

HACIA LA EQUIDAD EN SALUD

DISMINUIR LAS DESIGUALDADES EN UNA GENERACIÓN EN LA COMUNIDAD GITANA





Resumen divulgativo de la publicación: “Hacia la Equidad en Salud: Estudio comparativo de las encuestas nacionales de salud a población gitana y población general de España, 2006”

<http://www.msc.es/profesionales/saludPublica/prevPromocion/promocion/desigualdadSalud/comuGitana.htm>

Redacción: Víctor Ibáñez

Coordinación y asesoramiento técnico: Grupo de Salud del Consejo Estatal del Pueblo Gitano

Trabajo de análisis: Daniel La Parra

© Ministerio de Sanidad y Política Social (MSPS)
Dirección General de Salud Pública y Sanidad Exterior
Subdirección General de Promoción de la Salud y Epidemiología
Área de Promoción de la Salud

© Fundación Secretariado Gitano (FSG)
Departamento de Acción Social
Área de Salud

NIPO: 351-09-019-8

Diseño gráfico: Estibaliz Olasagasti

Impresión: A.D.I.

Producción: Ocasional Press
Madrid 2009

Bibliografía:

Salud y Comunidad Gitana. Madrid: MSC-FSG (2005)

Guía para la actuación con la Comunidad Gitana en los Servicios Sanitarios. Madrid: MSC-FSG(2006)

Comunidad Gitana y Salud. La situación de la comunidad gitana en España en relación con la salud y el acceso a los servicios sanitarios. Conclusiones, recomendaciones y propuestas. Madrid: CEPG- MSC-FSG (2008)

<http://www.msc.es/profesionales/saludPublica/prevPromocion/promocion/desigualdadSalud/comuGitana.htm>

ÍNDICE

Página 4	Introducción
Página 6	Estado de Salud
Página 8	Problemas de Salud
Página 10	Consumo de tabaco y bebidas alcohólicas
Página 12	Lesiones por accidentes
Página 14	Obesidad, alimentación y actividad física
Página 16	Medicina y prácticas preventivas
Página 18	Hospitalización y uso de las urgencias
Página 20	Consumo de medicamentos y salud buco-dental
Página 22	Conclusiones y recomendaciones

HACIA LA EQUIDAD EN SALUD

DISMINUIR LAS DESIGUALDADES EN UNA GENERACIÓN EN LA COMUNIDAD GITANA

La salud de las personas depende de muchos factores y responde a muchas influencias: la pertenencia a uno u otro grupo étnico, la posición social que se ocupe, el entorno en el que se vive... son elementos determinantes en el conjunto de fuerzas que modelan nuestro estado de salud y nuestra esperanza de vida. En 2006, el Ministerio de Sanidad y Consumo y la Fundación Secretariado Gitano decidieron llevar a cabo la primera Encuesta de Salud a la Población Gitana de España; esto ha posibilitado realizar una fotografía de la salud de estos ciudadanos y ciudadanas que, secularmente, han visto sus vidas condicionadas por un gran obstáculo: la desigualdad.

Cuanto peor es la situación social y económica de una persona peor es su estado de salud. En el caso de la Comunidad Gitana española sus condiciones sociales han sido peores que las de la población general. Esta situación aconseja que la salud sea protegida y mejorada, entre otras, con políticas transversales. Para conseguir una mejora general del estado de salud es imprescindible intervenir en áreas como la vivienda, el empleo, la salud, la educación, la integración social o el impulso a la participación. La Comunidad Gitana supone entre el 1,8 y el 2,1% de la población de España: sus especiales características, y la imposibilidad ética y legal de incluir una clasificación étnica en los estudios poblacionales, hacen que su número no esté perfectamente definido. Teniendo en cuenta la dificultad de realizar un censo preciso, las estimaciones indican que la población gitana española es mayor que la de algunas de las diecisiete

Comunidades Autónomas. A pesar de su importancia, la Comunidad Gitana de nuestro país ha sido invisible para las diferentes Encuestas Nacionales de Salud que se han realizado en los últimos 25 años, por lo que ha sido inviable conocer en profundidad el estado de salud de los gitanos y gitanas españoles.

En el cuestionario de la Encuesta de Salud a la Población Gitana se incluyeron las mismas preguntas que en las Encuestas Nacionales de Salud de 2003 y 2006. Con esta forma de actuar se ha podido obtener, por primera vez en España, un estudio comparativo directo sobre la salud de la Comunidad Gitana con respecto a la del conjunto de la población general. Del conjunto de los datos obtenidos se desprende que los gitanos y gitanas españoles tienen un estado de salud peor que el conjunto de la ciudadanía de nuestro país. No obstante, hay que precisar que se trata de una comunidad heterogénea y que los resultados de este estudio reflejan solamente una fotografía de conjunto

El estudio se centra en tres ejes principales: el estado de salud, los estilos de vida y la utilización de los servicios sanitarios. La población gitana tiene una diferente estructura de edad y sexo con respecto al conjunto de la población general: se trata de una población más joven. Además, tienen niveles de renta, de educación, de calidad de sus viviendas y de bienestar económico menos favorables que el conjunto de la población. El nivel de desarrollo de un país tiene una decisiva influencia en todas las áreas de la vida, especialmente en la salud. Las desigualdades en

salud marcan extraordinariamente el desarrollo, la duración y la calidad de vida de quienes las padecen y son una forma difícilmente justificable de injusticia social. Hace seis décadas, España era un país con unas tasas de desarrollo muy inferiores a las que actualmente disfrutamos. Desde 1950 han pasado dos generaciones: un lapso de tiempo que ha permitido una drástica mejora en las condiciones de la vivienda, el reconocimiento del derecho universal a la asistencia sanitaria y a la educación, indiscutibles mejoras en los niveles de ocupación, renta disponible y derechos de los trabajadores, así como la implantación de un sistema democrático pleno. En un contexto de cambios sociales casi vertiginosos, los gitanos y gitanas españoles no han podido reducir las desigualdades con el resto de la ciudadanía, en gran medida por el mantenimiento de una situación de precariedad laboral, económica y social. En definitiva, en algunos casos, siguen padeciendo la explotación y alienación social combinadas con la dominación y la discriminación étnica por parte de la población general.

PRIORIDAD PRINCIPAL

El objetivo principal que se pretende conseguir es que las desigualdades que la población gitana sufre en materia de salud sean solucionadas en el plazo de una generación, una meta que se puede lograr con una adecuada orientación del conjunto de las políticas públicas que influyen en la salud, en especial las sanitarias y las de sectores como el empleo, la vivienda, la educación, el urbanismo y otras.

