estrés, me recuerdo un día que daba una clase de francés en [nombra dos colegios privadas] y después por la noche en XX. El trabajo por los alumnos me gustaba mucho, lo que para mí era un estrés infernal estaba en los centros de formación. Y fui varias veces al sindicato, ahí me dijeron que en los restaurantes y los centros de formación es donde hay más estafa. Te pagan parte en negro, porque no querían cotizar, en un momento utilizaron mis datos, para defraudar cursos, me cortaron tuve que ir a Comisión de Trabajo... un follón, un estrés infernal.



→ Los alumnos me gustaban mucho, aunque me robaron libros, también tengo que decirlo. Pero me gustaba mucho el trato con los alumnos, y motivarlos, y ver que empiezan a hablar, y encontrar otras posibilidades, y nuevos trabajos. Pero las escuelas, claro, hay mucha competencia en el mercado, y quieren sacar los máximos de provecho de los profesores. Controlaron las fotocopias, no me daban libros, tuve que improvisar en frente de 25 alumnos. Y un día fui a la cabecera, y me hizo hacer una prueba en los ojos, y me diagnosticaron una presión muy alta de los ojos, de tanto estrés, pero seguía trabajando; y en un momento me diagnosticaron el ojo seco, después uveitis, infección en párpados, porque trabajaba en una escuela que tenía calefacción y aire acondicionado encima de la pizarra, así entraba todo el aire, en invierno, en verano, en los ojos, y después tenía conjuntivitis, en un momento dijeron que tengo el síndrome Sjögren, que se secan las glándulas, después dijeron que tengo problemas con la tiroides y el Hashimoto, y seguía trabajando. Yo siempre seguía trabajando. Me salía ya puz de los ojos, y seguía trabajando. (Rosa, 72 años, Barcelona)

---

En el extremo opuesto, están las personas cuya situación de salud se ve agravada por la falta de un empleo estable.

Yo siempre he sido una persona sana, nunca he tenido problemas más que si un dolor de cabeza... nada, un paracetamol y fuera. Porque además en mi vida he estado muy poco medicado, casi nada. Desde que me quedé sin trabajo, yo no sé si será una consecuencia o qué, pero sí que me han venido un montón de problemas. Claro, te quedas sin trabajo, llegas como mucho a conseguir el paro, después se te acaba el paro.



→ Después ya no percibes nada por ninguna parte, salvo que con el tiempo de alguna forma obtengo una ayuda, que agradeceré siempre, y no es por el gran importe ni mucho menos, pero en una persona como yo, que no percibimos nada, ni por la administración central (...) ni por la Generalitat, pues sí hay un organismo que es Cruz Roja, que me facilita los medicamentos, me paga los medicamentos que yo necesito, ¿no? Que no es que sean muchos, que no es que sea un gran valor, pero para mí es mucho, porque yo no tengo nada. (Pedro, 64 años, Barcelona)

---

A la ansiedad o frustración que causa la falta de empleo se añade, en el caso de personas de procedencia extranjera, la dificultad para renovar las autorizaciones de residencia y trabajo por no contar con un contrato laboral. La pérdida de las autorizaciones o “irregularidad sobrevenida” es otro factor de riesgo muy importante, que incrementa el estés y puede provocar o agravar enfermedades de carácter nervioso, como la psoriasis.

Yo en mi país he hecho cursos de fisioterapia, de cuidado de personas mayores también, he trabajado en Madrid cuidando personas mayores y a causa de eso tengo problemas de cuatro anillos de la columna, que en agosto de 2017 me tenían que tratar aquí, pero he vuelto a Madrid a trabajar dos años, me tenían que trasladar todos los informes para seguir allá y no me enviaron. Y ahora como he vuelto otra vez aquí, estoy empezando de nuevo y recién en junio, julio, me tratan aquí, en San Juan. Y vuelvo a seguir otra vez con el mismo tratamiento aquí, gracias aquí a la Cruz Roja que ellos tenían todos mis informes médicos, entonces, sigo otra vez. Aparte que tengo psoriasis completa, y en Madrid como el clima es seco, a mí me →

→ **conviene mejor estar aquí en Alicante. Sí, eso es más estrés, es por falta de trabajo. Y eso me ha llevado a que, desde el 2015, no he podido renovar [se refiere a la autorización de residencia para extranjeros], no tengo contrato de trabajo. Tengo mi DNI, pero no consigo contrato de trabajo. Y vine aquí en el 2010 y estuve trabajando hasta el 2011 haciendo operaciones públicas en unas discotecas, soy diseñador gráfico, hago publicidad, cartelería, soy técnico en ordenadores, arreglo ordenadores también. (...) Y yo que no tengo nada cotizado, no estoy cobrando nada, no tengo paro, nada. (Gabriel, 52 años, Alicante)**

---

**Sin embargo, desde el sistema sanitario, por lo general, los síntomas no se leen como síntomas psicosomáticos, provocados por la condición social, sino como episodios puntuales, que se atienden con tratamientos farmacológicos extremadamente focalizados y paliativos, acallando las causas que los provocan. De este modo, se suele dejar de lado la salud mental y emocional.<sup>35</sup> Se produce lo que se conoce como “medicalización de la pobreza y la exclusión social”**

---

---

35. Allué, M. (2013), El paciente inquieto. Los servicios de atención médica y la ciudadanía. Barcelona, Bellaterra.

## Estado de salud percibido: salud psíquica

Yo de salud bien bien no estoy, yo acabo de salir de una neumonía multiglobal muy fuerte, que me dieron el alta en marzo porque estuve ingresado 50 días, pero eso no tiene que ver con la Cruz Roja. En el tema de la Cruz Roja lo decidí, porque he estado varias veces, a raíz de que estuve en situación de calle; en el año 2015, fui al SAMUR Social y me gestionó, me dijo que venía bien para el tema del alcohol, yo soy alcohólico, he recaído muchísimas veces, he estado en la Cruz Roja, entré en el 2015 en el centro de día y me fui, volví a entrar. Estoy desde el 2015 dando tumbos, entrando y saliendo. Eso repercute, lo que afecta la salud mental repercute muchísimo en la salud física. Un deterioro de la salud mental, no sabes la importancia que tiene sobre el físico. Al que padezca del corazón, de la tensión, del hígado, cualquier tipo de enfermedad, se agrava, porque si tú no tienes lo mínimo resuelto, lo básico, para preocuparte por las cosas que necesitas físicamente, al contrario, pasas trabajo para trabajar. Es que no es lo mismo trabajar que pasar trabajos para poder trabajar. Encima, en vez de una ayuda, lo que estás recibiendo es un trabajo que encima tienes que aportar, encima tienes que machacarte la cabeza, el cerebro es el administrador del cuerpo. Si empiezas con problemas ya, ¿qué salud física vas a tener? Entonces, es importantísimo. (Ricardo, 58 años, Madrid)

---

La salud mental tiene un lugar secundario en el ámbito sanitario. Todas las personas se quejan de no contar con apoyos psicológicos continuados y eficaces, que ayuden a revisar sus patrones o a fortalecer sus actitudes positivas ante las contingencias.

**Según la voluntad y según la psicóloga, según la persona que te trate, es muy importante. Yo llevo 25 años con psicóloga, mucho tiempo con psicóloga, y la verdad había unos problemas porque cada seis meses me cambiaban de psicólogo y digo “Oye, que yo no puedo contar mi vida cada seis meses a una persona”, que son ya muchos años al final. Y hasta que, bueno, se estabilizó un poco, porque estaban un poco despendolados, y bien. Lo digo porque también en la sanidad pública he conocido también muchos psiquiatras y de verdad que depende del psiquiatra, funcionas o no funcionas. Y a la larga depende de cómo tú te lo proyectes, cómo tú te lo plantees, te pondrás mejor o te quedarás igual o empeorar. Yo no pienso que sean malos en sí. Los psiquiatras hay que tener cuidado, porque la medicación es muy muy delicada, pero los psicólogos... no es malo, te pueden ahorrar muchos problemas, te desahogas, te explican, cuentas, es interesante.** (Toñi, 42 años, Alicante)

Además, la atención en salud mental a personas en situación de vulnerabilidad social requiere de una especialización, y un enfoque integral, interdisciplinario e interseccional que muchas veces no ofrece el Sistema.<sup>36</sup> Las personas participantes en los grupos focales dejan claro cómo se retroalimentan la salud física y la psíquica, porque no se trata de comportamientos estancos, ni de instancias separadas, sino de un todo bio-psico-social. La realidad de estas personas atestigua esta interacción constante.

