

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

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

Co-Edición:

Trabajo realizado dentro del
Acuerdo Marco de Colaboración
suscrito entre el MSC y la FSG.

Ministerio de Sanidad y Consumo (MSC)
Dirección General de Salud Pública y Sanidad Exterior.
Área de Promoción de la Salud.

Fundación Secretariado Gitano (FSG)
Departamento de Acción Social
Área de Salud
Colección Material de Trabajo Nº 43

Coordinación técnica:

Javier Arza Porras

Diseño gráfico e impresión:

A.D.I.

NIPO: 351-08-097-7

Depósito legal: GU- 308/2008

© MSC - FSG

Madrid 2008

Este material es gratuito y queda prohibida cualquier comercialización del mismo.
No se requiere autorización para reproducir mediante fotocopias este documento en su integridad.
Si se usa total o parcialmente debe citarse su procedencia.

Índice

Presentación	5
Introducción	9
Recomendaciones generales	13
Recomendaciones específicas	25
Bibliografía	61
Anexos	65
• Anexo I: Grupo de Expertos	67
• Anexo II: Entidades participantes en las Jornadas de Salud "Sastipen Va"	69-

The image features a minimalist, abstract design. It consists of several overlapping rectangular blocks and thin lines. A large orange block occupies the top and right portions. A grey block is positioned in the top-left corner. A white block is located in the bottom-right corner. A thin blue line runs vertically through the center, and a thin orange line runs horizontally across the middle. The word "Presentación" is written in white serif font on the orange background in the middle-right area.

Presentación

Presentación

En el año 2003 se puso en marcha la primera **Estrategia Nacional de Equidad en Salud dirigida a población gitana** tras constatarse la existencia de dificultades tanto en el acceso como en los resultados que el Sistema Nacional de Salud estaba consiguiendo con dicha Comunidad. Esta Estrategia se ha venido desarrollando a través de un Acuerdo de Colaboración entre el Ministerio de Sanidad y Consumo (MSC) y la Fundación Secretariado Gitano (FSG)¹.

Las bases de la estrategia se establecen en el documento “Salud y Comunidad Gitana. Análisis de propuestas para la actuación”².

Entre las actividades más relevantes de esta Estrategia son de destacar: el asesoramiento, acompañamiento y capacitación para la intervención en salud dirigido a profesionales sanitarios, administraciones y sociedad civil; la formación y sensibilización de cientos de profesionales sanitarios en todo el territorio nacional y también la edición, para facilitar este proceso, de una “Guía para la actuación con la Comunidad Gitana en los Servicios Sanitarios”³. Además, se han llevado a cabo numerosos seminarios nacionales de debate sobre Salud y Comunidad Gitana y, finalmente, se realizó en el año 2006 la primera **Encuesta Nacional de Salud a población gitana** de la que presentamos, en este documento, un avance de resultados.

Los primeros datos de esta encuesta nos informan de los grandes avances en salud conseguidos en la Comunidad Gitana aunque apuntan algunas áreas donde la intervención específica es necesaria. Este documento propone una serie de **recomendaciones y estrategias de intervención** en estas áreas de salud en las que se han detectado desigualdades de la Comunidad Gitana respecto al resto de la población española.

La salud de la Comunidad Gitana nunca había sido valorada con un estudio representativo. Hasta la fecha, las intervenciones llevadas a cabo se apoyaban en las necesidades locales y no existían datos objetivos que apoyaran y orientaran las intervenciones necesarias para conseguir la equidad en salud de esta población. La Encuesta de Salud de la población gitana se realizó a nivel nacional y se planteó con los siguientes objetivos:

- Realizar un diagnóstico del estado de salud de la población gitana española atendiendo fundamentalmente a los determinantes sociales de la salud y la utilización de los servicios sanitarios.

¹ La FSG es una entidad social e intercultural sin ánimo de lucro que presta servicios para el desarrollo de la comunidad gitana en todo el Estado Español y en el ámbito europeo. Su actividad comenzó en los años 60, si bien su constitución como Fundación se produjo en el año 2001.

² <http://www.msc.es/profesionales/saludPublica/prevPromocion/promocion/desigualdadSalud/docs/saludComGitana.pdf>.

³ <http://www.msc.es/profesionales/saludPublica/prevPromocion/promocion/desigualdadSalud/docs/guiaSaludFSG.pdf>.

- Conocer el estado de salud, estilos de vida y acceso a los servicios sanitarios de la Comunidad Gitana y valorar si se encuentran en situación de equidad con respecto al conjunto de la población española
- Determinar si existen desigualdades sociales en salud que puedan afectar a esta Comunidad para priorizar, si así fuera, áreas de intervención.

Para poder comparar los resultados obtenidos con los de la población mayoritaria, la encuesta de la población gitana se diseñó siguiendo las mismas pautas metodológicas que la Encuesta Nacional de Salud (ENS) y se seleccionaron variables iguales o similares a las incluidas en la ENS (esta encuesta se realiza de forma bianual al conjunto de la población española para conocer su estado de salud).

En este documento se presenta, como hemos adelantado, un avance de resultados de esta encuesta; a lo largo de él encontramos los primeros datos que señalan la existencia de desigualdades en salud de la Comunidad Gitana respecto a la población general. Estos primeros resultados nos llevaron a expertos y representantes de asociaciones gitanas a reflexionar acerca de qué estrategias son las más adecuadas para conseguir equidad en salud, lo que significa disminuir las desigualdades en salud que se producen como consecuencia de alguna forma de injusticia: conductas de riesgo donde las elecciones individuales están restringidas, exposición a condiciones de vida y trabajo insanas y estresantes, barreras en el acceso a los servicios o las desigualdades debidas al efecto de la pendiente social⁴.

Con el objetivo de conseguir equidad en salud y con la información aportada por la Encuesta se realizaron, por un lado, reuniones del Grupo de Profesionales Expertos en Comunidad Gitana y Salud y, por otro, se organizó a principios de noviembre del 2007, el **Primer Seminario Nacional de Asociaciones Gitanas sobre Salud**: “Sastipen Va” (Salud Sí), en el que participaron más de veinte entidades gitanas y el Grupo de Salud del Consejo Estatal del Pueblo Gitano (CEPG)⁵; el objetivo de este seminario fue ofrecer un punto de encuentro y de participación activa a las entidades sociales que trabajan con la Comunidad Gitana para analizar y debatir la situación de la salud de esta comunidad a nivel nacional.

Las recomendaciones que se exponen a continuación son el resultado de este primer trabajo de análisis y reflexión que se ha llevado a cabo y cuyo fin último es, como ya se ha mencionado, conseguir que exista equidad en salud; para ello se hace necesario estudiar la realidad de la que partimos e intervenir en las áreas en las que se detecten desigualdades contando, por supuesto, con la participación de los que mejor nos pueden guiar en cómo orientar las intervenciones: profesionales socio sanitarios expertos en Comunidad Gitana, el Grupo de Salud del CEPG, las personas que desarrollan su trabajo de manera directa o indirecta con dicha población y las propias entidades gitanas que son las que mejor conocen las necesidades, fortalezas y debilidades de su Comunidad.

Actualmente, se sigue trabajando en una nueva explotación de la base de datos y en el análisis comparativo con la ENS 2006 (que se ha hecho pública en marzo del 2008). Una vez se finalice este análisis en profundidad, se presentará un informe de resultados y las conclusiones y estrategias que de él se deriven.

⁴ “Los determinantes sociales de la Salud. Los hechos probados” <http://www.msc.es/profesionales/salud-Publica/prevPromocion/promocion/desigualdadSalud/docs/hechosProbados.pdf>.

⁵ El CEPG se crea por el RD 891/2005, de 22 de Julio como órgano colegiado de participación y asesoramiento en las políticas públicas, generales y específicas, que redunden en el desarrollo integral de la población gitana en España. El Grupo de Salud participa activamente en todas las fases de análisis, planificación, implementación y evaluación de las actividades consensuales derivadas de la Estrategia.

The background features a solid orange color. On the left side, there is a vertical grey bar. A thin white vertical line runs down the page, intersecting a thin grey horizontal line. The word 'Introducción' is written in white serif font on the orange background.

Introducción

Introducción

En el año 2006 se puso en marcha la primera **Encuesta Nacional de Salud a población gitana** “Comunidad Gitana y Salud”, desarrollada en el marco del Convenio de Colaboración suscrito entre el Ministerio de Sanidad y Consumo y la Fundación Secretariado Gitano (2003-08). El estudio de carácter pionero en nuestro país, ha permitido obtener una detallada fotografía sobre la situación de la comunidad gitana española en el ámbito de la salud. El objetivo consistía en que este mayor y mejor conocimiento permitiera diseñar y establecer programas de actuación específicos que trabajen en la línea de paliar y solventar las desigualdades existentes aún hoy en día entre la comunidad gitana y el conjunto de la sociedad española.

Una vez realizado el trabajo de campo y extraídos unos primeros resultados, iniciamos un trabajo de carácter más cualitativo orientado a definir las recomendaciones que permitieran solventar las debilidades y situaciones de falta de equidad detectadas. Esta labor ha sido realizada a través de dos vías:

- La convocatoria de un **Grupo de Profesionales Expertos (GPE, en adelante)**. Este grupo⁶ ha seguido el siguiente procedimiento de trabajo:
 - Envío de un primer informe del trabajo de campo para su lectura por parte de cada miembro del grupo.
 - Primera sesión de debate sobre la metodología y los resultados del estudio.
 - Segunda sesión de debate sobre los factores que podían explicar los primeros resultados recogidos en el estudio.
 - Tercera sesión de debate sobre las recomendaciones para incidir sobre las debilidades y situaciones de inequidad detectadas a través del estudio.
- La convocatoria de las **Jornadas de Salud “Sastipen Va”, en las que participan representantes de asociaciones gitanas (JAG, en adelante)**. Las jornadas⁷ tuvieron la siguiente estructura:
 - Presentación del estudio.
 - Panel de experiencias sobre buenas prácticas de intervención en salud con la comunidad gitana.

⁶ En el Anexo 1 incluimos un listado con las personas integrantes del grupo.

⁷ En el Anexo 2 incluimos un listado con las asociaciones participantes.

– Grupos de trabajo. Se desarrollaron cinco grupos de trabajo. Cada uno de ellos debatió en torno a uno de los siguientes temas⁸:

- * Estilos de vida: alimentación y actividad física.
- * Enfermedades y utilización de servicios sanitarios.
- * Prácticas preventivas.
- * Accidentes.
- * Consumos: tabaco, alcohol y otras drogas.

Cada grupo, que contó con una persona dinamizadora y otra que hizo labores de secretaría, estructuró su reflexión en torno a los siguientes apartados:

- * Valoración de los resultados del estudio.
- * Análisis de los factores que expliquen esos resultados.
- * Definición de recomendaciones de intervención.

En este documento presentamos los resultados de todo este proceso de trabajo estructurados de la siguiente forma:

Recomendaciones generales.

Se trata de recomendaciones de carácter transversal, es decir, que deben ser consideradas para abordar cualquiera de los aspectos tratados en el estudio.

Recomendaciones específicas.

En este caso se trata de recomendaciones de carácter más concreto. Las presentamos utilizando la misma estructura empleada en las JAG.

⁸ Los temas fueron seleccionados debido a la relevancia que les aportaba el estudio.

The background features a solid orange color. On the left side, there is a vertical grey bar. A thin orange vertical line runs down the page, and a thin grey horizontal line runs across it. The text 'Recomendaciones generales' is centered in the upper half of the page.

Recomendaciones generales

Recomendaciones generales

Tal y como hemos referido en la Introducción, en este capítulo hemos incluido una serie de recomendaciones de carácter transversal, es decir, que deben ser consideradas para abordar cualquiera de los aspectos tratados en el estudio. Estas recomendaciones han sido elaboradas a partir de las propuestas del GPE y de las JAG. Asimismo, por su vigencia y coherencia con las reflexiones desarrolladas durante este proceso de trabajo, hemos incorporado algunas recomendaciones ya recogidas en el documento “Salud y Comunidad Gitana”⁹ elaborado en el año 2005 dentro de este mismo convenio entre el Ministerio de Sanidad y la Fundación Secretariado Gitano.