CLASIFICACIÓN DE CLASE SOCIAL

En 1995 la Sociedad Española de Epidemiología hizo una propuesta de indicadores de clase social para su utilización en la investigación y en la práctica de la salud pública en España. Esta tabla es la que se ha usado en la presente encuesta a la hora de comparar las diferentes situaciones de salud de las distintas clases sociales

- I Directivos de la Administración Pública y de empresas de 10 o más asalariados. Profesiones asociadas a titulaciones de segundo y tercer ciclo universitario.*
- II Directivos de empresas con menos de 10 asalariados. Profesiones asociadas a una titulación de primer ciclo universitario. Técnicos y profesionales de apoyo. Artistas y deportistas.*
- IIIa Empleados de tipo administrativo y profesionales de apoyo a la gestión administrativa y financiera. Trabajadores de los servicios personales y de seguridad.*
- IIIb Trabajadores por cuenta propia.*
- IIIc Supervisores de trabajadores manuales.*
- IVa Trabajadores manuales cualificados.*
- IVb Trabajadores manuales semicualificados.*
- V Trabajadores no cualificados.*
- VI No consta.*

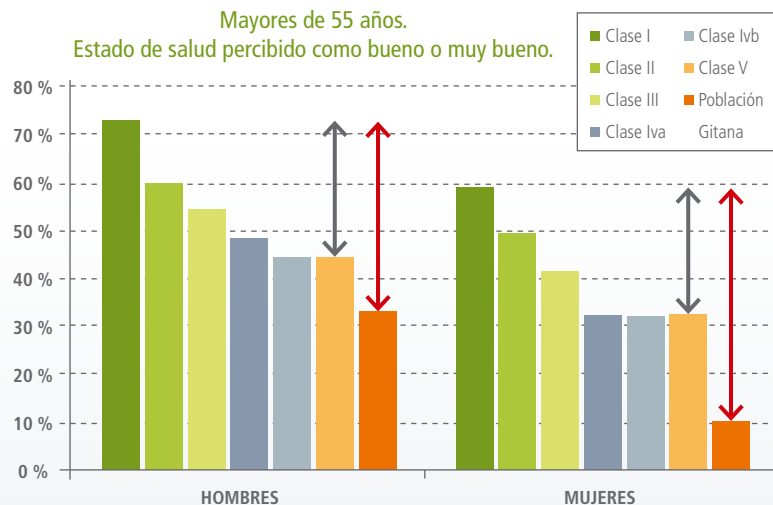
La Encuesta Nacional de Salud se refiere al período junio de 2006 a junio de 2007, dividido en cuatro oleadas trimestrales, sin embargo el conjunto de las entrevistas de la Encuesta de Salud a Población Gitana de España se realizó entre septiembre y noviembre de 2006. Los datos de la encuesta a población gitana se sitúan en el período intermedio entre el primer y el segundo trimestre de la encuesta nacional de salud. Puesto que algunos de los indicadores utilizados en el análisis están sujetos a variaciones según la estación del año es posible que en algunos casos las diferencias o las semejanzas en los resultados entre las poblaciones comparadas respondan a este sesgo de estacionalidad.



I ESTADO DE SALUD

En todas las Encuestas de Salud se pregunta a los entrevistados sobre la percepción que tienen acerca de su propia salud. Las respuestas a esta sencilla pregunta tienen un gran valor epidemiológico, ya que se ha llegado a la conclusión de que aquellos que contestan que su estado de salud es bueno o muy bueno son quienes menos usan los servicios sanitarios, acumulan menos problemas de salud y son los que tienen menos probabilidades de fallecer en los años posteriores. Este estado de salud percibido tiene una profunda relación con la posición social, el nivel educativo, el estrato socioeconómico y el grupo étnico al que se pertenezca. En términos generales, la percepción que la Comunidad Gitana tiene acerca de su propia salud es muy similar a la de la población general. Sin embargo, este dato puede inducir a error, ya que la población gitana es más joven que la media de los ciudadanos españoles.

Los hombres gitanos menores de 35 años tienen una percepción sobre su salud muy similar a la de la población general. A partir de esa edad, el porcentaje de hombres gitanos que declaran que su salud es mala o muy mala aumenta considerablemente: a los 55 años sólo un 33,4% define su salud como buena, frente al 52,3% de la población general. En las mujeres gitanas también se observa una escalada de los valores negativos a partir de los 35 años. Únicamente un 10,2% de las mujeres gitanas mayores de 55 años creen que su salud es buena, frente al 38,5% del conjunto de las mujeres. Entre la población gitana mayor de 16 años, un 41,4% de las mujeres indica que su salud es mala, frente al 28,1% de los hombres. Esta tendencia comienza des-



de la infancia; un 14% de las chicas gitanas menores de 16 años señala que tiene mala salud, frente a un 11,7% de los chicos gitanos de esas edades.

El nivel educativo es otra variable muy importante que influye en la salud de las personas. Los hombres gitanos con mejor nivel de estudios señalan que su estado de salud es mejor que aquellos con un menor nivel educativo.; entre las mujeres gitanas, aquellas que han podido acceder a mayores niveles educativos son las que consideran que tienen un mejor estado de salud. Un 37,8% de los hombres gitanos que no saben leer y escribir creen que su salud es buena, frente al 19% de las mujeres gitanas en la misma situación. Entre la población gitana que ha podido acceder a un mayor nivel de estudios se repite esta tendencia,

aunque de una forma menos acusada: el 75% de las mujeres gitanas con estudios primarios piensa que su salud es buena, frente al 79,5% de los hombres gitanos. Un 84,5% de la población gitana masculina con estudios secundarios o superiores dice que goza de buena salud, frente al 82,1% de las mujeres gitanas con el mismo nivel educativo.

Otra variable a considerar son las condiciones de la vivienda: mientras que en los hombres gitanos el tipo de vivienda tiene menos impacto en su estado de salud, para las mujeres gitanas vivir en una vivienda en malas condiciones tiene un efecto negativo muy considerable en la propia percepción de su estado de salud. Sólo el 27,2% de las mujeres de la Comunidad Gitana que viven en una vivienda en malas condiciones afirma que su salud es buena, frente al 71,7% de los hombres gitanos que residen en una vivienda no normalizada.

PRIORIDAD PRINCIPAL

Las mujeres gitanas perciben que su salud es peor que la de los hombres, acusan más el paso de los años y el efecto de vivir en una vivienda que no reúna las debidas condiciones. Por tanto es importante intervenir en la salud de la Comunidad Gitana desde la infancia, con especial atención a las mujeres y dirigir la actuación a reducir el rápido envejecimiento tanto de hombres como de mujeres gitanos.