36. Cornelles, J. M., Alemany S. y Francès, L. (2013), De les iguales a la cartilla. El reglament de la cosa pública, la medicalització i el pluralisme assistencial a la Vall d’Aro, Barcelona, Generalitat de Catalunya. Ver también “El defensor del pueblo investiga las necesidades de atención psicológica en el sistema nacional de salud”, 25/06/2018, web del Defensor del Pueblo, disponible en: <https://www.defensordelpueblo.es/noticias/salud-mental-sistema-nacional-salud/> (última consulta el 14 de octubre de 2019).

**Y tiene que haber casos peores todavía. Psicológicamente, yo me di cuenta de que a muchas personas este tipo de cosas las afecta, si ya tienen problemas familiares, de pareja, de padres, peor todavía. Es que salir de ahí es una burla tan grande que salir de estas situaciones que no tienen salida y no te aportan salida, pues llega un momento en que la salud psicológica se deteriora, que te deja ya tocado de por vida, ya eso no tiene solución. (Gregorio, 50 años, Madrid)**

---

**Creo que lo demás tiene que venir por mí, porque el hecho de que yo esté en el centro de día no es para nada obligatorio, es una decisión que tomo a partir de que tengo que necesitar eso, más de salud mental que de salud física, aunque estoy hecho un Cristo. Sé que la salud física ya depende de la ambulatoria, depende de los especialistas de una parte, porque también hay cosas que no dependen de ellos. Pero en cuanto al tema de la adicción [al alcohol], creo que es uno de los mejores sitios que pudiera estar. (Wilson, 54 años, Madrid)**

---

**Por supuesto, que como yo he pasado por tanto en la vida, claro que te queda un estrés de salir a la calle, no tener para comer, no tener un techo fijo, porque si no tengo un mes para pagar, me dicen “A la calle”; sí es verdad que he vivido en la calle, tampoco me da miedo. Pero, por supuesto, una cosa es el miedo y otra cosa es el estrés y el mal rollo de “¿Y sí me pagarán este mes? ¿Y no me la cortarán? ¿Y si me llega? ¿Y si no me llega? A ver si como arroz o como un filete”. (Óscar, 62 años, Madrid)**

---

**Javier: la situación te empuja, porque yo estuve en los ochenta enganchado a la heroína, lo dejé, estuve 20 años sin probar droga, no más que porros y esas cosas. Y a raíz del fallecimiento de mi hijo, pues después de 20 años volví otra vez a la heroína y a la cocaína. Y llevo temporadas y temporadas que dejas de fumar, según la estabilidad mental que tengas, según cómo te vaya en las cosas. Y el tema que tenemos la gente que estamos en la calle, los problemas de salud se pueden ir pasando y se van mitigando, pero los mentales son los que hacen más daño.**

**Tofí: sí, son los que nos castigan y los que nos hacen volver al pasado. (Grupo de Alicante)**

---

**La condición de vulnerabilidad genera estrés y este estrés se percibe de diferente manera según la persona y los apoyos con los que cuente. Cuando la percepción de estrés se incrementa y se alarga en el tiempo, puede volverse un estrés crónico**

---

Estudios, en el ámbito de la psiconeuroinmunología resaltan la importancia del ambiente social y los estilos de vida como factores modeladores del estrés, y cómo cuando tienen un efecto negativo sobre éste pueden propiciar el desarrollo o agravamiento de enfermedades de carácter sistémico. El deterioro en la salud es el resultado del proceso permanente de comunicación multidireccional a través del cerebro (estrés percibido), el sistema nervioso autónomo, el sistema endocrino y el sistema inmune.<sup>37</sup>

---

37. Taub, D. (2008), Novel Connections between the Neuroendocrine and Immune Systems: The Ghrelin Immunoregulatory Network. Vitam. Hor. 77:325- 346

Pese a la importancia que tiene la salud mental sobre el organismo, la falta de recursos en la atención en salud mental lleva a muchas personas a enfrentarse como pueden, en algunos casos, solas, a situaciones muy difíciles. La familia o las redes de apoyo primarias tienen un papel fundamental en el momento en que las personas necesitan salir de situaciones estresantes o traumáticas a lo largo de su historia personal.

**Pues he conseguido con mi ex mujer, porque hace un año largo que me separé, pero gracias a ella, que es una bellísima persona, los problemas que hemos podido tener son otros, pero, me sigue manteniendo. Yo vivo gracias a ella, y cosa que ella ahora también se encuentra en el paro, porque la empresa ha cerrado. Pero que si yo vivo, vivo en nuestro piso, porque lo compartimos, estamos separados. (...) Hemos perdido todo, pero gracias a ella hemos podido mantener nuestra propiedad. (...) Es una bellísima persona, y una persona con la que puedes hablar. (Pedro, 64 años, Barcelona)**

---

**La ausencia de apoyos familiares, sociales, emocionales o psicológicos puede suponer la prolongación de problemas de salud mental.**

**Pero si esto sirve de alguna cosa para las personas que han tenido depresión, todas las depresiones (...) no son iguales, pero hay paralelismos en puntos concretos (...). El gran error que tiene una persona que cae en ese pozo, que es muy difícil salir, y más por uno mismo. Yo lo conseguí, no creo en los milagros, pero fue como un milagro, pero también con tiempo. El gran error que la mayoría comete es que te encierras en ti, te encierras en tu casa, y son dos grandes errores, porque, además, en mi caso, que yo lo he escuchado por parte de personas, llega un momento que ni siquiera te lavas, vas cayendo en lo más bajo, y te das cuenta, porque no eres tonto, estás lúcido, y te das cuenta de tu evolución. Y llega un momento que dices, o salgo por mis propios medios o pido ayuda, es evidente. Pero yo llegué mal. Poco a poco fui saliendo. Pero yo fui de los muchos que me encerré conmigo mismo, en ese periodo empiezas a ver, y ¿cómo es que he llegado a este punto? (...) Una persona no tiene que quedarse sola, tiene que estar siempre rodeada de personas, hacer una vida activa, salir, ir aquí, ir allá, dentro de las posibilidades de cada uno (...).** (Pedro, 64 años, Barcelona)

---

Algunas de las personas entrevistadas se ven atrapadas en la desesperanza, no sólo por la enfermedad y las limitaciones, sino también, y fundamentalmente, por la falta de apoyos familiares y sociales.

**Y cuánto se sufre hasta morir. Yo ahora muchísimas veces, y se me enfadan, lo digo. Yo quisiera morir, porque ¿qué hago en el mundo yo ya? (...) Me gusta todo, pero me canso de todo. Por el motivo que te levantas entre cuatro paredes, y pensando bueno, mañana me vienen una hora, pasado me vienen dos, y me tiro toda la semana, de sábado a sábado salgo dos horas a la calle. ¿Eso es vivir? Yo no puedo salir sola. La Cruz Roja, en seis meses me han estado viniendo a casa para llevarme a una charla los miércoles, dos horas. Y los sábados viene una chica para irme a comprar. Y sanseacabó. Si yo por querer, mira, aquí me estoy hasta la noche si quieren. (Lucía, 91 años, Barcelona)**

---

## Tratamientos farmacológicos para paliar padecimientos complejos

Todas las personas participantes en los grupos focales padecían algún tipo de enfermedad, mayoritariamente con base orgánica, pero expresaron con claridad en sus testimonios que estas enfermedades tenían una relación directa o indirecta con su situación de vulnerabilidad a nivel social, económico y familiar, muchas veces de carácter multidimensional. Además, pusieron de manifiesto cómo “el mensajero” entre su realidad social y su organismo estaba siendo su mente (desde lo emocional hasta lo cognitivo). Sin embargo, la atención de salud que reciben suele estar compartimentalizada: los padecimientos orgánicos y algunos psíquicos, se atienden en el ámbito sanitario y se tratan farmacológicamente; las problemáticas económicas y sociales se tratan en los servicios o recursos sociales, procurando dar respuesta a sus necesidades más básicas. También dentro de los recursos sociales, cada problemática se suele trabajar por separado, como si se tratase de compartimentos estancos (programas de empleabilidad, bancos de alimentos, albergues, tratamientos de deshabituación, emergencia social, etc.).