Recomendaciones generales

- Participación de la comunidad gitana en todos los procesos de intervención.
- Trabajo intersectorial.
- Avanzar y profundizar en la investigación.
- 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 campañas de información-sensibilización.
- Avanzar en la universalización de prestaciones sanitarias.
- Incidir sobre el concepto de salud predominante en algunos sectores de la comunidad gitana.
- Tendencia a la normalización de los programas que trabajan la salud con la comunidad gitana.
- Estabilización de los programas que trabajan la salud con la comunidad gitana.

⁹ MSC-FSG (2005).

Participación de la comunidad gitana en todos los procesos de intervención

Tanto desde el GPE, como desde las JAG, se señala la necesidad de evitar enfoques asistencialistas o paternalistas en la intervención. Por ello, se propone impulsar la participación de la comunidad gitana en todos los procesos de intervención. En este sentido, se mantiene vigente la recomendación ya planteada en el documento “Salud y Comunidad Gitana”.

“La participación y protagonismo de la comunidad gitana debe producirse en todas las fases de la planificación:

- En el diagnóstico de necesidades.
- En la definición de los objetivos y los métodos.
- En la puesta en marcha.
- En la evaluación.

Esta participación debe producirse en todos los niveles:

- En el nivel macro, a la hora de definir las líneas estratégicas.
- En el nivel micro, a la hora de concretar esas líneas estratégicas en zonas y con poblaciones concretas.

Los interlocutores deben ser muy diversificados, tanto como diversificada es la realidad de los gitanos y las gitanas:

- Las asociaciones, que pueden representar a un sector de la comunidad gitana (y no a otros) y con las que se pueden establecer alianzas para trabajar determinados aspectos (y no otros)
- Las iglesias evangelistas, que pueden representar a un sector de la comunidad gitana (y no a otros) y con las que se pueden establecer alianzas para trabajar determinados aspectos (y no otros)
- Los mediadores gitanos y gitanas, por su amplio y cercano conocimiento de la realidad.
- Miembros de la comunidad gitana (que no pertenezcan a ninguno de los sectores anteriores) y que, por su formación y sensibilidad, puedan hacer importantes aportaciones.
- Las propias personas usuarias de los programas que, a través de la relación con el personal sanitario y/o los mediadores/as, pueden colaborar en todas las fases de la planificación”¹⁰.

¹⁰ MSC-FSG (2005).

Trabajo intersectorial

Si en cualquier tipo de población la salud influye y se ve influenciada por otros ámbitos (la vivienda, la educación, el empleo,...), en el caso de la comunidad gitana esta circunstancia se muestra con especial claridad. Por ello, tanto desde el GPE como desde las JAG se subraya la importancia del trabajo intersectorial. No obstante, se insiste en que se apuesta por la responsabilidad compartida y no por “lanzar balones fuera”. Es decir, se propone huir de actitudes del siguiente tipo: “esto es un problema de educación, mientras no se resuelva, yo no puedo hacer nada desde mi sector”, “esto es un problema de vivienda, mientras no se resuelva, yo no puedo hacer nada desde mi sector”,...

Por otro lado, y refiriéndonos al trabajo específicamente vinculado a la salud, se propone adoptar prioritariamente un enfoque sociosanitario. Desde este enfoque se facilita una labor multidisciplinar y el necesario trabajo en red. Especialmente en las JAG se insistió en la necesidad de utilizar los múltiples canales disponibles en cada zona: los centros de salud, las asociaciones gitanas, las diferentes iglesias, otros recursos asociativos y de las administraciones públicas,...

La siguiente recomendación incluida en el documento “Salud y Comunidad Gitana” recoge y amplía las aportaciones del GPE y de las JAG.

“También resulta prioritario *romper* los límites temáticos y sectoriales, es decir, favorecer la transversalidad de los programas, incluyendo *lo gitano* en marcos no específicos (por ejemplo: planes de inclusión¹¹, planes para la igualdad de oportunidades, planes en los que se trate la diversidad cultural en general,...), incluyendo *la salud* en programas que trabajen otras temáticas con población gitana. Para ello, se hace imprescindible la colaboración intersectorial. El trabajo multidisciplinar es un requisito imprescindible, tanto en el interior del Sistema como al desarrollar intervenciones intersectoriales”¹².

Avanzar y profundizar en la investigación

Especialmente desde el GPE se subrayó el carácter pionero de este estudio. Un estudio que surge en un contexto definido de la siguiente manera en el documento “Salud y Comunidad Gitana”:

“Como anécdota referida al escaso número de estudios realizados sobre la salud de los gitanos, en un editorial del *British Medical Journal* se señalaba que bajo el término *gipsy* en la base de datos *Medline* aparecen muchos más artículos referidos a la variedad así denominada de la mosca de la fruta (*Drosophila melanobaster, gipsy variant*) que a la salud de este grupo cultural”¹³.

¹¹ Entre otras cosas, no debemos olvidar la estrecha relación que en muchos casos existe entre desigualdades sociales y desigualdades en salud.

¹² MSC-FSG (2005).

¹³ Cabedo, V.R. et alt. (2000), citado en MSC-FSG (2005).

“La escasez de estudios e investigaciones sobre la salud de la población gitana es un factor que dificulta en gran medida la planificación de programas específicos que se adapten a la realidad y necesidades de este colectivo”¹⁴.

A la vez que se reconoce la validez y utilidad del estudio, desde el GPE y las JAG se recomienda continuar avanzando y profundizando en la investigación a través de diferentes vías:

- Repetir el estudio transcurridos unos años, para poder establecer una línea de análisis longitudinal que permita la comparación.
- Realizar estudios de carácter más específico. Por ejemplo: el consumo de drogas, la utilización de los servicios de urgencias, los accidentes de tráfico,...
- Desarrollar estudios por comunidades autónomas, sobre todo teniendo en cuenta la enorme diversidad territorial de la comunidad gitana, que no ha podido ser analizada en este primer estudio de ámbito estatal.

Finalmente, el GPE recomendó un mayor acercamiento entre las personas que diseñan los estudios, las que planifican las políticas y las que desarrollan las intervenciones. De esta forma, los diseños podrían adecuarse mejor a las necesidades de la intervención.

Formación en atención a la diversidad del personal que trabaja en salud

Esta ha sido una recomendación sobre la que se ha insistido especialmente desde las JAG. Ya en el documento “Salud y Comunidad Gitana” se partía de un diagnóstico similar.

“El sistema educativo obligatorio ha desarrollado escasamente las habilidades de comunicación necesarias para una vida saludable, lo que produce un déficit personal más acusado en el caso de ciertas actividades profesionales. En el currículum sanitario tampoco se han primado las habilidades de comunicación, ni los conocimientos de antropología médica necesarios para prestar servicios eficaces a poblaciones multiculturales”¹⁵.

Por lo tanto, se mantiene la recomendación de fortalecer la formación del personal que trabaja en el ámbito de la salud. Esta formación debe ser recibida antes de ejercer profesionalmente, pero también es necesario fomentar el reciclaje permanente.

¹⁴ MSC-FSG (2005).

¹⁵ MSC-FSG (2005).

“Estos contenidos deben incluirse en los distintos niveles de formación:

- Formación inicial o pregrado...
- Formación especializada o de postgrado...
- Formación continuada: en las ofertas formativas de las administraciones competentes en materia de salud”¹⁶.

Para ello, y fruto también del convenio entre el MSC y la FSG, se dispone actualmente de una “Guía para la actuación con la Comunidad Gitana en los Servicios Sanitarios”¹⁷.

Fomento de la mediación intercultural y la educación entre iguales

Especialmente en las JAG se insistió en la persistencia de una fuerte barrera comunicativa en la relación entre el sistema sanitario y un importante sector de los gitanos y las gitanas. El análisis de los factores que pueden haber influido en la construcción de esas barreras coincidió básicamente con el ya realizado en el documento “Salud y Comunidad Gitana”.

- “Falta de adaptación en los mensajes que se ofrecen a la población gitana. Esa falta de adaptación tiene relación con el tipo de palabras empleadas¹⁸, pero también con el código más reforzado o prestigiado, que en el caso de los profesionales sanitarios es el escrito, mientras que en la comunidad gitana es el oral.
- Divergencia en los criterios para valorar la calidad en la atención. En el caso de la minoría gitana, la calidad en la atención se basa sobre todo en el tiempo de atención, en la calidad del trato, en la empatía percibida, en determinados mensajes no verbales,... Estos criterios son difíciles de cumplir en el Sistema Sanitario público actual.
- Los prejuicios mutuos, que en muchos casos provocan una relación de autodefensa y desconfianza. Estos prejuicios, con un fuerte componente afectivo (y, por lo tanto, tremendamente difíciles de modificar), están contruidos a partir de diferentes circunstancias:
 - Los prejuicios históricos en los que se ha cimentado la relación entre la comunidad gitana y el resto de la sociedad.
 - Las malas experiencias propias, que retroalimentan el prejuicio, mientras que las experiencias positivas no lo alteran sino que son vividas como excepciones.

¹⁶ MSC-FSG (2005).

¹⁷ MSC-FSG (2005).

¹⁸ Sobre todo teniendo en cuenta el escaso nivel académico de un importante sector de la comunidad gitana.

- La construcción de las posiciones propias a partir de la difusión (en forma de *bola de nieve*) de rumores negativos: *-me han dicho que una familia gitana pegó a los médicos del Hospital X-; -me han contado que un niño gitano murió de neumonía y en las urgencias le habían dicho a su familia que no tenía nada-;...*¹⁹.

Una de las vías que podemos utilizar para eliminar o debilitar esas barreras consiste en la formación de los y las profesionales que trabajan la salud con la comunidad gitana (una de las recomendaciones ya aportadas). Otra de las vías, sobre la que ha insistido tanto el GPE como las JAG, es la incorporación de la mediación intercultural y el desarrollo de programas de educación entre iguales.

En cuanto a la mediación intercultural, el documento “Salud y Comunidad Gitana” afirma lo siguiente:

“La mediación, entendida de forma profesionalizada, es un recurso que actúa como puente entre la comunidad gitana y la sociedad mayoritaria para promover un cambio constructivo en las relaciones entre ambas...

La mediación en el ámbito de la salud con la comunidad gitana tendría entre sus funciones:

- Facilitar la comunicación entre los y las profesionales de los recursos sanitarios y la comunidad gitana, promoviendo su acceso a dichos recursos en igualdad de oportunidades.
- Asesorar a las personas gitanas usuarias en relación con los y las profesionales de los servicios sanitarios.
- Asesorar a los y las profesionales sanitarios para una atención adecuada a las necesidades e intereses de la población gitana.
- Promover la dinamización comunitaria.
- Apoyar personalmente a las personas gitanas usuarias²⁰.

Se recomienda potenciar la presencia de esta figura de mediación intercultural en los recursos sanitarios más frecuentados por la población gitana (tanto en los de atención primaria como en los especializados y hospitales) No obstante, se afirma que deben ser cumplidos algunos requisitos:

- Que esté claramente definido su perfil y funciones.
- Que tengan una adecuada capacitación.
- Que sea una figura reconocida y apoyada por las administraciones y el resto de profesionales.
- Que trabajen de manera conjunta con otros profesionales sociosanitarios.

¹⁹ MSC-FSG (2005).

²⁰ MSC-FSG (2005).

- Que cuenten con unas condiciones laborales que faciliten una intervención estable en el tiempo, ya que el continuo cambio de profesionales desconcierta a la población y hace que se pierda credibilidad.

El mediador o mediadora, como figura profesional, trabaja tanto con los y las profesionales del Sistema Sanitario como con las familias gitanas, para facilitar el acercamiento. Sin embargo, la educación entre iguales es una metodología de trabajo mediante la que se forma a representantes de la población diana (gitanos y gitanas en nuestro caso) para que transmitan mensajes y realicen labores (de educación para la salud en nuestro caso) en su propio entorno. Esta labor puede ser remunerada o no. Como afirmó una persona que participó en las JAG, la principal potencialidad de la educación entre iguales es la siguiente: *“Te ven como una de ellas, más cercana. Tienes diálogo y claves para acceder a ellas. Sólo lo puede hacer una mujer gitana”*.

