

HACIA LA EQUIDAD EN SALUD

DISMINUIR LAS DESIGUALDADES EN UNA GENERACIÓN EN LA COMUNIDAD GITANA

*Resumen divulgativo del 2º Estudio comparativo
de las Encuestas Nacionales de Salud a
población gitana y población general de España, 2014.*



GOBIERNO
DE ESPAÑA

MINISTERIO
DE SANIDAD, SERVICIOS SOCIALES
E IGUALDAD



CONSEJO
ESTATAL DEL
PUEBLO
GITANO



Resumen divulgativo de la publicación:

Ministerio de Sanidad, Servicios Sociales e Igualdad. Dirección General de Salud Pública, Calidad e Innovación. Segunda Encuesta Nacional de Salud a Población Gitana, 2014. Madrid, 2018.

<https://www.msssi.gob.es/profesionales/saludPublica/prevPromocion/promocion/desigualdadSalud/docs/ENS2014PG.pdf>

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

Ministerio de Sanidad, Servicios Sociales e Igualdad.
Dirección General de Salud Pública, Calidad e Innovación.
Subdirección General de Promoción de la Salud y Vigilancia en Salud Pública.
Área de Promoción de la Salud.

Redacción: Área de Promoción de la Salud. Alberto Martín-Pérez, María José Andrés, Roberto Ravelo, Pilar Campos.
Con la especial colaboración de (por orden alfabético): Javier Arza Porras, José A. Díaz Huertas, M^a. Eugenia González Angulo, José Antonio Jiménez Jiménez, Daniel La Parra Casado y Marlen Menéndez Menéndez.

Diseño gráfico: Gabinete de Diseño Gráfico, S.G. de Tecnologías de la Información. MSSSI.
Madrid. Enero 2018.

Edita: © MINISTERIO DE SANIDAD, SERVICIOS SOCIALES E IGUALDAD. CENTRO DE PUBLICACIONES
NIPO en línea: 680-18-012-X

<http://publicacionesoficiales.boe.es>

INDICE

Presentación	4
Marco de políticas	4
1. Estado de salud	5
2. Enfermedades crónicas	6
3. Factores relacionados con estilos de vida	6
3.1 Lesiones por accidentes	7
3.2 Consumo de tabaco	8
3.3 Consumo de bebidas alcohólicas	9
3.4 Actividad física y alimentación	10
4. Uso de servicios sanitarios	11
5. Conclusiones y propuestas de acción	12

Presentación

La Segunda Encuesta Nacional de Salud a Población Gitana realizada en 2014 (ENSPG14), promovida por el Ministerio de Sanidad, Servicios Sociales e Igualdad, tiene como objetivo describir la situación actual de la población gitana de España en relación a su estado de salud, estilos de vida y acceso a los servicios de salud, comparándola con la población general. Así mismo, la encuesta sirve de base para analizar la evolución del **diagnóstico realizado en 2006**.

Para ello se comparan los resultados de la encuesta con la Encuesta Nacional de Salud (ENS12) y con la Encuesta Nacional de Salud a Población Gitana 2006 (ENSPG06) ¹.

Marco de políticas

El marco de trabajo sobre equidad en salud y Comunidad Gitana está recogido en la **Estrategia Nacional para la inclusión Social de la Población Gitana 2012-2020** y en sus Planes Operativos.

A través del Consejo Estatal del Pueblo Gitano, órgano colegiado interministerial, consultivo y asesor creado por **Real Decreto** en 2005, se confiere un carácter institucional a la colaboración y cooperación del movimiento asociativo gitano con la Administración General del Estado para el desarrollo de políticas de bienestar social que posibiliten la promoción integral de la población gitana. La actividad del Consejo se organiza a través de seis grupos de trabajo: Acción Social, Igualdad de Trato y no discriminación y Agenda Europea; Educación; Empleo; Salud; Vivienda y Cultura.

La realización de la Encuesta se encuadra en la Estrategia Nacional y en su Plan Operativo. Así mismo, las recomendaciones recogidas a la luz de sus resultados han sido elaboradas en el grupo de trabajo de salud del Consejo Estatal del Pueblo Gitano.

¹ La encuesta recoge información de hombres y mujeres gitanos de todas las edades; en el caso de menores de 15 años por medio de la persona de la casa entrevistada en el cuestionario de adultos. Se aplicó el cuestionario a 1167 personas adultas y se recogió información de menores de 15 años en 485 hogares. Se puede señalar que la muestra seleccionada representa a la población gitana con nacionalidad española que reside en barrios con mayor concentración de población gitana. Se trata de una población residente en vivienda normalizada principalmente en régimen de propiedad, en algunos casos de carácter social, que cuenta con bajos niveles medios de renta.

