

Análisis de la percepción de salud y uso del sistema sanitario de la población gitana de un barrio de Valladolid: un estudio en torno a la discriminación étnica



Universidad de Valladolid

Facultad de Medicina

Trabajo de Fin de Grado – 6º curso de Medicina

Autor: César Bonilla Muñoz

Tutor: Daniel Araúzo Palacios

Cotutora: Violeta García Vesga

0. ÍNDICE

1. Resumen.....	3
2. Abstract	3
3. Introducción.....	4
3.1. Breve historia del Pueblo Gitano español	4
3.2. Comunidad gitana y desigualdades en salud.....	5
3.3. Descripción de la población gitana española	6
4. Justificación y objetivos	7
5. Materiales y métodos	8
6. Resultados.....	10
6.1. Descripción sociodemográfica de la comunidad gitana de Delicias.....	10
6.2. Análisis de indicadores de salud en la comunidad gitana de Delicias.....	11
6.3. Análisis de indicadores del estilo de vida en la comunidad gitana de Delicias.....	12
6.4 Análisis de indicadores del uso del sistema sanitario en la comunidad gitana de Delicias	13
6.5. Descripción de los indicadores de salud recogidos a través del prisma de la discriminación percibida por los miembros de la comunidad gitana de Delicias.....	14
6.6. Análisis del cuestionario a trabajadores del Centro de Salud Delicias.....	15
7. Discusión	16
7.1. Comparación de los resultados obtenidos en los indicadores estudiados con los de la población general española y la comunidad gitana española.....	16
7.2.Comparación de los resultados obtenidos con las metas en salud propuestas por la Estrategia Nacional para la Inclusión de la Población Gitana en España 2012-2020.....	18
7.3. Interpretación de los resultados obtenidos en relación con la hipótesis propuesta.....	18
8. Conclusiones	19
9. Aplicabilidad práctica del estudio	20
10. Limitaciones del estudio	20
11. Bibliografía.....	21
12. Anexos.....	25
13. Póster.....	59

1. RESUMEN

En España, el Pueblo Gitano, históricamente discriminado desde tiempos de los Reyes Católicos, se encuentra en situación de desigualdad sanitaria. Esto motiva que la población general gitana se encuentre un paso por detrás de la española en términos de salud. Con el fin de estudiar la influencia de la discriminación étnica percibida por la comunidad gitana de Delicias en sus indicadores de salud y compararlos con la tónica general, se plantea este estudio descriptivo transversal, que, en paralelo, pretende mapear potenciales focos de desigualdad en el Centro de Salud Delicias y la predisposición de sus trabajadores a la formación en la atención sanitaria a este colectivo. Para este propósito se han elaborado dos encuestas: una a población de etnia gitana y otra a profesionales del centro. En la primera, se analizan 6 variables sociodemográficas (edad, sexo, nivel de estudios, discriminación percibida, bienes básicos en el hogar y problemas de la vivienda) y 10 indicadores de salud (estado de salud percibido, prevalencia de problemas de salud, índice de masa corporal, accidentabilidad, consumo de tabaco y alcohol, frecuencia de consultas en Medicina, asistencia al ginecólogo, hospitalizaciones y uso de Urgencias). Entre otros resultados, se halló que un 69,73% de los encuestados de etnia gitana se había sentido discriminado en los pasados 12 meses. No se encontró ninguna asociación estadísticamente significativa ($P < 0,05$) entre este fenómeno y otros indicadores de salud intrapoblacionales. En contraste con sus condiciones de salud, la discriminación experimentada por la etnia gitana en el barrio Delicias ha demostrado ser mayor que la acusada por sus iguales a nivel nacional. Desde el presente estudio se propone la creación de una vía investigadora que analice estas diferencias a nivel interpoblacional y acciones que aprovechen la predisposición para la formación en este área de los jóvenes trabajadores del Centro de Salud Delicias para alcanzar las metas en salud gitana marcadas por el Gobierno.

Palabras clave: etnia gitana, discriminación étnica, desigualdades en salud.

2. ABSTRACT

Spanish Roma population has experienced discrimination since the time of the Catholic Monarchs and finds itself in a state of health inequity, which means that they remain a step behind from the national population in terms of health. In order to study the influence of discrimination perceived by the Roma community in Delicias on their health indicators as well as to compare them with the general trend, this cross-sectional descriptive study has been proposed. which, At the same time, it aims to map both potential sources of inequality in Delicias Health Centre and the predisposition of its workers to be trained in

health care for this group. Two surveys were carried out for this purpose: one among Roma population and the other among the centre's professionals. In the first one, 6 socio-demographic variables were analysed (age, sex, level of education, perceived discrimination, basic household goods and housing problems) as well as 10 health indicators (perceived state of health, prevalence of health problems, body mass index, accident rate, tobacco and alcohol consumption, frequency of medical consultations, gynaecologist attendance, hospitalisations and use of the emergency service). Among other results, it was found that 69.73% of Roma respondents had felt discriminated against in the past 12 months. No statistically significant association ($P < 0.05$) was found between this phenomenon and other intra-population health indicators. In contrast to their health conditions, the discrimination experienced by Roma in Delicias neighbourhood has been shown to be greater than the one experienced by their peers at the national level. This study proposes the creation of a research pathway to analyse these differences at the inter-population level and actions which would benefit from the predisposition for training in this topic of the young workers of Delicias Health Centre so as to achieve the goals in Roma health set by the Government.

Key words: Roma population, racial discrimination, health inequities

3. INTRODUCCIÓN

3.1. Breve historia del pueblo gitano español

Mencionados por vez primera en la Historia de España en 1425, en un salvoconducto emitido por Alfonso V de Aragón, la historia de los gitanos –antaño, erróneamente denominados “egipcianos”, de donde deriva el término presente- sigue constituyendo un vacío bibliográfico que muy pocos investigadores se han atrevido a enfrentar (1). En la actualidad, parece haber evidencia, sobre todo de índole lingüística, de que el origen de los primeros gitanos tiene lugar en el noroeste de la India y carácter militar: el protogitano fue un guerrero cautivo por el régimen del sultán de Ghazni en sus incursiones por la India durante el siglo XI. A raíz de este evento fundador, según los estudiosos gitanos, se abren las etapas de *aresipé* y *buxjaripé*, a partir de las cuales, la comunidad romaní se instala en el espacio geográfico europeo tras su éxodo del Imperio Bizantino, motivado por el incremento de la presión otomana a finales del siglo XIV (2).

En contraste con lo que cupiere pensar, la acogida de los gitanos durante el siglo XV fue buena. En España, no fue hasta 1499 que esta tendencia cambió con la emisión de la Pragmática de Medina del Campo durante el reinado de los Reyes Católicos. En esta ley, uno de los más precoces precedentes de su posterior persecución legal a nivel

nacional y europeo, se señala al gitano como problema de orden público y se le obliga a abandonar su modo de vida nómada, su lengua, traje y costumbres (3).

El legado legislativo antigitano de sus católicas majestades perduró mucho más allá de su gobierno y contribuyó a sentar una firme equiparación sociojurídica entre gitanos y vagabundos. Las consecuencias de esto se dejaron entrever en los siglos posteriores y han llegado a trascender hasta la era contemporánea, en la que la Ley de Vagos y Maleantes, emitida en 1933, pese a no referirse a ellos específicamente, castigaba su modo de vida. La Constitución de 1978, en estos términos, supuso un antes y un después para el pueblo gitano español al reconocer su igualdad jurídica, sin discriminación alguna por motivos raciales. En la misma línea, España reconoce en 1996 a la comunidad gitana como minoría nacional ante el Comité de Derechos Humanos de la Organización de Naciones Unidas (ONU) y se compromete, como miembro del Consejo Europeo, a preservar su identidad. En consonancia, a nivel nacional, el Ministerio de Trabajo y Asuntos Sociales crea en 1989 el “Programa de Desarrollo Gitano” con el fin de lograr la integración de la población romaní (3).

A pesar del contexto esperanzador que estas medidas constituyen para la comunidad gitana española, los albores del siglo XXI no traen consigo los resultados que el Gobierno esperaba. En 2004, a través de una evaluación del programa previamente mencionado, el Consejo de Europa notifica que, pese a los esfuerzos gubernamentales, en España todavía persisten diferencias socioeconómicas considerables entre la población gitana y la población general española (4).

3.2. Comunidad gitana y desigualdades en salud

A principios del siglo XXI, el Consejo de Europa no fue el único que se pronunció acerca de la realidad de la población romaní en España. Entre 2005 y 2007 surgen dos punteros análisis, impulsados desde la Fundación Secretariado Gitano (FSG) y el Gobierno de España, que declaran que el pueblo gitano español no sólo está en riesgo de exclusión social, sino que también se halla en situación de desigualdad sanitaria (5, 6).

Este concepto se refiere a aquellas diferencias en materia de salud, injustas y prevenibles, entre grupos poblacionales caracterizados por sus aspectos socioculturales, económicos o demográficos. Las inequidades en salud son producto de una estratificación de la sociedad en torno a ejes de poder, que sitúan a cada individuo en una determinada posición socioeconómica. De dicha jerarquía, moldeada por el contexto sociopolítico vigente, depende directamente la exposición y vulnerabilidad a condiciones dañinas para la salud de cada sujeto, así como las consecuencias que estas tendrán para el mismo. Estos agentes generadores de desigualdades sanitarias, o

determinantes sociales de la salud, condicionan las circunstancias materiales y psicosociales del individuo y sus factores conductuales y biológicos (7).

Este modelo, representado en el Anexo 1, justifica que, ya a finales del siglo XX, la Organización Mundial de la Salud (OMS) anunciara la existencia de un exceso de mortalidad y morbimortalidad entre los colectivos socialmente más desfavorecidos (7). En la actualidad, la misma afirmación se podría trasladar a la realidad de la comunidad gitana española (8). Su falta de influencia como actores políticos, económicos y sociales a nivel nacional, sumada a otros de los determinantes, resumidos en el Anexo 2, predisponen a este grupo a sufrir desigualdades en salud (5).

Los determinantes sociales de la salud no son condiciones fijas. En 2008, la OMS propone tres ejes básicos de acción sobre ellos: mejora de las condiciones de vida de los más desfavorecidos, lucha contra la distribución desigual de los factores estructurales e investigación (9). En esta línea, surge, como propuesta gubernamental, la Estrategia Nacional para la Inclusión Social de la Población Gitana en España (ENISPGE) 2012-2020, que marca una serie de objetivos a alcanzar en el año 2020 por el pueblo romaní en materia de educación, empleo, vivienda y salud. Estos últimos, en torno a los cuales gira el presente estudio, pueden ser revisados en el Anexo 3 (10).

En 2020, la evaluación de este plan concluyó que, de forma general, los avances en la estrategia habían sido insuficientes (11). En su nueva versión, que abarca desde 2021 hasta 2030, la estrategia se centrará en reducir la discriminación en el ámbito sanitario en población gitana, indicador que también recoge esta investigación (12).

3.3. Descripción de la población gitana española

Poblacionalmente, la comunidad gitana presenta peculiaridades respecto a la población general, como se puede observar en el Anexo 4. Se trata de un colectivo radicalmente más joven cuya pirámide demográfica acusa un estrechamiento a partir los 30 años, contrario a la tendencia nacional. Del mismo modo, se observa una asimetría por género inexistente en la población española: en los primeros tramos de edad, existe un desequilibrio entre varones y mujeres gitanas en favor de los primeros, que se invierte a partir del intervalo entre los 40 y 49 años. De dicha pirámide, se estima una tasa de natalidad gitana mayor que la nacional, una tasa de mortalidad general e infantil por encima de la media española y una esperanza de vida menor a la existente en España. No obstante, la evolución de estos parámetros tiende, en los últimos tiempos, a equipararse con los de la población general (14).

La mayor parte de la comunidad romaní en España cuenta con estudios primarios y, por lo general, reside en viviendas normalizadas situadas en barrios con alta densidad de población gitana. En su mayoría, los hogares gitanos disponen de la totalidad de bienes básicos, aunque los registros indican que más de un tercio de ellos conviven con problemas tales como humedades, sobreocupación o delincuencia en el vecindario (15).

Respecto a los indicadores en salud, la Segunda Encuesta Nacional de Salud a Población Gitana (SENSPG) de 2014 recoge las siguientes conclusiones. El estado de salud autopercebido entre el pueblo gitano es peor que en la población general, sufriendo un declive más pronunciado en los grupos de mayor edad y una brecha de género más acusada. En sintonía, la prevalencia autodeclarada de enfermedades crónicas entre los gitanos españoles es mayor que en la población total. La misma tendencia se observa en relación a la accidentabilidad y obesidad. En cuanto al consumo de tabaco, si bien es más común en el varón gitano que en la media española, las normas culturales del pueblo romaní parecen ejercer un papel protector frente a él en la mujer; fenómeno que se repite en el caso del alcohol. Por otro lado, el hombre gitano, pese a tener conductas similares a la población general frente al alcohol, muestra un patrón de consumo intensivo más frecuente que el conjunto español (13).

Su uso del sistema sanitario presenta, también, particularidades frente al de la población general. La comunidad romaní asiste con mayor frecuencia a consulta médica, haciéndolo prácticamente siempre en los servicios prestados por la sanidad pública. No obstante, la presencia de la mujer gitana en consulta ginecológica, pese a haber aumentado desde 2006, se halla por debajo de la media española, sobre todo en cuestión de revisiones periódicas y prácticas preventivas. No así, el uso de los servicios de Urgencias y hospitalización es más habitual entre la comunidad romaní (13).

Finalmente, por lo pertinente al asunto de este estudio, cabe mencionar la discriminación hacia el Pueblo Gitano en España. La opinión nacional señala ser gitano como uno de los mayores inconvenientes en lo relevante a cuestiones jurídicas, laborales, de acceso a servicios públicos y al alquiler de una vivienda. Un 43% de las personas gitanas en España se ha sentido discriminada por motivos étnicos en los últimos 12 meses y un 16% de ellas percibe recibir un trato desigual en el ámbito sanitario (16,17).

4. JUSTIFICACIÓN Y OBJETIVOS

Según el “Estudio-Mapa sobre Vivienda y Población Gitana de 2015”, en Castilla y León viven más de 25.000 personas gitanas, distribuyéndose en torno a cinco zonas en la provincia de Valladolid, una de las cuales es el barrio Delicias (18). En este, se estima que la densidad de población gitana ronda el 6% del total de habitantes del barrio (19).

En consecuencia, se puede afirmar que más de uno de cada veinte usuarios del Centro de Salud Delicias (I y II) es de etnia gitana. Esta considerable proporción contrasta con la falta de recursos bibliográficos e investigaciones de carácter científico que tomen a este colectivo como protagonista, tanto a nivel nacional como autonómico.

Por otro lado, la reciente ENISPGE 2021-2030 resalta el rol negativo que la discriminación percibida por parte del Pueblo Gitano tiene en su salud. Varios estudios internacionales respaldan esta afirmación y evidencian la asociación entre la percepción de discriminación étnica y ciertos problemas de salud, resumidos en el Anexo 5 (20, 21, 22). Otros tantos declaran una infrautilización de los servicios sanitarios, sobre todo en función a su carácter preventivo, motivada por este factor. (23, 24)

En coherencia con esta nueva meta, se pretende medir la influencia de este factor en el contexto del barrio Delicias a través de la siguiente hipótesis alternativa: “la discriminación que los miembros de la comunidad gitana de Delicias perciben influye en los indicadores de salud analizados”.

El **objetivo general** del presente estudio estriba en el análisis de la salud de la comunidad gitana usuaria del Centro de Salud Delicias y su uso del sistema sanitario, desde del prisma de la discriminación percibida por este colectivo. Otros **objetivos específicos** planteados en este trabajo son:

- La comparación de los datos obtenidos con los de la población general española y la comunidad gitana en España, recogidos por la “Encuesta Nacional de Salud de España de 2017” y la “Segunda Encuesta Nacional de Salud a Población Gitana de 2014”, respectivamente.
- La equiparación de los resultados del estudio con los objetivos en salud propuestos por la “Estrategia Nacional para la Inclusión Social de la Población Gitana en España 2012-2020”.
- El mapeo de potenciales focos generadores de desigualdad en el Centro de Salud Delicias a través del estudio de la percepción de los trabajadores sobre la salud y discriminación del pueblo gitano.
- El estudio de la opinión de los trabajadores del Centro de Salud Delicias acerca de la utilidad de formarse en materia de atención sanitaria al Pueblo Gitano.