Adaptación de materiales didácticos y campañas de información-sensibilización

Por un lado, se recomienda seguir elaborando materiales didácticos adaptados a los códigos culturales de la comunidad gitana cuando sea preciso. Por el otro, se subraya que las campañas institucionales no suelen lograr que la comunidad gitana se sienta identificada con ellas. Es preciso, por lo tanto, diseñar algunas iniciativas (complementarias de las campañas dirigidas a toda la población) que sean significativas para la población gitana. La participación de personas gitanas en el diseño de estas campañas y materiales didácticos sería un claro ejemplo de buena práctica.

Avanzar en la universalización de prestaciones sanitarias

Desde el GPE se afirmó que, aunque la universalización de una prestación suele generar en un inicio inequidad (accede a ella más la población que se encuentra en una mejor situación), posteriormente va logrando llegar a toda la población y tiende a establecerse como una norma social. En este sentido, la universalización, por ejemplo, de la atención buco-dental, podría tener un efecto muy positivo a medio plazo en la salud de la comunidad gitana, tal y como se observa que está ocurriendo en otros casos (la vacunación, las revisiones ginecológicas,...).

Incidir sobre el concepto de salud predominante en algunos sectores de la comunidad gitana

Como se señaló en el GPE, la existencia de recursos y prestaciones sanitarias no es suficiente si no se trabajan también las actitudes hacia la salud y los estilos de vida. Para ello, debemos tener en cuenta la percepción que sobre la salud predomina en algunos sectores de la comunidad gitana. En el documento “Salud y Comunidad Gitana” se incluyó una descripción que nos puede resultar de utilidad.

“Un gran porcentaje de los gitanos y las gitanas conciben la salud como la ausencia de enfermedad, y la enfermedad como una situación invalidante ligada a la muerte. Esta determinada visión de la salud y la enfermedad tiene varias consecuencias:

- La preocupación por la salud comienza cuando aparecen síntomas y consecuencias muy llamativas e invalidantes, por lo que el concepto de prevención es difícil de trabajar.
- Una vez que la persona (y su entorno familiar) percibe que ha aparecido la enfermedad, la actuación debe ser inmediata y resolutiva, por la relación directa que establecen entre enfermedad y muerte.
- El diagnóstico supone poner nombre a lo que se tiene. Por ello, la actitud ante él es ambivalente, siendo de clara evitación cuando aún no han aparecido síntomas y consecuencias invalidantes (en esos casos, el diagnóstico puede ser percibido como una forma de poner de manifiesto una enfermedad que previamente no existía)
- Si gracias al tratamiento desaparecen los síntomas, suelen ser abandonadas las pautas terapéuticas, pues desde esa determinada concepción de la salud ha desaparecido la enfermedad”²¹.

La descripción de este tipo de concepción sobre la salud nos permite comprender la baja percepción de autoeficacia que muchos gitanos y gitanas tienen en torno al cuidado de su salud. En muchos casos consideran que el binomio salud-enfermedad está regido por factores ajenos a ellos o ellas y, por lo tanto, no vinculan la salud con el estilo de vida (con la alimentación o el ejercicio físico, por ejemplo).

Por lo tanto, se recomienda incidir sobre la percepción que la comunidad gitana tiene acerca de la salud, fomentando que vinculen salud con estilo de vida y fortaleciendo su percepción de autoeficacia en torno al cuidado de su salud.

Tendencia a la normalización de los programas que trabajan la salud con la comunidad gitana

En este sentido, se mantiene la recomendación ya incorporada en el documento “Salud y Comunidad Gitana”.

“Por consiguiente, la tendencia de los programas debe ser la normalización, es decir, que la población gitana pueda ser atendida por los mismos profesionales y en los mismos recursos que el resto de la población. Ese debe ser el objetivo de los programas...: garantizar que las necesidades específicas y las peculiaridades de la comunidad gitana puedan ser incluidas en el funcionamiento de esos recursos normalizados y en las actuaciones de sus profesionales”²².

²¹ MSC-FSG (2005).

²² MSC-FSG (2005).

Si en algún caso es preciso poner en marcha intervenciones de carácter específico (dirigidas exclusivamente a la población gitana), éstas deben ser consideradas como una medida temporal orientada a preparar la incorporación posterior de la población a recursos normalizados.

Lógicamente, para que la normalización sea eficaz, se debe cumplir la recomendación ya reseñada sobre la formación y reciclaje de los y las profesionales en la atención a la diversidad.

Estabilización de los programas que trabajan la salud con la comunidad gitana

Finalmente, se afirma que la intervención en este campo requiere procesos a medio-largo plazo, por lo que los programas deben contar con una adecuada estabilidad en el tiempo. Por ello, se mantiene la recomendación ya planteada en el documento “Salud y Comunidad Gitana”.

“Ante una realidad tan compleja, no se pueden plantear iniciativas de breve recorrido e intermitentes. Se precisan programas estables, con una perspectiva temporal suficiente. Sin embargo, siempre que se trate de actuaciones específicas (es decir, dirigidas exclusivamente a la población gitana), debe evitarse que se conviertan en actuaciones permanentes, para evitar el riesgo de incremento en la estigmatización que esto podría suponer”²³.

²³ MSC-FSG (2005).

The background features a dark orange field on the left and top, and a lighter orange field on the right and bottom. A grey vertical bar is on the far left, and a grey horizontal bar is in the middle. A thin white vertical line is on the left, and a thin white horizontal line is in the middle. The text is centered in the upper right area.

Recomendaciones específicas

Recomendaciones específicas

Tal y como comentamos en la Introducción, presentamos a continuación una serie de recomendaciones de carácter más concreto. Están estructuradas en torno a las cinco temáticas analizadas en las JAG:

- Estilos de vida: alimentación y actividad física.
- Enfermedades y utilización de servicios sanitarios.
- Prácticas preventivas.
- Accidentes.
- Consumos: tabaco, alcohol y otras drogas.

Hemos subdividido cada uno de los cinco bloques en los siguientes apartados:

- Resumen de los principales resultados del estudio.
- Principales conclusiones sobre los factores influyentes en los resultados recogidos en el estudio.
- Recomendaciones.

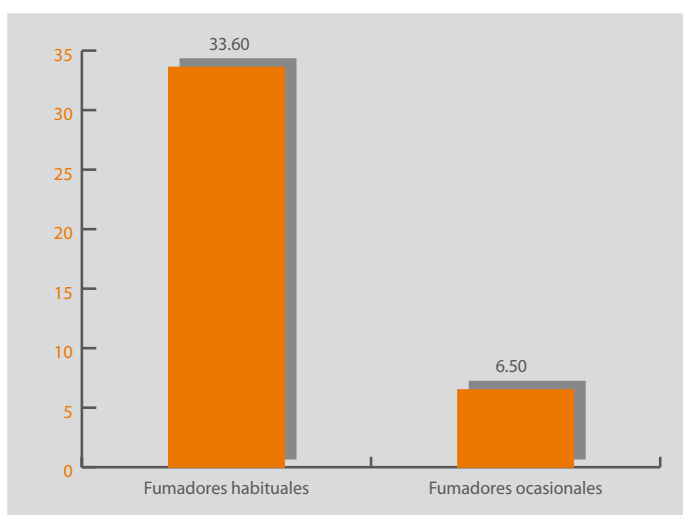
Las reflexiones incorporadas en este capítulo de “Recomendaciones específicas” han sido extraídas principalmente de los grupos de trabajo de las JAG.

Consumos: tabaco, alcohol y otras drogas

Resumen de resultados

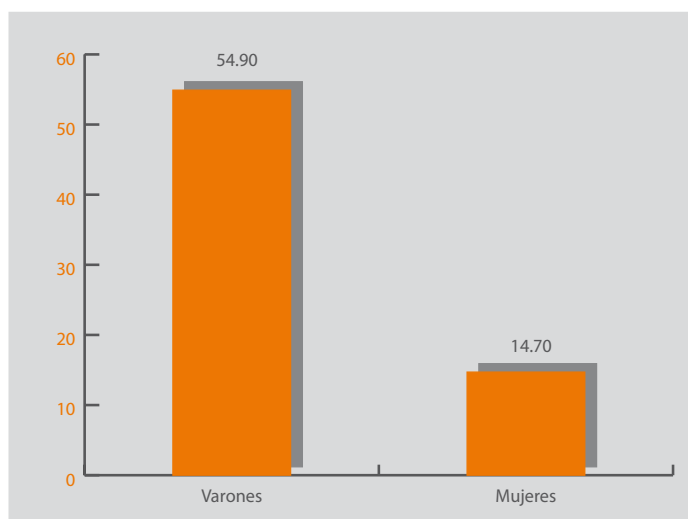
Consumo de tabaco

Un 40,1% de la población gitana es fumadora habitual u ocasional.



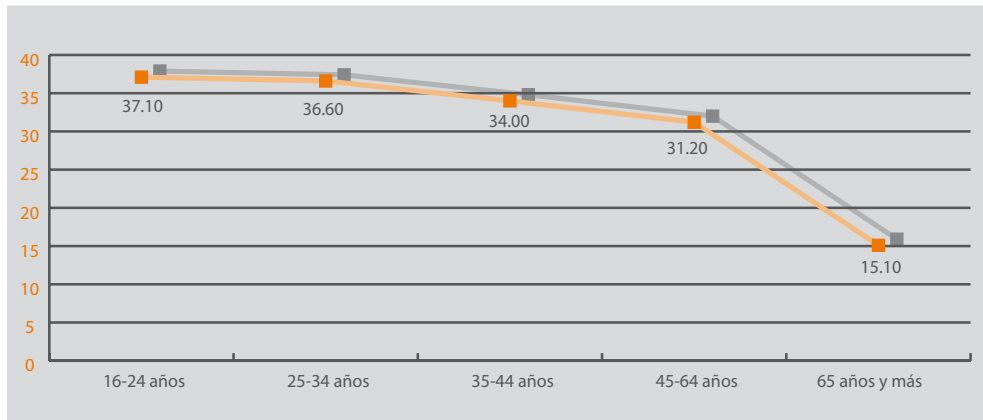
Proporción de fumadores/as habituales u ocasionales entre la población gitana mayor de 15 años.

Como podemos apreciar en el siguiente gráfico, las diferencias por género son notables.



Porcentaje de población gitana que fuma a diario, por sexo.

La variable edad entre la población gitana parece influir de un modo inverso: a menor edad, mayor nivel de consumo diario de tabaco y viceversa.



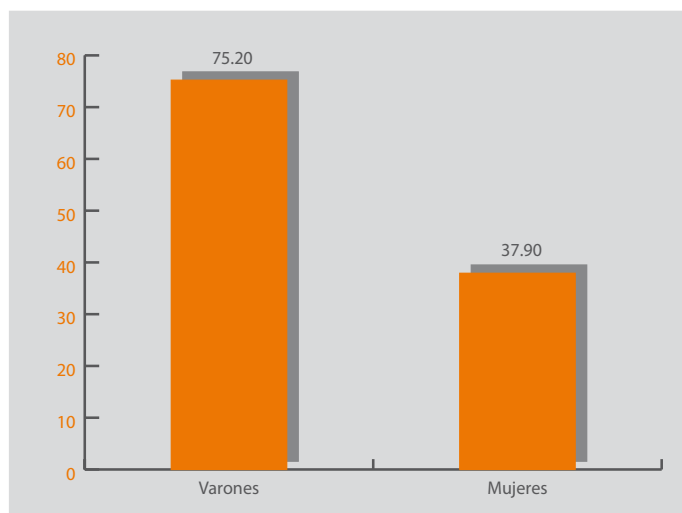
Proporción de población gitana que fuma diariamente según el grupo de edad.

La edad de inicio en el consumo de tabaco es muy temprana en la población gitana: 14,9 años.

