

INTRODUCCIÓN

Las circunstancias sociales en las que una persona nace, crece, vive y envejece determinan su estado de salud. La duración de nuestra vida y las posibilidades de vivirla en condiciones de salud están modeladas por fuerzas políticas, económicas y culturales, según señala el recientemente publicado Informe de la Comisión sobre los Determinantes Sociales de la Salud de la Organización Mundial de la Salud¹.

La información producida por la investigación sobre desigualdades sociales en salud coincide en señalar la existencia de un importante gradiente en el estado de salud, esto es, cuanto peor es la situación socioeconómica, peor es el estado de salud. En el caso de la población gitana española las condiciones sociales han sido por lo general peores que las de la población mayoritaria en terrenos como la educación, la vivienda, el bienestar económico, la participación social y política y han estado marcadas durante un período de más de quinientos años por una historia que se ha movido *entre la marginación y el racismo*².

El objetivo de la Encuesta de Salud a la Población Gitana de 2006 es documentar el impacto de estos determinantes sociales en la salud de la población gitana española y comparar su estado de salud con el de la población general de España con el fin de detectar las posibles desigualdades en salud que afecten a esta comunidad. La información obtenida será de utilidad para impulsar políticas de reducción de las desigualdades en salud.

En el año 2006 el Ministerio de Sanidad y Consumo y la Fundación Secretariado Gitano recogieron la información que se presenta en este informe mediante una encuesta sobre el estado de salud, los estilos de vida y la utilización de servicios sanitarios de la población gitana de España, en el marco del Convenio de Colaboración que vienen desarrollando ambas entidades desde 2003. Dicho convenio se enmarca dentro de la Estrategia Nacional de Salud dirigida a la población gitana que queda recogida en el documento *Salud y Comunidad Gitana*, editado en 2005 por el Ministerio de Sanidad y Consumo y la Fundación Secretariado Gitano. En esta línea se enmarcan también las publicaciones previas a este informe: *Guía para la actuación con la Comunidad Gitana en los Servicios Sanitarios* y *Comunidad Gitana y Salud. La situación de la comunidad gitana en España en relación con la salud y el acceso a los servicios sanitarios. Conclusiones, recomendaciones y propuestas*³.

Las preguntas que se incluyeron en la Encuesta de Salud a la Población Gitana de España 2006 coinciden con las que el Ministerio de Sanidad y Consumo y el Instituto Nacional de Estadística han utilizado en sus Encuestas Nacionales de Salud de 2003 y 2006, lo que permite obtener por primera vez, para el caso de España, una comparación directa de la situación de salud de la población gitana española con la del conjunto de la población de España.

La situación de la población gitana en términos de salud es prácticamente desconocida. Tanto es así que en el Informe sobre la situación social y tendencias de cambio en la población gitana, realizado por encargo del Ministerio de Trabajo y Asuntos Sociales en 2007, el capítulo

¹ CSDH (2008) *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*. Geneva: World Health Organization.

² San Román, Teresa (comp.) (1994) *Entre la marginación y el racismo. Reflexiones sobre la vida de los gitanos*. Madrid: Alianza Universidad.

³ MSC-FSG (2005) *Salud y Comunidad Gitana*. Madrid: MSC-FSG.
MSC-FSG (2005) *Guía para la actuación con la Comunidad Gitana en los Servicios Sanitarios*. Madrid: MSC-FSG.
CEPG- MSC-FSG (2008) *Comunidad Gitana y Salud. La situación de la comunidad gitana en España en relación con la salud y el acceso a los servicios sanitarios. Conclusiones, recomendaciones y propuestas*. Madrid: CEPG- MSC-FSG.

sobre la salud se inaugura con un epígrafe en cuyo título se hace referencia a la escasez de fuentes y datos de referencia para describir la salud de la población gitana⁴. Por supuesto, se cuenta con un volumen cada vez más importante, aunque todavía no suficiente, de trabajos y estudios empíricos, cualitativos y cuantitativos, sobre el estado de salud de la población gitana en España. Sin embargo, la mayoría de ellos ha carecido de representatividad nacional. Se trata de estudios que han tendido a centrarse en el estudio de población gitana de una determinada localidad o barrio o la que era usuaria de algún centro de salud u hospitalario.

La invisibilidad de las gitanas y los gitanos es una constante. Así, una población gitana cifrada, de forma muy aproximada debido a la carencia de registros oficiales, entre las 500.000 y 700.000 personas en nuestro país⁵, es frecuentemente invisible para un sistema de servicios públicos que, pese a su orientación universal, todavía tiene que desarrollar el componente de atención a la diversidad (cultural, pero también de género, por posición socioeconómica, etc).

La población gitana, de hecho, ha sido invisible para las Encuestas Nacionales de Salud que el Ministerio de Sanidad y Consumo, primero en colaboración con el Centro de Investigaciones Sociológicas y, en la actualidad, con el Instituto Nacional de Estadística, ha venido realizando para determinar la salud del conjunto de la población española. Se han realizado Encuestas Nacionales de Salud en los años 1987, 1993, 1995, 1997, 2001, 2003 y 2006, pero estas encuestas, cuyo objetivo es realizar un diagnóstico poblacional de la salud en España, no permiten distinguir si la persona entrevistada pertenece o no a la población gitana, y por tanto, no han servido para poder conocer la situación de la comunidad gitana. La razonable prevención del Estado y de la propia comunidad gitana ante los riesgos que suponen las clasificaciones étnicas produce un efecto indeseado de desconocimiento. De ahí la importancia de que esta Encuesta de Salud a la Comunidad Gitana de 2006 permita, adaptando el diseño de la investigación y el trabajo de campo a la especificidad social y de distribución territorial de la población gitana de España, proporcionar una información comparable con la producida por las Encuestas Nacionales de Salud.