**Las personas que viven situaciones multiproblemáticas realizan un itinerario complejo de citas, controles, tratamientos, burocracia... que dibujadas en un mapa se mostrarían como una telaraña en una misma ciudad. Si bien cada ser humano es único, singular e integral, el abordaje de sus problemáticas se hace de manera focalizada y parcial. La falta de integralidad en la atención disminuye la eficacia de las respuestas y puede multiplicar el impacto de los problemas que tienen**

---

Un ejemplo de esta excesiva focalización y compartmentalización es el tratamiento farmacológico. Todas las personas participantes tienen prescrito algún tipo de medicación y, en principio, muestran su conformidad con estos tratamientos, pero cuando dependen de ellos durante años o tienen que combinar varios fármacos se muestran renuentes. Consideran que tanta medicación podría acarrear efectos secundarios a medio y largo plazo, por lo que dudan si realmente algunos son una solución a sus problemas.

---

**Yo me consideré siempre una toxicómana, siempre lo seré, como los alcohólicos ¿no? Todas las toxicomanías se te quedan y te afecta en serio, a los 20 años te vuelve, vete a saber, es una lucha cada día. Por ejemplo, a mí me metieron medicamentos, y a mí no me gustan las pastillas y me hinchan los medicamentos, y no tomo la mitad de... no puedo, porque me volvería loca la cabeza, pero bueno... (Toñi, 42 años, Alicante)**

**La acumulación de medicación que he tomado durante un tiempo, eso también ayuda. Ayuda que, eso que nos tomamos, (...) que es para la circulación, que es para el colesterol, que es para la tensión alta, etc. etc. eso va menguando y es un problema para la memoria, es una entrada y una bienvenida al Alzheimer. Gracias a las farmacéuticas que lo que hacen es dar fórmulas, medicamentos, que sirven para enmascarar y convertirte en cliente perpetuo de las farmacéuticas. (Fernando, 69 años, Barcelona)**

---

Para evitar depender de la medicación para todas las dolencias que padecen, tanto orgánicas como psíquicas, algunas personas recurren a remedios naturales o a la medicina alternativa. Estas personas consideran que dichos remedios ayudan, pero quizás el rol más importante que cumplen en su opinión, es que su administración (preparar hierbas, ingerir ciertos productos proteicos o calóricos, informarse sobre la interacción entre la alimentación y ciertos malestares) les hace sentir que tienen mayor control sobre su cuerpo y por ende sobre su estado psíquico.

**Yo tuve un ictus, entonces tengo el Adiro de 300. (...) Son cinco pastillas que me tengo que tomar. Y si tengo dolor yo no me pongo a tomar pastillas para el dolor, hago una yerba o lo que pueda. Me acojo a la medicina natural. Estoy haciendo un remedio natural de frutos secos. Tiene nueces, tiene tres frutos secos, piña, naranja, canela... (Laura, 64 años, Barcelona)**

---

**Hace dos años que no podía caminar de la columna. Me operaron y no salió bien la operación. Y he quedado con la pierna que no tiene fuerza. Uso una férula, y si tropiezo en cualquier cosa, me caigo. Y me vino una depresión. Estuve tomando medicamentos, tomaba ocho medicamentos al día, ahora tomo solo uno al día. Yo dije, porque tenía una niña de 10 años, y paraba [estaba de pie] como dormida. Entonces yo dije “no, no puede ser”, y poco a poco la medicación que me dio el psiquiatra la fui dejando poco a poco, y hace como cinco meses que no tomo nada. Sí que tomo medicamentos naturales. Y ahora sí que puedo caminar, con mi muleta, claro, pero no tengo ningún dolor ni nada. Quedé con la pierna izquierda sin fuerza, y la derecha no la siento. Quedé con la vejiga también que no me funcionaba, llevaba sonda. Tomaba esa medicación, pero yo dije no, que no podía tomar más, y empecé a tomar la cola de caballo. Y con la cola de caballo me quitaron la sonda, me quitaron todo. Cuando fui al médico, me mira así, me dice “¿qué has hecho mujer?” “pues tomar cola de caballo”, dejé la otra medicación, que era para eso, y mire, gracias a Dios estoy aquí sin sonda, porque ya yo de por vida tenía que llevar sonda y ahora no la llevo. Y el médico se quedó así, mirándome. Porque la médica me dijo que tenía que tomar eso de por vida. Y hasta el día de hoy la sigo tomando en vez de tomar café u otra cosa. Tomaba seis medicamentos, ahora no tomo más que uno para la tensión. Y pronto lo voy a dejar, porque me han dicho que el ajo es muy bueno. (Juana. 55 años, Barcelona)**

**Yo la abandoné esa ayuda, yo la abandoné, porque aparte de eso es que ahora estoy tomando mucho menos, porque hice el cambio. Cambiar medicamentos químicos por tomar cosas alternativas. (...) De cuando en cuando conviene, si uno toma mucho tiempo una medicación, es darse un repaso al prospecto. Y dices, no puede ser, si es que me está fastidiando a mí, me esconde la problemática que tengo, me la esconde, y la otra es que me fastidia. (Fernando, 69 años, Barcelona)**

---

La mayoría de las personas participantes tenía una cobertura pública amplia en materia de medicamentos, pero algunos de estos requieren el pago de un porcentaje. **Cuando se trata de medicamentos baratos, el copago es ínfimo, pero cuando se trata de medicamentos caros, el porcentaje que tienen que pagar se incrementa y muchas no pueden siquiera hacer frente al pago de este porcentaje.**

- **Dinamizadora: ¿las medicinas están cubiertas?**
- **Ricardo: no, no todas, al mes entre 25 a 30 euros, depende; si tengo que tomar vitaminas y tal, cual, todo eso ya no me entra, me sube un montón... Algunas vitaminas las puedo comprar al trapicheo, se lo tengo que comprar a gente que se lo dan que no se lo toma, porque si no, no tengo dinero para...**
- **Estela: yo a veces, depende, porque hay meses que lo tengo que quitar porque tengo pastilla o no tengo el dinero para comprarlo, puede ser 25 a 30 euros. Porque la inyección que yo me pongo cada veinte días son 150 euros que cuesta, lo que pasa es que la seguridad social me cubre el 70% de la inyección y me sale 10 y pico de euros, más el ansiolítico, más la pastilla que me tomo diaria. Sí cubre el ansiolítico porque ese vale 40, ese es el que me cubre más, por ese nomás pago 5 euros y pico.**



→ **Y la del cáncer, que me tomo la pastilla diaria, también, son unos 30 y pico, lo que pasa es que me cubre el 30% y pago 7 euros por ahí. El paracetamol me sale más barato, que me cuesta 1 euro nada más. De ahí para allá, son casi todas de 5 o 10 euros, depende. (Grupo de Madrid)**

---

**Lo que te cubre es si tú necesitas un antibiótico o cualquier cosilla, claro, tú vas a tu médico, como yo tengo, “Mira, me hace falta una crema porque me están picando los bichos”, “Bueno, te voy a hacer la receta”, pero luego tienes que aportar... Yo tengo que aportar, dos euros, tres euros, un euro, “Mira, yo ahora mismo no tengo un duro”. Ya sé que tengo algo encima y tengo que hacer un esfuerzo porque es para mi salud, pero más para allá no puedo ir porque no puedo. Me lo tiene que cubrir al cien por cien, no puede, porque siempre hay ese pequeño porcentaje que no es que te obligue, que no te obligas, pero si puede... que no tiene un euro. (Gregorio, 50 años, Madrid)**

---

**Yo gastaba 300€, porque para los ojos no entra nada en la seguridad social, y gastaba, y calculaba al mes 300 euros que tenía que ganar para estas gotas, y qué sé yo, cosas para poder trabajar, y al final, me quemaron tanto los ojos, tenía como bolas, no podía más dormir, y después en un momento dado, de tanto estrés me doblaba el pie y me rompí la pierna. Y parece una catástrofe, en este momento no sabía cómo voy a pagar el alquiler, en la escuela, claro estaban muy hartos, “no nos puedes dejar con tantos alumnos y clases”, (...) siempre tenía trabajo, siempre, y mucho trabajo. Y después estaba en la cama, con yeso, y pensaba, ahora te vas a hundir, cómo vas a pagar todo esto. (Rosa, 72 años, Barcelona)**