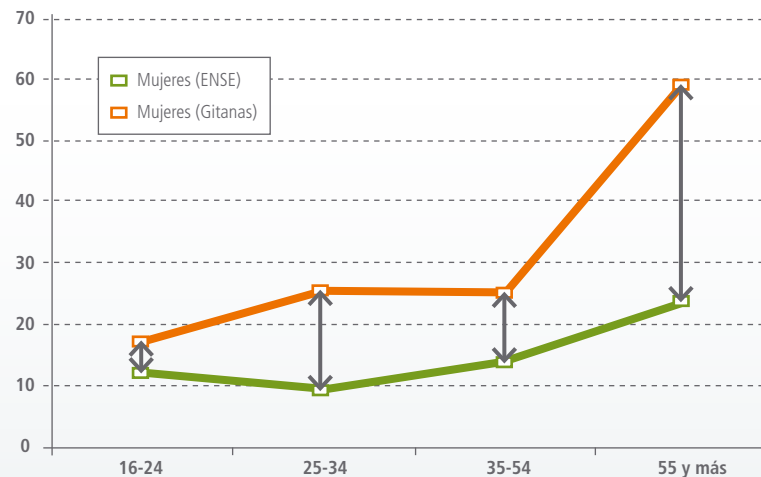
PROBLEMAS DE SALUD

En todos los estudios de salud se intenta valorar cual es la frecuencia de diferentes enfermedades y los problemas de salud más habituales que afectan a la población. A la hora de comparar estos parámetros en la población gitana y en la población general, hay que tener en cuenta un rasgo diferenciador: su juventud. A pesar de ser una población más joven, los problemas de salud son más frecuentes que entre la población general.

En los hombres gitanos encontramos mayor presencia de problemas como colesterol elevado, asma, bronquitis, enfisema, úlcera de estómago, alergia, depresión, enfermedades mentales, jaquecas, problemas circulatorios y hernias. Entre las mujeres gitanas, sobresale una presencia elevada de enfermedades como úlcera de estómago, alergia, depresión, enfermedades mentales, mala circulación y problemas derivados de la menopausia. En los niños y niñas gitanas, la frecuencia de problemas como el asma, bronquitis, enfisema y jaquecas parece ser más elevada que en la población general. Los hombres gitanos refieren con mayor frecuencia problemas de salud o enfermedades crónicas que la población general, con un especial incremento a partir de los 35 años. Las mujeres gitanas que superan los 35 años, también señalan con mayor frecuencia padecer enfermedades que las mujeres en general. Incluso las más jóvenes hacen referencia con más frecuencia a problemas como depresión, jaquecas y mala circulación.

Una de las principales consecuencias de la mayor presencia de determinadas enfermedades en la Comunidad Gitana es la limitación de la actividad. Por li-

Mujeres. Limitación de actividad principal (Porcentajes)



mitación de la actividad se entiende la reducción o imposibilidad de realizar las actividades habituales por causa de algún problema de salud. A pesar de que la población gitana es más joven, se observa que los adultos gitanos, tanto hombres como mujeres, han tenido alguna limitación en su actividad diaria en el último mes con más frecuencia que el conjunto de la población. Incluso dentro de la población gitana se ha comprobado que las mujeres mayores de 16 años se ven mucho más afectadas en sus actividades que los hombres. El 24,5% de las mujeres gitanas entre 25 y 34 años, declaró que tuvo que limitar sus actividades en el último mes por algún problema de salud, frente al 9,6% del conjunto de las mujeres.

En este mismo rango de edad, el 19,3% de los gitanos tuvo que limitar su actividad por razones de salud en el último mes, frente al 8,3% de los del conjunto de la población. El 22,8% de la población femenina mayor de 55 años se vio limitado en su actividad a causa de su salud, frente al 58,6% de las mujeres gitanas. En el caso de los hombres, dentro del mismo rango de edad, el 15,6% del conjunto de todos ellos tuvo algún problema de salud que limitó su actividad en el último mes, frente al 30,3% de los hombres gitanos. La mayor presencia de diversos problemas de salud en la Comunidad Gitana se acentúa a partir de los 35 años, y es especialmente importante entre las mujeres que superan esa edad.

PRIORIDAD PRINCIPAL

Es necesario invertir en la salud de la infancia gitana para producir cambios en sus condiciones de vida, ya que, de no ser así, con el paso de los años, muchas patologías les afectarán más intensamente que a la población general. Es imprescindible atajar este problema, especialmente en las mujeres gitanas de más edad, para lo cual las políticas de salud, y otras, han de hacer especial hincapié en las condiciones socioeconómicas, en la educación y en la mejora de la calidad de las viviendas y el entorno de la población gitana.



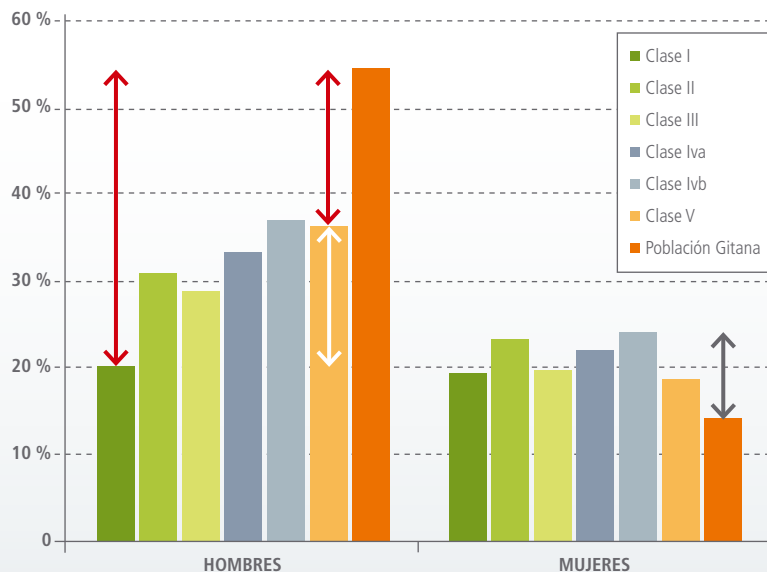


CONSUMO DE TABACO Y BEBIDAS ALCOHÓLICAS

El consumo de bebidas alcohólicas y tabaco está considerado como uno de los problemas de salud más importantes. Debido a influencias culturales, el consumo de tabaco en la Comunidad Gitana, varía enormemente en función del género: un 54,9% de los hombres fuman frente al 14,7% de las mujeres. En el conjunto de la población, también existen diferencias siendo fumadores el 31,6% de los hombres frente al 21,5% de las mujeres. Entre los hombres gitanos el porcentaje de fumadores diarios es mucho más elevado que la población general; si bien el 31,5% de los hombres gitanos entre 16 y 24 años nunca ha fumado, frente al 11% que nunca lo ha hecho entre los mayores de 55 años. El 56,2% de los jóvenes gitanos fuma diariamente, en contraposición al 25% del total de los jóvenes. Las mujeres gitanas mayores de 55 años son las menos fumadoras: un 91,5% de ellas nunca lo ha hecho, frente al 74,4% de las que tienen entre 16 y 24 años. El estudio concluye que los hombres gitanos fuman más que los hombres de la población general y su edad de inicio en el consumo es más temprana: por el contrario, las mujeres gitanas fuman menos, aunque las jóvenes fuman más que las mujeres gitanas más adultas.