5. MATERIALES Y MÉTODOS

Con el fin de la consecución de los objetivos previamente mencionados, se ha llevado a cabo un estudio observacional, de carácter descriptivo retrospectivo y de tipo transversal con base en la población gitana de Delicias mayor de 16 años y paciente del

Centro de Salud Delicias. A este grupo se le ha dirigido una encuesta, incluida en el Anexo 6, que incorpora preguntas de la Encuesta Nacional de Salud de España (ENSE) de 2012 y 2017 y de la SENSPG con objeto de permitir la comparación de resultados con los de la población general española y la comunidad gitana de España.

La encuesta dirigida a la población gitana referida recoge 6 variables sociodemográficas (edad, sexo, nivel de estudios, bienes básicos, deficiencias en el hogar y discriminación percibida) y estudia 10 indicadores en total: 2 relacionados directamente con la salud (estado de salud percibido y prevalencia de enfermedades crónicas), 4 apelando al estilo de vida (índice de masa corporal, accidentabilidad, consumo de tabaco y alcohol) y 4 vinculados a la utilización de los servicios de salud (consultas en Medicina y Ginecología, hospitalizaciones y urgencias).

Para la selección de los participantes de la encuesta, se ha llevado a cabo un muestreo no probabilístico accidental, basado en la presencia de sujetos de la población diana en determinados escenarios. Se ha contado con la colaboración de FSG, la asociación Gitanos en Progreso, la iglesia evangélica Filadelfia de Delicias y la del Samaritano, que han cedido sus espacios de trabajo y de culto para posibilitar el acceso a dicho grupo. Con el fin de contrarrestar el sesgo por sobreselección de participantes cuyas características particulares les otorgaran una mayor representatividad social en este tipo de ámbitos, la mitad de las encuestas fueron respondidas en domicilios seleccionados de manera aleatoria en el área del barrio Delicias señalada en el Anexo 7.

El cuestionario fue finalmente aplicado a una muestra de 160 personas. A raíz de las investigaciones previamente mencionadas, se estimó que la población de estudio constaría de 980 individuos (18, 19). A partir de este dato, se calculó que el tamaño muestral requerido, considerando los valores de los parámetros a medir del 5%, sería de 168 individuos, o de 177 estimando una tasa de pérdidas del 5%, para dar lugar a unos resultados con un 3% de precisión y 95% de confianza.

El trabajo de campo ha tratado de adaptarse a las circunstancias específicas de la población de estudio. Todas las encuestas han sido desarrolladas en presencia de un colaborador reconocido en la comunidad de Delicias por su compromiso social con el Pueblo Gitano y con experiencia previa en proyectos similares.

Por otro lado, la encuesta a profesionales del Centro de Salud Delicias, que figura en el Anexo 8, se aplicó a 49 trabajadores con y sin perfil sanitario de los grupos de trabajo Delicias I y II. Entre ambos, suman un total de 66 empleados. El cálculo del tamaño muestral, realizado bajo las mismas condiciones que el cuestionario a población gitana, se estima en 53 individuos. La encuesta a profesionales los categoriza en torno a 4

variables (edad, sexo, profesión y centro de trabajo) y recoge 2 indicadores (perspectiva sobre la discriminación percibida por pacientes de etnia gitana del Centro de Salud Delicias y requerimiento de formación específica en atención sanitaria al Pueblo Gitano).

Las limitaciones en la investigación se han materializado, de forma primordial, en la dificultad de acceso a la comunidad gitana de Delicias. Además, la falta de vínculos previos del Centro de Salud con instituciones del pueblo gitano de Delicias ha obstaculizado y dilatado el proceso de recogida de datos. Esta característica de la población de estudio ha motivado el empleo de un muestreo que puede inducir sesgos, de manera que la muestra final no represente con vehemencia a la población diana y las conclusiones que sobre ella se proyectan hayan de ser interpretadas con cautela.

Del mismo modo, se ha considerado el ámbito ético en el presente estudio, elaborado según la Declaración de Helsinki para las investigaciones médicas en seres humanos. Las personas encuestadas han sido informadas sobre el propósito del trabajo y la participación voluntaria en el mismo a través de un consentimiento informado facilitado antes de realizar la entrevista y recogido en el Anexo 9. Con el fin de salvaguardar el anonimato y confidencialidad de la información obtenida, el siguiente análisis, aprobado el día 24 de mayo de 2022 por el Comité de Ética del Área de Salud Valladolid Oeste, se atiene a la legislación vigente en materia de protección de datos.

6. RESULTADOS

6.1. Descripción sociodemográfica de la comunidad gitana de Delicias

La muestra del estudio se compone de un total de 160 individuos, cuya distribución en términos de edad y sexo se refleja en el Anexo 10. Se ha entrevistado a un total de 85 hombres (53,13%) y 75 mujeres (46,88%), divididos en 3 estratos de edad que posibilitasen su posterior comparación con las encuestas de salud nacionales.

En referencia a las características demográficas, la pirámide de la comunidad gitana de Delicias presenta una forma de campana que revela una aproximación hacia la de la población general española en términos de una tasa de crecimiento y natalidad más sosegadas. No obstante, cabe aún sospechar una esperanza de vida media menor a la nacional entre la muestra estudiada. En referencia al género, al igual que en la población general gitana, se evidencia una asimetría: existe mayor representatividad masculina en los primeros tramos de edad, que se invierte a partir del rango de 61 a 65 años

Respecto al nivel de estudios, se observa la equiparación generacional de una brecha de género que se hace patente por el alto porcentaje de mujeres mayores de 55 años sin estudios (89,47%). En el rango de edad más joven esta, tendencia se ha invertido:

los hombres presentan un 21,42% de fracaso escolar. Prácticamente, la mitad de las personas gitanas de Delicias cuenta con estudios primarios y alrededor de un cuarto de ellas logra completar sus estudios secundarios o superiores.

Entre las características principales de los hogares gitanos del barrio de Delicias destaca la presencia de bienes básicos (agua corriente, agua caliente, instalación eléctrica, ducha o bañera e inodoro) en casi la totalidad de los mismos (95%). No obstante, estos coexisten con una alta proporción de deficiencias en la vivienda (77,50%): aproximadamente un tercio de los habitantes gitanos de Delicias acusan goteras (33,13%), ruidos excesivos (40,63%) en su domicilio o delincuencia en el barrio (47,50%). En cuanto a la ocupación de las viviendas, lo más habitual es que vivan menos de dos personas por habitación (86,25%). Lo contrario, que ha sido considerado como hacinamiento en este estudio, ocurre en más de uno de cada diez hogares (13,75%).

En materia de discriminación por motivos étnicos, alrededor de ocho de cada diez encuestados reconocen que esta es “muy o bastante frecuente” en España (78,75%). Algunos menos admiten haberse sentido discriminados en los últimos doce meses por ser gitanos (69,73%). El ámbito sanitario no es ajeno a esta tendencia: un 43,75% de los usuarios de etnia gitana del Centro de Salud Delicias han reconocido haberse sentido discriminados en un servicio de salud. Los lugares del sistema sanitario que la comunidad gitana de Delicias establece como focos potenciales de discriminación étnica son, principalmente, el Centro de Salud Delicias (22,50%) y el servicio de Urgencias del Hospital Universitario Río Hortega (10%).

6.2. Análisis de indicadores de salud en la comunidad gitana de Delicias

6.2.1. Estado de salud percibido

Este indicador de salud ha sido examinado a través de la pregunta 2.1 de la encuesta y su análisis se refleja en el Anexo 12. En general, del estado de salud autopercebido por la población gitana de Delicias sorprende el alto porcentaje de hombres que considera su salud como “muy buena” (32,94%) o buena (37,65%). En contraste, sólo una de cada dos mujeres la valora como tal, lo cual constata una profunda desigualdad en este indicador en función del sexo del entrevistado. Esta diferencia se hace más tangible en el estrato más joven de población y se va aliviando a medida que esta envejece. En cierta medida, esta equiparación es debida a un dramático empeoramiento en la percepción por parte de los hombres mayores de 55 años sobre su estado de salud, tónica que se repite en el sexo femenino de manera menos acentuada.

6.2.2. Prevalencia de problemas de salud

En primer lugar, la encuesta hace referencia al padecimiento de enfermedades crónicas en el momento de la entrevista, que fue reconocido por cerca de un 65% de hombres y un 75% de mujeres de la comunidad gitana de Delicias. A raíz de esto, se indaga en la prevalencia de cinco problemas de salud considerados como más frecuentes en la consulta cotidiana del Centro de Salud Delicias (hipertensión arterial, diabetes, colesterol elevado, migraña y depresión crónica). Los resultados están representados en los gráficos del Anexo 13.

En general, se puede afirmar de manera universal que la mujer presenta prevalencias más elevadas que el hombre -en el caso de la hipertensión arterial (36%), depresión (21,33%) y migraña (38,67%) a un nivel alarmante- en la totalidad de los problemas de salud descritos en el presente estudio. La única excepción sería la hipercolesterolemia, cuya prevalencia, pese a estar considerablemente aumentada en varones (27,06%), se encuentra por debajo de la media nacional en las mujeres gitanas de Delicias (10,67%).

6.3. Análisis de indicadores del estilo de vida en la comunidad gitana de Delicias

6.3.1. Sobrepeso y obesidad

La condición más habitual entre los usuarios gitanos del Centro de Salud Delicias es el sobrepeso, tanto en hombres (51,32%) como en mujeres (41,54%). Seguida en frecuencia, la obesidad es padecida por cerca de un tercio de las personas gitanas entrevistadas. En el sexo femenino se evidencia un cambio brusco entre las mujeres del primer estrato de edad y las de 35 a 54 años que se perpetúa hasta edades más avanzadas, tal y como refleja el Anexo 14. En dichas edades se produce una importante ganancia de peso, que desajusta el casi equilibrio entre normopeso y sobrepeso del rango más joven hacia la aparición de prevalencias de obesidad considerablemente elevadas en el tramo de edad siguiente (42,31%). La misma tónica, con carácter más gradual, se repite en el caso de los varones.

6.3.2. Accidentabilidad

Según la encuesta del presente estudio, cerca de un 30% de mujeres y un 20% de hombres usuarios del Centro de Salud Delicias han tenido un accidente en los últimos 12 meses. En el caso de las primeras, las afectadas suelen ser mujeres mayores de 55 años (45,45%) y el incidente, mayoritariamente, tiene lugar en el domicilio (63,64%). En cambio, los hombres jóvenes son los protagonistas del 52,94% de los accidentes que acontecen al sexo masculino, con origen, por lo general, en el área de trabajo (29,41%).

4.3.3. Consumo de tabaco

En este indicador se puede observar una clara asimetría de género: mientras que tres cuartos de los hombres afirman haber fumado en algún momento de su vida, este comportamiento en la mujer es mínimo (5,33%). No obstante, la abstención de respuesta entre ellas es considerable (9,3%), sobre todo entre las más jóvenes, y podría esconder una infraestimación del consumo de tabaco en la mujer gitana. En cualquier caso, todo parece apuntar a que ser mujer en la comunidad gitana de Delicias supone un factor protector ante el consumo de tabaco.

Por su parte, uno de cada dos hombres fuma diariamente. Destaca entre los mayores de 55 años una tasa de abandono del 40%, superior a la presente en el resto de tramos de edad. Como dato esperanzador, las nuevas generaciones presentan mayor proporción de no fumadores (32,43%) que sus predecesoras. El medio preferido para el consumo de tabaco es el cigarrillo (95,23%). Lo más habitual, en el caso de los hombres fumadores, es un consumo por encima de 10 cigarrillos al día (75,20%), resultando considerablemente frecuente fumar más de 20 cigarrillos diarios (38,10%). La edad de inicio para los fumadores de los 3 estratos de edad ronda los 15 años.

4.3.4. Consumo de alcohol

Este indicador se ha desglosado en otros dos: consumo reciente y consumo crónico de bebidas alcohólicas. Para el primero, se han encontrado porcentajes menores de consumidores de alcohol que para el segundo: sólo una de cada cinco personas gitanas de Delicias han bebido alcohol en las últimas dos semanas frente al 45% que lo ha hecho durante los pasados 12 meses. Del mismo modo, existen profundas asimetrías sexo-dependientes en ambos patrones. En ambos casos, la mujer demuestra un consumo menos frecuente de alcohol que el varón.

Se evidencian, también, diferencias en los patrones de consumo motivadas por la edad del encuestado, más tangibles en el de carácter crónico. En ambos sexos, es el estrato más joven el que aglutina una mayor proporción de consumidores de alcohol en los últimos doce meses (78,38%). En general, lo más habitual es beber 1 vez al mes o menos, aunque es destacable cerca de uno de cada diez (8,93%) lo hace de forma diaria, siendo la cerveza la bebida predilecta del consumidor (45,83%). En referencia al consumo intensivo de alcohol en el último año, uno de cada tres hombres que señalan beber alcohol refieren no haber tomado nunca 6 o más unidades de bebida estándar. Dado el pequeño tamaño muestral de consumidoras de alcohol en la muestra, es imposible valorar de manera fiable su comportamiento respecto a este factor.

6.4. Análisis de indicadores del uso del sistema sanitario en la comunidad gitana de Delicias

6.4.1. Consultas en Medicina

Uno de cada dos pacientes de etnia gitana del Centro de Salud Delicias ha requerido atención médica en las últimas cuatro semanas. Este comportamiento tiene un claro gradiente de edad: se vuelve más frecuente conforme al avance de esta. Entre los distintos grupos de edad, la mujer se muestra como una demandante más frecuente de atención sanitaria que el hombre. De los entrevistados que han realizado una consulta médica en las últimas 4 semanas, cerca de tres cuartos lo han hecho en Atención Primaria del Centro de Salud Delicias, repartiéndose el resto de la demanda entre consultas de especialidades hospitalarias (7,25%) y Urgencias del Hospital Universitario Río Hortega (6,87%). Prácticamente todos los encuestados (91,87%) han recurrido a la sanidad pública para acceder a los servicios de salud requeridos.

6.4.2. Consulta ginecológica

En España, la revisión ginecológica está recomendada a partir de los 25 años y hasta los 69, edad a la que finaliza el cribado precoz de cáncer de mama en mujeres. Casi un 80% de las mujeres de etnia gitana de Delicias han acudido en algún momento de su vida al ginecólogo, siendo mayor esta proporción en el caso de las de mediana edad (93,54%) e inferior entre las mayores de 55 años (73,68%). El motivo principal para acudir a consulta de Ginecología difiere en los distintos rangos de edad: el 50% de las jóvenes sólo han ido por motivos de embarazo o parto, y las mayores de 55 años suelen hacerlo para la revisión periódica. Resulta preocupante que la razón más frecuente de las mujeres del rango intermedio de edad para ir a esta consulta sean los problemas ginecológicos (59,26%), por delante de las revisiones periódicas (22,22%).

6.4.3. Hospitalización

A rasgos generales, el 11,76% de los hombres entrevistados ha estado ingresado al menos durante una noche en el hospital en los últimos 12 meses, la mayoría de ellos mayores de 55 años (siendo esto los ingresos más habituales en esta franja de edad). Entre las mujeres, con mayores tasas de hospitalización (18,67%), es el rango más joven de edad el que más frecuentemente ha precisado este recurso (25%), seguido por las mayores de 55 años (21,05%). El motivo de ingreso más frecuente en el sexo femenino ha resultado ser el parto (28,57%).

6.4.4. Urgencias

Las mujeres de etnia gitana de Delicias (70,67%) son demandantes más frecuentes de atención sanitaria en Urgencias que los varones (58,52%), siendo las mayores de 55 años las más presentes en este servicio (78,95%). Esta premisa es válida para todos

los rangos de edad en la encuesta. En el caso de los hombres, se observa que la frecuencia con la que han requerido servicios de urgencias en el último año se mantiene estable a lo largo de las 3 generaciones estudiadas.

6.5. Descripción de los indicadores de salud recogidos a través del prisma de la discriminación percibida por los miembros de la comunidad gitana de Delicias

Según la encuesta, 106 personas han admitido sentirse discriminadas por motivos étnicos. Por otra parte, 46 entrevistados niegan haber experimentado este fenómeno. El perfil más común en el primer grupo es una persona ligeramente más joven con una tasa levemente superior de problemas en el hogar. No obstante, no se han encontrado diferencias estadísticamente significativas ($P < 0,05$) entre las variables sociodemográficas del estudio y la discriminación percibida, como se aprecia en el Anexo 15.

En el Anexo 16 se puede observar que los porcentajes de personas que definirían su salud como “buena” o “muy buena” son mayores entre quienes sí que han sentido discriminación en los últimos 12 meses (67,9%). Esta asociación entre el estado de salud percibido y la discriminación étnica experimentada presenta una significación estadística marginal ($P = 0,06$). Respecto a la prevalencia general de problemas de salud crónicos, no se encuentran diferencias estadísticamente significativas ($P < 0,05$), estableciéndose esta cerca del 70% en ambas categorías.