---

Estar jubilado/a, contar con una pensión no contributiva o tener concedida una incapacidad (gran invalidez, porcentaje de reconocimiento mayor del 65%) supone tener una cobertura casi total de la medicación, pero no es el caso de la mayoría de las personas participantes **por no haber tenido una trayectoria laboral formal y estable, o por no haber cumplido los 65 años.**

- Luis: yo en el 81 también tuve tuberculosis, me la pillaron a tiempo. Necesito de por vida dos inhaladores y llevo once años sin tomarlos, son dos inhaladores fuertes que valen 130 euros, que fui un día a comprarlos por mi cuenta, ¿de dónde lo voy a pagar yo?
- Toñi: los ha eliminado la seguridad social.
- Luis: tienes que pagar algo, pero tienes que pagar. Cubre el 30% de los 130 euros.
- Toñi: casi 40 euros por cada inhalador, no puedes pagar.
- Luis: no puedo. Sin cobrar nada y en la calle...
- Toñi: bueno, sí cobras la pensión no contributiva, la que cobras el mínimo, 390 creo que son ahora, y esa no pagas nada, pero aquí casi nadie la tenemos... [risas]
- Luis: también los puedes tener gratis si cobras la invalidez, pero tampoco hemos cotizado lo suficiente. A partir del 65% te dan una invalidez y ahí no pagas, es muy difícil conseguirla. (Grupo de Alicante

---

También se puede tener una cobertura casi total de la medicación cuando se es beneficiario/a de una renta mínima, pero éstas suelen ser ayudas económicas temporales.

**No, si no, voy a quedar más abierto que... Justamente, como yo me estoy medicando actualmente por lo del ictus, porque para el pulmón tomo solo una capsulita para facilitarme la dilatación de los pulmones. Pero para el ictus sí tengo una medicación y justamente vine aquí porque ellos me están ayudando, me están proporcionando la mediación, porque si no, la tengo que pagar. Esa es otra cosa, estuve cobrando el RAI pero me lo quitaron porque en mi vida pedí el RAI una vez, pero ya tenía 65 años casi, y estuve cobrando 8 meses; cuando cumplí los 65, me lo quitaron. Estaba cobrando el RAI, estaba 0%, tenía la medicación gratis. Me quitaron el RAI y me volvieron a poner a pagar la medicación como antiguamente. Sigo el tratamiento que me han indicado porque yo sé que durante 6 meses tengo que ir, estoy intentando ahora, hace ya dos meses que voy al programa antitabaco, porque soy fumador, en el hospital de San Vicente. Lo del pulmón (no tiene que ver con ser fumador) es un hematoma, es como un quiste, una aglomeración de células madre, y eso cuando se pasan los 55 hay riesgo de padecer eso a los hombres, se sitúa en el pulmón o en el riñón, a mí me tocó en el pulmón. Pero me han hecho una operación leve, y sacar el hematoma y ya está. Además de tabaco, hace 15 años de eso, dos años tonteando un poco con la coca, pero no fue una adicción... Nunca he sido adicto, la sola adicción que he tenido en toda mi vida ha sido al alcohol. Pero el alcohol es igual, estuve en un programa y ya salí de eso. Estos cinco últimos años me han tenido la vesícula que me la han quitado, el pulmón que me han quitado un trozo, el ictus, se ha juntado todo. (Valentín, 58 años, Alicante)**

Pese a la derogación en 2018 de los Reales Decretos que, desde 2012, habían restringido la universalidad de la sanidad, los efectos eran bien conocidos por algunas de las personas participantes en los grupos focales, tanto en lo que respecta a la menor cobertura de sus tratamientos farmacológicos, como a las limitaciones en la atención sanitaria, por su condición de desempleadas de larga duración, en algunos casos, o de extranjeras en situación de irregularidad en otros. La falta de cobertura sanitaria pudo haber jugado un papel en la falta de demanda de servicios sanitarios: personas que han preferido no acercarse a los ambulatorios por prever barreras.

- **Toñi: yo espero que ahora Sanidad revierta a la época de antes del recorte sanitario y nos quiten ese gravamen que le han puesto a la gente que no se puede pagar. Por ejemplo, conozco a una persona que hace un par de años le dio un cólico nefrítico increíble, la llevamos de urgencias y que no me la ingresaban, que no, que no tenía papeles, si llevaba cinco días con 40 de fiebre. Al final lo conseguí, pero ahora tiene una multa de mil y pico de euros porque, claro, le pasaron la factura de tres días de cama y sopita de sobre, 400 y 800 euros, una radiografía y no sé qué.**
- **Manolo: a mí me hacían pagar la medicación y tenía que pagar mi medicación. Sí, era la medicación que yo necesitaba para el accidente.**
- **Toñi: primero empezaron a cortar medicaciones. A mí el óptico me mandó unas gotas para los ojos porque tengo mucha sequedad y estoy perdiendo vista, y sin embargo, pues me las cortaron y como son muy caras no las puedo comprar. Aparte de las que han retirado, las que hay que pagar; si te has metido con la salud, de verdad que nos podemos tirar todo el día hablando aquí. (Grupo de Alicante)**

Actualmente continúa habiendo problemas de prescripción y de abastecimiento de algunas medicinas.<sup>38</sup>

**Si necesitas un paracetamol o tal o cual, no te lo recetan, automáticamente tienes que ir y comprarla aparte. Y han puesto mucha medicación... yo tomo una que la retiraron del mercado y me tuvieron cerca de dos meses sin ella y luego volvió otra vez, y eso a mí me trastornó bastante. No había en ningún sitio en España, estuvieron llamando a todas las farmacias para que lo mandaran o lo que fuera y no había en ninguna farmacia. (Javier, 66 años, Alicante)**

---

## Salud bucodental

**Un servicio que todas las personas que han participado en los grupos focales coinciden en calificar de inaccesible es el bucodental, por cuestiones de orden económico (no poder pagarlo).** Casi todas las personas participantes manifestaron tener o haber tenido problemas de salud bucodental, como caries, infecciones, roturas de dientes, que sólo en casos muy puntuales han sido tratados en el ámbito público. Por lo general, se acude a dentistas o clínicas privadas para solucionar estos problemas, pero la mayoría no cuenta con las condiciones económicas para hacerlo.

---

38. Este problema no deriva directamente de los recortes en el gasto sanitario, sino de dinámicas que dependen de los mercados, de las farmacéuticas (en muchos casos multinacionales) y de la relación entre éstas y el Estado de Bienestar. En 2019, el Centro de Información Online de Medicamentos de la Agencia Española del Medicamento y Productos Sanitarios (AEMPS), calculaba en más de 500 los medicamentos con problemas de abastecimiento <https://cima.aemps.es/cima/publico/home.html> , Por su parte, el Centro de Información sobre el Suministro de Medicamentos del Consejo General de Colegios Oficiales de Farmacéuticos (CISMED), subía esta cifra alrededor de los 900 : <https://www.portalfarma.com/Profesionales/medicamentos/CISMED/Paginas/default.aspx>

**Luis: y te dicen “Sí, la tendrá, pero dentro de un año”, una dentadura postiza. Dos mil y pico euros me costaba la broma, ¿de dónde lo saco?**

**Toñi: hay que ir a un mecánico dentista, hay que moverse, buscar un mecánico que te lo ponen por 600, 800.**

**Manolo: 800, la postiza. Porque encima me está saliendo aquí la muela del juicio, a estas alturas, y necesito que me pongan una dentadura por lo menos para un poco más... pero son 800 euros.**

**Gabriel: sacamuelas y sacapastas, no funciona. La boca que es muy importante para buscar trabajo, para...**

**Juanjo: sí, a mí arreglarme la boca me cuesta 800 euros. ¿De dónde los saco?**

**Salustiano: a mí 1300 me dijeron. (Grupo de Alicante)**

---

Las personas mayores de 65 años, suelen tener problemas bucodentales derivados de la edad, que en muchos casos plantean la necesidad de prótesis. Las personas con una historia de drogodependencias y VIH tienen grandes problemas de salud bucodental, con caída y rotura de incisivos y molares. Las personas que tienen tratamientos médicos agresivos, como la quimioterapia, padecen sequedad bucal o saliva espesa, lo que incrementa la posibilidad de infecciones y de caries, y también puede debilitar los huesos de la mandíbula.