Para el análisis presentado en este informe, habida cuenta de las diferentes estructuras de edad de las dos poblaciones a comparar, siendo la población gitana presumiblemente más joven, se ha empleado el método de estandarización directa de la edad. El factor de ponderación utilizado está basado en la distribución por edades de una población de referencia, la población estándar europea, elaborada por la Organización Mundial de la Salud.

El marco conceptual de la equidad y las desigualdades

La salud depende de las circunstancias en las que las personas nacen, crecen, viven, trabajan y envejecen. Estas condiciones socioeconómicas, culturales y ambientales que determinan el nivel de salud de la población son los Determinantes Sociales de la Salud. Las diferentes posiciones que tienen los individuos en la sociedad y que hace que accedan o no a los recursos materiales y de salud dan como resultado las Desigualdades Sociales en Salud. Con este término se llama la atención sobre las diferencias innecesarias, injustas y evitables que se dan de forma sistemática en uno o más aspectos de la salud y que afectan a grupos definidos social, económica, demográfica o geográficamente como resultado de las distintas oportunidades y recursos a las que pueden acceder en función de su posición social.

La desigualdad y la discriminación tienen un carácter interseccional, ya que los distintos ejes de desigualdad pueden confluir en cada persona de manera simultánea. Además del género y la edad, que atraviesan a toda la población, en el caso de la población gitana nos encontramos que, en muchas ocasiones, más allá de su adscripción étnica, este grupo sufre mayores tasas de pobreza, pobreza de larga duración, privación en varias dimensiones, y se encuentra confinado en barrios con peor calidad urbana, mayor presión policial y menor dotación de servicios. Por último, se trata de una población en la que confluyen experiencias múltiples de discriminación, que afectan a sus oportunidades de desarrollar estilos de vida saludable.

1. ESTADO DE SALUD

En todas las encuestas de salud se pregunta a las personas entrevistadas cómo perciben su propia salud. Aun tratándose de un indicador subjetivo, tiene un gran valor ya que distintos estudios han constatado que cuanto peor es la posición social, más probable es que se describa el propio estado de salud como malo o muy malo. También es útil para predecir, por ejemplo, el nivel de utilización de servicios de salud o el número de problemas de salud diagnosticados por un facultativo. El estado de salud percibido está asociado con diferentes aspectos de la posición social como son el grupo étnico de pertenencia, el nivel educativo o las condiciones de la vivienda.

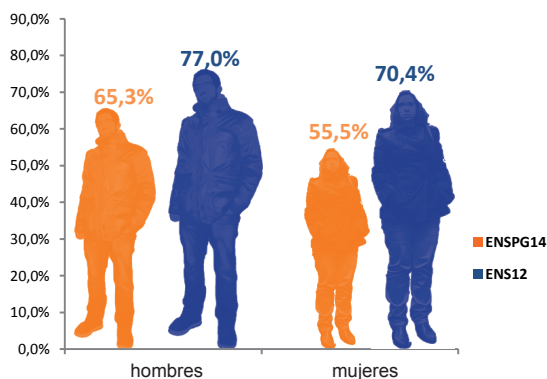


Fig. 1. Porcentaje de población gitana y población general que percibe su estado de salud como bueno o muy bueno.

El 65% de hombres gitanos y el 55,5% de mujeres gitanas consideran que su estado de salud es bueno o muy bueno. La diferencia con hombres y mujeres de la población general es de casi 12 y 15 puntos respectivamente.

La encuesta muestra que la población gitana, en general, percibe su estado de salud peor que el resto de la población. Las mujeres gitanas, al igual que en la población general tienen una peor autopercepción de su salud en comparación con los hombres (fig. 1).

Esta diferencia por sexo se observa en todos los grupos de edad de la población gitana (fig. 2).

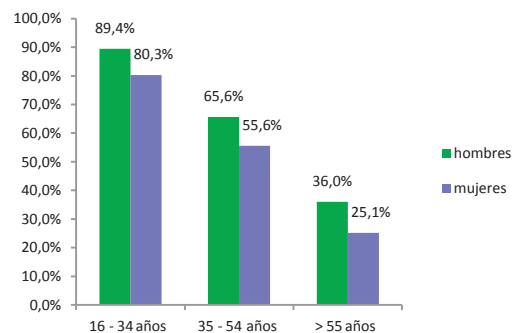


Fig 2. Porcentaje de gitanos y gitanas que perciben su salud como buena o muy buena por grupo de edad.