Consumo de alcohol

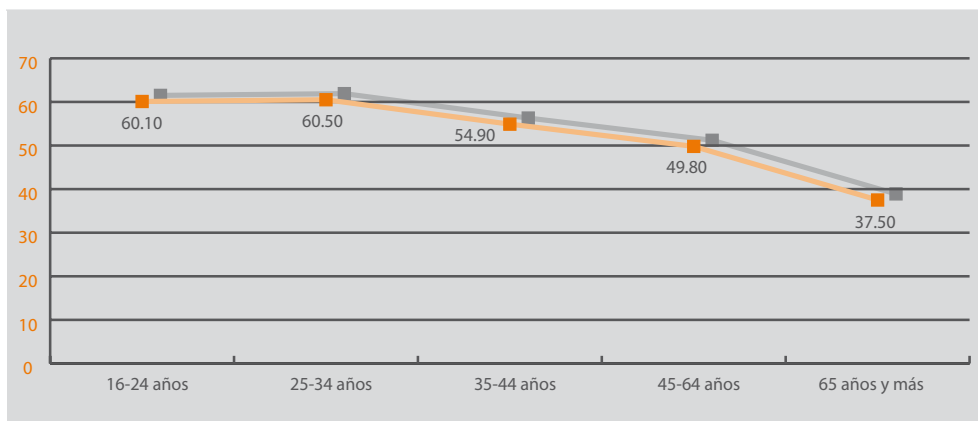
El porcentaje de personas gitanas que consumieron alcohol en los últimos 12 meses es del 55,4%.

Las diferencias por género son notables.



Porcentaje de población gitana que consumió alcohol en los últimos 12 meses, según sexo.

La evolución en el consumo de alcohol por grupo de edad sigue una pauta similar a la del tabaco: desciende según se incrementa la edad.



Porcentaje de consumidores de bebidas alcohólicas en los últimos 12 meses, según grupos de edad.

La edad de inicio en el consumo de alcohol es también muy temprana (en torno a los 17 años). En los varones es aún inferior (16 años), mientras que en las mujeres se sitúa en los 18,6 años.

Población gitana con problemas por consumo de alcohol u otras drogas

En cada hogar se entrevistó a una persona adulta y se le preguntó si él/ella u otra persona del hogar tenía problemas como consecuencia de consumir bebidas alcohólicas u otro tipo de drogas. De la información recogida se concluye que la mayoría no tenía problemas, pero aparece un 2,7% que sí los tiene (población gitana de 12 y más años)²⁴.

Algunas características del perfil de estas personas que tienen problemas con el alcohol u otras drogas:

- La práctica totalidad (81%) son hombres.
- Más de la mitad (54,6%) tiene problemas con el consumo de alcohol, mientras que el resto lo tiene por el consumo de otras drogas o la mezcla de alcohol y otras drogas.
- El porcentaje de afectados se incrementa notablemente en la población que reside en viviendas que se encuentran en malas condiciones (3,7%) y se eleva al doble (4,6%) en el caso de población que vive en chabolas.
- La media por familia afectada es de 1,57 personas. Es decir, el problema se concentra en muy pocas familias y parece haber un cierto “contagio”.

²⁴ Para valorar adecuadamente este dato, insistimos en que se trata de casos reconocidos por el o la informante, por lo que el porcentaje real puede ser superior.

Análisis de factores explicativos de los resultados

En las JAG se realizó un debate muy centrado en los *factores de riesgo* que afectan a la población gitana:

Normas familiares

Algunos adolescentes y jóvenes gitanos comienzan a trabajar y a tener ingresos económicos a edad muy temprana. Este hecho, unido a que la autonomía de los varones gitanos se produce en general de manera muy rápida, influye en que tomen decisiones (respecto a lo que compran o a sus horarios o a dónde van) a edades en las que quizás no tengan el grado de maduración adecuado.

Cuando aparecen problemas relacionados con el consumo, muchas familias gitanas se encuentran con dificultades para dar respuestas adecuadas. En unos casos se orientan hacia un extremo sobreprotector y en otros casos hacia un extremo autoritario.

Escuela

El absentismo escolar es uno de los factores de riesgo más potentes según las personas participantes en el análisis. El absentismo provoca que los menores cuenten con mucho tiempo libre en la calle.

Ocio

Ya hemos comentado que el exceso de tiempo libre se constituye en un factor de riesgo, especialmente cuando se produce en contextos “de calle” inseguros.

Por otro lado, muchas actividades de ocio existentes en los barrios no se adaptan a los horarios y espacios de muchos niños, adolescentes y jóvenes gitanos. Además, en algunos casos no son significativas para ellos. Por ejemplo, las actividades extraescolares no suelen ser identificadas por gran parte de la población gitana como espacios atractivos o de referencia.

Se habló también de otro importante factor de riesgo relacionado con el ocio: la fuerte vinculación que en la comunidad gitana existe entre “fiesta” y consumo de drogas.

Finalmente se compartió la preocupación existente en torno a la situación de algunas adolescentes gitanas. Hasta ahora la mayor parte de las niñas gitanas tenían trazado “un camino” muy marcado por su familia. Actualmente estos “caminos” están más desdibujados. En este sentido, muchas de ellas se encuentran “en tierra de nadie” y no tienen modelos de referencia positivos: “*ni hacen lo de las payas, ni lo de las gitanas de antes*”. En algunos casos también están afectadas por el absentismo escolar. Como tampoco se quedan en casa como antes, algunas comienzan a relacionarse con grupos de chicos en la calle. Esta situación provoca que “sean señaladas”, afectando a su propia integración en la comunidad.

Los recursos comunitarios

Se consideró que existen escasos recursos adaptados, cercanos y accesibles para trabajar la prevención, el tratamiento y la reinserción.

Factores sociales

La comunidad gitana se ve afectada por los mismos factores sociales que el resto de la población (la publicidad, mitos sobre las drogas, valores como el consumismo o el hedonismo,..). Sin embargo, en el caso de la población gitana existe una dificultad añadida: se considera que existe menor capacidad para “filtrar” o reinterpretar muchas de estas influencias externas; se asumen muchas pautas de comportamiento, informaciones y costumbres, sin pasar previamente por un proceso de cuestionamiento o adaptación. Se considera que cuanto más débil es la identidad cultural, menor capacidad de “filtrar” (y cuanto menos se “filtra”, más se debilita la identidad cultural).

También se analizaron los factores que pueden explicar los resultados sobre el *consumo de tabaco*:

- En cuanto a la disminución del consumo según avanza la edad, se considera que puede tener relación con la aparición de enfermedades en los varones gitanos fumadores a edades muy tempranas (a partir de los 40 años) Estas enfermedades, provocadas en muchos casos por el inicio precoz en el consumo, obligan a que muchas personas abandonen el hábito de fumar.
- También se sugirió la influencia de la Iglesia Evangélica en la disminución del uso del tabaco, ya que trabajan el no consumo de cualquier tipo de drogas entre sus miembros.
- Algunas personas se refirieron al importante papel que la mujer gitana juega como animadora para dejar de fumar, así como transmisora de informaciones relacionadas con los efectos nocivos del tabaco.



Recomendaciones

En el grupo se produjo un gran consenso en torno a la necesidad de adaptar las intervenciones a las peculiaridades de la comunidad gitana.

También se apostó por la participación de la comunidad gitana en todos los procesos de intervención: en las investigaciones, en el diseño de los programas, en su puesta en marcha, en la evaluación,...

Teniendo en cuenta la mayor precocidad en el consumo de drogas de la población gitana, se recomienda que las intervenciones preventivas sean muy tempranas y adopten un enfoque dirigido al desarrollo integral de la persona.

La existencia de factores relacionados con el manejo de las normas en la familia, nos indica la necesidad de diseñar y aplicar estrategias de intervención dirigidas a la educación familiar.

En relación con el ocio, se propone trabajar con las pandillas de jóvenes y fomentar que participen en la organización de sus propias actividades. Se opina que la autogestión es un factor preventivo.

Las intervenciones en el ámbito del consumo de drogas deben ser realizadas, de manera coordinada, desde todos los ámbitos: escuela, asociaciones, familias, iglesias,...

Finalmente, se recomienda la realización de estudios específicos y de mayor profundidad en torno al consumo de drogas en la comunidad gitana.

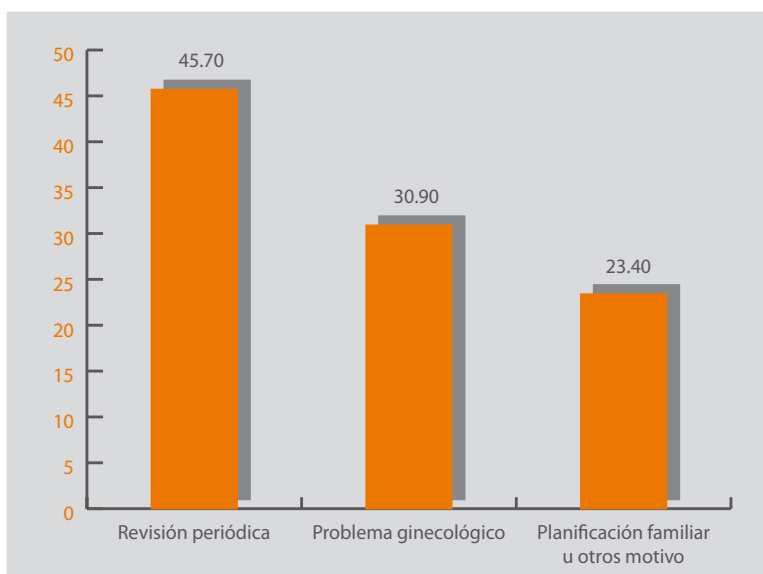
Resumen de resultados

Visitas al ginecólogo

El 74,4% de las mujeres gitanas acuden al ginecólogo por causa distinta al parto o embarazo. Sin embargo, el 25,6% nunca lo ha hecho. El porcentaje asciende al 30,9% entre las mujeres de 55 y más años.

Motivo de la última visita al ginecólogo

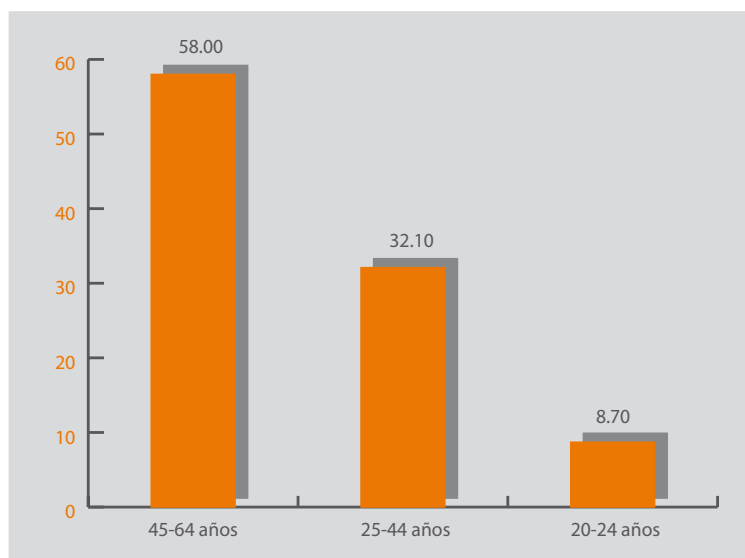
Las principales razones por las que las mujeres gitanas acuden al ginecólogo son, por este orden: revisión periódica, problema ginecológico y planificación familiar-otros motivos.