**Yo, por ejemplo, a raíz del tratamiento de la quimio, se me cayeron cinco, se me partieron, sin estar picados ni nada, fue una descalcificación, el oncólogo me dijo que es efecto de la quimio. Le digo “¿Me puedo arreglar la boca?”, “No, hasta que no termines el tratamiento, no te puedes arreglar la boca”, y el tratamiento son cinco años. Me dice “Vamos a intentar inyectarte calcio cada seis meses. Te tienes que aguantar así hasta que puedas pasar el tratamiento y ver si queda bien”, pero no me puedo taladrar el hueso, tenía que ser implantes de la funda de plástico esa, como dicen ellos. Y esperando que no se me caigan los demás, porque todavía no lo sé. (Estela, 49 años, Madrid)**

---

**Existen factores de riesgo que influyen en el menoscabo de la salud bucodental, como la edad, las adicciones o los tratamientos que afectan al sistema inmunitario. Además, los testimonios de las personas afectadas muestran claramente la relación directa entre los problemas de salud bucodental y la alimentación, el aspecto físico, la imagen personal o la autoestima, dando cuenta de la interconexión permanente de los aspectos bio-psico-sociales de la salud**

---

**Eso porque no está considerada como parte del cuerpo, parece que uno si tiene que tener una boca normal, tiene que pagar. Piensan que es solo estética y no, la boca sirve para comer. Y toda Europa es igual, yo soy italiano, y toda Europa es igual, se considera un bien de lujo tener la boca arreglada. (Manolo, 48 años, Alicante)**

- **Gregorio:** a mí, por ejemplo, me han sacado la dentadura, siempre he tenido buenos dientes, pero se me han caído, otros se me han picado y me han dicho que tengo que quitármelos. A una persona que le quitas dos dientes no le pasa nada, pues yo me he tirado cuatro días en casa con una fiebre tremenda, y claro, si me tomo un medicamento para quitarme el dolor, me jode el hígado, y si no, estoy con un dolor... La dentadura afecta a la alimentación, el físico, al verte en un espejo con toda la cara hundida, cualquier cosa, y a la alimentación, por supuesto.
- **Wilson:** y la autoestima.
- **Estela:** a mí me están inyectando calcio.
- **Óscar:** hay que ingeníarselas, yo me la estoy ingenierando para comer. Yo cuando tengo que comer carne, no tengo problema, tengo buenas encías, no tengo problema. Otras cosas, una ensalada o una cosa así, todo lo tengo que triturar para que este trabaje lo mínimo. Yo también tengo dentadura de esa manera, porque a mí se me han caído los dientes debido a la droga.
- **Gregorio:** iba a decir una cosa, decía eso también de la dentadura, es que cuando uno no puede masticar... yo estos ejemplares preciosos que tengo me los he dejado [Risas] para poder, hasta que tenga la posibilidad. Por lo menos, uno se iría de aquí, porque hasta que me pueda poner una dentadura postiza, porque no hay posibilidad económica. Y están preciosos, están más bellos que nunca, por lo menos, porque estar sin dientes para masticar, o sea, tienes que ingeniar no conseguir masticar sin dientes. (Grupo de Madrid)

---

Los programas de emergencia social de Cruz Roja Españoal conocen bien esta situación y en algunos casos cubren la atención dental y hasta las prótesis, pero para algunas personas, las dentaduras postizas no son la solución definitiva.

- **Valentín:** me la han pagado y todo, claro. Lo ha pagado la Cruz Roja, las gafas, todo ese tipo de cosas lo paga la Cruz Roja.
- **Javier:** en el caso mío, lo he solicitado en una clínica, nada es gratis, pedir un turno...
- **Juanjo:** tienes que hablar con tu trabajador social y ellos se ponen en comunicación con el centro odontológico de ellos y te lo hacen. Vale 500 y pico de euros.
- **Javier:** yo estoy en la lista de espera en la facultad de odontología en la universidad, pero no es gratis, para muchos casos, no sé. Estoy en lista de espera hace un año casi ahí a que me llamen. Pero, entonces, la trabajadora social de la Cruz Roja me dio una cita para el viernes 17 para otra clínica, gratis no es, pero sale mucho más barato, no sé si 400, no sé, que me hagan una valoración. Eso lo tengo que pagar yo. Que sale más barato, sale más barato, vamos a ver cuánto.
- **Luis:** pero claro, lo ideal son las prótesis, no las castañuelas esas que son de plástico que valen... y eso sí que ya casi no te la cubren...
- **Gabriel:** yo la que tengo es como él dice, las castañuelas, no son implantes.
- **Toñi:** implantes no te los hacen.
- **Luis:** una dentadura, por lo menos de cara ya vas mejor, y personalmente hacia ti, pues te ves bien. Yo me tiré tres meses sin salir a la calle...
- **Juanjo:** y luego especialmente a nivel de comer, tú no masticas.
- **¿La solicitaste?**
- **Javier:** sí, se solicita, pero lo que está diciendo, había cuatro plazas y por supuesto que era para gente que estuviera... los peores, los que peor estuvieran, o sea, cuatro personas de todo el mundo que han solicitado, había cuatro plazas que se lo hacían gratis, todos los demás, lo que está diciendo él. Vas a una clínica odontológica y te dicen 600, 800, y tienes que pagar. Si es verdad que lo puedes pagar a plazos o tal, siempre y cuando...  
**(Grupo de Alicante)**

## Dificultades de acceso al sistema sanitario

**Existen otras necesidades no cubiertas por el sistema público como pueden ser las gafas, los audífonos u otras prótesis. Estas necesidades son cubiertas en muchos casos por las entidades sociales, como Cruz Roja Española, en los casos de especial vulnerabilidad.**

En general, la accesibilidad a la atención sanitaria pública es considerada muy positiva por parte de las personas participantes, principalmente en atención primaria.

**El panorama de la accesibilidad empeora en la atención médica especializada, en el que se detectan exclusiones en función de la situación jurídica de las personas, o largas listas de espera. También la brecha digital supone un problema de accesibilidad para las personas que no están familiarizadas con Internet y las tecnologías.**

Actualmente, en todas las comunidades autónomas, la vía más directa para solicitar una cita es a través de la página web de la administración sanitaria correspondiente, pero para muchas de las personas encuestadas por Cruz Roja es muy difícil acercarse al sistema sanitario a través de este medio (personas mayores, personas con una larga trayectoria de exclusión social, personas con baja cualificación, personas que no hablan la lengua, que no tienen dispositivos conectados a Internet, que no están familiarizadas con el uso de los ordenadores, etc.).

- **Gregorio:** **hay una situación, estamos en el siglo XXI, hay una situación muy básica: que el que no sepa nada de internet es un analfabeto.** Pero eso es una cosa y otra cosa es otra: si por ejemplo hace dos años atrás yo fui a solicitar la ayuda laboral, un ejemplo que te pongo, eso sucede en muy pocas instituciones; voy con un agente de SAMUR Social al lado mío, tengo que meterme por internet a solicitar el mismo sitio, no me pueden atender personalmente. Entonces, hay personas mayores que no saben, yo por lo menos me busco la vida y pregunto, pero...
- **Estela:** sí, y es que yo no veo y no puedo ponerme gafas hasta que no termine el tratamiento, hay días que yo veo más o menos bien y hay días que veo borroso...
- **Luis:** que una persona mayor no le pueden decir “Métete en internet”.
- **Estela:** y encima “¡No, no, señora, tiene que hacerlo usted!”, le digo “Baja un poquito le tono que yo soy la del problema y que, si yo supiera, no te molestaba, es más, no venía ni aquí. Hazme el favor porque no veo, te lo suplico porque no he podido traer a nadie, no veo. Tengo cáncer, por favor, necesito que me ayuden porque no veo”. (**Grupo de Madrid**)

## Hábitos. La alimentación

La mayoría de las personas participantes en los grupos focales eran conscientes de la importancia de la alimentación en el cuidado de su salud, en el restablecimiento de sus afecciones y en el fortalecimiento de su sistema inmunitario.