El consumo de bebidas alcohólicas se ve también condicionado por el género. Esta diferencia es más pronunciada en el caso de la Comunidad Gitana: un 24,8% de los hombres gitanos es abstemio frente al 31,3% de la población masculina en general. Por el contrario, un 62,1% de las gitanas es abstemia,

Porcentaje de personas fumadoras. 16 y más años de edad



mientras que entre la población general encontraremos un 55,9% de mujeres abstemias. En los jóvenes gitanos esta tendencia es más acusada: el 76% de los gitanos entre 16 y 24 años consume bebidas alcohólicas, frente al 43,3% de las gitanas de este mismo grupo de edad. El 58,2% de los hombres jóvenes de la población general consumen bebidas alcohólicas, frente al 45,2% de las mujeres de este grupo. El 75,5% de las mujeres gitanas mayores de 55 años es abstemia, frente al 67,9% de las mujeres de la población general. El 47,2% de

los hombres gitanos de este grupo de edad es abstemio en contraposición al 34,2% de los hombres de la población general.

La edad media de inicio en el consumo de tabaco y bebidas alcohólicas es más temprana para los hombres gitanos que para el conjunto de la población. Los jóvenes gitanos comienzan a fumar a los 14,4 años, mientras que en el conjunto de la población la edad media de inicio es 17 años. En el caso de las mujeres las edades de inicio son muy similares: 16,7 años para las gitanas y 17,8 si consideramos la población femenina española globalmente. Esta pauta de inicio temprano de consumo se repite en el caso de la ingesta de bebidas alcohólicas: los hombres gitanos comienzan a tomar bebidas alcohólicas a los 16 años, frente a los 17,8 de los hombres del conjunto de la población; en cambio, las mujeres gitanas comienzan a consumir bebidas alcohólicas a los 18,6 años, frente a los 19,4 años de la población general.

PRIORIDAD PRINCIPAL

Actuar de forma preferente entre la población gitana más joven; en el caso de los hombres evitando el inicio del consumo de tabaco como elemento de tránsito hacia la edad adulta y en las mujeres reforzando que no fumen. Es conveniente priorizar la intervención en la población gitana más joven para evitar el inicio temprano en el consumo de bebidas alcohólicas y reforzar la abstinencia de estos consumos en las mujeres gitanas.



I LESIONES POR ACCIDENTES

La principal causa de discapacidad y muerte en las personas más jóvenes son los accidentes. En este apartado se engloban toda una serie de incidentes, como accidentes de tráfico, caídas, accidentes laborales, ahogamientos, intoxicaciones, accidentes domésticos, etc... que tienen un rasgo común: se pueden prevenir. Uno de los escenarios principales de los accidentes es el hogar; por tanto una mejora sustancial de las condiciones de las viviendas es un factor determinante a la hora de reducir tanto el número como la gravedad de este tipo de sucesos.

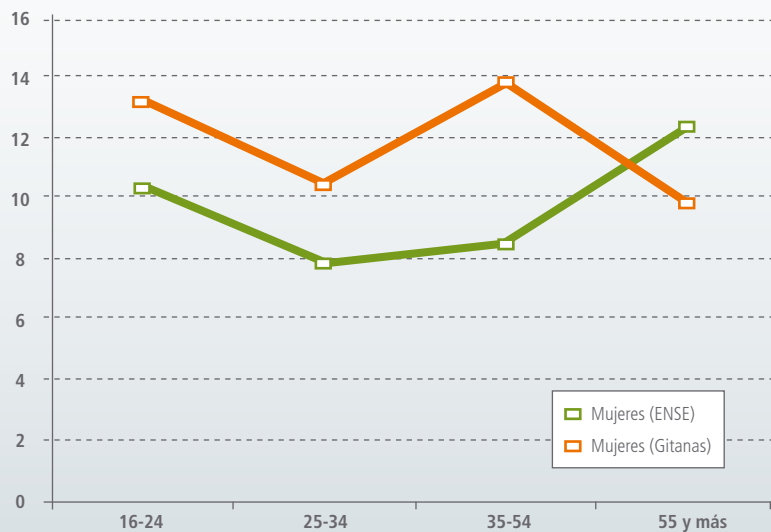
Otra parte muy importante de los accidentes son aquellos que tienen como elemento común el uso de vehículos a motor. Se considera que la población gitana española está más expuesta a los accidentes de tráfico, entre otros motivos porque el tipo de empleos que suele desempeñar exigen una mayor movilidad. Los datos de la Encuesta Nacional de Salud señalan que los hombres gitanos padecen más accidentes que la población general; de hecho, un 15,7% ha sufrido un accidente en el último año, mientras que esa tasa desciende al 10,9% en el conjunto de la población.

El lugar donde se sufre un accidente también es reflejo de que las desigualdades sociales tienen su impacto en la salud. Un 35,1% de los accidentes que sufren los hombres tiene lugar en el trabajo o en los centros de estudio. El que en los hombres gitanos, únicamente el 13,9% de los accidentes sean laborales puede ser debido a una menor tasa de ocupación y un menor nivel

educativo; por otro lado, el mayor índice de paro de las mujeres gitanas podría explicar que sólo el 3,8% de los accidentes que sufren tengan lugar en el centro de trabajo o los centros de estudio, en contraposición al 11% del conjunto de las mujeres.

Todos estos elementos hacen que la población gitana tenga más posibilidades de sufrir un accidente causado por el tráfico: un 41,6% de los que padecen los hombres gitanos lo son por esta causa, frente al 21,2 en los que se ve

Mujeres que han tenido accidentes. Porcentajes.



involucrada el total de la población masculina. Las mujeres gitanas también padecen más accidentes de tráfico que la población femenina total: un 27,9% de las primeras, frente al 15,8% de las segundas.