Tampoco en los indicadores de estilo de vida, cuyo análisis aparece en el Anexo 17, se han encontrado asociaciones estadísticamente significativas ($P < 0,05$). Pese a ello, las personas que acusaron haberse sentido discriminadas presentaron valores más altos en accidentabilidad (27,4%), consumo de tabaco (29,7%) y alcohol (50,5%). En cuanto al IMC, fue superior en aquellos que indicaron no haber vivido esta sensación (29,83%).

En cuanto a la utilización del sistema sanitario, los encuestados que no se sienten discriminados acuden de manera más frecuente a los servicios sanitarios, tanto de modo general (65,1%), como a Urgencias (60,9%). También es este grupo el que requiere hospitalización con carácter más habitual (19,6%). No obstante, en estos indicadores no se han hallado diferencias estadísticamente significativas ($P < 0,05$) respecto al sentimiento de discriminación, tal y como se observa en el Anexo 18. Se ha obviado el análisis del indicador de visitas ginecológicas en mujeres debido a la falta de tamaño muestral para obtener resultados fiables.

6.6. Análisis del cuestionario a trabajadores del Centro de Salud Delicias

La composición de los trabajadores encuestados del Centro de Salud Delicias respecto a las variables estudiadas se puede examinar en el Anexo 19. El perfil más común entre los profesionales del centro sería el de una mujer de poco más de 45 años, médico del Centro de Salud Delicias II.

El Centro de Salud opina que sólo uno de cada tres miembros de la comunidad gitana de Delicias considera su estado de salud como “bueno” o “muy bueno”, estimando así que un 63,3% lo valora por debajo de estos términos. Por otro lado, se observa cierta ambigüedad entre las conclusiones que sacan los trabajadores al ponerse en los zapatos de sus usuarios de etnia gitana: mientras que una mitad cree que sí se sienten discriminados, la otra piensa lo contrario. Sin embargo, la opinión se inclina hacia el no (87,80%) cuando se le pregunta al profesional por su visión personal sobre la discriminación de este colectivo.

En referencia a la formación en materia de atención sanitaria a la comunidad gitana, los resultados vuelven a ser inciertos. Mientras que un 52,38% de los trabajadores del Centro de Salud Delicias reconocen utilidad de estas prácticas, un 61,36% opina que no las necesita. La excepción a esta tendencia sería el estrato joven de los profesionales, que sí considera que una formación sería provechosa (60%).

7. DISCUSIÓN

7.1. Comparación de los resultados obtenidos en los indicadores estudiados con los de la población general española y la comunidad gitana en España

Sobre el estado de salud, se puede afirmar que la población gitana de Delicias se siente menos sana que la general. A pesar de la aproximación de los valores de los hombres de etnia gitana de Delicias a la tónica nacional, las mujeres del estudio se encuentran un paso por detrás respecto a los otros grupos, especialmente las más jóvenes. El declive extremo que sufre este indicador a partir de los 54 años en Delicias parece apuntar a que su población experimenta un envejecimiento mucho más prematuro que el resto. Por otro lado, la prevalencia de problemas de salud crónicos en Delicias es mayor que en el resto de España, resultando especialmente preocupantes las tasas de hipertensión arterial en el sexo femenino, mayores que en cualquier otro grupo.

Las personas de etnia gitana de Delicias presentan, en ambos sexos, las mayores proporciones de sobrepeso. En Delicias, al igual que en los otros grupos, el peso aumenta con la edad, haciéndolo de manera especialmente llamativa el porcentaje de mujeres obesas entre 35 y 54 años. Este fenómeno es más gradual en las poblaciones femeninas del resto de estudios.

Las cifras de accidentabilidad obtenidas en el presente estudio superan las señaladas por el resto. Pese a que las dinámicas en los hombres de Delicias se asemejan a las de la población general en este aspecto (disminución del indicador con la edad y menor tasa de accidentes de tráfico), las mujeres siguen la tónica de sus homónimas nacionales, en las que se dispara este indicador a partir de los 55 años.

Respecto al tabaquismo, se puede afirmar que, para el sexo femenino, pertenecer a la etnia gitana consta de un efecto protector, especialmente en el barrio Delicias. Se observa que, pese a que la mujer gitana española comienza a adquirir patrones de consumo similares a los de la población femenina general, en Delicias apenas se evidencia un mínimo repunte de fumadoras en el rango de edad intermedio. Los varones del presente estudio siguen un patrón de consumo idéntico al descrito por la SENSPG para los hombres de etnia gitana españoles, es decir, mayor al de la media nacional.

Las dinámicas generales en Delicias respecto al consumo de alcohol, tanto de forma reciente como crónica o intensiva, siguen los mismos patrones que en el resto de grupos: consumo mayoritario en hombres jóvenes y superior en los de etnia gitana. En Delicias se superan las tasas de consumo de alcohol descritas por el SENSPG para el sexo masculino, apareciendo valores especialmente preocupantes entre los hombres jóvenes del barrio.

La asistencia a una consulta médica es un indicador directamente dependiente del estado de salud. Según el SENSPG, la frecuencia de personas que han requerido atención médica en las últimas 4 semanas crece conforme a la variable edad y es superior en las mujeres y en la etnia gitana. Estas tendencias se reafirman con carácter extremo en la comunidad gitana de Delicias.

Respecto a las visitas al ginecólogo, las mujeres gitanas españolas consiguieron, según los datos de la SENSPG, una frecuencia similar a la nacional, superior a los datos registrados en la PENSFG de 2006 (75,6%). En Delicias, todavía no se ha experimentado este salto. Podría resultar esperanzador la alta tasa de mujeres de Delicias entre 35 y 54 años que han realizado estas consultas de no ser su motivo principal una prevalencia de problemas ginecológicos mayor a la del resto. De igual modo, la elevada proporción de mujeres jóvenes de Delicias que sólo han acudido por motivos de embarazo –la más alta a nivel general- contrasta con sus cifras de asistencia a revisiones ginecológicas, las más bajas del espectro nacional.

En la población general, los hombres son los que requieren ingreso hospitalario de manera más frecuente, tendencia que se reafirma conforme al aumento de edad. En la población gitana nacional, al igual que en la población menor de 55 años de Delicias

esta dinámica se invierte en función del sexo: son las mujeres las que tienen mayores tasas de hospitalización general. Dentro de esta tónica y en coherencia con los resultados del estado de salud autopercibido, se observa un preocupante aumento de ingresos entre las mujeres más jóvenes y los hombres mayores de 55 años de Delicias y sus iguales españoles.

El servicio de Urgencias es más frecuentado por la mujer española, afirmación que se puede extender a la etnia gitana. En general, la demanda de atención sanitaria urgente aumenta con la edad, tanto en la población española general como en la de origen romaní. Esta última premisa no es tan clara en el caso de Delicias, dado que este indicador se mantiene estable en los distintos estratos generacionales, en porcentajes similares a los obtenidos para la población general gitana mayor de 55 años.

7.2. Comparación de los resultados obtenidos con las metas en salud propuestas por la Estrategia Nacional para la Inclusión Social de la Población Gitana en España 2012-2020

Se puede concluir que en la población gitana de Delicias, salvo por el valor en accidentabilidad masculina, ninguna de las frecuencias obtenidas en los indicadores de salud llega a las cifras objetivo propuestas por esta estrategia, como se puede observar en el Anexo 15.

En su nueva versión 2021-2030, la estrategia se centra en reducir la percepción de discriminación hacia la población gitana en el ámbito sanitario a un 12%. En 2022, los resultados de este estudio fijan esta variable en 43,75%, tres veces por encima de lo percibido por la población de etnia gitana general.

7.3. Interpretación de los resultados obtenidos en relación con la hipótesis propuesta

De los resultados obtenidos se extrae que la discriminación étnica percibida por los sujetos de la muestra del estudio es independiente de la edad, sexo, nivel de estudios, bienes básicos y problemas en la vivienda. La asociación marginalmente significativa entre el estado de salud percibido y la discriminación experimentada puede ser fruto de una diferencia en cuanto al concepto subjetivo de salud entre quienes se sienten discriminados y quienes no. Así, los primeros, a pesar de presentar una prevalencia similar de enfermedades crónicas, estima mejor su salud debido a tener unos estándares más bajos respecto a ella.

Descriptivamente, se cumplen algunos de los comportamientos mencionados en la bibliografía acerca del estilo de vida en quienes sufren discriminación: mayores tasas

de accidentabilidad y consumo de tabaco y alcohol (20, 21,22). No obstante, en ningún caso se podrían asociar a la influencia de esta sobre los miembros de la muestra del presente estudio. La situación es parecida respecto a los indicadores de uso del sistema sanitario. Existe una mayor utilización de los servicios sanitarios por parte de quien no se ha sentido discriminado en los pasados doce meses, pero no es estadísticamente atribuible a dicha percepción (23, 24).

8. CONCLUSIONES

- La población gitana de Delicias se encuentra en la cola respecto al resto de grupos en lo referente a sus indicadores de salud. Se evidencia una tendencia general al envejecimiento prematuro y una acusada diferencia en los valores en función del sexo, siendo el grupo de mujeres gitanas de Delicias el más vulnerable en este término.
- En cuanto al estilo de vida, el pueblo gitano de Delicias sigue patrones parecidos a la población general gitana, presentando tasas más elevadas de sobrepeso y accidentabilidad que la media española. Del mismo modo, la acusada asimetría en función del sexo respecto al consumo de tóxicos en Delicias está en la misma línea que la observada en el pueblo romaní español.
- Según el análisis de los indicadores de uso del sistema de salud en Delicias, la población gitana se alza como la mayor demandante de atención sanitaria respecto al resto de grupos comparados. La única excepción estriba en una menor frecuencia de asistencia a visitas ginecológicas entre las mujeres de etnia gitana de Delicias, inferior a la del resto de grupos.
- La comunidad gitana de Delicias está lejos de cumplir las metas en salud propuestas por la ENISPGE 2012-2020. En materia de discriminación percibida en el ámbito sanitario, el punto de partida de dicho colectivo tampoco resulta prometedor.
- La percepción de discriminación étnica no presenta diferencias estadísticamente significativas en torno a las variables sociodemográficas estudiadas en la comunidad gitana de Delicias. Tampoco lo hace respecto a los indicadores de estilo de vida y uso sanitario, aunque descriptivamente se pueden atisbar leves tendencias coherentes con la bibliografía en la materia.
- Existe una asociación estadísticamente marginal entre el estado de salud percibido y el sentimiento de discriminación étnica que puede justificarse en los bajos estándares respecto al concepto subjetivo de salud por parte de los que han experimentado este fenómeno.
- Efectivamente, la comunidad Gitana de Delicias presenta un mayor índice de discriminación étnica percibida y unas peores condiciones de salud respecto a sus

homónimos nacionales. No obstante, no se evidencia una asociación estadísticamente significativa entre estos términos a nivel intrapoblacional. Cabe proponer nuevas vías de investigación que analicen este fenómeno con carácter interpoblacional.

- De la encuesta a profesionales se extrae un desconocimiento general de la realidad que vive la comunidad gitana de Delicias, que podría ser origen de focos de discriminación en el Centro de Salud. Como aspecto positivo, se destaca la predisposición de los trabajadores más jóvenes a la formación en esta materia.

9. APLICABILIDAD PRÁCTICA DEL ESTUDIO

En base a este estudio, se propone la creación de una base investigadora a nivel provincial que pueda ser reproducida desde otros Centros de Salud con una densidad de usuarios de etnia gitana similar a la de Delicias. Asimismo, pone en valor la necesidad de una colaboración entre la Medicina Comunitaria y las instituciones propias del Pueblo Gitano, tal y como se recomienda desde las guías.

El estudio pretende justificar, a raíz de las conclusiones previamente expuestas, que es preciso un trabajo específico con la comunidad gitana de Delicias. Los caminos son diversos. No obstante, se estima que la predisposición al aprendizaje en materia de atención sanitaria a la población gitana entre los trabajadores jóvenes del Centro de Salud Delicias es una considerable fortaleza que convendría ser aprovechada.

10. LIMITACIONES DEL ESTUDIO

Las dificultades experimentadas a la hora de acceder a la población de estudio han motivado el uso de un método de muestreo que puede incurrir en sesgos, de manera que la representatividad de la muestra del presente trabajo se vea negativamente afectada. Del mismo modo, el empleo de indicadores basados en la subjetividad del encuestado induce a que algunas conclusiones extraídas de este estudio hayan de ser consideradas con cautela.

La ausencia de una contraparte de etnia no gitana en el trabajo ha motivado descubrir que algunas de las diferencias en torno a la percepción de la discriminación étnica son puramente interpoblacionales y no se reflejan de manera tan clara en el ámbito intrapoblacional del actual estudio. No obstante, sería interesante plantear en el futuro investigaciones que incluyeran población no gitana usuaria del mismo Centro de Salud para posibilitar la comparación entre grupos.

11. BIBLIOGRAFÍA

1. Martín D. Historia del pueblo gitano en España. 1ª edición. Madrid, España Catarata; 2018. [citado 10 de mayo de 2022]
2. Carmona S. Nuevas perspectivas sobre historia gitana. O Tchachipen. [Internet] 2012 [citado 10 de mayo de 2022]; 77 (1): 14-20. Disponible en: <https://www.unionromani.org/tchatchionline/pdf/07702esp.pdf#view=Fit>
3. Dhier AM. La condición social y jurídica de los gitanos en la legislación histórica española. [Internet] Universidad de Granada; 2007 (citado 10 de mayo de 2022). Disponible en: <https://dialnet.unirioja.es/servlet/tesis?codigo=72159>
4. Council of Europe. Advisory Committee on the Framework Convention for the Protection of National Minorities [Internet]. Strasbourg : National Minorities (FCNM) ; 30 Sep 2004. [citado 10 de mayo de 2022]. Disponible en : <https://www.coe.int/en/web/minorities/advisory-committee>
5. Ministerio de Sanidad y Consumo. Salud y comunidad gitana. [Internet]. Madrid: Ministerio de Sanidad y Consumo; 2005 [citado 10 de mayo de 2022]. Disponible en: <https://www.sanidad.gob.es/profesionales/saludPublica/prevPromocion/promocion/desigualdadSalud/SaludComuGitana.htm>
6. Campos B, Cardiel B, García A, Laparra M, Legal I *et al.* Situación social y tendencias de cambio en la Comunidad Gitana. [Internet]. Pamplona : Universidad Pública de Navarra ; 2007 [citado 10 de mayo de 2022]. Disponible en: https://www.gitanos.org/centro_documentacion/documentos/fichas/97322.html.es
7. World Health Organization. A Conceptual Framework for Action on the Social Determinants of Health [Internet]. Ginebra : World Health Organization ; 2010 [citado 13 de mayo de 2022]. Disponible en : <https://www.who.int/publications/i/item/9789241500852>
8. Comisión para Reducir las Desigualdades Sociales en Salud en España. Propuesta de políticas e intervenciones para reducir las desigualdades sociales en salud en España. Gac Sanit. [Internet] 2012 [citado 13 de mayo de 2022]; 26(2):182-9. Disponible en: https://scielo.isciii.es/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0213-
9. World Health Organization. Closing the gap in a generation: health equity through action on the social determinants of health – Final report of the commission on

- social determinants of health [internet]. Ginebra : World Health Organization ; 2006 [citado 13 de mayo de 2022]. Disponible en : <https://www.who.int/publications-detail-redirect/WHO-IER-CSDH-08.1>
10. Ministerio de Sanidad, Servicios Sociales e Igualdad. Estrategia Nacional para la Inclusión Social de la Población Gitana 2012-2020. [Internet]. Madrid: Ministerio de Sanidad, Servicio Sociales e Igualdad; 2011 [citado 13 de mayo de 2022]. Disponible en: <https://www.mdsocialesa2030.gob.es/derechos-sociales/poblacion-gitana/estrategia-nacional/estrategia-nacional-para-la-inclusion-social-de-la-poblacion-gitana2012-2020.htm>
 11. Ministerio de Derechos Sociales y Agenda 2030. La evaluación final de la Estrategia Nacional para la Inclusión Social de la Población Gitana en España 2012-2020. [Internet]. Madrid: Ministerio de Derechos Sociales y Agenda 2030; 4 Oct 2021 [citado 13 de mayo de 2022]. Disponible en: https://www.mdsocialesa2030.gob.es/derechos-sociales/poblacion-gitana/docs/estrategia_nacional/evaluacion_final/Informe_final_strategia_Nacional_12-20_04.10.21.pdf
 12. Ministerio de Derechos Sociales y Agenda 2030. Estrategia Nacional para la Igualdad, Inclusión y Participación del Pueblo Gitano 2021-2030. [Internet]. Madrid: Ministerio de Derechos Sociales y Agenda 2030; 2021 [citado 13 de mayo de 2022]. Disponible en: https://www.mdsocialesa2030.gob.es/derechos-sociales/poblacion-gitana/docs/estrategia_nacional/Estrategia_nacional_21_30/estrategia_aprobada_com.pdf
 13. Ministerio de Sanidad, Servicios Sociales e Igualdad. Segunda Encuesta Nacional de Salud a Población Gitana 2014. [Internet]. Madrid: Ministerio de Sanidad, Servicios Sociales e Igualdad; 2018 [citado 13 de mayo de 2022]. Disponible en: <https://www.sanidad.gob.es/ca/profesionales/saludPublica/prevPromocion/promocion/desigualdadSalud/docs/ENS2014PG.pdf>
 14. De La Rica S, Gorjón L, Miller L, Úbeda P. Estudio comparado sobre la situación de la población gitana en España en relación al empleo y la pobreza. [Internet]. Madrid: Fundación Secretariado Gitano; 2019 [citado 13 de mayo de 2022]. Disponible en: https://www.gitanos.org/centro_documentacion/publicaciones/fichas/129378.html.es