Solo 1 de cada 4 mujeres gitanas mayores de 55 años tiene una percepción positiva de su estado de salud.

Está demostrado que variables como el nivel educativo o la situación ocupacional que han tenido los progenitores se encuentran asociadas con el estado de salud, de manera que cuanto mejor haya sido su nivel educativo o su situación ocupacional mejor perciben su estado de salud sus hijos e hijas.

El pueblo gitano ha sufrido, a lo largo de la historia, diferentes procesos de exclusión social lo que ha conllevado a menudo una peor situación socio económica y, por tanto, un peor estado de salud. Análisis multivariables preliminares de los datos de la Encuesta Nacional de Salud a Población Gitana 2014 confirman esta relación entre la situación socioeconómica de los padres y madres con una peor percepción de la salud actual de sus hijos e hijas.

2. ENFERMEDADES CRÓNICAS

A la hora de comparar la frecuencia de diferentes problemas de salud habituales, se encontró que los hombres gitanos declararon padecer más artrosis, EPOC (enfermedad pulmonar obstructiva crónica), diabetes, depresión, problemas de salud mental y migraña que los grupos más favorecidos de la población general (fig. 3). Las mujeres gitanas declararon también mayor frecuencia de hipertensión, artrosis, asma, diabetes,

colesterol, depresión, problemas de salud mental y migraña, y de problemas relacionados con la menopausia (fig 4).

Para el conjunto de problemas de salud analizados en la ENS-PG14 se observa en general que existen desigualdades con la población general y que éstas aumentan con la edad.

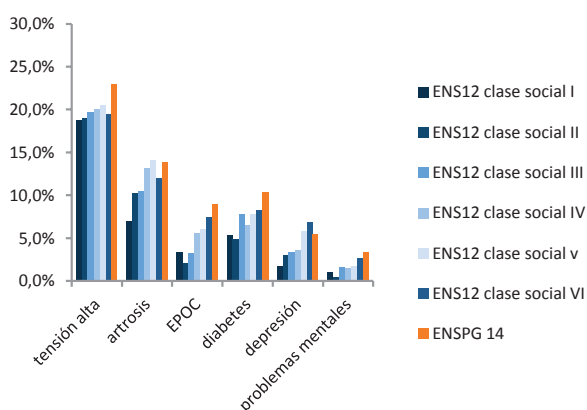


Fig 3. Problemas de salud o enfermedades crónicas. Comparación con población general. **Hombres.**

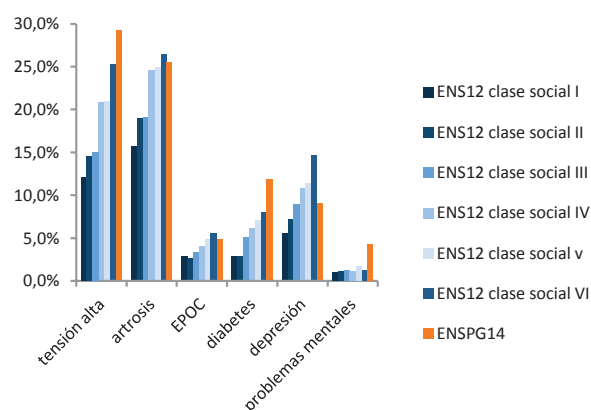


Fig 4. Problemas de salud o enfermedades crónicas. Comparación con población general. **Mujeres.**

3. FACTORES RELACIONADOS CON ESTILOS DE VIDA

España ha alcanzado una de las esperanzas de vida más alta del mundo pero otros países de nuestro entorno nos aventajan en la esperanza de vida con buena salud (en España de acuerdo a Eurostat 63,9 años en hombres y 64,1 en mujeres). Las enfermedades no transmisibles en nuestro país suponen el 89,2% del total de carga de enfermedad medida en años de vida ajustados por discapacidad. Una de las principales características de las enfermedades crónicas es que pueden ser prevenibles siendo los determinantes de salud y factores de riesgo comunes los principales aspectos a trabajar.