La calidad de las viviendas y los roles que juegan las mujeres gitanas son dos elementos determinantes a la hora de estudiar los accidentes domésticos. En general, la población gitana tiene niveles similares de exposición a los accidentes que el conjunto de la población española, sin embargo el riesgo de padecer un accidente de tráfico es mayor para la Comunidad Gitana que para el conjunto de la ciudadanía. La mayor frecuencia de accidentes domésticos, sobre todo entre las niñas gitanas, nos plantea el reto de mejorar las condiciones de las viviendas y los entornos urbanos donde vive la población gitana.

PRIORIDAD PRINCIPAL

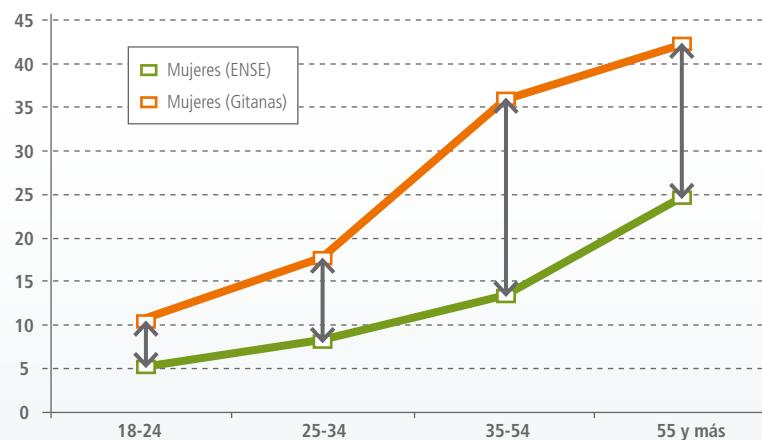
Analizar las pautas de movilidad de la población gitana y las condiciones de seguridad de sus vehículos con el objetivo de diseñar una serie de medidas concretas y específicas tendentes a la reducción de los accidentes de tráfico. En el ámbito educativo se ha de potenciar el trabajo preventivo, fomentando hábitos como el uso del cinturón de seguridad, hacer más segura la relación con el fuego y promover acciones que mejoren la percepción del riesgo por parte de la Comunidad Gitana.

OBESIDAD, ALIMENTACIÓN Y ACTIVIDAD FÍSICA

La obesidad es el mal endémico de las sociedades occidentales, un problema de salud al que no escapa la Comunidad Gitana y que afecta de manera muy especial a las mujeres. Los niños y niñas de la Comunidad Gitana menores de 4, y las adultas a partir de los 25, presentan problemas de sobrepeso en una proporción mucho mayor que en la población general. El conjunto de la población femenina general, mayor de 18 años, tiene un 15,2% de personas obesas, una tasa que se dispara hasta el 26,4% en el caso de las mujeres gitanas. En la población masculina mayor de 18 años, encontraremos obesos en el 15,5%, mientras que un 18,2% de los hombres gitanos padecen obesidad, una diferencia que no es significativa en contraposición al caso de las mujeres gitanas, donde esta dato sí que es relevante. Los miembros de la Comunidad Gitana menores de 18 años tienen más problemas de peso que la población general; un 16,1% frente al 10,2%, respectivamente. Este dato es especialmente preocupante en el caso de las gitanas menores de 18 años: un 22,9% es obesa frente al 10,2% que encontramos en la población general.

La dieta habitual es el elemento más destacable a la hora de explicar por qué un grupo de población determinado padece más problemas de obesidad. Si estudiamos la forma de alimentarse de la población gitana, nos encontraremos con que un 5,5% de los niños y un 8,4% de las niñas no desayunan, cifras que quintuplican las que se observan en el conjunto de la población. El número de mujeres gitanas adultas que no desayunan representa el 6,6% del conjunto, frente al 2,3% que se

Porcentaje con obesidad. Mujeres mayores de 18 años.



da en el mismo colectivo de la población general. Además, la presencia de fruta en el desayuno es más baja en la población gitana, tanto en niños como en adultos.

La población gitana toma menos frutas y verduras, mientras que la presencia de azúcares o grasas animales en su dieta es más elevada. Además, las proteínas animales que ingieren proceden en su mayor parte de la carne, embutidos y fiambres, y huevos. La dieta diaria de la población gitana se basa en la carne, los huevos, la pasta, el arroz, las patatas, las legumbres, los embutidos, los fiambres y los dulces. En contraposición, la población general consume más frutas frescas, pan, cereales, hortalizas y productos lácteos. El consumo de legumbres, pasta, arroz y patatas, al ser más frecuente que en la población general, está más cerca de la recomendación que indica que estos alimentos han de constituir la base esencial de la dieta.

Otro elemento determinante para explicar la mayor presencia de obesidad, especialmente entre las mujeres gitanas, es la baja tasa de actividad física: un 71,7% de las mujeres gitanas no hace ninguna clase de actividad física, frente al 62,9% del conjunto de las mujeres. Entre los gitanos menores de 15 años se observan bajos niveles de realización de ejercicio durante el tiempo libre; el 30,9% de los niños y el 40,1% de las niñas de la Comunidad Gitana no hacen ninguna actividad física, aunque estos datos presentan niveles similares en el conjunto de la población. Sin embargo, el uso de la televisión como elemento de ocio es más elevado en los niños gitanos: uno de cada cuatro dedica más de tres horas diarias a ver la televisión, un dato que en el conjunto de la población se sitúa en uno de cada diez. Todos estos elementos combinados, mayor presencia de la obesidad, déficits y exceso de presencia de determinados alimentos en la dieta y baja tasa de actividad física, hacen que el exceso de peso sea uno de los principales factores de riesgo para la salud de la población gitana.

PRIORIDAD PRINCIPAL

Establecer como objetivo esencial una estrategia de promoción de una alimentación sana y una actividad física saludable en el ámbito familiar, comunitario, escolar y sanitario. Paralelamente, investigar las características de la alimentación de la población gitana, con especial atención a la dieta infantil, desde la lactancia hasta los nueve años, y a la de las mujeres gitanas, ya que tienen un riesgo muy elevado de padecer obesidad en su edad adulta.