De los testimonios de las personas que participaron en los grupos focales no se deducen situaciones de desnutrición, ya que no manifiestan carencia de alimentos, aunque para ello tengan que recurrir a comedores sociales, al programa de banco de alimentos o a la ayuda de otras personas. Sin embargo, se puede hablar de un riesgo de malnutrición, ya que la escasez de alimentos no permite una alimentación equilibrada. Los alimentos que más escasean en estos grupos son principalmente el pescado y las carnes rojas y blancas

Entonces, claro, el tema de la alimentación, con lo que yo gano, que ahora mismo no estoy ganando nada, mi dieta tiene que ser una dieta sin grasa, no puedo comer nada de grasa, equilibrada. Esto no debería comerlo, para empezar, está totalmente prohibido. Mi dieta sale cara, entonces, yo por ejemplo pescado no me lo puedo comprar, a mí me pasan meses y meses sin comerme un filete de atún, un esto, porque no puedo, no me llega. Para mi hija lo que tengo y para comérmelo yo, prefiero dárselo a ella que está creciendo. Entonces, son muchas cosas que tú dices “¡Joder!”, y tú vas y se lo explicas a la asistenta social y me dice “Es que ahora mismo, en tu situación, como cobras 425 euros, no te cabe ni una ayuda.”

- **Porque encima el papá de tu hija te pasa cien euros”, “¡No me pasa cien euros! Te traigo la única cuenta bancaria que tengo a ver dónde está depositado”. Él me firmó que él no me pasaba nada, no valió ni para el RMI ni para nada, ¿entonces? ¿Qué hacemos? Mi hija tiene que ir al dentista también, ¿con qué se lo pago? (Estela, 49 años, Madrid)**
- 

Las dificultades de acceso a productos fundamentales para el organismo pueden ir acompañadas de un abuso de otros productos, cuya ingesta en exceso acarrea problemas de salud, como son los hidratos de carbono, las grasas y los azúcares. El abuso de estos puede ocasionar obesidad y colesterol alto, que a su vez influyen en problemas cardiovasculares (Gómez, Beltrán y García, 2013).

**La pobreza determina hábitos alimentarios no saludables, pero también otras situaciones como el intento de dejar de consumir determinadas sustancias que han acompañado a la persona durante varios años, o con dejar una adicción (alcohol, tabaco u otras drogas). Tratar una adicción puede llevar a comer en exceso, principalmente alimentos que son más accesibles, debido al estrés y la ansiedad que genera la propia deshabituación.**

---

**El tema de la alimentación es un poco más complejo, porque yo fumaba y bebía como un trastornado, ahora me ha dado por comer. Me ha dado por comer dulces, [dejó de fumar] claro, te genera un estado de ansiedad que te da por comer dulces muchísimo, he engordado más de cinco kilos, cosa que no me conviene tampoco. Entonces, ¿qué pasa? Que mantener una dieta equilibrada cuesta, porque claro, no pasas hambre porque vas a comedores, vas a lo otro, pero mantener una dieta equilibrada cuesta porque lo más caro es lo más saludable. Caramelos, sin azúcar, pero son más caros. Verduras vale más caro, el pescado vale más caro, todo lo que sea saludable es mucho más caro. Entonces, hay que comer lo que hay. (Ricardo, 58 años, Madrid)**

---

**El estrés, por su parte, puede actuar como un elemento que influye en hábitos alimentarios no saludables, disminuyendo o incrementando el apetito.**

Algunas personas despliegan estrategias para conseguir alimentos que no pueden permitirse adquirir. Conocer los diferentes recursos sociales locales para solicitar ayudas, informarse a través de otras personas sobre cómo acceder a programas de alimentos, compatibilizar ayudas a la dependencia con comedores sociales, etc., son algunas de estas estrategias. Pero existen otras que comportan un riesgo añadido a la persona y a su salud: buscar alimentos en contenedores de supermercados o pedirlos directamente a las tiendas o restaurantes en el momento en que van a tirarlos.

**Todos los comercios tienen unos horarios. Llega un momento y dicen “Estos boquerones, estas sardinas, este pescado me queda solo esto”, yo que soy un pájaro, gracias a Dios, me voy a la pescadería, miro el producto y sé cuál me puede dar y cuál no me puede dar, porque yo he trabajado de pescadero y he trabajado en la mar, le digo “Oye, por favor, parece que ya los boquerones los van a tirar ustedes...”, porque yo he visto los contenedores que tiran una cantidad de pescado, bueno, si tú vas y lo pides con un poco de vergüenza y de educación, te lo da el hombre. Ya tengo el pescado, a mí me hubiera gustado a lo mejor pagárselo, pero si no tengo... Yo ahora no cocino, pero antes sí cocinaba, porque yo tengo un camping gas pequeño, pasé dos chuletas, una costillita, cualquier cosa, tengo todos mis preparados, aceite, vinagre, lo que tengo, lo tengo todo. Cuando no tengo dinero, tengo que sacarme una habilidad que tengo y voy lo pido y me lo dan. Prefería haberlo pagado, seguro, porque ese hombre también tiene que comer, pero ya que lo vas a tirar, no lo tires, dámelo a mí. (Gregorio, 50 años, Madrid)**

---

Si bien esta no ha sido una práctica habitual entre las personas participantes en los grupos, algunas de ellas lo han hecho, especialmente las que han tenido experiencias de sinhogarismo y adicciones.

**Los estilos de vida tienen influencia en el desarrollo y la persistencia del estrés y contribuyen a su cronificación. A su vez, el estrés crónico potencia los efectos negativos de un estilo de vida poco saludable, siendo la alimentación uno de los ámbitos más afectados.**

## Sociabilidad y apoyos

**La debilidad o inexistencia de redes sociales y familiares de apoyo es una constante entre los perfiles con mayor representatividad en los grupos focales. Esta carencia es un obstáculo más a su integración social, a su rehabilitación y a la superación de enfermedades o a la disminución de sus efectos.** Personas que han experimentado el sinhogarismo (vida en la calle, itinerarios de albergue, ocupación de viviendas); personas con un historial de adicciones y reclusión en centros penitenciarios; personas afectadas por un desempleo de larga duración; personas extranjeras y personas mayores de 65 años que viven solas.

Las personas que han experimentado situaciones de calle, adicciones, alcoholismo o cárcel –o una combinación de estas–, suelen presentar conflictos familiares. En parte, estos conflictos derivan de los efectos del consumo de sustancias en la conducta. Las conductas problemáticas en el hogar se pueden unir a conductas problemáticas en el ámbito público, como la comisión de faltas y/o delitos. La reincidencia en estas conductas causa agotamiento en las familias, divisiones, desamparos y soledades.

**Sí tengo familia. No [estoy con ellos], por el piso. A mi madre la querían meter en... porque quedé con ellos en vender el piso y a mi madre llevarla a un geriátrico. Yo estuve cuidándola, pero por las drogas me han cambiado la cerradura y me han echado. Ya no quieren saber de mí. No tengo apoyo de la familia. (Ricardo, 58 años, Madrid)**

---

Otra situación que ocasiona esta desafiliación es el desempleo de larga duración, sobre todo en hombres que han actuado como sustentadores del hogar durante gran parte de sus vidas. El rol de sustentador/a familiar comporta una gran responsabilidad, que muchas veces se asume a costa de la propia salud y la necesidad de afecto y cohesión familiar. En los grupos de trabajo han participado personas con este perfil, trabajadores en régimen de autónomos, que han sacrificado el descanso, el estar con la familia y los cuidados, por cumplir con exigencias de consumo o económicas. Cuando se quedan sin trabajo o dejan de ingresar lo suficiente, pierden el estatus que otorga su rol y con ello su estatus como padre, marido o hijo.