Estos factores incluyen la **alimentación, actividad física, consumo de riesgo de alcohol, consumo de tabaco, bienestar emocional y seguridad del entorno**. Es importante abordarlos conjuntamente para una actuación coherente y de impacto, ya que interactúan entre sí produciendo un efecto en la salud superior a la suma del efecto individual de cada uno

3.1. Lesiones por accidentes

La variedad de lesiones y daños causados por los accidentes es muy amplia: tráfico, caídas, ahogamientos, intoxicaciones, quemaduras, atragantamiento, etc. Los accidentes se pueden producir en distintos espacios (en los desplazamientos, en el hogar, en el lugar de estudio o de trabajo, en la calle o en otros lugares), pero la mayoría de las veces son prevenibles, esto es, se puede reducir su cantidad e impacto con una adecuada combinación de información, cambios de conducta e infraestructuras e instalaciones adecuadas.

La ENSPG14 muestra que la población gitana ha sufrido más accidentes en el último año que el conjunto de la población (fig. 5). Mientras que en la población general el índice de accidentes se redujo desde la última encuesta, en el caso de la población gitana se mantuvo en niveles similares en el caso de los hombres y aumentó en el caso de las mujeres, lo que indica un incremento de la desigualdad.

Entre los hombres gitanos, el mayor porcentaje de accidentes ocurre en la calle o en carretera, como entre los hombres de la población general. Sin embargo, es mayor la proporción de hombres que sufren accidentes en el hogar y menor en el lugar de trabajo entre los hombres gitanos. En el caso de las mujeres gitanas, el lugar en el que ocurren la mayor parte de los accidentes es el hogar, en un porcentaje muy similar al de las mujeres de la población general. Al contrario que en el caso de los hombres, se registra un mayor porcentaje de accidentes laborales entre las mujeres gitanas que entre las mujeres de la población general.

Los niños gitanos mostraron también mayor ocurrencia de accidentes, mientras que entre las niñas no se observaron diferencias significativas con las niñas de la población general (fig 6).

La pobreza puede aumentar la exposición a accidentes y a sus daños por varias vías. En el tráfico, porque las zonas que habita la población más pobre (con menos recursos económicos) tienden a tener mayor densidad de tráfico, con menos áreas de juego, viviendas con acceso directo a la calle, etc. En el hogar, porque las viviendas presentan problemas en sus sistemas y aparatos de calefacción, no hay medios para la protección contra factores de riesgo como el fuego, etc. De igual modo, los factores ligados a la pobreza pueden influir en la capacidad para la supervisión de hijos e hijas.

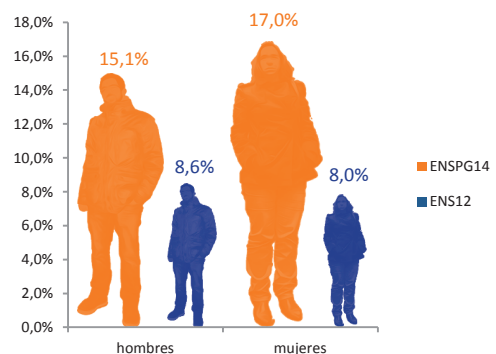


Fig. 5. Hombres y mujeres que han sufrido accidentes en el último año. Comparación con población general.

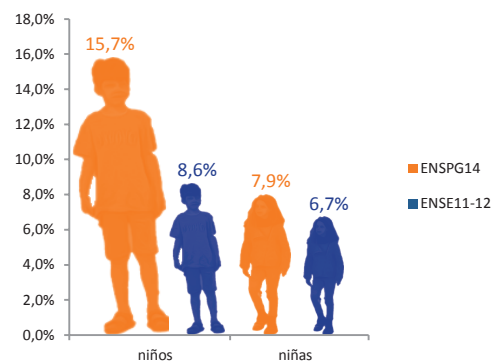


Fig. 6. Niños y niñas que han sufrido accidentes en el último año. Comparación con niños y niñas de población general.

3.2. Consumo de tabaco

Fumar está considerado como una de las principales causas de enfermedad y muerte prevenibles en nuestro contexto. El consumo de tabaco está determinado socialmente por múltiples factores que se manifiestan en patrones diferenciados por edad, género, clase social o etnia. Entre los hombres gitanos, algo más de la mitad declaran fumar diariamente, frente al 28,3% de la población masculina española (fig. 7). En todos los grupos de edad, el consumo es mayor para los hombres gitanos que en el conjunto de los hombres de la población española. En las mujeres, en cambio, el porcentaje de fumadoras es menor entre las mujeres gitanas en todos los tramos de edad.