MEDICINA Y PRÁCTICAS PREVENTIVAS

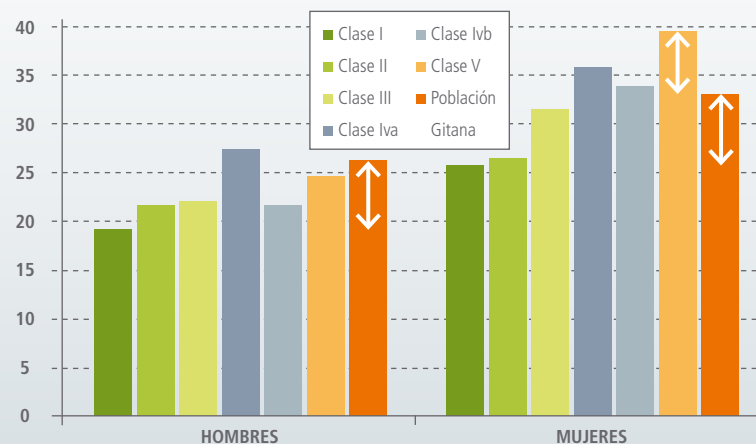
La puerta de entrada al Sistema Sanitario es la medicina de proximidad: los centros de atención primaria en los que se prestan consultas de medicina y enfermería. Entre la población gitana la frecuencia con la que se acude a este primer nivel sanitario, un 33,5% ha ido al centro de salud en los últimos quince días, es similar a la del conjunto de los ciudadanos, un 33,4%. En ambos colectivos se observa una mayor frecuencia en el uso de la medicina de atención primaria por parte de las mujeres que de los hombres. En el caso de la población gitana infantil, también es similar la pauta de uso de las consultas médicas a las que observamos en el conjunto de la población.

Dado que la situación socioeconómica influye sobre el estado de salud, es más probable que las personas ubicadas en los estratos más desfavorecidos de la sociedad hayan acudido a consulta, una circunstancia que se da prácticamente por igual en la Comunidad Gitana que en la población general. El servicio más utilizado, en ambas poblaciones, es el Centro de Salud. El peso de la asistencia sanitaria pública es especialmente relevante entre la Comunidad Gitana, ya que apenas usan los servicios sanitarios privados o de sociedades médicas. Por tanto, un deterioro del Sistema Nacional de Salud tendría una repercusión más importante entre las clases de menor nivel socioeconómico. A la hora de estudiar cuáles son las prácticas sanitarias más relevantes, se observan una serie de diferencias entre la Comunidad Gitana y el conjunto de la ciudadanía. En la población gitana tiene

un mayor peso el diagnóstico y tratamiento de enfermedades que las prácticas preventivas y revisiones de salud. En este apartado se observa cómo los determinantes sociales de la salud interfieren de manera más acusada: el porcentaje más bajo de prácticas preventivas se da entre la población gitana y asciende paralelamente a la mejora de las condiciones sociales y el nivel económico.

La visita a la consulta de ginecología, así como la realización de mamografías y citologías se consideran especialmente recomendadas para la prevención de enfermedades como el cáncer de mama o el de cuello de útero. Los datos desvelan que un 73,7% de las mujeres gitanas ha acudido alguna vez a la consulta ginecológica, frente al 82,4% del total de las mujeres. Además, un gran porcentaje

Porcentaje que ha acudido a la consulta en las dos últimas semanas. Adultos.



de mujeres gitanas, el 23,2%, nunca ha ido al ginecólogo para una consulta no relacionada con embarazos o partos; un indicador que, en la población general, desciende hasta el 6,4%. A la revisión ginecológica periódica sólo acude el 44,4% de las gitanas, frente al 74,9% del conjunto de las mujeres, mientras que por enfermedades ginecológicas han acudido al especialista el 30% de las gitanas frente al 16,6% de la población femenina en general.

En los grupos de edad a los que se les recomienda la realización de mamografías, mujeres entre 50 y 64 años, nos encontramos con que las mujeres gitanas se hacen esta prueba con menos frecuencia. Un 41,2% de las gitanas entre 35 y 54 años, frente al 59,9% del grupo de mujeres de la misma edad. Si nos detenemos a estudiar a las mujeres gitanas mayores de 55 veremos como sólo se ha realizado una mamografía un 59,2% de todas ellas, mientras que en el conjunto de las mujeres se han hecho esta prueba el 72,1%.

PRIORIDAD PRINCIPAL

Potenciar la función preventiva de los servicios de atención primaria, sin olvidar la orientación comunitaria de los mismos y la captación activa, cuando sea necesaria. Paralelamente, mejorar los niveles de asistencia a la consulta ginecológica en las mujeres gitanas de todos los grupos edad, para reducir la desigualdad en el acceso a este servicio como forma de acrecentar las medidas preventivas.





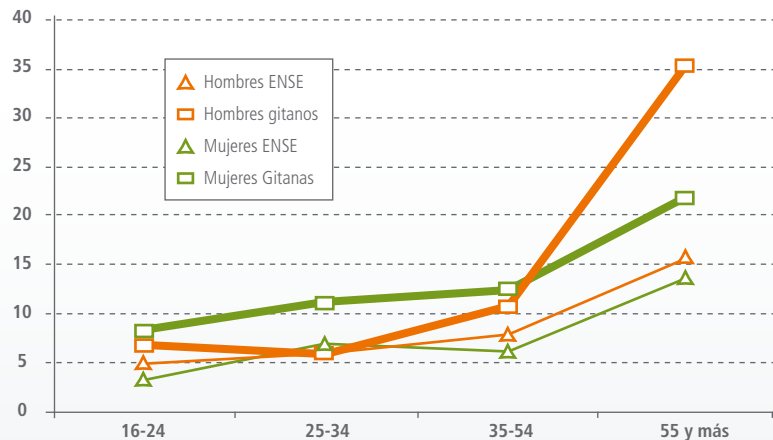
HOSPITALIZACIÓN Y USO DE LAS URGENCIAS

El número de hospitalizaciones médicas y el uso de los servicios de urgencias está ligado al estado de salud general de la población y a la forma de acceso que, en cada país, se ha establecido. La población gitana femenina, pese a su mayor juventud, presenta más casos de hospitalización, un 15,4% frente al 10,5% del conjunto de las mujeres. En el caso la población masculina esta diferencia es menor, un 11,6% en los hombres gitanos y el 9,2% en el conjunto de los hombres.

Si descontamos la cifra de hospitalizaciones relacionadas con partos, veremos como el 12,2% de las mujeres gitanas ha sido hospitalizada en el último año, por el 8,6% del conjunto de las mujeres. La edad es otro factor determinante: un 35,6% de los hombres gitanos mayores de 55 años ha ingresado en un hospital en los últimos doce meses, frente al 15,5% del conjunto de los hombres de la misma edad. Las mujeres de este mismo grupo de edad presentan un comportamiento similar; un 21,5% de hospitalizaciones entre las mujeres gitanas y el 14% en toda la población femenina.