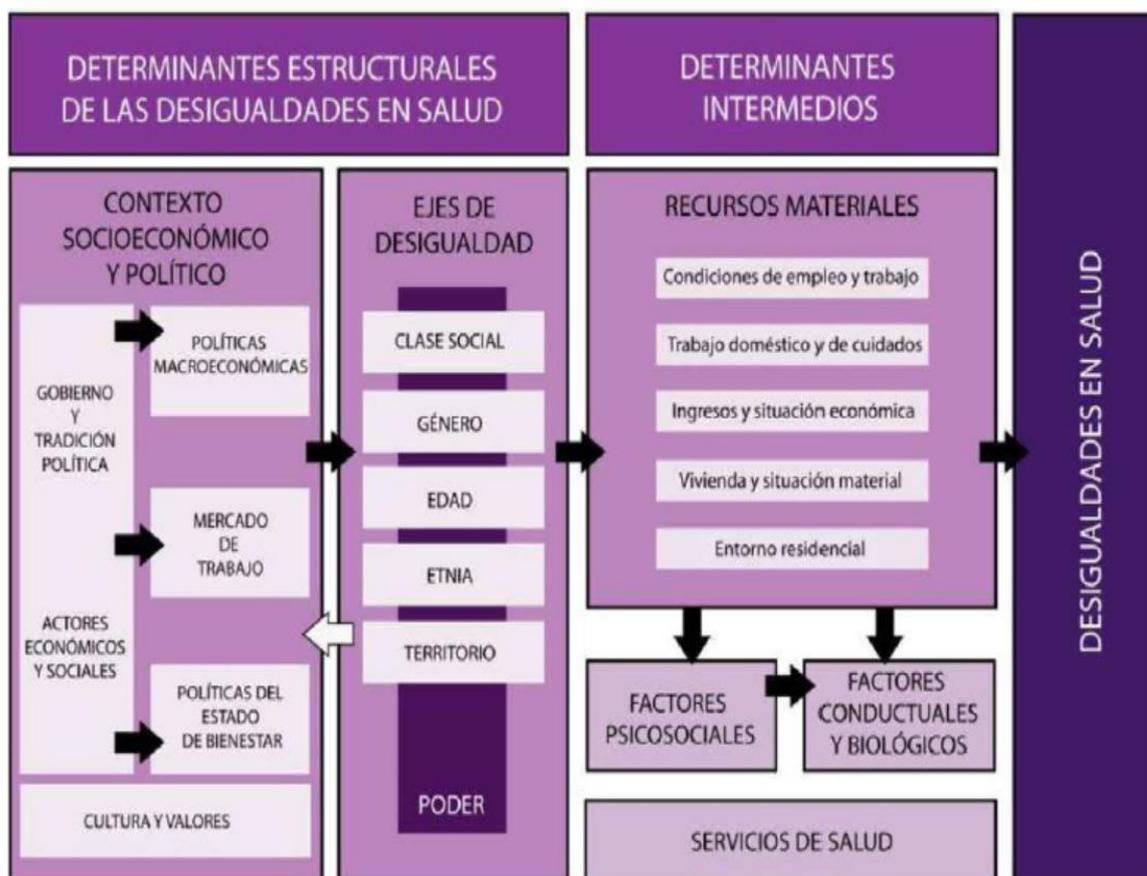
15. [Ministerio de Sanidad, Política Social e Igualdad. Diagnóstico social de la comunidad gitana en España: Un análisis contrastado de la Encuesta del CIS a Hogares de Población Gitana 2007.](https://www.aecgit.org/downloads/documentos/516/diagnostico-social-de-la-comunidad-gitana-en-espana) [Internet]. Madrid: Ministerio de Sanidad, Política Social e Igualdad; 2019 [citado 21 de mayo de 2022]. Disponible en: <https://www.aecgit.org/downloads/documentos/516/diagnostico-social-de-la-comunidad-gitana-en-espana.pdf>
16. Centro de Investigaciones Sociológicas. Percepción de la Discriminación en España. [Internet]. 2013 [citado 21 de mayo de 2022]. Disponible en: https://www.cis.es/cis/export/sites/default/-archivos/marginales/3000_3019/3000/es3000mar.pdf
17. Ministerio de Igualdad. Percepción de la discriminación por origen racial o étnico por parte de sus potenciales víctimas en 2020. [Internet]. Madrid: Ministerio de Igualdad; 2020 [citado 21 de mayo de 2022]. Disponible en: https://igualdadynodiscriminacion.igualdad.gob.es/destacados/pdf/08-PERCEPCION_DISCRIMINACION_RACIAL_NAV.pdf
18. Ministerio de Sanidad, Servicios Sociales e Igualdad. Estudio-mapa sobre vivienda y población gitana, 2015 [Internet]. Madrid: Ministerio de Sanidad, Servicios Sociales e Igualdad; 2018. [citado 21 de mayo de 2022]. Disponible en: <https://cpage.mpr.gob.es/producto/estudio-mapa-sobre-vivienda-y-poblacion-gitana-2015/>
19. Ayuntamiento de Valladolid. Informe zonal de Valladolid. [Internet]. Valladolid: Ayuntamiento de Valladolid; 2019. [citado 21 de mayo de 2022]. Disponible en: https://redelicias.files.wordpress.com/2019/02/ficha_47186b036_16210688.pdf
20. Paradies Y. A systematic review of empirical research on selfreported racism and health. *Int J Epidemiol* [Internet]. 2006 [citado 27 de mayo de 2022]; 35 (4): 888-901. Disponible en: <https://academic.oup.com/ije/article/35/4/888/686369>
21. Ameena A, Selina M, Williams D. Racial discrimination and health: Pathways and evidences. *Indian J Med Res* [Internet]. 2012 [citado 27 de mayo de 2022]; 126: 318-327. Disponible en: https://scholar.harvard.edu/files/davidrwilliams/files/2007-racial_discrimination_and-williams.pdf
22. Shannon C, Rospenda M, Richman A, Minich M. Race, racial discrimination, and the risk of work-related illness, injury, or assault: Findings from a national study. *J Occup Environ Med* [Internet]. 2009 [citado el 1 de junio de 2022]; 51(4):441–8. Disponible en: <http://dx.doi.org/10.1097/jom.0b013e3181990c17>
23. Barata R, de Almeida M, Montero C, da Silva Z. Health inequalities based on ethnicity in individuals aged 15 to 64, Brazil, 1998. *Cad Saude Publica* [Internet].

2007 [citado el 1 de junio de 2022]; 23(2):305–13. Disponible en:
<https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/17221079>

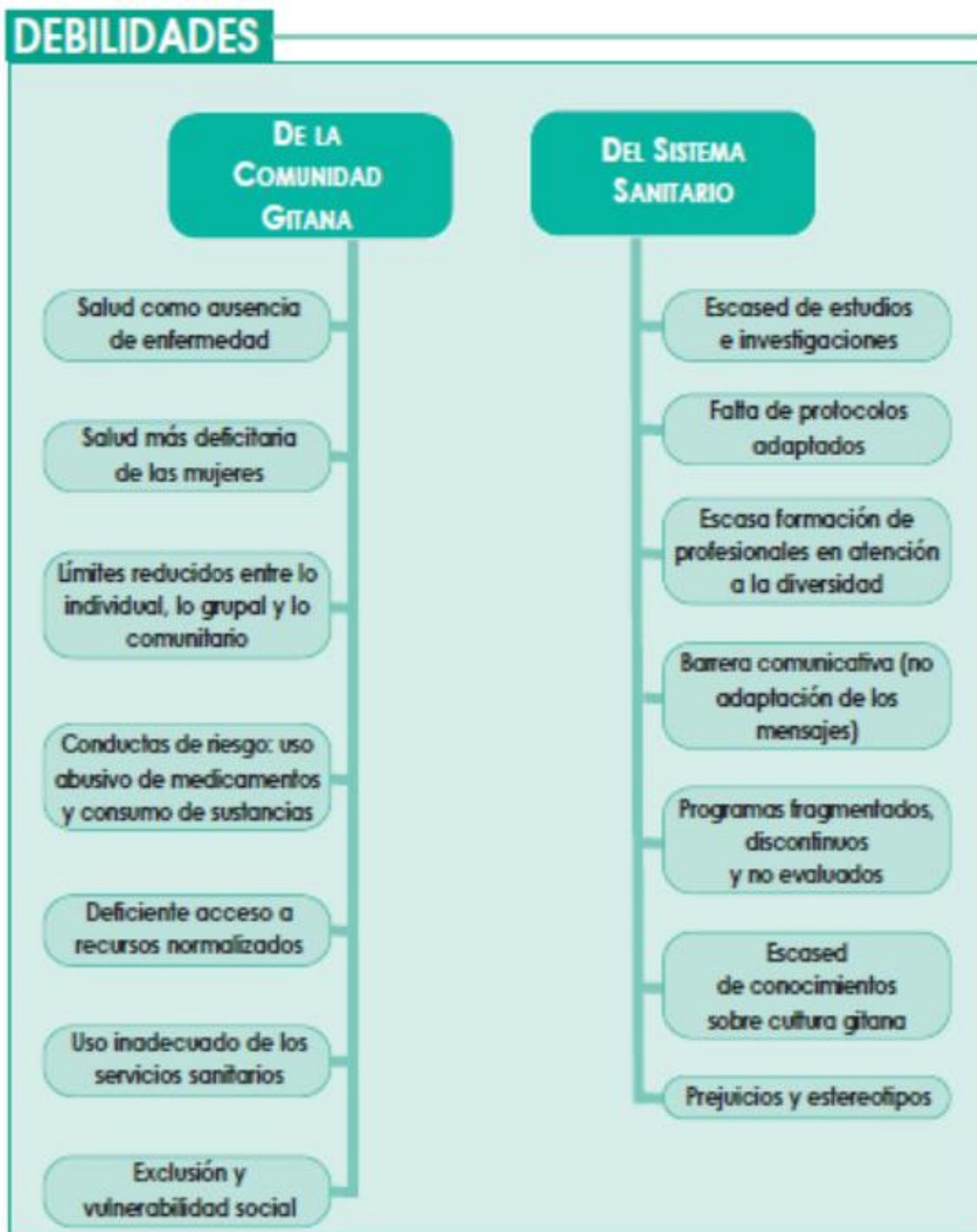
24. Burgess D, Ding Y, Hargreaves M, van Ryn M, Phelan S. The association between perceived discrimination and underutilization of needed medical and mental health care in a multi-ethnic community sample. *J Health Care Poor Underserved* [Internet]. 2008; 19(3):894–911. Disponible en:
<http://dx.doi.org/10.1353/hpu.0.0063>

12. ANEXOS

ANEXO 1. Modelo de los determinantes sociales en la salud. Extraído de Comisión para Reducir las Desigualdades Sociales en Salud en España. Propuesta de políticas e intervenciones para reducir las desigualdades sociales en salud en España. Gac Sanit. [Internet] 2012 [citado 13 de mayo de 2022]; 26(2):182-9. Disponible en: https://scielo.isciii.es/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0213-



ANEXO 2. Debilidades de la comunidad gitana y del sistema sanitario que motivan las desigualdades en salud en el Pueblo Gitano. Extraído de Ministerio de Sanidad y Consumo. Salud y comunidad gitana. [Internet]. Madrid: Ministerio de Sanidad y Consumo; 2005 [citado 10 de mayo de 2022]. Disponible en: <https://www.sanidad.gob.es/profesionales/saludPublica/prevPromocion/promocion/desigualdadSalud/SaludComuGitana.htm>

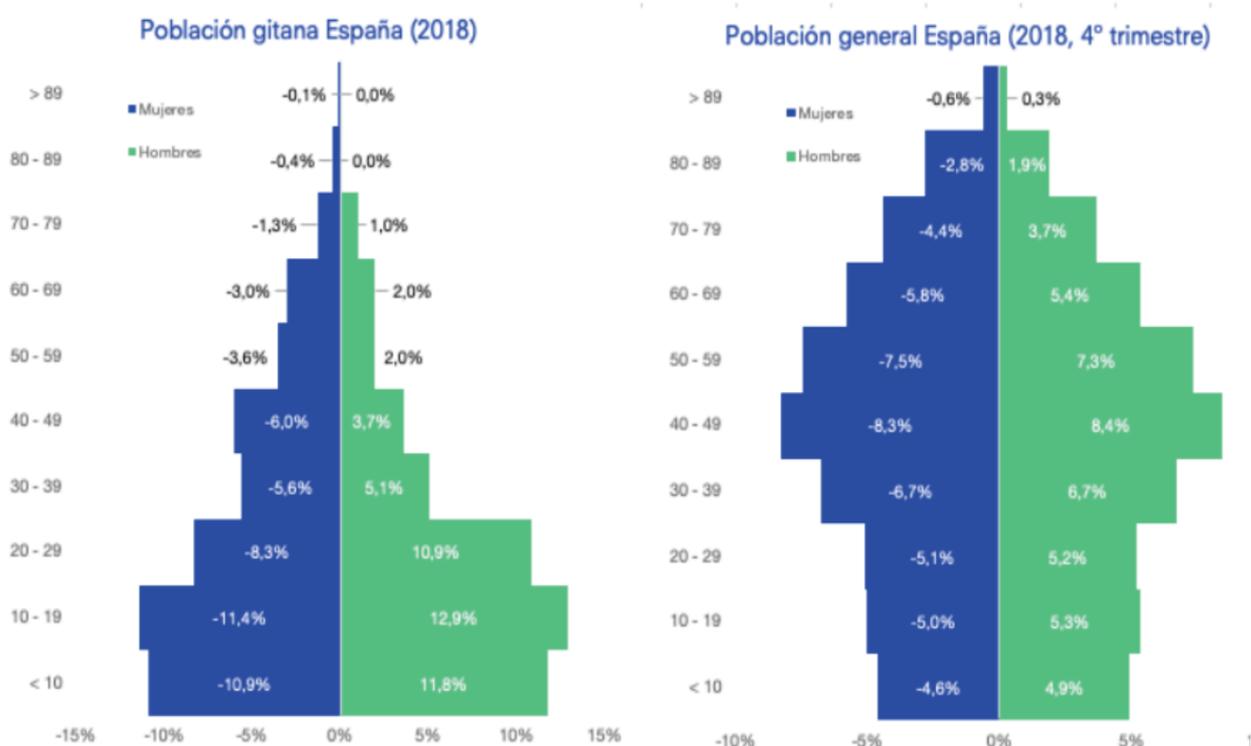


ANEXO 3: Objetivos en materia de salud de la Estrategia Nacional para la Inclusión Social de la Población Gitana 2012-2020. Extraído de: Ministerio de Sanidad, Servicios Sociales e Igualdad. Estrategia Nacional para la Inclusión Social de la Población Gitana 2012-2020. [Internet]. Madrid: Ministerio de Sanidad, Servicio Sociales e Igualdad; 2011 [citado 13 de mayo de 2022]. Disponible en: <https://www.mdsocialesa2030.gob.es/derechos-sociales/poblacion-gitana/estrategia-nacional/estrategia-nacional-para-la-inclusion-social-de-la-poblacion-gitana2012-2020.htm>