En población gitana, tanto en hombres como en mujeres encontramos un mayor porcentaje de personas fumadoras que consumen 20 cigarrillos o más al día comparado con población general. (fig. 8).

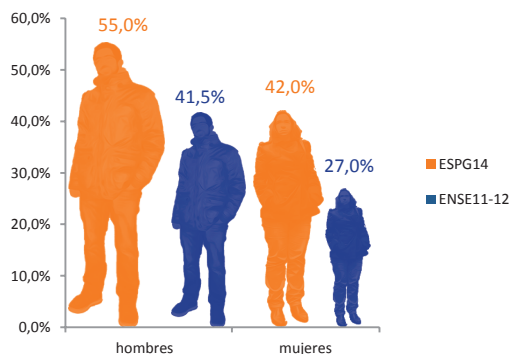


Fig 8. Porcentaje de personas fumadoras que fuman 20 o más cigarrillos diarios.

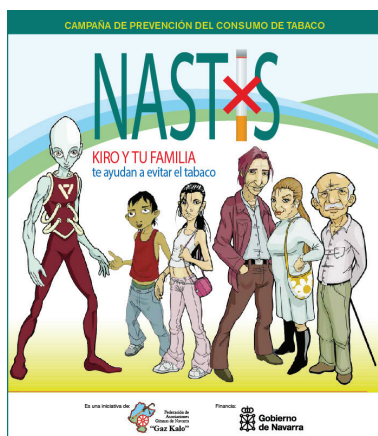
La edad media de inicio en el consumo de tabaco es más temprana en población gitana que en población general. 14,7 años en hombres y 15,8 en mujeres gitanas frente a 16,6 años y 17,7 años respectivamente entre hombres y mujeres de la población general.

Fig 7. Porcentaje de personas que fuman diariamente.

Uno de cada dos hombres gitanos y uno de cada cuatro hombres de la población general declara fumar diariamente.



Ejemplos de campañas de prevención del consumo de tabaco y de exposición de menores al humo del tabaco dirigidas a población gitana (Navarra y Asturias).



3.3. Consumo de bebidas alcohólicas

En el caso del alcohol, el consumo declarado en *las últimas dos semanas* es inferior en los hombres y las mujeres de la población gitana que en el conjunto de la población de España. Sin embargo, cuando se toma como referencia temporal *los últimos 12 meses*, el consumo declarado es superior en los hombres gitanos. Esta diferencia no se da entre las mujeres (fig. 9).

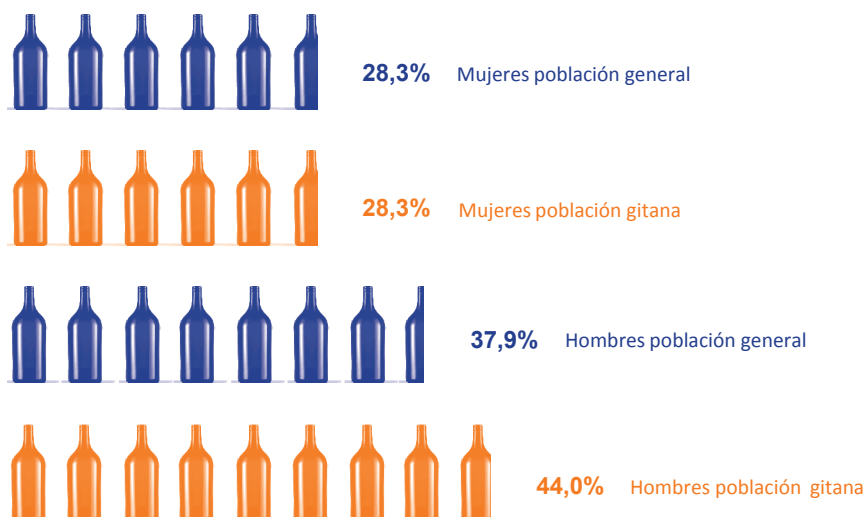


Fig 9 Porcentaje de personas que han consumido alcohol en los últimos 12 meses.

Además, entre las personas gitanas que consumen alcohol, la presencia de episodios de consumo intenso es mucho más frecuente que en el conjunto de la población de España (fig. 10).