Motivo de la última consulta al ginecólogo entre las mujeres gitanas

Mamografías

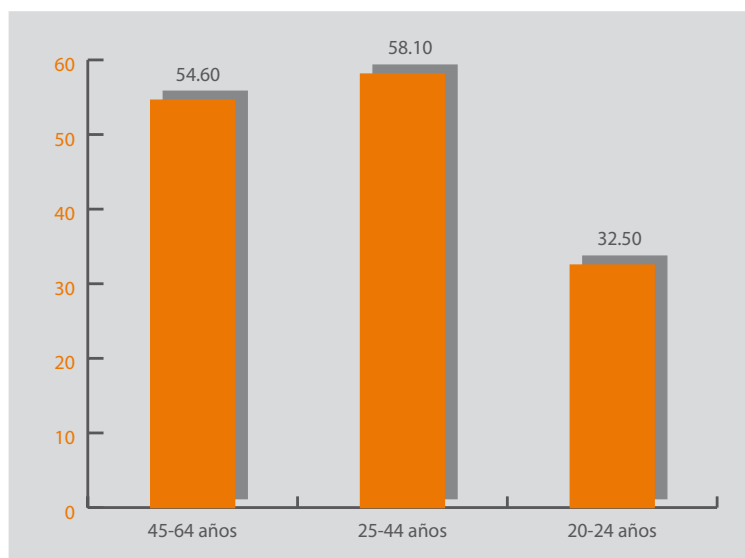
El porcentaje de mujeres gitanas que se han sometido a una mamografía es del 32,6%. Se observa que el porcentaje superior se sitúa en las mujeres mayores de 45 años.



Proporción de mujeres gitanas que se han realizado una mamografía, según grupo de edad.

Citología vaginal

El porcentaje de mujeres gitanas que se han sometido a una citología vaginal es del 47,8%. Se observa que el porcentaje superior se sitúa en las mujeres de entre 25 y 44 años.



Proporción de mujeres gitanas que se han realizado una citología vaginal, según grupo de edad.

Vacunación

9 de cada 10 adultos entrevistados declaran que los menores de su hogar han cumplido con la “cartilla de vacunación”.

¿Qué población declara haber realizado un menor seguimiento del programa de vacunaciones?:

- La población que declara no contar con servicios sanitarios próximos. En este caso asciende hasta el 15,2% el porcentaje de los que afirman no haber realizado un seguimiento adecuado del programa de vacunaciones.
- La población que reside en infraviviendas/chabolas. En este caso asciende hasta el 11,4 % el porcentaje de los que afirman no haber realizado un seguimiento adecuado del programa de vacunaciones.

Por otro lado, cuando se pregunta por menores de 10 años, se declara no haber seguido el programa de vacunaciones en un porcentaje muy inferior (3,7%) que si se pregunta por el seguimiento que se hizo y se hace con los mayores de 10 años (17,3%).

Salud buco-dental

La salud buco-dental de la población gitana es deficitaria:

- El 49% declara padecer caries.
- El 54% declara que le faltan dientes.

En general, la salud buco-dental de las mujeres gitanas es peor que la de los hombres gitanos.

Por otro lado, la población gitana toma pocas medidas para resolver sus problemas dentales:

- El 37% tiene empastes.
- El 16% tiene fundas o prótesis dentales.

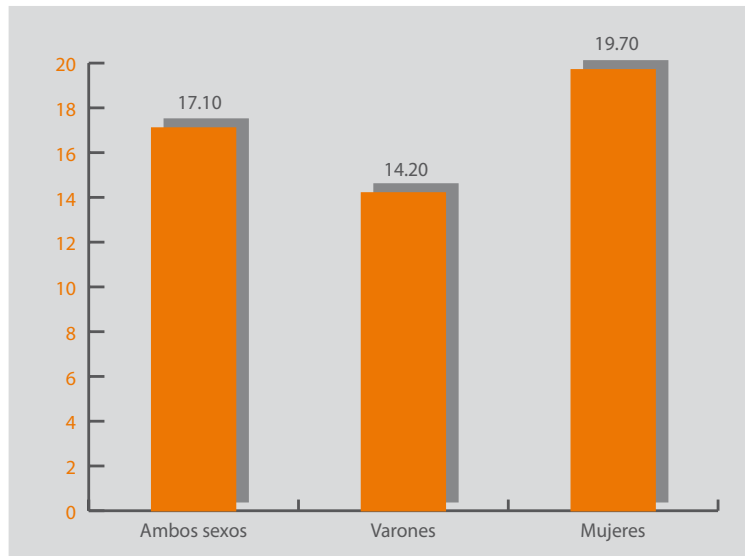
En cuanto a las visitas al dentista, el porcentaje de gitanos y gitanas que declara no haber ido nunca es del 26,4%. Según la declaración de los adultos del hogar, casi la mitad de la población gitana (48,9%) menor de 16 años no ha acudido nunca al dentista.

Se observa que acude menos al dentista la población que reside en vivienda no normalizada y/o en zonas no integradas en los núcleos urbanos.

De entre la población gitana que acudió al dentista, la práctica totalidad (86,7%) lo hizo a consultas privadas, mientras que el porcentaje se reduce al 54,2% en el conjunto de la población española (ENS 2003).

Salud visual

El porcentaje de población gitana con dificultades visuales es elevado, especialmente en el caso de las mujeres.



Porcentaje de población gitana de 16 y más años con dificultades visuales, por sexo.

Por edad, se observa un fuerte empeoramiento de la salud visual a partir del tramo 35 a 44 años (mujeres) y a partir del tramo 45 a 64 años (varones).

	Ambos sexos	Varones	Mujeres
Total	17.1 %	14.20 %	19.70 %
De 16 a 24 años	8.10 %	6.50 %	9.80 %
De 25 a 34 años	10.40 %	12.30 %	9.10 %
De 35 a 44 años	16.50 %	6.10 %	24.00 %
De 45 a 64 años	29.50 %	23.30 %	35.40 %
65 y más años	42.00 %	44.20 %	39.90 %

Porcentaje de población gitana con dificultades visuales (aún utilizando gafas o lentillas) por sexo y grupos de edad.

Análisis de factores explicativos de los resultados

Prácticas preventivas ginecológicas

Vinculación de la salud con la enfermedad

Este es un binomio especialmente presente en amplios sectores de la comunidad gitana. La frase *“No se va al ginecólogo a no ser que haya un problema”*²⁵ resumiría el efecto de la vinculación entre salud y enfermedad. Esto afecta tanto a las mamografías como a las citologías o a otras consultas ginecológicas.

Vinculación de la ginecología con la maternidad

Cuando este binomio actúa influye en que se espere que únicamente acudan a este tipo de consultas las mujeres casadas y en edad reproductiva. El resto únicamente acudirán si tiene problemas y, aún en esos casos, con muchos reparos. *“Ir al ginecólogo es un tema tabú en una población que da por hecho que se es virgen hasta el matrimonio”*. *“Si no estás casada, tu aparato reproductivo no importa. En la menopausia tampoco porque ya no puedes tener hijos”*²⁶.



Maternidad y matrimonio

En los últimos años está evolucionando de manera muy rápida la vida de la mujer gitana. Aunque no se dispone de datos, se opina que el número de hijos por familia está descendiendo y que la edad a la que se comienza a tener hijos se está incrementando. No obstante, aún persisten casos (especialmente en familias con una situación de mayor exclusión) en los que se producen embarazos a edades en las que las consecuencias físicas y sociales para la

²⁵ Frase literal expresada en las JAG.

²⁶ Frases literales expresadas en las JAG.

mujer pueden ser negativas. *“Hay mujeres de 30 años que ya son abuelas y físicamente parece que tienen 50 años; han corrido mucho, se desgastan, se abandonan...”*²⁷.

La sexualidad como tema tabú

La sexualidad es un tema del que sigue costando hablar. Hay poca información sobre el mismo entre un sector importante de las mujeres gitanas. Este desconocimiento influye en que sea un tema que provoca miedo. *“¿Cómo vas a ir al ginecólogo si ni siquiera conoces tu propio cuerpo?”*. *“Ir al ginecólogo tiene connotaciones negativas que hacen que se vaya incómoda”*²⁸.

La comunicación con el personal sanitario

Son varias las barreras que pueden dificultar la comunicación entre el personal sanitario y las mujeres gitanas:

- Ya hemos comentado que algunas mujeres parten de una gran falta de información sobre este tema.
- También nos hemos referido al miedo, a la vergüenza que les genera tratar las cuestiones relacionadas con la sexualidad.
- El personal sanitario, en ocasiones, emplea un lenguaje (verbal y no verbal) que dificulta aún más la comunicación.

Si a todo esto añadimos que el ginecólogo sea un hombre, el “muro” de in-comunicación le será aún mayor para algunas personas. *“Es lo primero que te preguntan: ¿es ginecólogo o ginecóloga?”*²⁹.

La saturación del Sistema Sanitario.

Este aspecto afecta negativamente a toda la población, pero especialmente a sectores vulnerables como al que nos estamos refiriendo. *“Las listas de espera de tres meses hacen que al final se les pase la cita”*. *“En la Seguridad Social todo tarda más”*³⁰. Por otro lado, también influye la especial vinculación que un sector importante de la población gitana realiza entre enfermedad y muerte. *“Hay mucho temor cuando surge un problema, el miedo te hace ir a particulares porque en el momento te miran y dan resultados”*. *“Muchas van a particulares por buena fama”*³¹.

Vacunaciones

Se cree que desde hace aproximadamente diez años la comunidad gitana está más concienciada respecto a la vacunación infantil. Se cree que existe una relación directa con el incremento que también se ha producido en la frecuencia de visita al pediatra.

²⁷ Frase literal expresada en las JAG.

²⁸ Frase literal expresada en las JAG.

²⁹ Frase literal expresada en las JAG.

³⁰ Frases literales expresadas en las JAG.

³¹ Frases literales expresadas en las JAG.

Salud buco-dental

El grupo opina que el principal factor que explica los resultados es el económico:

- Apenas existe cobertura pública de la salud buco-dental (aunque en este aspecto existen importantes diferencias según comunidad autónoma)
- La odontología privada es muy cara. *“No vas a dejar a los hijos sin comer para ponerte una funda”*³².

En cuanto a los datos que reflejan una salud buco-dental más deficitaria en las mujeres, las personas participantes en el grupo opinan que tiene relación con la posición de muchas mujeres gitanas en la familia. *“Se cuidan menos a sí mismas por falta de tiempo y porque son las cuidadoras de los demás”*³³.



Salud visual

Se opina que muchos gitanos no se ponen gafas, aunque las necesitan, por las siguientes razones:

- Estética. Hay personas que no se sienten cómodas. Incluso hay casos en que se las ponen en casa y no por la calle.
- Mitos. Algunas personas piensan que con las gafas se puede deformar la nariz o que la gente va a pensar “que están ciegos”.
- Factores económicos.

³² Frases literales expresadas en las JAG.

³³ Frases literales expresadas en las JAG.

En cuanto a los motivos que pueden llevar a que la población gitana tenga una salud visual más deficitaria, algunas hipótesis que se apuntaron en el grupo son las siguientes:

- Puede estar vinculado a la diabetes, especialmente en el caso de las mujeres.
- Puede tener relación con el tipo de vivienda, especialmente con la deficiente luz existente en chabolas e infraviviendas.

Recomendaciones

Prácticas preventivas ginecológicas

Formación de las mujeres

Algunos objetivos que se deberían trabajar son los siguientes:

- Eliminar la vinculación ginecología-maternidad o ginecología-relaciones sexuales. Es necesario vincular ginecología con salud. Ir al ginecólogo no afecta a ningún principio gitano, ni moral.
- Incrementar la información que se tiene sobre la ginecología: lo que se hace, el tipo de exploraciones, los aparatos que se utilizan,...
- Mejorar la información que las mujeres tienen sobre su cuerpo y sobre la sexualidad en general.

También se debe trabajar la vinculación que en ocasiones se realiza entre ginecología y edad fértil. En este sentido, se debe ampliar el trabajo formativo hacia las niñas y mujeres mayores que no estén en edad fértil o poblaciones que a veces no son contempladas, como las viudas u otras mujeres en edad fértil pero que no mantengan relaciones sexuales.

Formación de la comunidad

El trabajo anterior se vería reforzado si también se interviene con el resto de la comunidad: con las parejas, con los padres y las madres y, en general, con toda la familia.

Este trabajo comunitario sería especialmente necesario para trabajar otro importante objetivo: repartir los cuidados para que la mujer no esté sobrecargada.