Objetivos generales y específicos	Datos población total	Datos más recientes población gitana (Datos ENSE para población gitana, año 2006)	Objetivo 2015 ⁴⁹	Objetivo 2020
OBJETIVO 1.A. Mejora del estado de salud de la población gitana y reducción de las desigualdades sociales en salud: Intervención en población adulta				
Objetivo Especifico 1.1 <i>Mejorar la percepción de estado de salud* de la población gitana</i>	(H):75,9% (M): 65,7%	(H): 65,6% (M): 51,4%	(H):70% (M): 58%	(H): 76% (M): 66%
* (Percepción del estado de salud como "bueno" o "muy bueno" en población de 35 a 54 años).				
Objetivos generales y específicos	Datos población total	Datos más recientes población gitana (Datos ENSE para población gitana, año 2006)	Objetivo 2015 ⁴⁹	Objetivo 2020
OBJETIVO 1.A. Mejora del estado de salud de la población gitana y reducción de las desigualdades sociales en salud: Intervención en población adulta				
Objetivo Especifico 1.2 <i>Reducir los accidentes de tráfico entre población gitana de 16 años o más.</i>	(H): 21,2% (M): 15,8%	(H): 41,6% (M): 27,9%	(H): 32% (M): 22%	(H): 22% (M): 16%
Objetivo Especifico 1.3. <i>Reducir el tabaquismo entre hombres gitanos de 16 años o más.</i>	31,6%	54,9%	40%	30%
Objetivo Especifico 1.4 <i>Reducir la obesidad en mujeres gitanas (>16 años).</i>	15,2%	26,4%	20%	15%
Objetivo Especifico 1.5 <i>Reducir el número de mujeres gitanas que no han ido nunca a consulta ginecológica.</i>	17,6%	25,3%	20%	16%

ANEXO 4. Pirámide demográfica de la población gitana nacional y la población española general de 2018. Extraído de: De La Rica S, Gorjón L, Miller L, Úbeda P. Estudio comparado sobre la situación de la población gitana en España en relación al empleo y la pobreza. [Internet]. Madrid: Fundación Secretariado Gitano; 2019 [citado 13 de mayo de 2022]. Disponible en: https://www.gitanos.org/centro_documentacion/publicaciones/fichas/129378.html.es

Figura 1: Pirámide demográfica - Población gitana y población general (2018)



ANEXO 5: Asociaciones estadísticamente significativas entre la discriminación étnica percibida y problemas de salud en las poblaciones que han experimentado dicho fenómeno. Extraído de: Paradies Y. A systematic review of empirical research on self-reported racism and health. *Int J Epidemiol* [Internet] 2006 [citado 27 de mayo de 2022]; 35: 888-901. Disponible en: <https://academic.oup.com/ije/article/35/4/888/686369>

Table 2 Findings of 138 empirical quantitative studies of self-reported racism and health ($P < 0.05$ unless otherwise indicated)

	Positive association ^a	Negative association ^b	No association ^c	Total
Negative mental health outcomes	148(8) ^d (72%)	1 (0%)	57 (28%)	206 (8) ^d
Psychological/psychiatric/emotional distress	40(3)	1	21	62 (3)
Depression/depressive symptoms	39(2)	0	13	52 (2)
Obsessive-compulsive symptoms	5	0	0	5
Somatization	5	0	0	5
Anxiety	15	0	7	22
Stress	13	0	6	19
Negative effect	9	0	5	14
Miscellaneous outcomes (examined in <3 studies)	22(3)	0	5	27 (3)
Positive mental health outcomes	9 (8%)	52 (7) ^d (48)%	47 (44%)	108 (7) ^d
Life/personal/patient/work satisfaction/quality	1	27 (6)	16	44 (6)
Self-esteem	4	9	13	26
General mental health	4	10(1)	11	25 (1)
Miscellaneous outcomes (examined in <3 studies)	0	6	7	13
Negative physical health outcomes	61 (2) ^d (36%)	2 (1%)	108 (63%)	171 (2) ^d
Increased blood pressure/hypertension	19 (1)	1	59	79 (1)
Infant low birth weight/decreased gestational age	15 (1)	0	12	27 (1)
Heart disease	0	0	12	12
Increased heart rate	5	1	4	10
Diabetes	1	0	6	7
Increased body mass index	1	0	3	4
Miscellaneous outcomes (examined in <3 studies)	20	0	12	32
SF-12/36 positive physical health	1	0	6	7
Health-related behaviours	21 (1) (62%)	0 (0%)	13 (38%)	34 (1)
Cigarette smoking	4	0	0	4
Alcohol (mis)use	8	0	6	14
Substance (mis)use	5	0	1	6
Miscellaneous outcomes (examined in <3 studies)	4(1)	0	6	10 (1)
Other outcomes	15 (3) (17%)	20 (2) (23%)	52 (60%)	87 (5)
Positive health assessed via the SF-12/36	1	2(1)	2	5(1)
Positive self-assessed health status	3	17	20	40
Miscellaneous outcomes (examined in <3 studies)	11(3)	1(1)	30	42(4)
All outcomes	255 (14) (42%)	75 (9) (12%)	283 (46%)	613 (23)

Many articles examined multiple outcomes and, hence, the number of associations (613) is greater than the number of articles (138). Percentages may not add to 100% because of rounding.

^a Increased exposure associated with higher levels of the health-related outcome.

^b Increased exposure associated with lower levels of the health-related outcome.

^c Exposure unrelated to the health-related outcome.

^d The figure in brackets indicates the subset of total associations in this cell that are significant at the $0.05 < P < 0.10$ level rather than at the $P < 0.05$ level.

1. DATOS PERSONALES

1.1. Edad: _____ años.

1.2. Sexo:

Hombre Mujer Otro

1.3. Nivel de estudios:

Sin estudios

Primarios

Secundarios o superiores

No sabe

No contesta

1.4. ¿Cuenta usted con todos los siguientes bienes básicos en su hogar...?

Agua corriente	SÍ	NO	NO SABE	NO CONTESTA
Agua caliente	SÍ	NO	NO SABE	NO CONTESTA
Instalación eléctrica	SÍ	NO	NO SABE	NO CONTESTA
Inodoro	SÍ	NO	NO SABE	NO CONTESTA
Ducha/bañera	SÍ	NO	NO SABE	NO CONTESTA

1.5. ¿Existe alguna de las siguientes condiciones en su vivienda...?

Goteras/humedades	SÍ	NO	NO SABE	NO CONTESTA
Luz insuficiencia en alguna habitación	SÍ	NO	NO SABE	NO CONTESTA
Ruidos excesivos	SÍ	NO	NO SABE	NO CONTESTA
Delincuencia, violencia o vandalismo en su barrio	SÍ	NO	NO SABE	NO CONTESTA

1.6. ¿Cuántas personas por habitación viven en su hogar? (No se consideran habitación los baños, la cocina ni el salón principal).

1 o menos por habitación

Entre 1 y 2 por habitación

Más de 2 por habitación

No sabe

No contesta

2. ESTADO DE SALUD PERCIBIDO Y SALUD GENERAL

2.1. En los últimos doce meses, ¿diría que su estado de salud ha sido muy bueno, bueno, regular, malo, muy malo?

- Muy bueno
- Bueno
- Regular
- Malo
- Muy malo

2.2. ¿Podría decirme cuánto pesa, aproximadamente, sin zapatos ni ropa?

_____ kg. No sabe No contesta

2.3. ¿Y cuánto mide, aproximadamente, sin zapatos?

_____ cm. No sabe No contesta

2.4. ¿Tiene alguna enfermedad o problema de salud crónico o de larga duración diagnosticado por un profesional médico? (Entendemos por larga duración si el problema de salud o enfermedad ha durado o se espera que dure 6 meses o más).

- Sí
- No
- No sabe
- No contesta

2.5. ¿Le ha dicho su médico que padece de forma crónica alguna de las siguientes enfermedades o problemas de salud en la actualidad?

	SÍ	NO	NO SABE	NO CONTESTA
Tensión alta				
Dolor de espalda crónico				
Bronquitis crónica, enfisema o enfermedad pulmonar obstructiva crónica (EPOC)				
Diabetes				
Colesterol alto				
Depresión crónica				
Ansiedad crónica				
Migraña o dolor de cabeza frecuente				
Tumores malignos				

2.6. ¿Alguna vez ha padecido alguna otra enfermedad crónica que no aparezca en la lista anterior?

Sí. He padecido _____.

No No sabe No contesta

2.7. Durante los últimos doce meses, ¿ha tenido algún accidente de cualquier tipo, incluido intoxicación o quemadura? (Si su respuesta ha sido "Sí", conteste la pregunta 2.8. De lo contrario, prosiga el cuestionario a partir de la pregunta 2.9)

Sí No No sabe No contesta

2.8. Y refiriéndonos en concreto al último accidente que haya tenido (si es que ha tenido varios en los últimos doce meses), ¿dónde tuvo lugar?

- En casa, escaleras, portal, etc.
- Accidentes de tráfico en calle o carretera
- En la calle, pero no fue un accidente de tráfico
- En el trabajo
- En el lugar de estudio
- En una instalación deportiva, zona recreativa o de ocio
- En otro lugar
- No sabe
- No contesta

2.9. ¿Podría decirme si actualmente fuma? (Si ha marcado la opción primera, conteste las preguntas 2.10, 2.11 y 2.12. De lo contrario, prosiga el cuestionario a partir de la pregunta 2.13)

- Sí, fuma diariamente
- Sí fuma, pero no diariamente
- No fuma actualmente, pero ha fumado antes
- No fuma, ni ha fumado nunca de manera habitual
- No sabe
- No contesta

2.10. Por lo general, ¿qué tipo de tabaco fuma a diario?

- Cigarrillos
- Tabaco de pipa
- Puros
- No sabe
- No contesta

2.11. Por término medio, ¿cuántas unidades fuma usted al día?

- Menos de 10 cigarrillos/pipas/puros al día
- Entre 10 y 19 cigarrillos/pipas/puros al día
- Más de 20 cigarrillos/pipas/puros al día
- No sabe
- No contesta

2.12. ¿A qué edad empezó a fumar?

- A los _____ años.
- No sabe
- No contesta

2.13. Respecto al consumo de bebidas alcohólicas, es decir, cualquier bebida que contenga alcohol independientemente de su graduación, ¿ha consumido usted alguna de estas en las dos últimas semanas?

- Sí
- No
- No sabe
- No contesta

2.14. ¿Ha tomado usted alguna bebida alcohólica en los últimos 12 meses? (Si su respuesta ha sido "Sí", conteste las preguntas 2.15, 2.16 y 2.17. De lo contrario, prosiga a partir de la pregunta 3.1)

- Sí
- No
- No sabe
- No contesta

2.15. Durante los últimos 12 meses, ¿con qué frecuencia ha tomado usted bebidas alcohólicas de cualquier tipo, es decir, cerveza, vino, licores, bebidas destiladas y combinados u otras bebidas alcohólicas?

- Todos los días
- De 3 a 6 veces a la semana
- De 1 a 2 veces a la semana
- De 2 a 3 veces al mes
- 1 vez al mes o menos
- No sabe
- No contesta

2.16. ¿Podría indicar qué tipo de bebida alcohólica ha consumido mayoritariamente en los últimos 12 meses?

- Cerveza, cañas
- Vino
- Copas
- Chupitos
- No sabe
- No contesta

2.17. Fijándose en la tabla que le entregamos a continuación (Tabla A1), responda a la siguiente pregunta:

2.17.a. Si es usted varón, ¿con qué frecuencia ha tomado usted durante los últimos 12 meses 6 o más unidades de bebida estándar en una misma ocasión, es decir, en un intervalo aproximado de 4 a 6 horas?

- Nunca
- Menos de una vez al mes
- Mensualmente
- Semanalmente
- A diario o casi a diario
- No sabe
- No contesta

2.17.b. Si es usted una mujer, ¿con qué frecuencia ha tomado usted durante los últimos 12 meses 5 o más unidades de bebida estándar en una misma ocasión, es decir, en un intervalo aproximado de 4 a 6 horas?

- Nunca
- Menos de una vez al mes
- Mensualmente
- Semanalmente
- A diario o casi a diario
- No sabe
- No contesta

TABLA 1: Tipos de bebida y su equivalencia en unidades de bebida estándar

TIPO DE BEBIDA	VOLUMEN	UNIDADES DE BEBIDA ESTÁNDAR
VINO	1 copa/1 vaso (100 mL)	1
	1 litro	10
CERVEZA	1 caña (200 mL)	1
	1 litro	5
COPAS	1 chupito/1 carajillo (25 mL)	1
	1 copa/1 combinado (50 mL)	2

3. USO DE LOS RECURSOS SANITARIOS

3.1. ¿Cuánto tiempo hace que realizó la última consulta médica (personalmente o por teléfono) por algún problema, molestia o enfermedad suya? (No incluya las consultas de estomatología o dentista ni la realización de pruebas diagnósticas como radiografías, análisis, etc., ni las consultas realizadas durante las hospitalizaciones).

- Hace cuatro semanas o menos
- Hace más de cuatro semanas y menos de un año
- Hace un año o más
- Nunca he ido al médico
- No sabe
- No contesta

3.2. ¿Dónde tuvo lugar la última consulta realizada durante las últimas cuatro semanas? (Absténgase de contestar esta pregunta si usted nunca ha acudido al médico)

- Sanidad pública
- Seguro privado
- Consulta privada
- Otro lugar
- No sabe
- No contesta

3.3. ¿Ha acudido alguna vez a una consulta de ginecología por un motivo de salud personal? (Si es usted un hombre, absténgase de contestar esta cuestión y continúe la encuesta en la pregunta 3.6. Si usted es mujer u otro y ha marcado "Sí", prosiga respondiendo las preguntas 3.4 y 3.5. De lo contrario, diríjase a la cuestión 3.6)

- Sí No No sabe No contesta

3.4. ¿Cuándo ha efectuado la última visita a una consulta de ginecología por algún motivo distinto a los relacionados con el embarazo o parto? *(Si usted ha marcado la opción "Nunca ha ido por motivos diferentes al embarazo o parto, prosiga la encuesta a partir de la pregunta 3.6)*

- Hace menos de 6 meses
- Entre 6 meses y 1 año
- Entre 1 y 3 años
- Hace más de 3 años
- Nunca ha ido por motivos diferentes al embarazo o parto
- No sabe
- No contesta

3.5. ¿Podría decirme el motivo de la última consulta (que no sea embarazo/parto)?

- Algún problema ginecológico (enfermedad, molestias)
- Orientación/planificación familiar
- Revisión periódica
- Otros motivos
- No sabe
- No contesta

3.6. Durante los últimos doce meses, ¿ha tenido que ingresar en un hospital como paciente al menos durante una noche? *(Si su respuesta ha sido "Sí", conteste las preguntas 3.7, 3.8 y 3.9 De lo contrario, prosiga a partir de la pregunta 3.10)*

- Sí
- No
- No sabe
- No contesta

3.7. ¿Cuántas veces ha estado hospitalizado/a los últimos 12 meses?

_____ veces. No sabe No contesta

3.8. En relación a su último ingreso hospitalario, ¿cuántos días estuvo ingresado en el hospital?

_____ días. No sabe No contesta

3.9. En relación también a este último ingreso hospitalario, ¿cuál fue el motivo de su ingreso en el hospital?

- Intervención quirúrgica
- Estudio médico para diagnóstico
- Tratamiento médico sin intervención quirúrgica
- Parto (incluye cesárea)
- Otros motivos
- No sabe
- No contesta

3.10. En estos últimos doce meses, ¿ha tenido que utilizar algún servicio de urgencias por algún problema o enfermedad? (Si su respuesta ha sido "Sí", conteste la pregunta 3.11. De lo contrario, prosiga a partir de la pregunta 4.1)

Sí No No sabe No contesta

3.11. Y en total, ¿cuántas veces tuvo que utilizar un servicio de urgencias en estos doce meses?

_____ veces. No sabe No contesta

4. DISCRIMINACIÓN

4.1. En su opinión, en España en general, ¿cómo calificaría la discriminación o trato desfavorable por causas étnicas o raciales?