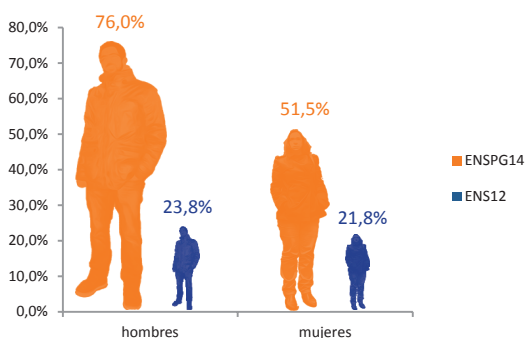


Fig 10. Porcentaje de personas consumidoras de alcohol que han tenido algún episodio de consumo intenso en el último año.

La media en la edad de inicio declarada es inferior en la población gitana que en la población general. Es de 16,3 años en los hombres gitanos (frente a 17,0 años) y de 17,4 años en las mujeres gitanas (frente a 18,5 años). La edad de inicio entre las mujeres y hombres de la población general era más tardía en 2006, mientras que se ha retrasado ligeramente en los hombres gitanos.

3.4. Actividad física y alimentación

La obesidad y el sobrepeso han alcanzado caracteres de epidemia a nivel mundial. En España, la obesidad es una patología cada vez más prevalente en todos los grupos de edad. La comunidad gitana no escapa a este problema de salud, y de hecho, su prevalencia es mayor que en la población general española (fig. 11). Esta prevalencia aumenta con la edad.

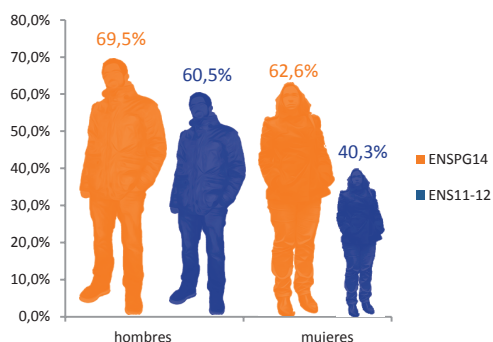


Fig. 11. Porcentaje de personas con sobrepeso u obesidad.

Así mismo, entre los niños gitanos de 2 a 14 años, la proporción de casos de sobrepeso u obesidad es mayor que en los de la población general. Además, la proporción de niños gitanos con sobrepeso y obesidad ha pasado de algo más de 3 de cada 10

en 2006 a casi 6 de cada 10 en 2014. Entre las niñas, se observan también diferencias importantes entre la población gitana y la población general en las mayores de 9 años.

Una alimentación poco saludable y el sedentarismo son dos de los elementos más destacables asociados al sobrepeso y la obesidad. En este sentido se encontraron diferencias importantes entre la comunidad gitana y la población general.

En relación con la alimentación, los resultados muestran que la costumbre de desayunar diariamente está menos extendida entre la población gitana. Tanto hombres como mujeres gitanas consumen diariamente menos fruta fresca, verduras y hortalizas o lácteos y más legumbres, carne, huevos, embutidos y fiambres que la población general (fig. 12).

La alimentación poco saludable y la falta de actividad física influyen además en el desarrollo de las principales enfermedades no transmisibles. Está demostrado que alimentarse de manera sana y ser una persona físicamente activa contribuye a la prevención de estas enfermedades y a ganar años de vida en buena salud.