Los motivos del ingreso hospitalario, en el caso de los hombres, presentan diferencias entre la población gitana y la general. Mientras que en los gitanos no hay una causa principal de hospitalización claramente diferenciada, en la población general el principal motivo de ingreso es la intervención quirúrgica. En el

Porcentaje de hospitalizaciones en el último año. Adultos.



caso de las mujeres las pautas son similares en ambas poblaciones; los menores gitanos ingresan más frecuentemente para intervenciones no quirúrgicas y otros actos médicos, en contraposición al conjunto de los menores, que ingresa, principalmente, para ser operado. La cobertura de la hospitalización, para toda la población, es fundamentalmente pública, con una mayor importancia en la Comunidad Gitana, especialmente en las mujeres y los menores de quince años.

Una correcta organización y utilización de los servicios de urgencias, favorece la equidad, la efectividad, la calidad y la eficacia de los sistemas de salud. El uso de este servicio es muy frecuente en el conjunto de la población, siendo usadas más frecuentemente por mujeres que hombres. Entre la población gitana mayor

de 16 años, un 39% de las mujeres ha ido a urgencias, frente al 36% de los hombres, unos porcentajes similares a la población general.

En las niñas gitanas se observa un uso similar al conjunto de la población: 40,4% frente a 36,4%. Sin embargo, en los niños encontramos una situación diferente: el 29,8% ha acudido a urgencias frente al 38,6% del conjunto de la población. La frecuencia con que se acude a las urgencias en la población gitana es mayor entre las personas de más de 55 años, tanto en mujeres, un 39,8%, como en hombres, un 46%. Otro dato relevante es que cuanto mayor es el nivel socioeconómico menos se usan las urgencias: un 23% de los hombres y un 24% de las mujeres de la clase social I ha acudido a este servicio.

PRIORIDAD PRINCIPAL

Mejorar los procesos asistenciales en los servicios de atención primaria, atención especializada y urgencias teniendo en cuenta las características socioculturales de las diferentes poblaciones. Investigar en profundidad las causas que motivan las diferencias de uso de los distintos servicios e implementar, en consecuencia, actividades que fomenten un correcto uso de los mismos. Estudiar el uso que la población gitana hace de las urgencias para distinguir entre aquellas que son realmente urgentes y los casos de una utilización indebida de este tipo de servicios sanitarios.



CONSUMO DE MEDICAMENTOS Y SALUD BUCO-DENTAL

Al comparar los datos sobre consumo de medicamentos, observamos como la población gitana hace un mayor uso de las medicinas que el conjunto de la población. En el caso de algunos específicos, como los que se usan para el dolor, bajar la fiebre, los anticatarrales, o los destinados a paliar dolencias de garganta y respiratorias, observamos como los gitanos consumen el doble de medicamentos de estos grupos que el conjunto de la población, aunque los niveles de automedicación son similares a los que presenta la población general. En el caso de las mujeres gitanas su frecuencia de consumo es mayor que en los hombres, aunque presentan tasas de automedicación ligeramente inferiores. Los niños y adolescentes gitanos menores de 15 años mantienen unos altos niveles de automedicación, especialmente para dolencias de garganta, catarros, gripes y afecciones respiratorias en general.

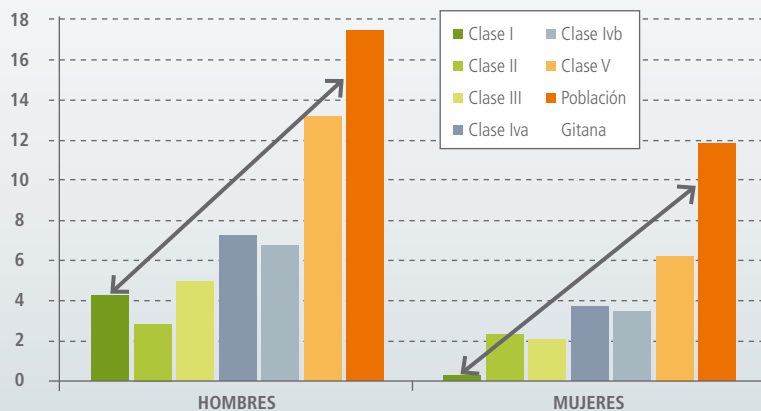
Los niveles de consumo de medicamentos también son importantes para otras indicaciones: un 11,7% de los gitanos adultos ha tomado tranquilizantes, relajantes o pastillas para dormir, un 10,3% ha usado antibióticos y un 10,1% ha comprado fármacos para la tensión arterial. En el caso de los antibióticos, se estima que un 20% de los que usa la población gitana ha sido adquirido sin receta, a pesar de que se les prescriben más medicamentos. El hecho de que los gitanos consuman más medicinas que la población general indica una mayor morbilidad y, por tanto, podría ser signo de la inequidad que padecen a la hora

de acceder a la salud. También podría ser indicativo de una mala utilización o de una falta de información sobre el uso de los medicamentos.

Otro factor a estudiar es la salud buco-dental de la población gitana, ya que un buen estado de nuestra boca es el reflejo de un buen estado de salud en general. La situación socioeconómica es un elemento determinante en este campo, ya que la atención dental en España se presta, principalmente, desde la sanidad privada, con una escasa presencia de estos servicios en el Sistema Público de Salud. La población gitana adulta presenta un mayor nivel de individuos que nunca han ido a la consulta de un dentista: si comparamos los índices en la población general, un 6,8% en hombres y un 6,2% en mujeres, con los que se dan en la Comunidad

Gitana, un 17,4% en hombres y un 12% en mujeres, podemos afirmar que la población gitana tiene un peor acceso a la salud buco-dental. Esta falta de acceso a la salud buco-dental, hace que la población gitana padezca más enfermedades y problemas dentales, con una tasa, por ejemplo de caries en la población gitana femenina del 56,3% frente al 26,8% de la población femenina general. La clase social influye de manera decisiva en este aspecto de la salud: los niños y niñas gitanos, por ejemplo, duplican el número de caries con respecto a la Clase V de la población general. La falta de protección pública en la salud dental explica esta desigualdad en salud, a pesar de que una de cada cinco consultas dentales realizadas a la población gitana adulta tiene lugar en el Sistema Público de Salud. Como resultado de esta inequidad, los gitanos reciben menos intervenciones para mejorar su salud buco-dental, tales como extracciones, empastes, fundas, prótesis o dentaduras postizas.

Porcentaje que nunca ha acudido a consulta de dentista, higienista o estomatología. Población adulta.