- Muy frecuente
- Bastante frecuente
- Poco frecuente
- Nada frecuente
- No sabe
- No contesta

4.2. Usted, durante los últimos 12 meses, ¿se ha sentido discriminado por motivo de pertenencia étnica u origen racial? *(Si su respuesta ha sido "Sí", conteste las preguntas 4.3, 4.4, 4.5 y 4.6. De lo contrario, el cuestionario ha llegado a su fin)*

- Sí
- No
- No sabe
- No contesta

4.3 En concreto, durante los últimos 12 meses, ¿alguna vez se ha sentido discriminado por razones étnicas o raciales en algún servicio sanitario? *(Si su respuesta ha sido "Sí", conteste las preguntas 4.5 y 4.6. De lo contrario, la encuesta ha llegado a su fin)*

- Sí
- No
- No sabe
- No contesta

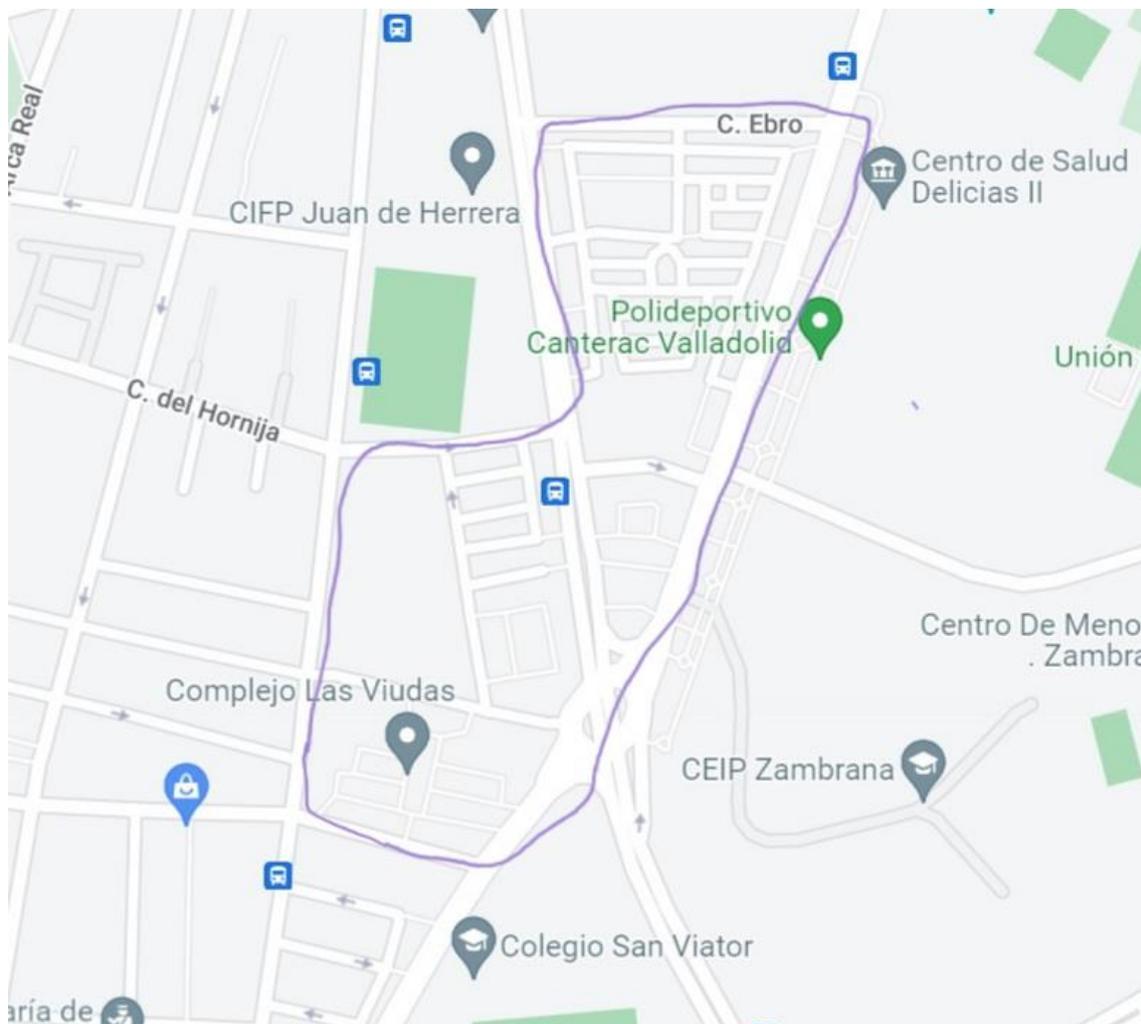
4.4. Si su anterior respuesta ha resultado ser afirmativa, ¿podría señalar en cuál de los siguientes servicios le ha ocurrido esto de manera más reciente?

- Centro de Salud Delicias/Consultorio
- Ambulatorio/Centro de especialidades
- Consulta externa de un hospital
- Servicio de Urgencias no hospitalario
- Servicio de Urgencias de un hospital
- Consulta de médico de una sociedad
- Consulta de médico particular
- No sabe
- No contesta

4.5. Si la respuesta a la pregunta 4.4 ha sido afirmativa, ¿podría indicar por qué cuestión se ha sentido usted discriminado?

- Barreras de accesibilidad al sistema sanitario
- Falta de adaptación de los trabajadores de dicho servicio a mi cultura
- Problemas con el derecho a la asistencia sanitaria (solicitud de tarjeta sanitaria, copagos, cobertura...)
- Otros motivos. Especifíquelos: _____ -
_____ .

ANEXO 7. Área del barrio Delicias en la que se llevó a cabo la Encuesta de Salud a la Comunidad Gitana de Delicias en domicilios de manera aleatoria. Elaboración propia.



ANEXO 8: Encuesta a profesionales del Centro de Salud Delicias, 2022. Elaboración propia.

Edad: _____ años.

Sexo:

Hombre Mujer Otro

Profesión:

Médico/a

Enfermero/a

Técnico en Cuidados Auxiliares de Enfermería (TCAE)

Fisioterapeuta

Administrativo/a

Celador/a

Otros

Centro de trabajo:

Delicias I

Delicias II

Otro: _____.

¿Cómo cree que la población gitana usuaria de su Centro de Salud considera su estado de salud?

Muy bueno

Bueno

Regular

Malo

Muy malo

¿Considera que la población gitana usuaria de su Centro de Salud se siente discriminada en nuestro sistema sanitario?

Sí No No sabe No contesta

¿Considera que la población gitana usuaria de su Centro de Salud es discriminada en nuestro sistema sanitario?

Sí No No sabe No contesta

¿Cree que sería útil una formación específica en vista a mejorar la atención a la población gitana?

Sí No No sabe No contesta

¿Cree que usted necesitaría esta formación específica para llevar a cabo un mejor trabajo con los miembros de la comunidad gitana?

Sí No No sabe No contesta

ANEXO 9. Consentimiento informado para la participación en el estudio.

Elaboración propia.

CONSENTIMIENTO INFORMADO SOBRE LA INVESTIGACIÓN “SALUD EN LA COMUNIDAD GITANA USUARIA DEL CENTRO DE SALUD DELICIAS”

El propósito de esta ficha de consentimiento es proveer a los participantes en esta investigación de una explicación clara de la naturaleza de la misma, así como de su rol en ella como participantes.

La presente investigación es conducida por Daniel Araúzo Palacios, Violeta García Vegas (Médicos de Atención Primaria en el Centro de Salud Delicias II) y César Bonilla Muñoz (estudiante de 6º de medicina de la Universidad de Valladolid). El objetivo de este trabajo es el estudio de ciertos factores de la salud en la comunidad gitana usuaria del Centro de Salud Delicias.

Si por la presente, usted accede a participar en este estudio, se le pedirá completar una encuesta que le tomará aproximadamente 15 minutos de su tiempo.

La participación en este estudio es estrictamente voluntaria. La información que se recoja será confidencial y no se usará para ningún otro propósito fuera de los de esta investigación. Sus respuestas al cuestionario serán totalmente anónimas.

Si tiene alguna duda sobre este proyecto, puede realizar preguntas en cualquier momento durante su participación en él. Igualmente, puede retirarse del proyecto en cualquier momento sin que eso lo perjudique en ninguna forma.

Acepto participar voluntariamente en esta investigación, conducida por Daniel Araúzo Palacios, Violeta García Vegas (Médicos de Atención Primaria en el Centro de Salud Delicias II) y César Bonilla Muñoz (estudiante de 6º de medicina de la Universidad de Valladolid).

He sido correctamente informado sobre la naturaleza de este estudio y sus objetivos.

Me han indicado también que tendré que responder preguntas, lo cual tomará aproximadamente 20 minutos.

Reconozco que la información que yo provea en el curso de esta investigación es estrictamente confidencial y no será usada para ningún otro propósito fuera de los de este estudio sin mi consentimiento. He sido informado de que puedo hacer preguntas sobre el proyecto en cualquier momento y que puedo retirarme del mismo cuando así lo decida, sin que esto acarree perjuicio alguno para mi persona.

Nombre del Participante
(en letras de imprenta)

Firma del Participante

Fecha

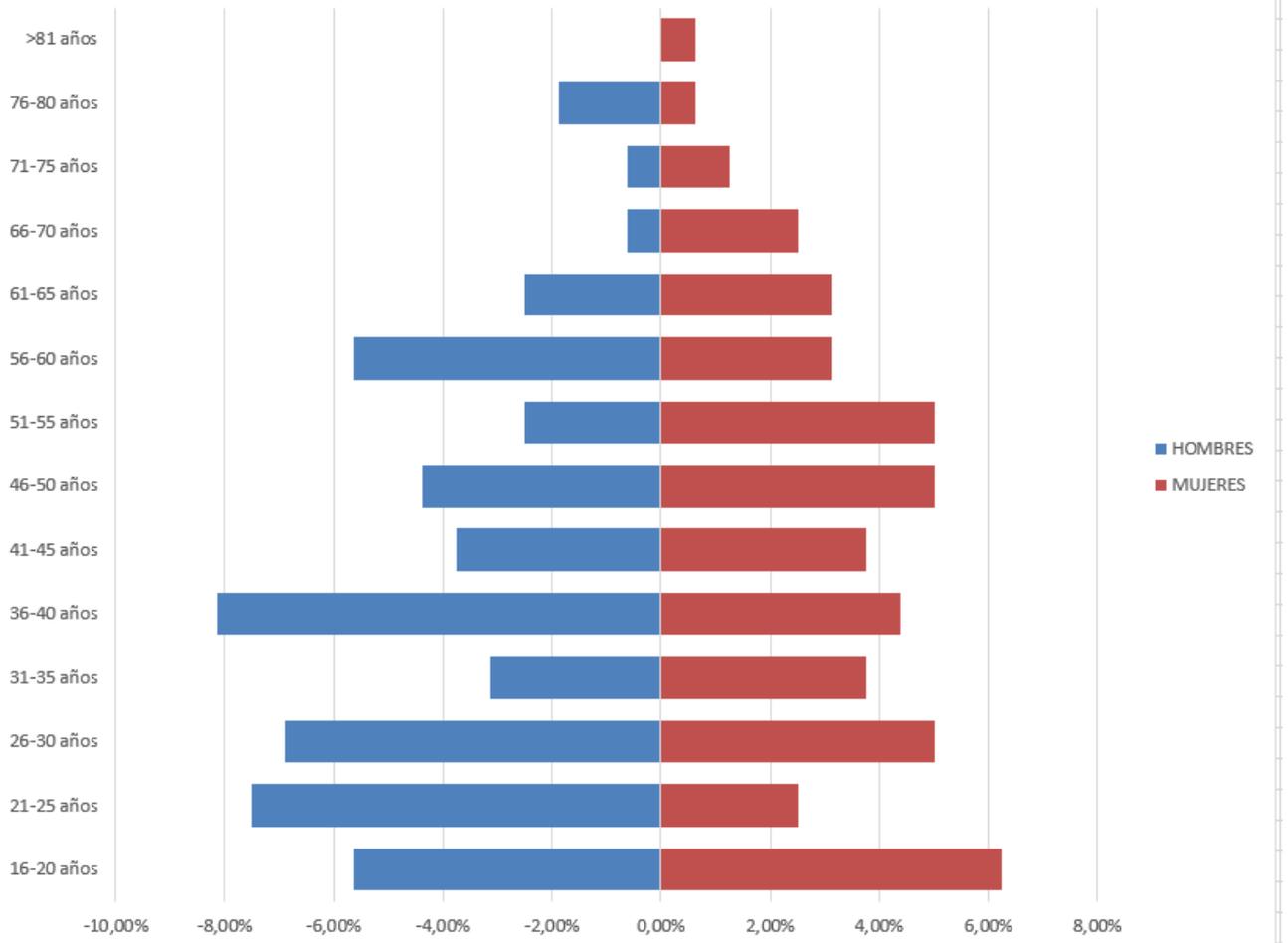
APARTADO PARA LA REVOCACIÓN DEL CONSENTIMIENTO (CONTACTAR CON EL INVESTIGADOR PRINCIPAL)

Yo _____ revoco el consentimiento de participación en el estudio sobre la salud en la comunidad gitana usuaria del Centro Delicias.

Firma:|

Fecha:

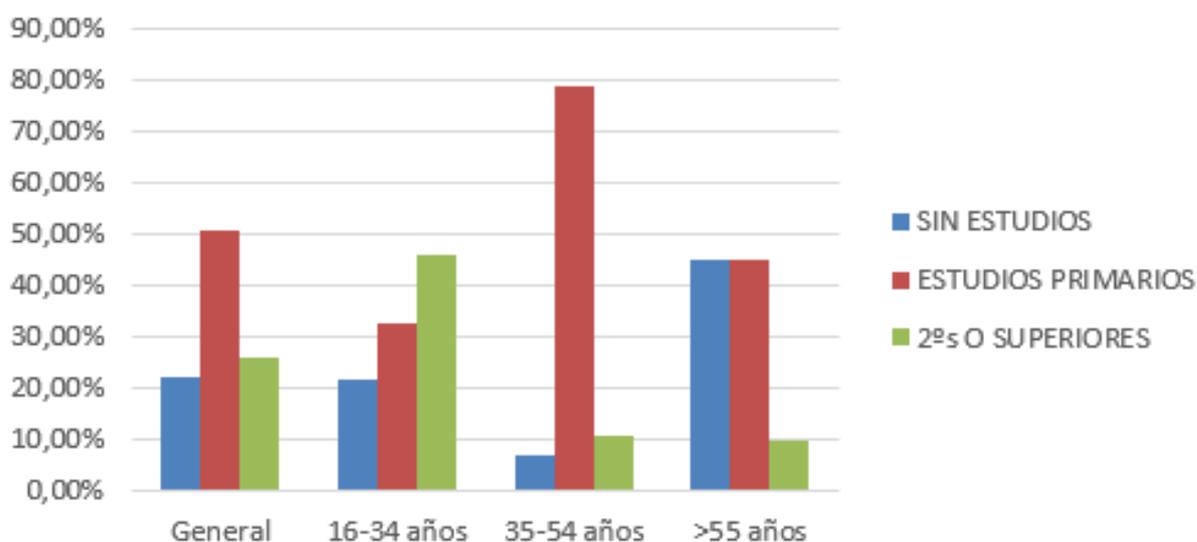
PIRÁMIDE DEMOGRÁFICA DE LA POBLACIÓN GITANA DE DELICIAS, 2022



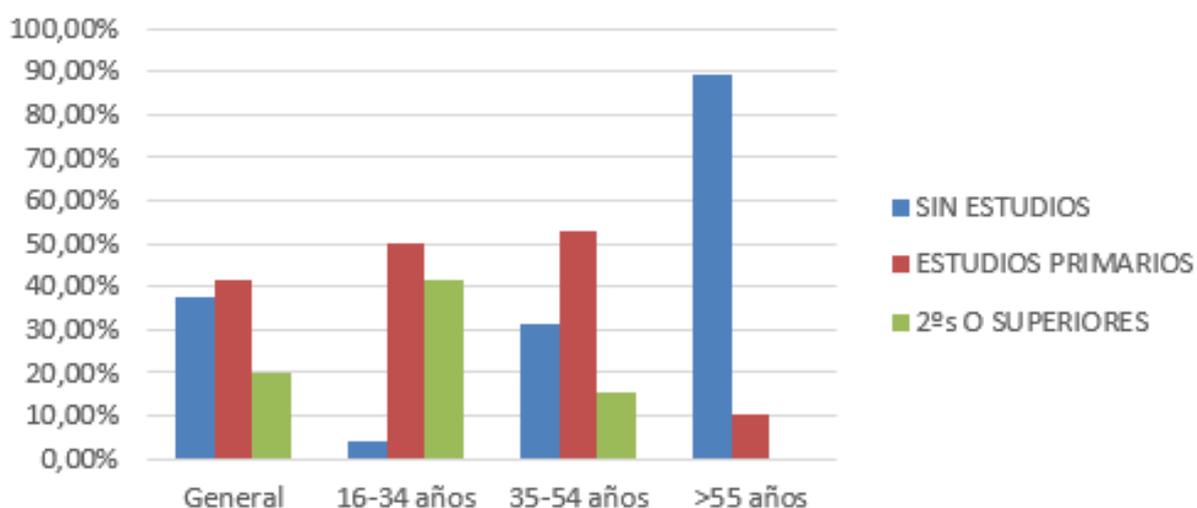
ANEXO 11. Gráfico sobre el nivel de estudios de la comunidad gitana de Delicias.

Elaboración propia.