Potenciación de la figura de la mediación intercultural y la educación entre iguales

Vacunaciones

En relación con las vacunaciones, se mantiene la recomendación ya incorporada en el documento “Salud y Comunidad Gitana”. Esta medida no va dirigida exclusivamente a las vacunaciones, sino que se trata de un sistema de alarma ante cualquier situación de riesgo y/o desigualdad en salud.

“...los protocolos deben incluir sistemas de alarma que alerten sobre desigualdades que se produzcan en el seno de la población atendida (diferencias en el porcentaje de vacunaciones, o en la incidencia de determinadas enfermedades, o en las revisiones ginecológicas, o en los conflictos que se produzcan en los centros,...) Una vez detectada una situación de desigualdad, las herramientas de gestión del sistema sanitario deben contemplar distintas respuestas:

- Captación activa.
- Adaptación de horarios.
- Estrategias informativas adaptadas (utilización de materiales didácticos específicos, organización de grupos educativos,...)
- Aplicación de contraprestaciones ante comportamientos saludables.
- Colaboración intersectorial: con el centro de servicios sociales, con la escuela, con profesionales de la mediación intercultural, con asociaciones gitanas, con otro tipo de asociaciones,...”³⁴.

Salud buco - dental

Se propuso que las comunidades autónomas avanzaran en la financiación de las medidas dirigidas a prevenir y tratar la salud buco-dental.

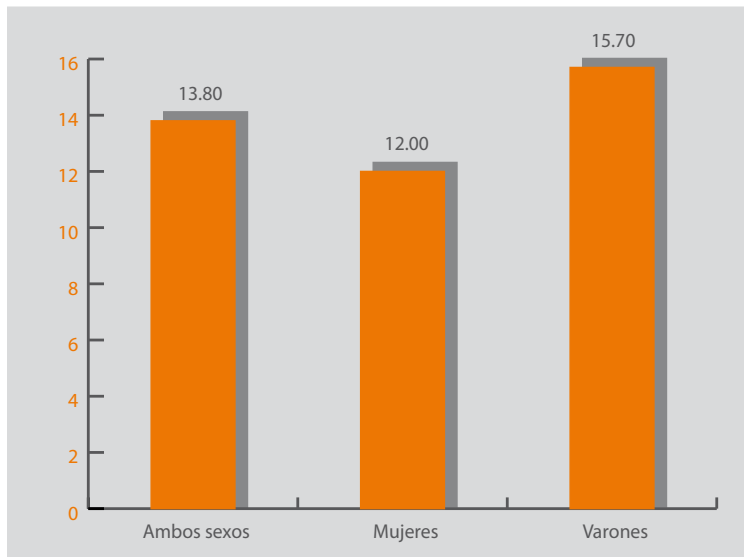
³⁴ MSC-FSG (2005).

Accidentes

Resumen de resultados

Población gitana accidentada

Los varones gitanos tienen más accidentes que las mujeres gitanas.



Porcentaje de población gitana afectada por algún accidente en los últimos doce meses, según sexo.

Accidentes de tráfico

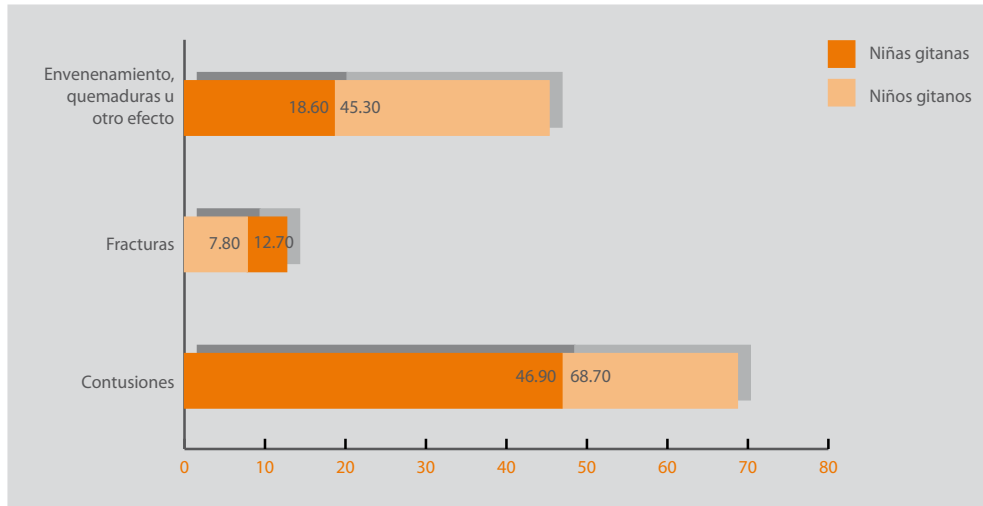
De entre la población gitana que indica haber tenido algún accidente en los últimos doce meses, el 28,3% señala que fue de tráfico.

Accidentes domésticos

De entre la población gitana que indica haber tenido algún accidente en los últimos doce meses, el 36,1% señala haberlo tenido en casa.

Accidentes infantiles

En el caso de la población de 15 años o menos. Las diferencias por sexo son significativas. Los niños gitanos menores de 16 años sufren muchas más contusiones, mientras que las niñas gitanas de la misma edad se ven mucho más afectadas por envenenamientos y quemaduras.



Población gitana afectada por accidentes en los últimos doce meses según sexo. Menores (15 años y menos).

Análisis de factores explicativos de los resultados

Accidentes de tráfico

En general se considera que la mayor parte de los accidentes de tráfico podrían ser catalogados como accidentes laborales, ya que el coche es una herramienta de trabajo para un porcentaje importante de gitanos, y no tanto un elemento de ocio. El tipo de trabajo al que se dedica una parte significativa de la población gitana hace que pasen gran parte de su jornada en un vehículo.

Otros factores explicativos planteados, fueron los siguientes:

- Muchos jóvenes gitanos acceden al carnet de conducir en cuanto tienen la edad mínima legal, motivados en muchos casos por necesidades económicas (para ayudar a la familia). En cuanto tienen el carnet de conducir comienzan a manejarse con el coche sin tener mucho tiempo para practicar.
- En algunos casos utilizan vehículos de segunda mano y además arreglados por personas que no siempre son expertas en mecánica.

Accidentes infantiles

Estructura familiar

En algunos casos, los padres y las madres tienen los hijos muy jóvenes, sin haber madurado lo suficiente. Esto puede influir en que tengan una menor conciencia de los peligros a los que se pueden enfrentar sus hijos. Cuando vivían las familias extensas en un mismo domicilio, esta circunstancia era compensada a través de la actuación de abuelas y suegras. Sin embargo, actualmente muchas parejas jóvenes tienden a vivir en su propio domicilio, con lo que se evitan el período de aprendizaje a través de la convivencia con sus mayores.

Diferencias de género

Los niños tienen más fracturas y traumatismos que las niñas posiblemente porque están más en la calle. Las niñas sufren más intoxicaciones porque están más en casa.

Características de la vivienda

La situación de relativo hacinamiento en la que viven algunas familias gitanas influye en que aparezcan dificultades para disponer de espacios específicos (fuera del alcance de niños y niñas) para guardar productos peligrosos.

Las quemaduras pueden ser debidas a que, en bastantes domicilios gitanos, no tienen calefacción y utilizan estufas tubulares de carbón o leña. Esta circunstancia, unida a las reducidas dimensiones de las viviendas y a que la convivencia familiar se concentra en un espacio común, propicia que resulte fácil que los niños se quemen.

La accidentabilidad en las escaleras del domicilio puede ser debido a las malas condiciones de éstas (falta de luz, desperfectos,...).



Recomendaciones

- En muchos casos no se trata de aportar información, puesto que la población ya la tiene. Por ello es necesario un trabajo educativo de largo recorrido y conjunto entre mediadores y otro tipo de profesionales.
- Utilizar personajes famosos o de prestigio para el mundo gitano. Estos personajes podrían emitir mensajes de prudencia y cumplimiento de las normas de seguridad.
- En el caso de los accidentes de tráfico sería necesario utilizar más mediadores o educadores entre iguales masculinos, ya que la población diana estaría conformada mayoritariamente por hombres.
- La generalización del carnet de conducir entre las mujeres gitanas podría servir para compartir las horas de conducción y evitar el cansancio como factor de riesgo en los accidentes.

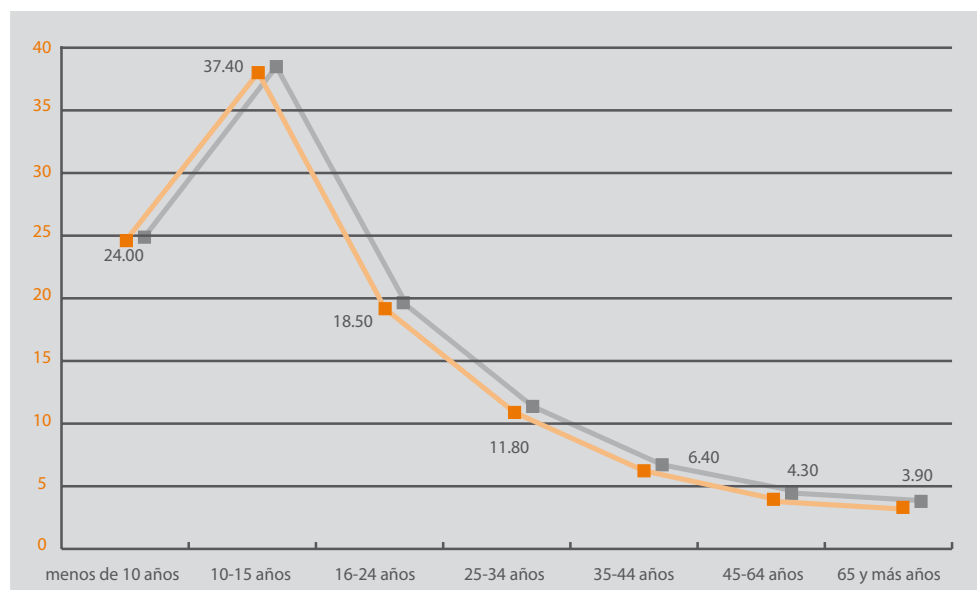
Estilos de vida: alimentación y actividad física

Resumen de resultados

Actividad física en el tiempo libre

La mayor parte de la población gitana (55,5%) realiza poca o ninguna actividad física en su tiempo libre. Este porcentaje es superior en las mujeres (62,6%) respecto a los varones (48,1%).

En cuanto a la edad, a partir de los 25 años comienzan a ser pocas las personas que realizan alguna actividad física en su tiempo libre.

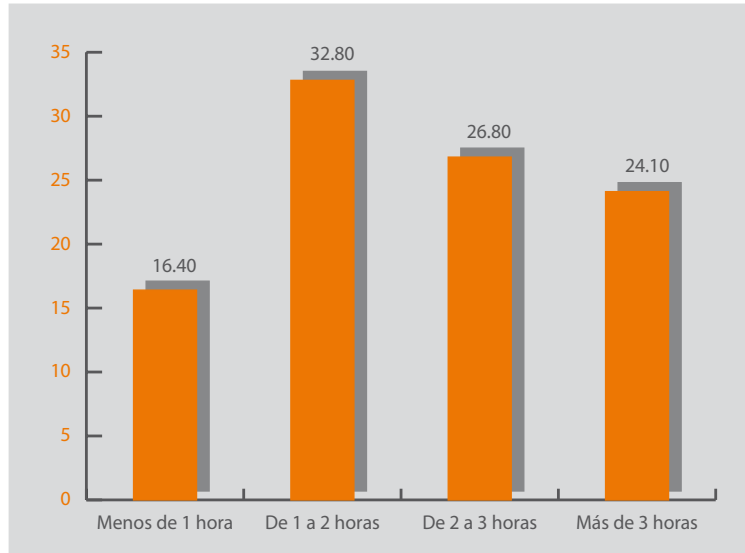


Proporción población gitana que realiza actividad física varias veces al mes o varias veces a la semana, según grupo de edad.