PRIORIDAD PRINCIPAL

Elaborar campañas educativas sobre el tratamiento de diversas dolencias, como afecciones respiratorias, catarros, gripes, dolores y fiebre, en las que se insista en los problemas que generan la automedicación, el uso indiscriminado de antibióticos y, paralelamente, se informe de los efectos secundarios de los distintos medicamentos. Además, trabajar en ampliar la protección pública de la salud buco-dental, especialmente en la población infantil más afectada por los determinantes sociales de la salud.

CONCLUSIONES Y RECOMENDACIONES

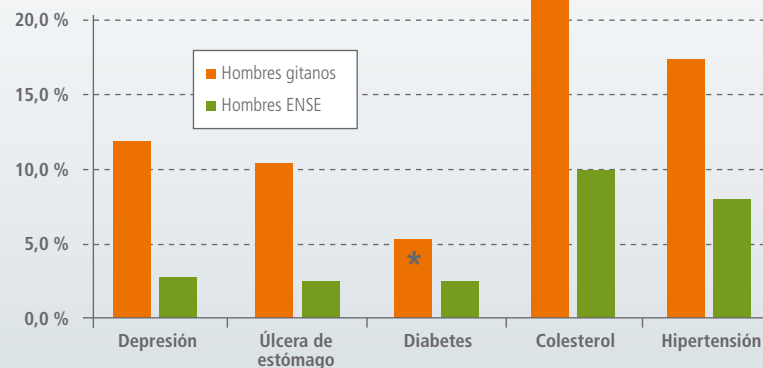
Una vez procesados todos los resultados obtenidos en esta Encuesta de Salud, se desprenden una serie de conclusiones que nos permiten realizar una fotografía sobre la salud de la Comunidad Gitana en España. La primera y principal de todas ellas, es que nos encontramos ante una comunidad especialmente vulnerable a la interacción que los determinantes sociales tienen sobre la salud de las personas. Las condiciones de vivienda, la precariedad, el tipo de empleos que una parte de la población gitana desempeña y las mayores dificultades a la hora de alcanzar un nivel educativo adecuado son algunos de los factores que hacen que la Comunidad Gitana tenga mayores problemas de salud y, por tanto, vea limitados muchos aspectos de su vida diaria.

Los indicadores de salud son más desfavorables para la Comunidad Gitana que para el conjunto de la población, en algunos casos incluso si los comparamos con aquellos grupos en situación social y económica más vulnerable. Además, las mujeres gitanas refieren un peor estado de salud que los hombres gitanos y que el conjunto de la población femenina y presentan, en general, peores resultados para muchos de los indicadores estudiados. Con respecto al conjunto de la ciudadanía, la prevalencia de enfermedades crónicas, el riesgo de accidentes y los problemas de salud buco-dental tienden a ser más elevados en la población gitana. Sin embargo, a la hora de analizar los estilos de vida de la población gitana, se observa que debido a razones culturales y de otra índole, las mujeres gitanas observan una

mayor tasa de abstención de consumo de bebidas alcohólicas y un menor porcentaje de fumadoras. En los hombres gitanos, sin embargo, el consumo de tabaco es elevado en comparación con el resto de población y la tasa de abstención de consumo de alcohol más reducida. La edad de inicio del consumo de tabaco y alcohol es más temprana y el número de cigarrillos consumidos es mayor.

Otro aspecto importante son los niveles de sobrepeso y obesidad, que son superiores en población gitana femenina, tanto si los comparamos con los hombres gitanos como con el conjunto de las mujeres en general. En el caso de la alimentación se observa, tanto en población adulta como en población infantil y adolescente que es mayor la presencia de pautas no recomendables de alimentación en la población gitana, con un menor consumo diario de fruta y verdura frente a un mayor consumo de azúcares y grasas animales. La universalización de los servicios de salud ha

Hombres de 35 a 54 años. Problemas de salud. Porcentajes.



(*) No significativo

favorecido que el acceso a estas prestaciones por parte de la población gitana sea equivalente al del conjunto de la población. Sin embargo, el peor estado de salud de la Comunidad Gitana podría implicar, en algunos casos, una mayor utilización de estos servicios que en la población general y un mayor consumo de medicamentos. Por contra, cuando se trata de servicios no cubiertos por el sistema nacional de salud o servicios orientados hacia la prevención los niveles de acceso son insuficientes o inadecuados. Sirva como ejemplo la peor salud buco-dental, la menor frecuencia de prácticas preventivas en las mujeres, y un peor acceso a medios técnicos como las prótesis auditivas o correctoras de problemas de vista.

Por tanto, a tenor de los resultados expuestos, se estima como prioritaria la acción en los siguientes campos:

- Reforzar las medidas de promoción de la salud y prevención de la enfermedad en el Sistema Nacional de Salud y en otros sectores.
- Promover estilos de vida saludables, con mejoras en la alimentación, reducción del consumo de tabaco y alcohol y aumento de la actividad física.
- Potenciar la realización de mamografías y citologías en las mujeres gitanas, mejorar el acceso los servicios de ginecología y el seguimiento del embarazo.
- Empoderar a la población para una mejor gestión de su salud para, por ejemplo, reducir la automedicación.
- Mejorar el seguimiento de los factores de riesgo cardiovascular.
- Favorecer el acceso a prótesis e intervenciones para corregir problemas en la vista y oído.

■ Mejorar el acceso a los servicios de salud buco- dental.

■ Evitar factores y condiciones de riesgo que propicien el progreso y cronificación de enfermedades.

OTRAS ACCIONES PRIORITARIAS A TENER EN CUENTA

- Participación de la Comunidad Gitana en todos los procesos de intervención.
- Trabajo intersectorial por parte de todos los implicados.
- Avanzar y profundizar en la investigación en salud de la Comunidad Gitana.
- Formación en atención a la diversidad del personal que trabaja en salud.
- Fomento de la mediación intercultural y la educación entre iguales.
- Adaptación de materiales didácticos y lanzamiento de campañas de información y sensibilización específicamente diseñadas.
- Avanzar en la universalización de las prestaciones sanitarias.
- Incidir sobre el concepto de salud predominante en algunos sectores de la Comunidad Gitana.
- Normalización y estabilización de los programas que trabajan la salud con la población gitana.

(Salud y Comunidad Gitana. Madrid: MSC-FSG (2005))

“La comparación de las Encuestas Nacionales de Salud, las recomendaciones consensuadas con los expertos así como las experiencias nacionales e internacionales destinadas a ganar salud y reducir las desigualdades, indican que las políticas públicas pueden reorientarse para conseguir la equidad en salud en la Comunidad Gitana en una generación”