NIVEL DE ESTUDIOS EN HOMBRES GITANOS DE DELICIAS, 2022

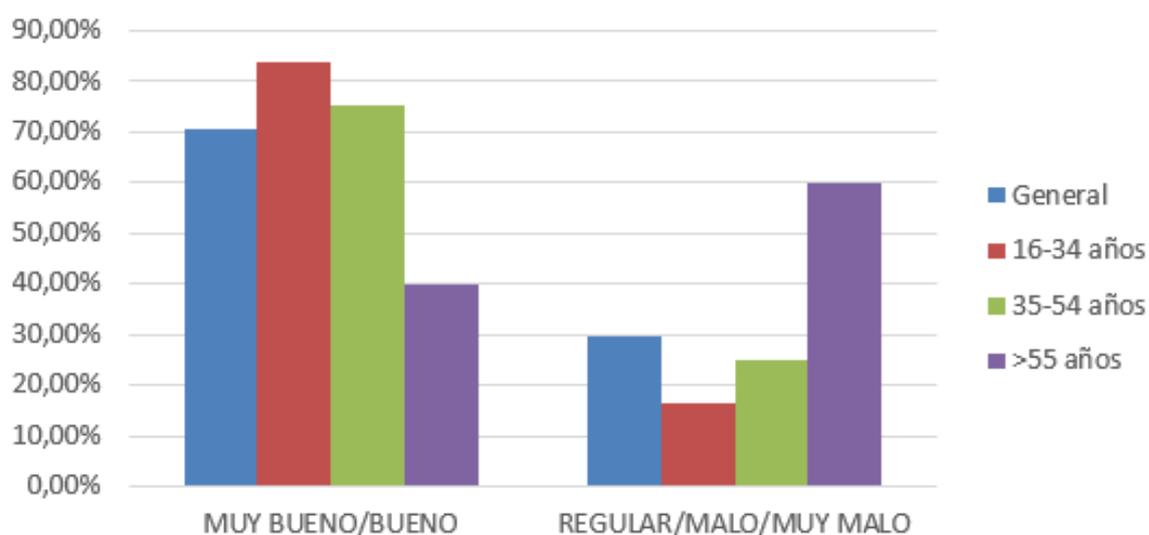


NIVEL DE ESTUDIOS EN MUJERES GITANAS DE DELICIAS, 2022

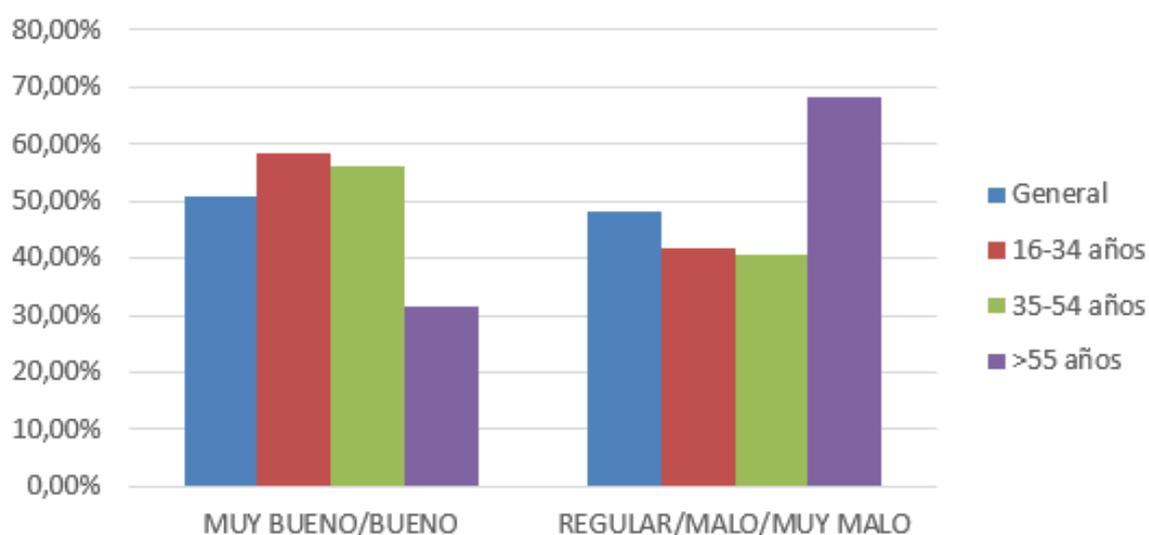


ANEXO 12. Gráfico sobre el estado de salud percibido por la comunidad gitana de Delicias en función de su edad y sexo. Elaboración propia.

ESTADO DE SALUD AUTOPERCIBIDO POR LOS HOMBRES GITANOS DE DELICIAS

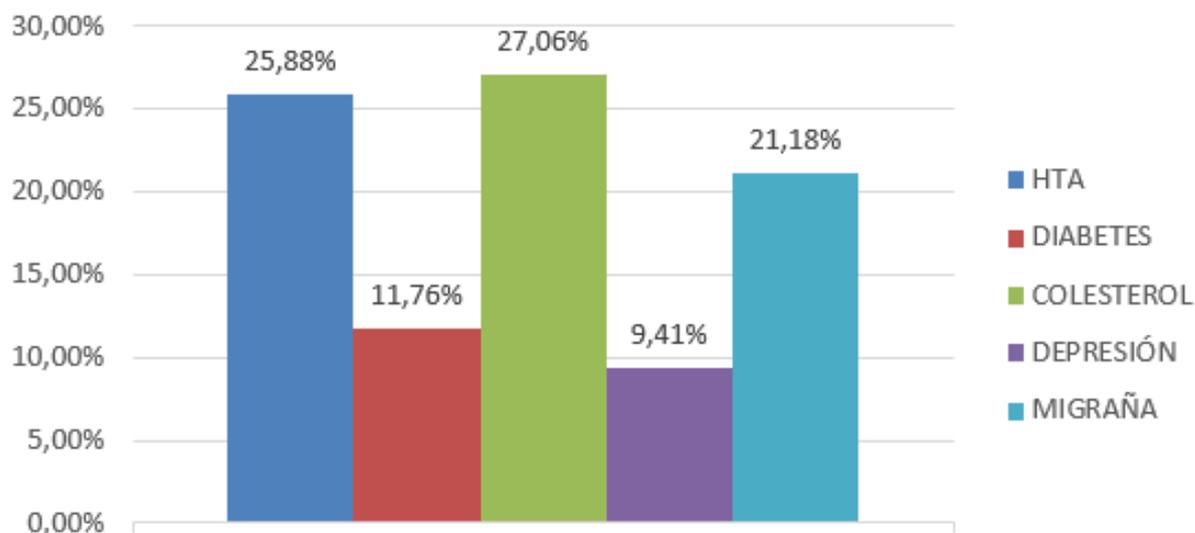


ESTADO DE SALUD AUTOPERCIBIDO POR LAS MUJERES GITANAS DE DELICIAS

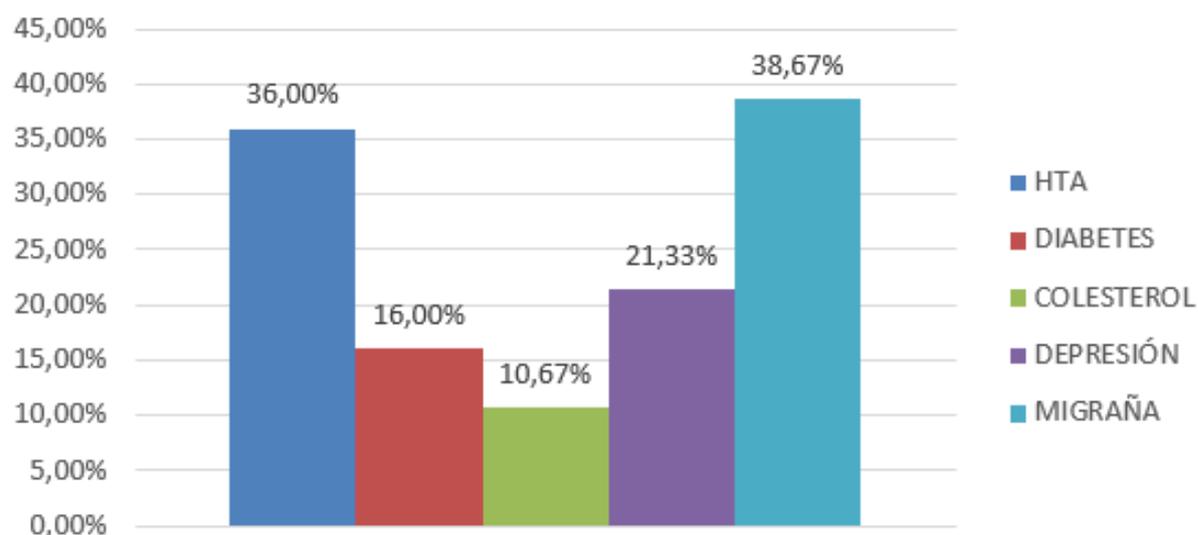


ANEXO 13. Gráfico sobre la prevalencia de enfermedades crónicas en la población de etnia gitana de Delicias en función del sexo del encuestado. Elaboración propia.

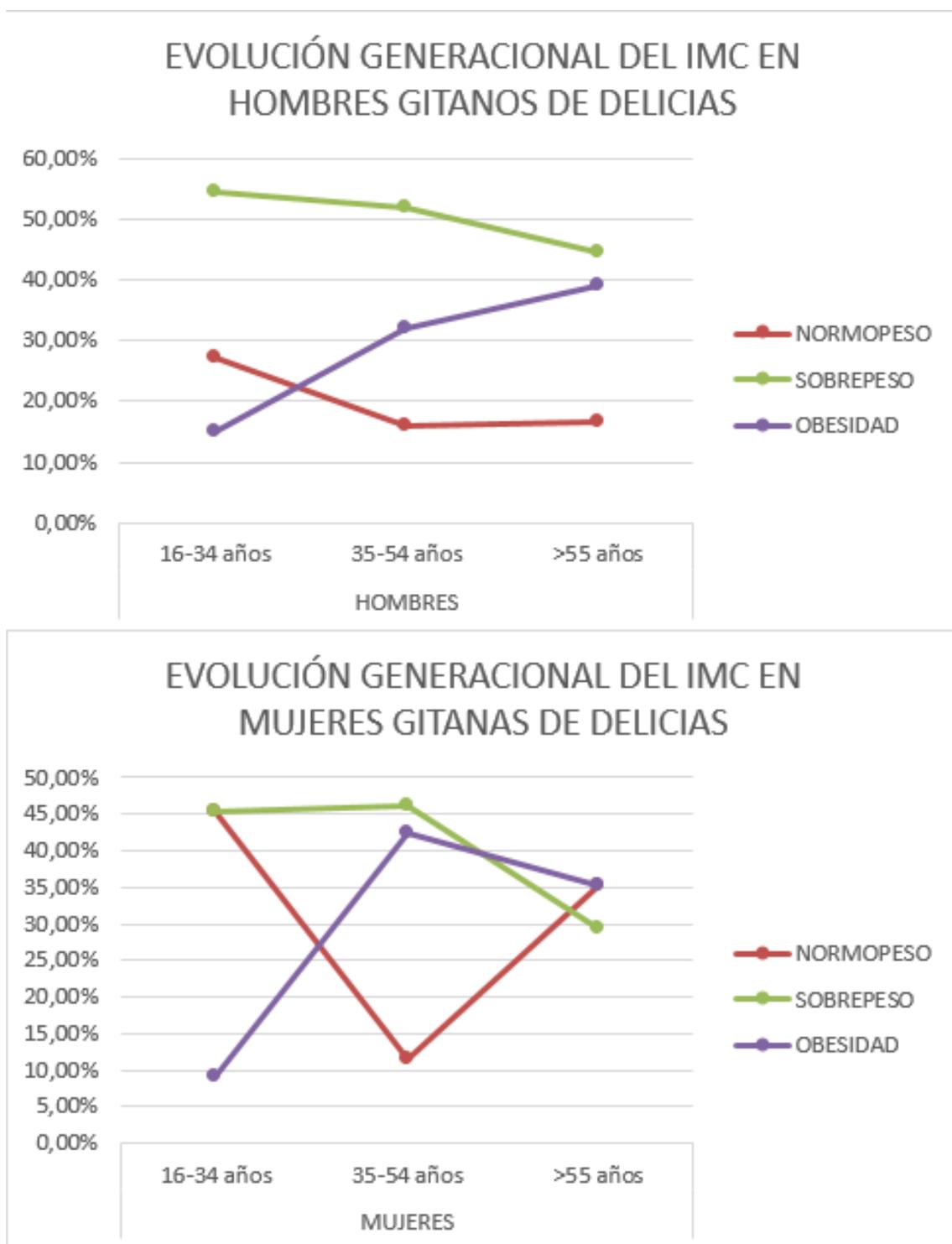
PREVALENCIA DE ENFERMEDADES CRÓNICAS EN HOMBRES GITANOS DE DELICIAS



PREVALENCIA DE ENFERMEDADES CRÓNICAS EN MUJERES GITANAS DE DELICIAS



ANEXO 14. Representación de la evolución generacional de 3 categorías según el IMC en la comunidad gitana de Delicias. Elaboración propia.



ANEXO 15. Análisis estadístico de las variables sociodemográficas de la Encuesta de Salud a la Comunidad Gitana de Delicias y la discriminación étnica percibida.

Elaboración propia.

PERCEPCIÓN DE DISCRIMINACIÓN Y EDAD

Descriptivos EDAD

P. Discrim.	N	Medias Edad	Desviación típica	Mínimo	Máximo
No	46	44,35	20,392	16	86
Si	106	39,97	15,078	16	77
Total	152	41,30	16,914	16	86

ANOVA EDAD

	Suma de cuadrados	gl	Media cuadrática	F	Sig.
Inter-grupos	614,328	1	614,328	2,164	,143
Intra-grupos	42585,350	150	283,902		
Total	43199,678	151			

COMPARACIÓN EN PERCEPCIÓN DE DISCRIMINACIÓN ENTRE HOMBRES Y MUJERES

Tabla de contingencia SEXO * DISCRIMINACIÓN

		DISCRIMINACIÓN		Total
		No	Si	
SEXO	Mujer	22	49	71
	Hombre	24	57	81
Total		46	106	152

Pruebas de chi-cuadrado

	DISCRIMINACIÓN	SEXO
Chi-cuadrado(a,b)	23,684	,625
gl	1	1
Sig. asintót.	,000	,429

a 0 casillas (,0%) tienen frecuencias esperadas menores que 5. La frecuencia de casilla esperada mínima es 76,0.

b 0 casillas (,0%) tienen frecuencias esperadas menores que 5. La frecuencia de casilla esperada mínima es 80,0.

PERCEPCIÓN DE DISCRIMINACIÓN Y ESTUDIOS

Tabla de contingencia DISCRIMINACIÓN * ESTUDIOS

			ESTUDIOS			Total
			Sin estudios	Primarios	Secundarios o superiores	
DISCRIMINACIÓN	No	Recuento	15	20	9	44
		Frecuencia esperada	13,5	20,2	10,3	44,0
	Si	Recuento	31	49	26	106
		Frecuencia esperada	32,5	48,8	24,7	106,0
Total		Recuento	46	69	35	150
		Frecuencia esperada	46,0	69,0	35,0	150,0

Pruebas de chi-cuadrado

	Valor	gl	Sig. asintótica (bilateral)
Chi-cuadrado de Pearson	,463(a)	2	,793
Razón de verosimilitudes	,464	2	,793
Asociación lineal por lineal	,460	1	,498
N de casos válidos	150		

a 0 casillas (,0%) tienen una frecuencia esperada inferior a 5. La frecuencia mínima esperada es 10,27.

PERCEPCIÓN DE DISCRIMINACIÓN Y BIENES BÁSICOS

Tabla de contingencia DISCRIMINACIÓN * BIENES BÁSICOS

			BIENES BÁSICOS		
			No	SI	Total
DISCRIMINACIÓN	No	Recuento	2	44	46
		Frecuencia esperada	1,8	44,2	46,0
	Si	Recuento	4	102	106
		Frecuencia esperada	4,2	101,8	106,0
Total		Recuento	6	146	152
		Frecuencia esperada	6,0	146,0	152,0

Pruebas de chi-cuadrado

	Valor	gl	Sig. asintótica (bilateral)	Sig. exacta (bilateral)	Sig. exacta (unilateral)
Chi-cuadrado de Pearson	,028(b)	1	,867		
Corrección por continuidad(a)	,000	1	1,000		
Razón de verosimilitudes	,027	1	,868		
Estadístico exacto de Fisher				1,000	,589
Asociación lineal por lineal	,028	1	,868		
N de casos válidos	152				

a Calculado sólo para una tabla de 2x2.

b 2 casillas (50,0%) tienen una frecuencia esperada inferior a 5. La frecuencia mínima esperada es 1,82.