Solo el 3.9% de la población gitana de 65 y más años realiza actividad física varias veces al mes o varias veces a la semana en su tiempo libre

Uso de la televisión

La mayor parte de la población gitana de hasta 15 años ve habitualmente la televisión (92,5%).



Proporción de menores gitanos que ven la televisión según el intervalo diario de horas de consumo (hasta 15 años).



Alimentación

El desayuno tipo por excelencia entre la población gitana es el que incluye algo líquido combinado con pan, tostadas o galletas: el 52,5% suele tomar esta combinación por las mañanas. Tan sólo un 1,9 % suele incorporar zumo o alguna pieza de fruta a su desayuno. Por el contrario, un 16,5% sólo toma algo líquido (café, leche, té,...) y un 5% no suele desayunar nada.

	Población gitana año 2006
Fruta fresca	45.6
Carne	39.8
Huevos	7.3
Pescado	4.9
Pasta, arroz, patatas	37.1
Pan, cereales	84.8
Verduras y hortalizas	21.7
Legumbres	11.9
Embutidos y fiambres	39.4
Productos lácteos	76.5
Dulces	49.5

Proporción de población gitana que consume diariamente cada tipo de alimentos.

En cuanto a la frecuencia en el consumo de alimentos por sexo, podemos destacar lo siguiente:

- Los varones toman más carne (85,6% la toman 3 o más veces a la semana, frente al 76,4% de las mujeres) y embutido/fiambres (68,5% lo toman 3 o más veces a la semana, frente al 60,8% de las mujeres).
- Las mujeres toman más fruta fresca (71,1% la toman 3 o más veces a la semana, frente al 62,1% de los varones), pescado (35% lo toman 3 o más veces a la semana, frente al 26,5% de los varones), verduras/hortalizas (52% las toman 3 o más veces a la semana, frente al 45,3% de los varones) y dulces (70,2% los toman 3 o más veces a la semana, frente al 61,3% de los varones).

Respecto a la frecuencia en el consumo de alimentos por grupo de edad, podemos destacar lo siguiente:

- La población con edad superior a los 44 años consume más fruta fresca, pescado, verduras/hortaliza y legumbres.
- La población con edad inferior a los 25 años consume más carne, pasta/arroz, embutidos/fiambres y dulces.

Obesidad y sobrepeso

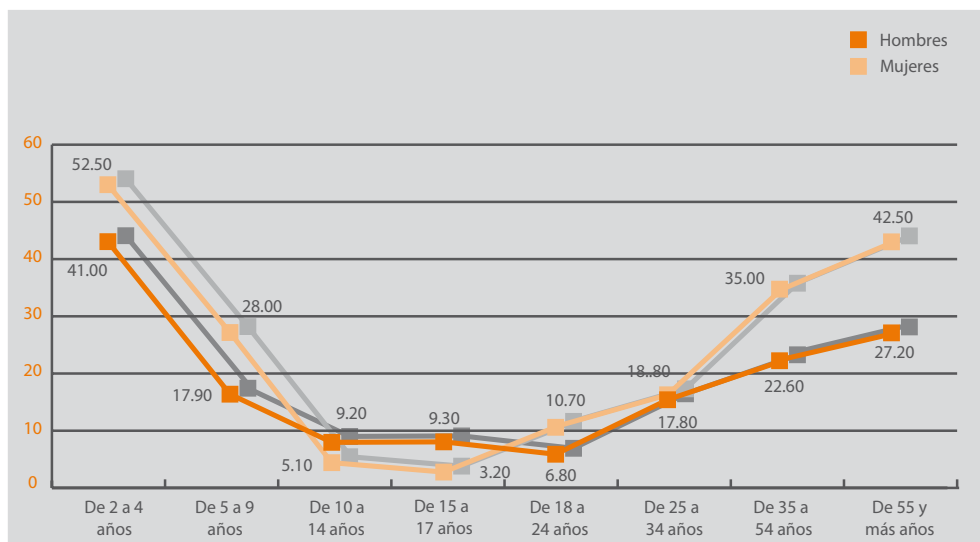
Los porcentajes en sobrepeso y obesidad son los siguientes para la población gitana de entre 2 y 17 años³⁵:

- Sobrepeso: 25% en niños y 16,2% en niñas.
- Obesidad: 17,4% en niños y 19,6% en niñas.

En cuanto a la población adulta (18 y más años) los porcentajes de sobrepeso son similares. Respecto a la obesidad, en la comunidad gitana se alcanza un porcentaje del 18,2% en hombres y 26,4% en mujeres.

Si realizamos un análisis por grupo de edad, podremos observar 3 datos relevantes:

- El alto porcentaje de población gitana menor de 10 años con obesidad (41% en niños de 2 a 4 años y 17,9% en niños de 5 a 9 años; 52,5% en niñas de 2 a 4 años y 28% en niñas de 5 a 9 años).
- El bajo porcentaje de obesidad en el tramo de edad 10-24 años.
- El incremento paulatino en el porcentaje de obesidad a partir de los 25 años.



Porcentaje de obesidad en la población gitana por grupo de edad.

³⁵ Población de entre 2 y 15 años.

Análisis de factores explicativos de los resultados

Actividad física

En el grupo se consideró que los bajos porcentajes de actividad física tienen relación con la percepción sobre lo que es y lo que no es ejercicio físico. Por ejemplo:

- Los hombres mayores suelen caminar bastante, pero no lo relacionan con la actividad física.
- Las mujeres andan menos porque, además de trabajar en muchos casos fuera de casa, deben realizar las tareas del hogar y terminan muy cansadas.
- Los trabajos de gran parte de la población gitana requieren un importante esfuerzo físico, pero no lo relacionan con la actividad física.
- Los chicos juegan al fútbol, bici, y otros deportes y lo hacen durante bastante tiempo, pero no lo relacionan con el deporte sino con el juego.
- Las chicas bailan mucho, pero lo relacionan con la diversión, no con la actividad física.

Consumo infantil de televisión

De nuevo, las condiciones de relativo hacinamiento en la que vive un sector de familias gitanas, influye en muchos aspectos relacionados con los estilos de vida y la salud: descanso, intimidad, ocio, convivencia, estudio,.. y también en el uso de la televisión.

En muchos casos no existen espacios para el estudio, el juego o la intimidad. La familia convive en un mismo espacio que suele estar presidido por una televisión que está encendida casi todo el día.

Si las niñas ven más la televisión que los niños tiene que ver con que ellas pasan más tiempo en casa que ellos.

Alimentación

Factores económicos

En algunos casos las decisiones sobre los alimentos que se ingieren tiene que ver fundamentalmente con la economía y no con otras cuestiones. *“Hay bastantes gitanos que tienen problemas para adquirir alimentos básicos”*. *“Hay gente que come lo que puede”*³⁶.

Condiciones laborales

El tipo de trabajo que desarrolla un sector de la población gitana (venta ambulante, recogida de chatarra,...) condiciona el que tengan que comer “de bocadillos”. Además, como están mucho tiempo fuera de casa, cuando vuelven lo hacen can-

sados y en vez de preparar comidas consistentes lo que hacen es *“tomarse un café con leche y un bollo”*³⁷.

En algunos casos, el abuso de la “comida basura” o de los bocadillos en los hijos, también tiene que ver con esta falta de tiempo para realizar comidas más elaboradas.

Creencias sobre salud

En el grupo se sostuvo que buena parte de la población gitana continúa sin relacionar “lo que se come” con la salud.

Por otro lado, se señalaron algunos mitos muy implantados: *“la carne es el alimento de mayor calidad”*, *“comer pescado es como no comer”*³⁸.

También hay algunas familias que optan por la bollería industrial para los almuerzos escolares, considerando que *“un bocadillo o fruta es poca cosa”*³⁹.

Normas familiares

La población infantil gitana comienza a tomar decisiones sobre lo que quiere y lo que no quiere comer muy tempranamente. En este sentido, en el grupo se reconoció *“que se les consiente mucho en cuestiones de comida; si no les gusta el menú preparado lo sustituyen con mucha facilidad por pizzas y hamburguesas”*⁴⁰.

No se suelen poner normas en relación con el consumo de chucherías entre niños y niñas.

Recomendaciones

Actividad física

- Los planes deberán plantearse a largo plazo, puesto que la población gitana no identifica la actividad física con la salud.
- Utilizar a los mediadores y educadores entre iguales para concienciar sobre la importancia que para la salud tiene la realización de actividad física.
- Los centros de salud, los mediadores y los educadores entre iguales deberán trabajar conjuntamente estos objetivos.
- Los centros de salud deben trabajar estos objetivos tanto con las personas sanas como con los enfermos crónicos.
- Utilizar folletos y talleres adaptados para promover y fomentar la actividad física.

³⁶ Frases literales expresadas en las JAG.

³⁷ Frase literal expresada en las JAG.

³⁸ Frases literales expresadas en las JAG.

³⁹ Frase literal expresada en las JAG.

⁴⁰ Frases literales expresadas en las JAG.

Alimentación

Las intervenciones deberán plantearse a largo plazo, puesto que la población gitana no identifica la buena alimentación con la salud.

Es fundamental que se realice un trabajo conjunto entre centros de salud, mediadores y educadores entre iguales. Este trabajo debería ir dirigido, por ejemplo, a:

- Formar a las personas con problemas de salud en la elaboración de dietas apropiadas a las enfermedades que padezcan.
- Formación sobre hábitos de vida saludable, tanto sobre alimentación como actividad física.
- Tratar de introducir el uso de verduras y frutas. También se deben promocionar los alimentos de temporada.
- Trabajar con los padres y las madres para que promuevan hábitos saludables en sus hijos e hijas.

Dirigir la formación fundamentalmente a gente joven, puesto que son los que más se han desviado de la alimentación saludable y por sus efectos futuros. Se deberían mostrar los efectos adversos de la comida basura y su incidencia sobre la salud y el bienestar.

Desde las asociaciones gitanas también podrían realizarse talleres en los que se les enseñe a cocinar comida tradicional gitana sana y fácil de realizar. Se podrían editar libros de recetas gitanas.

Se debería impulsar que los colegios, además de alimentar correctamente a su alumnado, promovieran una buena alimentación y hábitos de vida saludables. Podrían organizar talleres en los que participen las familias, los mediadores y demás personas implicadas.

Enfermedades y utilización de servicios sanitarios

Resumen de resultados

Enfermedades crónicas

Ante la pregunta “¿le ha indicado su médico si padece de manera crónica alguna de las siguientes enfermedades o dolencias...?”, las más señaladas por la población de 16 y más años son las siguientes:

- Jaquecas. Señalada por el 29,4%.
- Mala circulación: 17,7%
- Artrosis y problemas reumáticos: 15,3%
- Alergias. Señalada por el 14,8%.
- Hipertensión arterial. Señalada por el 15,1%.
- Depresión: 12,8%
- Colesterol elevado: 12,6%
- Asma: 8,6%

En la población de 15 y menos años, las enfermedades más señaladas son:

- Asma: 10,8%
- Alergia. 10,7%.

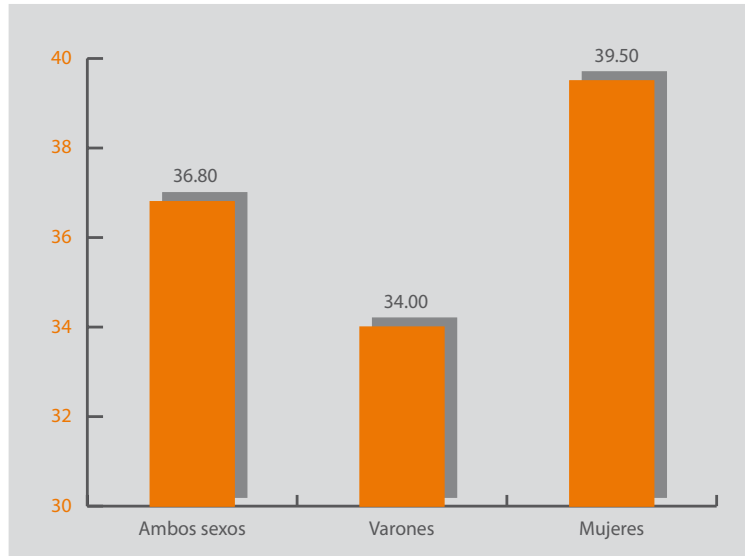
Hospitalizaciones

El 87.8% de la población gitana declara no haber sido hospitalizada en los últimos doce meses.