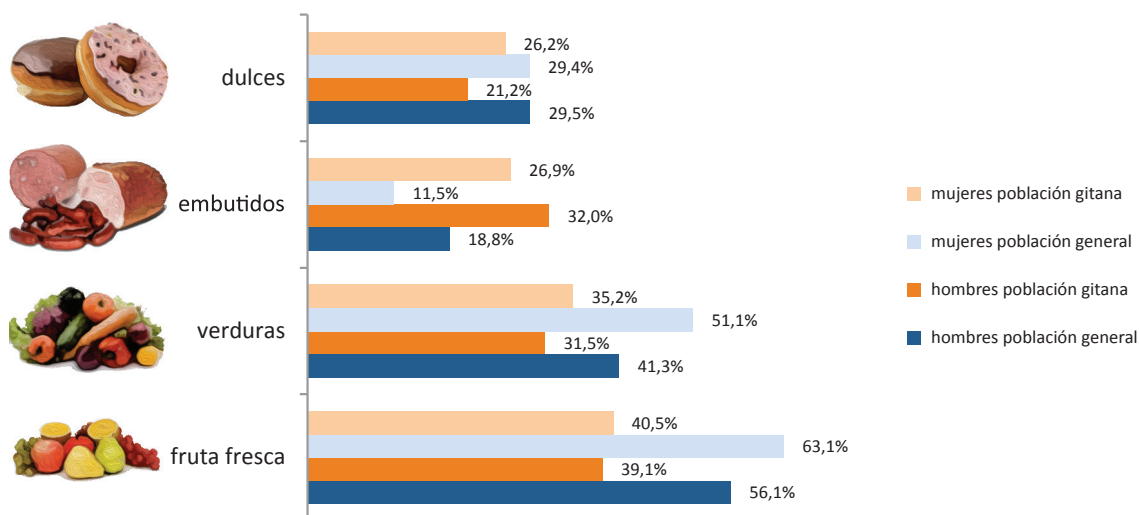


Fig. 12. Porcentajes de consumo diario de fruta fresca, verdura, embutidos y dulces

4. USO DE SERVICIOS SANITARIOS

La encuesta muestra que la población gitana, independientemente de su sexo o edad, asiste a consulta médica con más frecuencia que la población general, en consonancia con el peor estado de salud que se ha descrito. En las últimas cuatro semanas habían acudido a la consulta 4 de cada 10 hombres y algo más de la mitad de las mujeres gitanas, en comparación con 3 de cada 10 hombres y 4 de cada 10 mujeres en población general.

En el caso de las mujeres gitanas de más de 55 años, acudieron 7 de cada 10. Los dos motivos más frecuentes para acudir a la consulta tanto entre gitanas como entre la población general fue obtener un diagnóstico puntual de una enfermedad y hacer una revisión.

El porcentaje de personas que acuden a hacerse una revisión es mayor en población general que en población gitana, en cualquier segmento de edad, sexo o clase social. Al igual que los grupos en peor situación socioeconómica, la práctica totalidad de la población gitana acude a consultas prestadas por la sanidad pública.

También es superior el porcentaje de personas gitanas que requirieron hospitalización en los 12 meses previos (fig. 13).

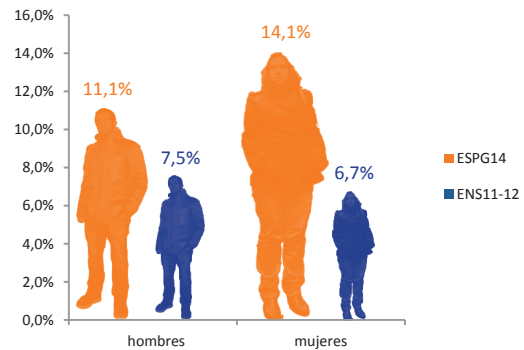


Fig. 13. Porcentaje de personas que requirieron hospitalización en los 12 meses previos.

Entre las personas de entre 16 y 34 años apenas existen diferencias entre la población gitana y la población general en cuanto al uso de los servicios de urgencias. Sin embargo, las diferencias se incrementan con la edad, siendo especialmente altas entre las personas mayores de 55 años.

Aunque los resultados referidos a las prácticas preventivas en mujeres (visita a consulta ginecológica, mamografía y citología) deben considerarse con prudencia por la alta tasa de no respuesta, se observa una menor frecuencia de su realización entre mujeres gitanas, en niveles similares a las mujeres de la población general en peor situación socioeconómica. Sin embargo se ha observado una mejoría respecto a 2006.



5. CONCLUSIONES Y PROPUESTAS DE ACCIÓN

Al comparar las encuestas de salud dirigidas a población gitana de 2006 y 2014, se aprecia que las mejoras significativas han sido pocas. No se observan cambios en la percepción del estado de salud de población gitana de España, pero sí una mejora en la población general, por lo que **la desigualdad ha aumentado**. Esta diferencia es mayor en los grupos de más edad.

En relación a los problemas de salud, el dato más significativo al comparar 2006 y 2014, es el incremento de la diabetes en las mujeres gitanas que aumenta en casi seis puntos hasta un 14,5%.

Se observa así mismo una mayor distancia con la población general entre 2006 y 2014 en el consumo de tabaco y un descenso de la edad de inicio de su consumo en mujeres. Se mantienen las desigualdades en relación a la prevalencia de sobrepeso y obesidad. Entre los niños gitanos el porcentaje de sobrepeso y obesidad prácticamente se ha duplicado. También se aprecia un empeoramiento para las mujeres gitanas en relación a los accidentes en comparación con 2006.

Por su parte, la mejora de algunos de los indicadores entre la población general, indica que las desigualdades aumentan, por lo que es necesario actuar para combatirlas.