Esta pérdida, unida al desempleo de larga duración, ocasiona una merma en su autoestima, conflictos familiares y separaciones. Es posible que la incomunicación familiar hubiera estado presente antes, pero la nueva situación económica y de redistribución de roles la pone en evidencia, como cuenta Fernando:

**Entonces, uno dice, bueno si tienes familia como es que... bueno, la familia... vamos a dejarla. Se fue. Mi segunda pareja también, con esta situación, se fue con el aire, con el viento. Otro hijo también se fue con el viento. Y me encontré también, otra vez, a cero. Bueno, a raíz de la falta de trabajo... Pero el desenlace ha sido consecuencia de todos estos últimos años, no trabajar, se complican las cosas, surgen una serie de problemas que a lo mejor estaban ahí pero no los queríamos ver, cuidado, pero que cuando llegas a situaciones muy críticas, te das cuenta de que no es todo lo bonito que es. Entonces qué pasa, a mí me ha conducido a mi separación mi situación, sí... (Fernando, 69 años, Barcelona)**

---

**Cuando se ha tocado fondo, se conoce la soledad, la desafiliación, las adicciones o la cárcel, aparece la vergüenza. Algunas personas podrían recurrir a un miembro de la familia para intentar pedir ayuda, pero la culpa, la vergüenza y el temor a "volver a fallar" les impiden hacerlo. Además, después de pasado un tiempo sin los apoyos familiares, tanto la persona como la familia pueden haber cambiado y retomar la relación no es una tarea fácil**

**Yo tengo hermanos, pero tienen sus familias y sus problemas y sus vidas, y yo el tema es que he estado fuera muchos años y fui deportado y regresé. Mis padres fallecidos, mi hermano ocupando la casa familiar... Yo apoyo por mis hermanos no tengo... al contrario, me han perjudicado a mí. Y bueno, con mi hermana... igual... familia no los molesto. (Esteban, 21 años, Alicante)**

---

**Prefiero que no me vean. Ellos viven aquí donde está super, donde estaba antes el puesto de la Cruz Roja, viven al frente, pero que paso de ir a pedir o de ir a ver y que me vea, porque ¿qué hago? Mi padre me viera... no sabe que estoy viviendo así [vive en una casa ocupada], él no sabe que vivo así, no tengo por qué contárselo, ¿para qué? ¿Para que se haga mala sangre? Y mis hijos ya tienen 45 años el hijo y mi hija tiene 40 años, tengo siete nietos, ellos tienen su vida resuelta y todo eso, y están trabajando y todo. Ellos me han propuesto muchas veces de volver allí [a Francia donde vive el hijo y la hija], pero ¿qué voy a hacer yo allí? Cuando cobre la jubilación, igual que la cobro aquí, cobro allí. ¿Qué voy a hacer? Para estar seis meses en casa de uno, tres en casa del otro, todo eso... Como aquí me han propuesto de entrar a una residencia, ¿qué hago en una residencia? (Javier, 66 años, Alicante)**

---

**A mí me apoya mi mujer, lo que pasa es que la tengo lejos. Yo no quiero [que me ayude] porque ella tiene a cargo los niños y yo no quiero, ella sí se ofrece en ayudarme, pero yo no quiero. ¿Para qué? Para entrar en el círculo vicioso y demás, pues ya estoy, no te lo niego, pero porque soy alicantino y tengo muchas gentes y... lo lógico, lo que entra en el mundo de la calle y drogas. (Juanjo, 39 años, Alicante)**

---

**Pese a todo, algunas personas que han tocado fondo siguen contando con alguien de la familia.** En ocasiones, subsisten los apoyos, incluso cuando toda la familia tiene problemas económicos o de otro tipo. Se trata de estrategias de supervivencia, de arreglos convivenciales no convencionales (como el de matrimonios separados o divorciados que continúan viviendo juntos o maridos que se van de casa para no ser “una boca más que alimentar”, pero no rompen la relación de pareja), que previenen una caída en la desafiliación total. No obstante, algunas de estas relaciones presentan fragilidad, debido a las circunstancias socioeconómicas por las que atraviesa el hogar o cada uno de sus miembros, quienes pueden tener más dificultad para sostener estos arreglos si dichas circunstancias se agravan (mayor persistencia en el desempleo o la pobreza).

**Yo he estado encerrado, (...) pero he tenido suerte y sigo teniendo mucha suerte con la persona que ha sido mi mujer, porque me sigue manteniendo, dentro de sus posibilidades, que ahora son menos evidentemente, porque no trabaja (Pedro, 64 años, Barcelona)**

---

**Yo tengo tres hijos en Madrid. Uno de 31, casado, con un nieto; el segundo de 27, dos nietitas; y mi hija de 15 años que está con la madre, la madre trabaja de interna. Y el tiempo que yo estuve trabajando en Madrid, todo mi ingreso iba a mi señora, por mi hija. Entonces, yo prefería más alquilar mi habitación y después todo el sueldo ya que administre mi señora, porque sabía que después en el futuro, porque iba a haber refacciones en donde estaba trabajando de conserje, y decidí venir aquí. Entonces, lo poco que tengo para vivir es lo que le pido yo a mi señora, “Envíame tanto”, 20 euros semanal, aunque sea para comprar algo de carne, porque estar todos los días con atún, con café con leche, con bocadillos. Mi suegra en eso me ayuda, para ir a comprar algo en el Super. Estamos divorciados legalmente, pero distanciados no. Estamos constantemente en comunicación.**

**(Gabriel, 52 años, Alicante)**

---

Por último, están las personas mayores de 65 años que viven solas, que no tienen hijos/as o que tienen escaso o nulo contacto con sus hijos porque estos viven lejos o no tienen tiempo para visitarles. El aislamiento social y la necesidad de ayuda para las actividades de la vida diaria son problemas que existen en ciudades grandes, por las dificultades de accesibilidad a los servicios o a la vida en comunidad, y también en ciudades o pueblos pequeños por la despoblación y la falta de servicios. En muchos casos, los servicios destinados a la dependencia son limitados, como comenta Lucía.

---

**Vienen dos horas, y entre que viene, hace la infusión, nos la tomamos, y se va. (Lucía, 91 años, Barcelona)**

Estas circunstancias generan en las personas mayores, sobre todo si tienen problemas de movilidad, un sentimiento de soledad.

**Como ya se ha dicho, la falta de apoyos familiares y la soledad influyen en el estado de ánimo y pueden llevar a la depresión entre cuya sintomatología podemos encontrar insomnio, baja energía, disminución de habilidades sociales, autoaislamiento, baja autoestima y autoconfianza, creencias negativas, entre otras, que pueden conducir a ideas suicidas en algunos casos. En este sentido, las experiencias de soledad están vinculadas a la exclusión social.<sup>39</sup>**

---

## Recursos públicos

Los recursos públicos pueden paliar los efectos de la desafiliación. Para Castel, la desafiliación es una situación de vulnerabilidad que conjuga la desvinculación con las estructuras formales de integración (mercado de trabajo, la vivienda) con la fragilidad de los lazos familiares, comunitarios o públicos (que eventualmente pueden prevenir una caída hacia la exclusión social por su condición de “recursos sociales”).<sup>40</sup> Sin embargo, la descentralización, la diversidad, la dispersión y la especialización que caracterizan al sistema de protección social, obligan a las personas a tejer un complejo mapa local de ayudas y servicios con los que puedan contar. El trazado de estos mapas puede dificultar la perspectiva de la integralidad en la atención, como ha aparecido en el apartado sobre la atención sanitaria. Todas las personas participantes en los grupos focales eran beneficiarias de programas de salud de Cruz Roja Española. Estas ayudas incluyen abono de medicamentos no cubiertos por el sistema sanitario, ayudas para gafas y salud bucodental, ayudas para la adquisición de prótesis, programas de deshabituación, ayudas a la dependencia. La valoración de estas ayudas ha sido muy positiva por parte de los y las participantes.