Los varones gitanos adultos hospitalizados lo han estado más días (14 días) que las mujeres gitanas (9 días de media), sin embargo en los niños la media es de 6 días y en las niñas de 8,5 días.

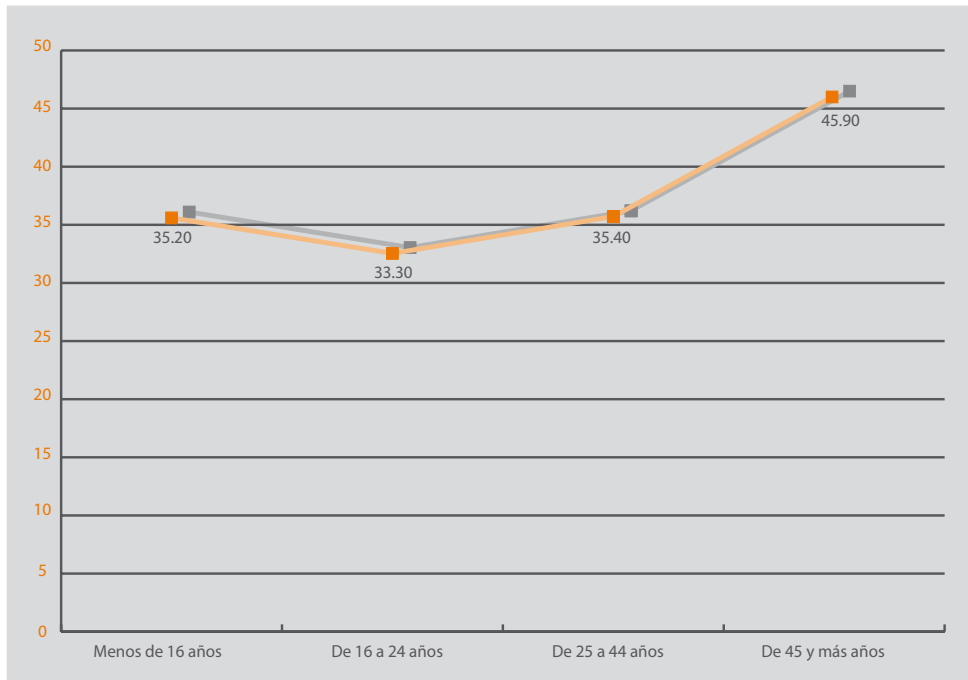
Urgencias

El 36,8% de la población gitana declara haber utilizado los servicios de urgencias en los últimos doce meses. El porcentaje es superior en el caso de las mujeres.



Porcentaje de población gitana afectada que ha utilizado los servicios de urgencias en los últimos doce meses, por sexo.

Las diferencias se incrementan según aumenta la edad.



Porcentaje de población gitana que ha utilizado los servicios de urgencias en los últimos doce meses, según edad.

Análisis de factores explicativos de los resultados

Enfermedades crónicas

Se opina que, en el caso de la mujer, los hábitos de vida y la maternidad a edades tempranas influyen en los datos planteados en el estudio, sobre todo en relación con algunas enfermedades crónicas. En el caso de los hombres son también los hábitos de vida el elemento explicativo.

Los y las participantes en las JAG sostuvieron que en la población joven se observan algunos hábitos que indican un mayor cuidado de la salud.

Se planteó también que la percepción de la salud y la vivencia de la enfermedad tienen siempre un condicionante cultural.

Utilización de servicios sanitarios

Se planteó que uno de los factores que pueden explicar el menor tiempo de hospitalización en las mujeres son “las cargas familiares” que presionan para “que esté disponible” lo más rápidamente posible.

Respecto a la utilización de las urgencias, se aludió a cómo un importante sector de la comunidad gitana vincula salud-enfermedad, por un lado, y enfermedad-muerte, por el otro. La necesidad de encontrar una solución o una respuesta rápida al síntoma puede llevar a una sobreutilización del servicio de urgencias.

Por otro lado, se sostiene que la población gitana valora la atención cercana y el tiempo empleado en la misma. Como en muchas ocasiones esto no puede ser obtenido en las consultas de atención primaria, se opta en algunos casos por acudir a los servicios de urgencias, buscando en muchos casos una segunda opinión médica.



Recomendaciones

Es imprescindible la coordinación y el trabajo en red de todos los agentes implicados en la salud. Se insistió especialmente en que el movimiento asociativo gitano pudiera contactar con personas clave (“sensibilizadas”) del sistema sanitario para facilitar la comunicación mutua entre profesional y usuario.

Es necesaria la formación sobre cultura y comunidad gitana en los profesionales sanitarios.

Necesidad de mediadores en centros hospitalarios y otros servicios sanitarios. Es muy importante definir el perfil del mediador, porque es una figura clave para que realmente desempeñe el papel de asesoramiento y una intervención de calidad tanto con los profesionales sanitarios como con las familias gitanas.

La formación del personal sanitario, la coordinación con el movimiento asociativo gitano y la presencia de mediadores, podría servir para mejorar la comunicación e información en las consultas. Específicamente se propone mejorar la información que se ofrece a personas que padecen enfermedades crónicas (tanto en la consulta como a través de talleres o materiales informativos adaptados).

Facilitar y fomentar la participación del tejido asociativo en la formación de hábitos saludables en la comunidad gitana (por ejemplo, participación en la adaptación de campañas informativas).

Mejorar la calidad en el trato prestado desde los servicios de urgencia y desde cualquier tipo de dispositivo sanitario. Específicamente se propone la creación de salas polivalentes en centros de urgencias y hospitales, que pudieran acoger adecuadamente a los familiares de las personas enfermas.

Seguir avanzando y profundizando en la investigación de estos primeros resultados que se han obtenido a través del estudio.

Todas las recomendaciones sugeridas deben ser aplicadas en un contexto de mejora en las inversiones y en los recursos del sistema sanitario (personal, centros, recursos en general,...).



Bibliografía

Bibliografía

- [1] Cabedo, V.R. et alt. (2000), *Cómo son y de qué padecen los gitanos*. En Revista Atención Primaria, Vol. 7, nº.8.
- [2] MSC-FSG (2006), *Guía para la actuación con la Comunidad Gitana en los Servicios Sanitarios*. Madrid. MSC-FSG.
- [3] MSC-FSG (2005), *Salud y Comunidad Gitana*. Madrid. MSC-FSG.

The image features a minimalist, abstract design. It consists of several overlapping rectangular blocks and thin lines. A large, solid orange block occupies the top and right portions of the frame. On the left, a vertical grey block is partially visible. A horizontal grey line runs across the middle, intersecting a vertical orange line. Below this, a white horizontal band is visible, which contains the word 'Anexos' in a white serif font. The bottom right corner is a light beige or cream color, suggesting a page fold or a transition to another section.

Anexos

Anexo I

Grupo de Expertos “Comunidad Gitana y Salud”

Nombre y Apellidos	Entidad
Javier Arza Porras	Dinamizador Grupo de Expertos.
Angeloi Goia Arive	Programa de Promoción de la Salud de Minorías Étnicas. Instituto de Salud Pública. Servicio Navarro de Salud.
Begoña Merino Merino	Ministerio de Sanidad y Consumo Consejera Técnica. Coordinadora Área Promoción de la Salud.
Carmen Rodríguez Blas	Ministerio de Sanidad y Consumo Jefa de Servicio. Instituto de Información Sanitaria.
Elena Buceta Molina	Área de Salud Fundación Secretariado Gitano FSG.
Gracia Jiménez Lérida	Experta en Salud y Comunidad Gitana.
Inés García Sánchez	Directora Observatorio de Salud en Europa. Escuela Andaluza de Salud Pública (Granada).
Iñaki Galán Labaca	Servicio de Epidemiología. Sección de Enfermedades no Transmisibles. Instituto de Salud Pública. Consejería de Sanidad de la CAM.
Javier Jiménez Martín	Director Equipo Investigación Sociológica EDIS.

Nombre y Apellidos	Entidad
Joaquín López Bustamante	Experto en Salud y Comunidad Gitana. Valencia.
M ^a José Pérez Jarauta	Programa de Promoción de la Salud de Minorías Étnicas. Instituto de Salud Pública. Servicio Navarro de Salud.
M ^a Teresa Andrés Martín	Responsable Departamento Acción Social, Fundación Secretariado Gitano FSG.
M ^a Isabel Iloro Mora	Centro de Especialidades Avenida de Portugal – Área 7. Coordinadora Médica.
M ^a Josefa Ruiz Cervigon	Ministerio de Sanidad y Consumo. Jefa de Sección. Área de Promoción de la Salud.
Mariví Librada Escribano	Ministerio de Sanidad y Consumo. Jefa de Sección. Área de Promoción de la Salud.
Nuria Serrano Rodríguez	Responsable Área de Salud, Fundación Secretariado Gitano FSG.
Pilar Campos Esteban	Ministerio de Sanidad y Consumo Jefa de Sección. Área de Promoción de la Salud.
Pilar Losada Iglesias	Mediadora Fundación Secretariado Gitano FSG.
Rafael García Galán	Asesor Técnico. Servicio de Participación y Acción Social. Dirección General de Salud Pública y Participación. Consejería de Salud. Junta de Andalucía.

Anexo II

Jornadas de Salud “Sastipen Va”

(12 Y 13 de noviembre de 2007. Ministerio de Sanidad y Consumo)

Organización
Entidad subvencionadora
Ministerio de Sanidad y Consumo. Subdirección General de Promoción de la Salud y Epidemiología.
Entidades organizadoras
Ministerio de Sanidad y Consumo. Subdirección General de Promoción de la Salud y Epidemiología.
Fundación Secretariado Gitano. Departamento Acción Social Area Salud
Grupo de Salud del Consejo Estatal del Pueblo Gitano.
Entidad colaboradora
Asociación UNGA.



Entidades participantes
Consejo Estatal del Pueblo Gitano.
Ministerio de Sanidad y Consumo Subdirección General de Promoción de la Salud y Epidemiología.
Ministerio de Trabajo y Asuntos Sociales.
Grupo de Expertos “ Comunidad Gitana y Salud”.
Asociación Iniciativa Gitana.
Asociación Juvenil Cultural Gitana “Ardiñelo Caló”.
Asociación Mujeres Gitanas “ALBOREA”.
Asociación Nacional Presencia Gitana.
Asociación Promoción Gitana de la Rioja.
Asociación UNGA.
Federación Andaluza de Mujeres Gitanas “FAKALI”.
Federación de Asociaciones Culturales Cristianas de Andalucía.
Federación de Asociaciones Gitanas de Castilla y León.
Federación de Asociaciones Gitanas de Cataluña.
Federación de Asociaciones Gitanas de la Comunidad Valenciana.
Federación de Asociaciones Gitanas de Navarra “GAZKALÓ”.
Federación de Asociaciones Gitanas Extremeñas.
Federación de Asociaciones Gitanas para la Integración Laboral y Social del Pueblo Gitano “CALÍ”.
Federación de Asociaciones Gitanas de Aragón (FAGA).
Federación Nacional de Asociaciones de Mujeres Gitanas “KAMIRA”.
Federación Regional Gitana de Asociaciones de Castilla la Mancha.
Asociación Enseñantes con Gitanos.
Fundación Secretariado Gitano.
Plataforma de Asociaciones Gitanas de Cantabria.
Unión Romaní.

Esta publicación se ha desarrollado dentro del proyecto "Salud y Comunidad Gitana: Análisis de la situación en Europa" financiado por la Unión Europea en el marco del Programa de Salud Pública.

El contenido de dicha publicación no refleja necesariamente la posición de la Comunidad Europea, la cual no se responsabiliza de ningún modo.