PERCEPCIÓN DE DISCRIMINACIÓN Y CONDICIONES DE LA VIVIENDA

Tabla de contingencia DISCRIMINACIÓN * CONDICIONES VIVIENDA

			CONDICIONES VIVIENDA		Total
			No	Si	
DISCRIMINACIÓN	No	Recuento	12	34	46
		Frecuencia esperada	10,3	35,7	46,0
	Si	Recuento	22	84	106
		Frecuencia esperada	23,7	82,3	106,0
Total	Recuento		34	118	152
	Frecuencia esperada		34,0	118,0	152,0

Pruebas de chi-cuadrado

	Valor	gl	Sig. asintótica (bilateral)	Sig. exacta (bilateral)	Sig. exacta (unilateral)
Chi-cuadrado de Pearson	,525(b)	1	,469		
Corrección por continuidad(a)	,263	1	,608		
Razón de verosimilitudes	,515	1	,473		
Estadístico exacto de Fisher				,527	,300
Asociación lineal por lineal	,522	1	,470		
N de casos válidos	152				

a Calculado sólo para una tabla de 2x2.

b 0 casillas (,0%) tienen una frecuencia esperada inferior a 5. La frecuencia mínima esperada es 10,29.

ANEXO 16. Análisis estadístico de los indicadores de salud de la Encuesta de Salud a la Comunidad Gitana de Delicias y la discriminación étnica percibida.
Elaboración propia.

Tabla de contingencia ESTADO DE SALUD PERCIBIDO * DISCRIMINACIÓN GENERAL					
			DISCRIMINACIÓN GENERAL		Total
			No	Sí	
ESTADO DE SALUD PERCIBIDO	Muy bueno-Buena	Recuento	24	72	96
		% dentro de DISCRIMINACIÓN GENERAL	52,2%	67,9%	63,2%
	Regular-Malo-Muy malo	Recuento	22	34	56
		% dentro de DISCRIMINACIÓN GENERAL	47,8%	32,1%	36,8%
Total		Recuento	46	106	152
		% dentro de DISCRIMINACIÓN GENERAL	100,0%	100,0%	100,0%

Pruebas de chi-cuadrado					
	Valor	gl	Sig. asintótica (bilateral)	Sig. exacta (bilateral)	Sig. exacta (unilateral)
Chi-cuadrado de Pearson	3,420	1	,064		
Corrección por continuidad	2,777	1	,096		
Razón de verosimilitudes	3,366	1	,067		
Estadístico exacto de Fisher				,070	,049
Asociación lineal por lineal	3,398	1	,065		
N de casos válidos	152				

PREVALENCIA DE PROBLEMAS DE SALUD * DISCRIMINACIÓN GENERAL					
Tabla de contingencia					
			DISCRIMINACIÓN GENERAL		Total
			No	Sí	
PREVALENCIA DE PROBLEMAS DE SALUD	No	Recuento	14	33	47
		% dentro de DISCRIMINACIÓN GENERAL	30,4%	31,1%	30,9%
	Sí	Recuento	32	73	105
		% dentro de DISCRIMINACIÓN GENERAL	69,6%	68,9%	69,1%
Total		Recuento	46	106	152
		% dentro de DISCRIMINACIÓN GENERAL	100,0%	100,0%	100,0%

Pruebas de chi-cuadrado					
	Valor	gl	Sig. asintótica (bilateral)	Sig. exacta (bilateral)	Sig. exacta (unilateral)
Chi-cuadrado de Pearson	,007	1	,932		
Corrección por continuidad	0,000	1	1,000		
Razón de verosimilitudes	,007	1	,932		
Estadístico exacto de Fisher				1,000	,546
Asociación lineal por lineal	,007	1	,932		
N de casos válidos	152				

ANEXO 17. Análisis estadístico de los indicadores de estilo de vida de la Encuesta de Salud a la Comunidad Gitana de Delicias y la discriminación étnica percibida.
Elaboración propia.

ACCIDENTABILIDAD * DISCRIMINACIÓN GENERAL					
Tabla de contingencia					
			DISCRIMINACIÓN GENERAL		Total
			No	Sí	
ACCIDENTABILIDAD	No	Recuento	37	76	113
		% dentro de DISCRIMINACIÓN GENERAL	80,4%	71,7%	74,3%
	Sí	Recuento	9	29	38
		% dentro de DISCRIMINACIÓN GENERAL	19,6%	27,4%	25,0%
	No contesta	Recuento	0	1	1
		% dentro de DISCRIMINACIÓN GENERAL	0,0%	,9%	,7%
Total		Recuento	46	106	152
		% dentro de DISCRIMINACIÓN GENERAL	100,0%	100,0%	100,0%

Pruebas de chi-cuadrado			
	Valor	gl	Sig. asintótica (bilateral)
Chi-cuadrado de Pearson	1,543	2	,462
Razón de verosimilitudes	1,862	2	,394
Asociación lineal por lineal	1,521	1	,217
N de casos válidos	152		

CONSUMO DE TABACO * DISCRIMINACIÓN GENERAL					
Tabla de contingencia					
			DISCRIMINACIÓN GENERAL		Total
			No	Sí	
CONSUMO DE TABACO	Sí, fuma diariamente	Recuento	11	30	41
		% dentro de DISCRIMINACIÓN GENERAL	25,6%	29,7%	28,5%
	Sí fuma, pero no diariamente	Recuento	1	3	4
		% dentro de DISCRIMINACIÓN GENERAL	2,3%	3,0%	2,8%
	No fuma actualmente, pero ha fumado antes	Recuento	8	12	20
		% dentro de DISCRIMINACIÓN GENERAL	18,6%	11,9%	13,9%
	No fuma, ni ha fumado nunca de manera habitual	Recuento	23	56	79
		% dentro de DISCRIMINACIÓN GENERAL	53,5%	55,4%	54,9%
Total		Recuento	43	101	144
		% dentro de DISCRIMINACIÓN GENERAL	100,0%	100,0%	100,0%

Pruebas de chi-cuadrado			
	Valor	gl	Sig. asintótica (bilateral)
Chi-cuadrado de Pearson	1,228	3	,746
Razón de verosimilitudes	1,182	3	,757
Asociación lineal por lineal	,084	1	,772
N de casos válidos	144		

CONSUMO CRÓNICO DE ALCOHOL * DISCRIMINACIÓN GENERAL

Tabla de contingencia

			DISCRIMINACIÓN GENERAL		Total
			No	Sí	
CONSUMO CRÓNICO DE ALCOHOL	No consume	Recuento	26	50	76
		% dentro de DISCRIMINACIÓN GENERAL	60,5%	49,5%	52,8%
	Sí consume	Recuento	17	51	68
		% dentro de DISCRIMINACIÓN GENERAL	39,5%	50,5%	47,2%
Total		Recuento	43	101	144
		% dentro de DISCRIMINACIÓN GENERAL	100,0%	100,0%	100,0%

Pruebas de chi-cuadrado

	Valor	gl	Sig. asintótica (bilateral)	Sig. exacta (bilateral)	Sig. exacta (unilateral)
Chi-cuadrado de Pearson	1,454	1	,228		
Corrección por continuidad	1,047	1	,306		
Razón de verosimilitudes	1,463	1	,226		
Estadístico exacto de Fisher				,275	,153
Asociación lineal por lineal	1,444	1	,230		
N de casos válidos	144				

Estadísticos de grupo

DISCRIMINACIÓN GENERAL		N	Media	Desviación típ.
IMC (kg/m ²)	No	44	29,8376	8,27148
	Sí	91	28,0582	5,35986

Prueba de muestras independientes

	Prueba T para la igualdad de medias			
	Sig. (bilateral)	Diferencia de medias	95% Intervalo de confianza para la diferencia	
			Inferior	Superior
IMC (kg/m ²)	,198	1,77947	-,95541	4,51435

ANEXO 18. Análisis estadístico de los indicadores de uso del sistema sanitario de la Encuesta de Salud a la Comunidad Gitana de Delicias y la discriminación étnica percibida. Elaboración propia.

CONSULTAS EN MEDICINA * DISCRIMINACIÓN GENERAL

Tabla de contingencia					
			DISCRIMINACIÓN GENERAL		Total
			No	Sí	
CONSULTAS EN MEDICINA	Hace 4 semanas o menos	Recuento	28	55	83
		% dentro de DISCRIMINACIÓN GENERAL	65,1%	53,4%	56,8%
	Hace más de 4 semanas y un año	Recuento	8	28	36
		% dentro de DISCRIMINACIÓN GENERAL	18,6%	27,2%	24,7%
	Hace un año o más	Recuento	7	19	26
		% dentro de DISCRIMINACIÓN GENERAL	16,3%	18,4%	17,8%
	Nunca he ido al médico	Recuento	0	1	1
		% dentro de DISCRIMINACIÓN GENERAL	0,0%	1,0%	,7%
Total		Recuento	43	103	146
		% dentro de DISCRIMINACIÓN GENERAL	100,0%	100,0%	100,0%

Pruebas de chi-cuadrado			
	Valor	gl	Sig. asintótica (bilateral)
Chi-cuadrado de Pearson	2,136	3	,545
Razón de verosimilitudes	2,450	3	,484
Asociación lineal por lineal	1,194	1	,275
N de casos válidos	146		

HOSPITALIZACIÓN * DISCRIMINACIÓN GENERAL

Tabla de contingencia					
			DISCRIMINACIÓN GENERAL		Total
			No	Sí	
HOSPITALIZACIÓN	No	Recuento	37	91	128
		% dentro de DISCRIMINACIÓN GENERAL	80,4%	86,7%	84,8%
	Sí	Recuento	9	14	23
		% dentro de DISCRIMINACIÓN GENERAL	19,6%	13,3%	15,2%
Total		Recuento	46	105	151
		% dentro de DISCRIMINACIÓN GENERAL	100,0%	100,0%	100,0%

Pruebas de chi-cuadrado					
	Valor	gl	Sig. asintótica (bilateral)	Sig. exacta (bilateral)	Sig. exacta (unilateral)
Chi-cuadrado de Pearson	,962	1	,327		
Corrección por continuidad	,540	1	,462		
Razón de verosimilitudes	,927	1	,336		
Estadístico exacto de Fisher				,334	,228
Asociación lineal por lineal	,956	1	,328		
N de casos válidos	151				

URGENCIAS * DISCRIMINACIÓN GENERAL

Tabla de contingencia

			DISCRIMINACIÓN GENERAL		Total
			No	Sí	
URGENCIAS	No	Recuento	18	32	50
		% dentro de DISCRIMINACIÓN GENERAL	39,1%	30,8%	33,3%
	Sí	Recuento	28	72	100
		% dentro de DISCRIMINACIÓN GENERAL	60,9%	69,2%	66,7%
Total		Recuento	46	104	150
		% dentro de DISCRIMINACIÓN GENERAL	100,0%	100,0%	100,0%

Pruebas de chi-cuadrado

	Valor	gl	Sig. asintótica (bilateral)	Sig. exacta (bilateral)	Sig. exacta (unilateral)
Chi-cuadrado de Pearson	1,003	1	,317		
Corrección por continuidad	,662	1	,416		
Razón de verosimilitudes	,990	1	,320		
Estadístico exacto de Fisher				,350	,207
Asociación lineal por lineal	,997	1	,318		
N de casos válidos	150				

ANEXO 19. Composición de los trabajadores del Centro de Salud Delicias en torno a las variables contempladas por la Encuesta a Profesionales. Elaboración propia.

EDAD	25-34 años	10	20,41%
	35-54 años	23	46,94%
	> 55 años	16	32,65%
SEXO	Hombre	8	16,33%
	Mujer	41	83,67%
PROFESIÓN	Médico/a	24	48,98%
	Enfermero/a	14	28,57%
	Administrativo	7	14,29%
	Celador	2	4,08%
	Otro	2	4,08%
CENTRO DE TRABAJO	Delicias I	18	36,73%
	Delicias II	30	61,22%

ANEXO 20. Comparación de los resultados obtenidos con las metas en salud propuestas por la Estrategia Nacional para la Inclusión Social de la Población Gitana en España 2012-2020. Elaboración propia.

ESTADO DE SALUD PERCIBIDO	ESTRATEGIA 2012-2020	HOMBRES: 76% MUJERES: 66%
	ENCUESTA DELICIAS 2022	HOMBRES: 70,59% MUJERES: 50,67%
ACCIDENTABILIDAD	ESTRATEGIA 2012-2020	HOMBRES: 22% MUJERES: 16%
	ENCUESTA DELICIAS 2022	HOMBRES: 20% MUJERES: 29,33%
CONSUMO DE TABACO EN HOMBRES	ESTRATEGIA 2012-2020	30%
	ENCUESTA DELICIAS 2022	49,41%
OBESIDAD EN MUJERES	ESTRATEGIA 2012-2020	15%
	ENCUESTA DELICIAS 2022	29,33%
NUNCA HA VISITADO AL GINECÓLOGO	ESTRATEGIA 2012-2020	16%
	ENCUESTA DELICIAS 2022	22%

13. PÓSTER



Universidad de Valladolid
Facultad de Medicina

Análisis de la percepción de salud y uso del sistema sanitario de la población gitana de un barrio de Valladolid: un estudio en torno a la discriminación étnica

Autor: César Bonilla Muñoz
Tutor/es: Daniel Araúzo Palacios
Victoria García Vesga

INTRODUCCIÓN

El pueblo gitano español, históricamente discriminado, se halla hoy en situación de desigualdad sanitaria. Según la OMS, esto se traduce en un exceso de mortalidad y morbimortalidad en dicho colectivo. A pesar de los esfuerzos gubernamentales y asociativos, persiste una brecha entre los indicadores en salud de la población gitana española y la general.

OBJETIVO: Analizar la salud de la comunidad gitana de Delicias y su uso del sistema sanitario, desde el prisma de la discriminación percibida por este colectivo.

MATERIAL Y MÉTODOS

- Se ha realizado un estudio descriptivo transversal con foco en la población de etnia gitana mayor de 16 años de edad y usuaria del Centro de Salud Delicias. Esto se ha hecho posible a través de una encuesta que analizaba 6 variables (edad, sexo, nivel de estudios, bienes básicos en el hogar, problemas en la vivienda y percepción de discriminación) y 10 indicadores de salud (estado de salud autopercebido, prevalencia de enfermedades crónicas, índice de masa corporal, accidentabilidad, consumo de tabaco y alcohol, frecuencia de consulta en Medicina, asistencia al ginecólogo, hospitalización y Urgencias).
- En paralelo, se llevó a cabo otro cuestionario a trabajadores del Centro de Salud Delicias, el cual versaba sobre su perspectiva en torno a la salud y sensación de discriminación de sus pacientes de etnia gitana y a la utilidad de una formación en materia de atención sanitaria al Pueblo Gitano.

RESULTADOS

Un 69,73% de los encuestados de etnia gitana acusaron haberse sentido discriminados por motivos raciales en los últimos 12 meses (*figura 1*). No se halló ninguna asociación estadísticamente significativa ($P < 0,05$) entre este fenómeno y otros indicadores de salud a nivel intrapoblacional.

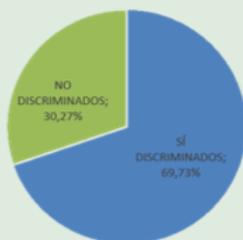


Figura 1. Distribución de la discriminación étnica percibida por la muestra.

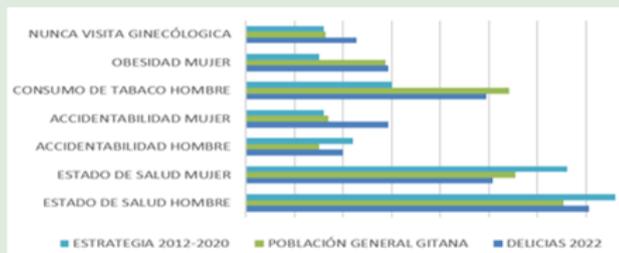


Figura 2. Comparación entre las metas en salud de la Estrategia Nacional para Inclusión Social de la Población Gitana 2012 y los valores de la población general gitana y la comunidad gitana de Delicias.

CONCLUSIONES

En contraste con sus condiciones de salud, la discriminación experimentada por la etnia gitana del barrio Delicias ha demostrado ser mayor que la acusada por sus iguales a nivel nacional. Se propone la creación de una vía investigadora que analice estas diferencias a nivel interpoblacional y acciones que aprovechen la predisposición para la formación en esta área de los trabajadores del Centro de Salud Delicias para alcanzar las metas en salud marcadas por el Gobierno (*figura 2*).

BIBLIOGRAFÍA:

1. Ministerio de Sanidad, Servicios Sociales e Igualdad. Estrategia Nacional para la Inclusión Social de la Población Gitana 2012-2020.
2. Ministerio de Sanidad, Servicios Sociales e Igualdad. Segunda Encuesta Nacional de Salud a Población Gitana. 2014.
3. Paradies Y. A systematic review of empirical research on self-reported racism and health. *Int J Epidemiol.* 2008; 35(4): 888-901.