La equidad es un principio rector del Sistema Nacional de Salud desde la promulgación de la Ley General de Sanidad en 1986. La Ley General 33/2011 de Salud Pública profundiza en esta visión y determina que las actividades de promoción de la salud deben tener en especial consideración los ámbitos educativo, sanitario, laboral y local, subrayando la equidad como un principio fundamental para guiar las políticas y que queda reflejado en la Estrategia para el Abordaje de la Cronicidad en el Sistema Nacional de Salud y en la de Promoción de la Salud y Prevención.

Es crucial que las diferentes estrategias del Sistema Nacional de Salud presten mayor atención a las necesidades de la población gitana, puesto que estas son mayores según muestran los resultados de la encuesta. Por tanto, más allá de la Estrategia Nacional para la Inclusión de la Población Gitana, la Administración debe velar para que se continúen monitorizando estas diferencias evitables e injustas y que se actúe para reducirlas desde el sector sanitario y desde el resto de sectores cuyas políticas inciden en el estado de salud de la comunidad gitana.

Es importante centrar propuestas de acción en el ámbito local y comunitario, ya que las oportunidades de tener un buen estado de salud dependen de factores que no están relacionados directamente con el sistema sanitario. Por ejemplo, el barrio de residencia y la vivienda, las condiciones del trabajo dentro y fuera del hogar, las relaciones sociales, el transporte, etc. Gran parte de nuestra vida se desarrolla en los barrios y normalmente, los indicadores de salud son peores en los barrios de menor nivel socioeconómico. Ello subraya de qué modo las características del barrio de residencia desempeñan un papel fundamental en nuestra salud, por lo que la mejora de sus condiciones de habitabilidad mejorará la salud de sus habitantes.

En julio de 2017 se realizó una serie de **propuestas de acción** por parte del grupo de salud del Consejo Estatal del Pueblo Gitano con el fin de avanzar hacia la equidad en los resultados de salud.

A la vista de los resultados de la encuesta, se considera que las desigualdades observadas entre la población gitana y la población general podrían reducirse:

- A través de la **promoción de entornos y estilos de vida saludable** a lo largo del ciclo vital
 - Priorizando la infancia, en el marco de la parentalidad positiva y la población gitana mayor, favoreciendo su bienestar emocional y un envejecimiento saludable.
 - Promoviendo intervenciones relacionadas con la alimentación saludable, reducción del consumo de tabaco e incremento de la actividad física en las que las organizaciones gitanas colaboren con la administración.
 - Identificando barrios más desfavorecidos en los que desarrollar de forma prioritaria intervenciones comunitarias en salud.
- Prestando atención a la **prevención de enfermedades** crónicas entre la población gitana
 - Priorizando la prevención de diabetes, EPOC y de presión
 - Avanzando en las prácticas preventivas en las mujeres gitanas
- Reorientando la **atención sanitaria y los sistemas de salud**
 - Asegurando un acceso al sistema de salud universal y ajustado a las necesidades de la población gitana.
 - Potenciando las intervenciones comunitarias para la promoción de la salud en la comunidad gitana desde Atención Primaria.
- Identificando y compartiendo buenas prácticas en promoción de la salud con población gitana realizadas desde el sistema sanitario.
- Mejorando la formación en equidad y determinantes sociales de la salud a profesionales sanitarios en los estudios de pregrado, grado y posgrado.
- Trabajando en la **salud** de la población gitana **en todas las políticas** públicas
 - Promoviendo intervenciones con la población gitana en todos los niveles (nacional, autonómico y local), en particular aquellas que tienen un enfoque intersectorial y de participación de la comunidad gitana.
 - Reconociendo y compartiendo buenas prácticas llevadas a cabo por las administraciones
 - Prestando atención a incorporar las necesidades de la población gitana en planes y estrategias institucionales que pueden impactar en su estado de salud.
- Combatiendo la **discriminación** y mejorando la **visibilidad** de la comunidad gitana y sus necesidades.
 - Promoviendo y mejorando el reconocimiento social e institucional hacia la comunidad gitana
 - Potenciando la investigación en salud sobre la población gitana y abogando para que se vea representada en los diagnósticos de salud.
 - Monitorizando la reducción de desigualdades a través de la Encuesta Nacional de Salud a Población Gitana u otros estudios.



GOBIERNO
DE ESPAÑA

MINISTERIO
DE SANIDAD, SERVICIOS SOCIALES
E IGUALDAD



CONSEJO
ESTATAL DEL
PUEBLO
GITANO