---

39. Asociación Estatal de Directores y Gerentes en Servicios Sociales (2017), Informe sobre el Estado Social de la Nación. Edición propia, disponible en: <https://www.mayoresudp.org/wp-content/uploads/2017/03/Informe-sobre-el-Estado-Social-de-la-Naci%C3%B3n.pdf>

40. Castel, R. (2003), *L'insécurité sociale : qu'est-ce qu'être protégé ?*, Paris, Éditions du Seuil.

**Cruz Roja me paga los medicamentos, en otra ocasión me ha ayudado en otro aspecto, he hecho formaciones, tanto a nivel estatal, como a nivel autonómico, he hecho de todo.**  
**(...) Gracias a mi situación he descubierto otras cosas, entre ellas vivir. De otra manera, pero vivir. (...) Porque Servicios Sociales alguna cosa muy puntual. Ha tenido que hacer un certificado, porque recientemente he podido pedir la Renta Garantida, de la Generalitat, pero según me han dicho eso tarda cuatro meses en contestarte, sin ninguna garantía. Yo en principio reúno todas las condiciones que ellos te piden, pero ya veremos, porque hay muy poca gente que la cobre. A través también de servicios sociales he solicitado la tarjeta rosa, de transporte (...). Mis enfermedades, porque soy diabético, este año he tenido cuatro lesiones. Eso ha venido después del trabajo. (...) (Pedro, 64 años, Barcelona)**

- 
- **Toñi:** pero a ti te falta información, porque aquí en Cruz Roja, si es realmente grave, te lo pueden pedir y te lo pagan, tú vas al médico, lo pides y aquí vienes y le dices a farmacia que tal. Vas aquí a la farmacia y ahí te lo dan, pero es información que no se facilita.
  - **Luis:** yo la medicación no la pago, si no, tendría que pagar una fortuna. Te tomas ocho pastillas a la mañana, cinco al mediodía y las otras ocho por la noche...
  - **Javier:** a mí también, me cubrió toda. Le di la receta y me lo pagó.
  - **Manolo:** yo conozco la Cruz Roja de Málaga y ahí funcionaba igual, gente que no tenía recursos, se les pagaba la medicación. Y Cáritas también lo hace aquí en Alicante.  
**(Grupo de Alicante)**
-

Muchas de las personas que participan en los programas de salud de Cruz Roja reciben apoyo también desde otros programas de la Institución en el ámbito de la intervención social (lucha contra la pobreza alimentaria, apoyo en materia de vivienda), formación y/o intermediación laboral, y son precisamente estas personas las que muestran un mayor grado de satisfacción, derivado del abordaje integral de su situación. Como se ha reflejado antes, la vulnerabilidad que experimentan tiene en muchas ocasiones un carácter multidimensional. Para ofrecer respuestas a estas situaciones y apoyar los esfuerzos que las personas realizan para revertir estos procesos, Cruz Roja trabaja desde el año 2014 con una metodología que nos permite acoger a las personas que se encuentran en una situación de vulnerabilidad social de una forma cercana, valorar los factores de riesgo que inciden en la vulnerabilidad social en distintos ámbitos (económico, laboral, familiar, social, personal y de salud), visibilizar las interconexiones entre ellos y construir soluciones de carácter más integral, a través de planes individualizados y pactados.

**Pero porque hice un curso de reponedora de supermercado y había que hacer las prácticas, y me hicieron peluquería, dentista, unas gafas, para ir bien presentada, me compraron mi uniforme de trabajo. Hice las prácticas en una ferretería en un centro comercial. La experiencia fue muy buena. (Toñi, 42 años, Alicante)**

---

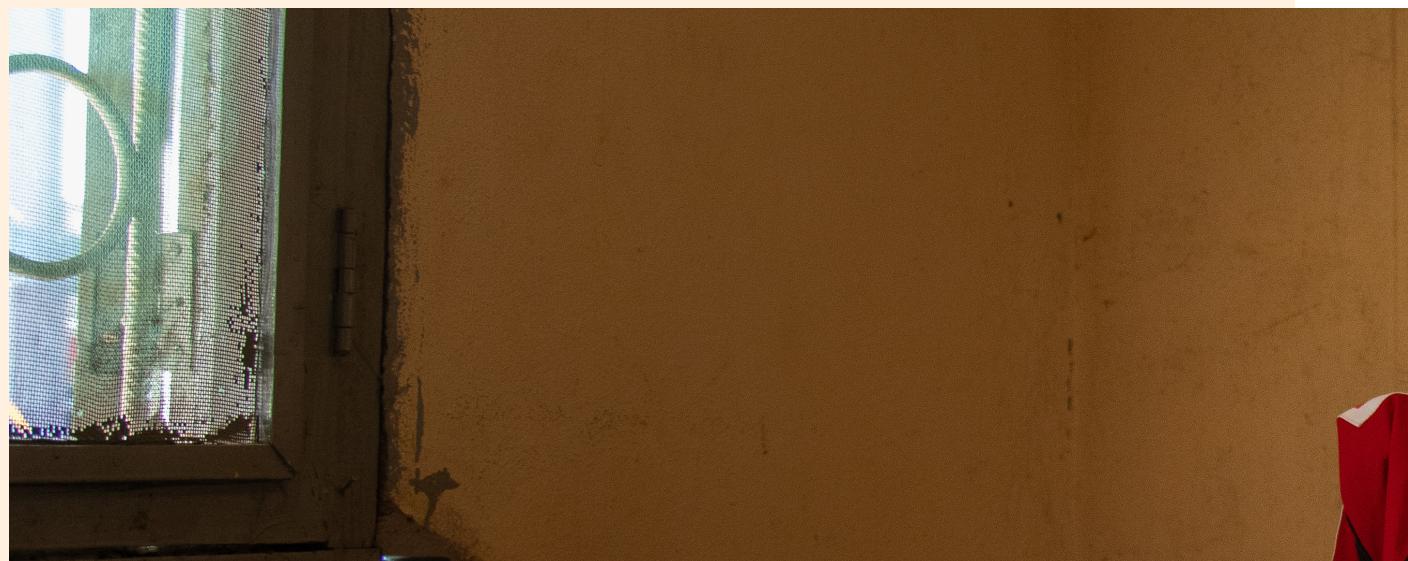
**Porque yo me preocupo en hacer mis cosas, en aprender informática en la Cruz Roja, gracias a la Cruz Roja yo he aprendido, aunque sea por mi cuenta, a manejar internet. Y no te abro internet para andar por casa, no, yo sé internet no para andar por casa y lo he aprendido en la Cruz Roja. (Gregorio, 50 años, Madrid)**

---

La escucha activa de necesidades es entendida como un acompañamiento emocional y psicológico es uno de los elementos más nombrados y valorados por las personas participantes.

**La Cruz Roja ha sido la única institución, como dices tú, que nos escucha, que nos ofrece la atención que merecemos, porque venimos muchas veces desesperados, y como dices tú, indignados, te llenan de coraje, porque yo, por ejemplo, en mi caso, nunca he pedido nada. O sea, la única institución que en el momento más necesitado me abrió las puertas, me ayudó en muchos sentidos, se metió hasta el fondo... fue la Cruz Roja. No me pidió tantos papeles, porque vas [...], te piden un tocho así de papel, entonces, dices “Pero no estoy cobrando”. La única institución, por lo menos yo estoy conforme con eso, y lo que dice él, que te ha puesto eso ha sido la Cruz Roja, que no tengo manera de cómo agradecerlo, la verdad. Y el día que pase todo esto, que yo me pueda ubicar, yo también que resuelva lo mío, quiero hacerme voluntaria de la Cruz Roja para personas enfermas. (Estela, 49 años, Madrid)**

---



## Propuestas de mejora en la atención a la salud

Las personas participantes en los grupos focales también realizaron propuestas de mejora de la atención en salud. Entre las propuestas más destacadas figuran:

- Mayor cobertura de los fármacos recetados, incluyendo los que quedaron excluidos de las normativas de 2012.
- Mayor cobertura en salud bucodental, prótesis y gafas.
- Formación y sensibilización en tratamientos naturales, para evitar una ingesta excesiva de medicamentos, cuando no son absolutamente necesarios.  
Formación en alimentación sana.
- Información sobre cuidados paliativos o “muerte digna”.
- Mejora de programas de estimulación y mantenimiento cognitivo.
- Más programas de ocio y tiempo libre, incluidos viajes para conocer gente y establecer redes de amistad.
- Talleres de gestión de las emociones, relajación, meditación, digitopuntura, Tai Chi, Reiki, Chi-kung, reflexología, yoga, etc.
- Formación en primeros auxilios.
- Mayor cobertura en salud a los colectivos excluidos del sistema sanitario, como las personas migrantes en situación de irregularidad jurídica.
- Más atención psicológica individual y grupal.
- Formación del personal sanitario y social en perspectiva de salud bio-psico-social, para que la intervención de las problemáticas en salud tenga una comprensión compleja de la relación entre éstas y las condiciones de vida.