El análisis que contiene este informe se centra en la comparación entre los datos la Encuesta de Salud a la Población Gitana de 2006 y de las Encuestas Nacionales de Salud de 2003 y 2006. Para ello se ha procedido a presentar los datos de dichas encuestas considerando la diferente estructura de edad y sexo de ambas poblaciones, su diversidad socioeconómica y, allí

⁴ Laparra, Miguel (coor.) *Informe sobre la situación social y tendencias de cambio en la población gitana. Una primera aproximación*. Madrid: Ministerio de Trabajo y Asuntos Sociales. Subdirección General de Información Administrativa y Publicaciones.

⁵ La cifra de personas gitanas en España se ha situado habitualmente entre los 500.000 y 700.000 según las cifras que proporcionan las diferentes asociaciones gitanas. El último informe FOESSA (2008) señala sin embargo que la estimación podría establecerse en el 2,1% de la población de España pertenece a la comunidad gitana, lo que supone 970.000 personas. Este tipo de estimaciones se han realizado a partir metodologías diversas, que van desde los intentos de censo de la población gitana desde el nivel local (la población gitana residente en los distintos municipios y barrios) o autonómica al uso otro registros de servicios sociales y encuestas. Dichas estimaciones han de considerarse desde una doble óptica. Por un lado, tiene un sentido de reivindicación ante el olvido que caracteriza a esta población en nuestro universo simbólico, por otro lado, se trata de una cifra orientativa y práctica a la hora de planificar sus acciones. En un reciente estudio de la Fundación Secretariado Gitano, con el fin de establecer un marco muestral para una encuesta sobre empleo, se estimó la cifra de población gitana mayor de 16 años en 475.000 personas en España (véase la página 13): *Fundación Secretariado Gitano (2008) Población gitana y empleo*. Madrid: Fundación Secretariado Gitano, Ministerio de Trabajo y Asuntos Sociales. En línea, visitado 9/9/2008: <http://www.gitanos.org/publicaciones/estudioempleo/estudioempleo/metodologia.pdf>

Por su parte la Asociación Secretariado Gitano estimó en 630.847 la población gitana de 1999 (cifra que también incluye a la población de 15 y menos años), citado en Laparra, Miguel y Pozo, Juan M^a del (2007) *Población y estructura demográfica de la comunidad gitana*, en *Informe sobre la situación social y tendencias de cambio en la población gitana*. Madrid: Ministerio de Trabajo y Asuntos Sociales. En los últimos años además la población gitana de España está aumentando de forma rápida debido a los movimientos migratorios, en especial, de las comunidades gitanas provenientes de Portugal, Rumanía y de otros países del Este de Europa. Véase *Fundación FOESSA (2008) VI Informe sobre la exclusión y desarrollo social en España 2008*. Madrid: FOESSA, pp. 202.

donde ha sido posible, la consideración de otras variables sociales claves en el estudio de la salud (nivel educativo, tipo de vivienda, situación ocupacional y tipo de barrio), como se explica con mayor detalle en el capítulo metodológico.

El nivel de desarrollo social de un país se puede medir por la calidad de la salud de los grupos sociales que la componen. Las desigualdades en salud son una de las formas de injusticia social más difíciles de justificar. Las recomendaciones que contiene cada capítulo del informe se alinean con las producidas por la Comisión sobre Determinantes Sociales de la Organización de la Mundial de la Salud, aunque buscan adaptarse a la situación específica de la población gitana en España a la luz de los resultados obtenidos en el análisis aquí presentado.

Dicho informe se propone reducir las desigualdades en salud en el plazo de una generación. En este sentido sirve recordar que los estudios sobre la transición epidemiológica y sanitaria en España⁵ muestran que en un plazo breve, de tan sólo una generación, se han producido caídas muy importantes en indicadores tales como la mortalidad general, la mortalidad infantil, la mortalidad y la morbilidad por diferentes causas, así como una mejora notable de los niveles de acceso a los servicios de salud debido al impulso de la universalización de la atención sanitaria. Esto significa que los niveles de salud poblacionales son muy sensibles a la evolución del contexto social. Recordemos, por ejemplo, que en 1950 un 66% de las viviendas no contaba con agua corriente y que un 48% no disponía de retrete⁶ o que la Ley General de Sanidad de 1986 estableció por primera vez el carácter universal de la atención sanitaria. En pocas décadas se ha producido una rápida transformación de las condiciones de vivienda, un creciente reconocimiento del derecho universal a la salud y a la educación, mejoras en los niveles de ocupación y en los derechos laborales, rápido incremento de la renta y la implantación de un sistema democrático que, lamentablemente, no han ofrecido las mismas oportunidades a la población gitana que al resto de la población. Si bien de este cambio social ha participado la población gitana (los procesos de sedentarización, urbanización e incluso proletarización de la población gitana son buena muestra de ello) y, en algunos casos, la ha beneficiado, no ha servido para reducir las desigualdades entre grupo dominante y población gitana. En definitiva, más de dos generaciones se han sucedido desde 1950, en un contexto de rápido cambio social, sin que haya mejorado la situación de igualdad de forma sustancial⁷. Hace 28 años Calvo Buezas⁸ explicaba este fracaso por el mantenimiento de una situación de dependencia económica, caracterizada por los bajos salarios y la ocupación de nichos marginales de empleo, esto es, de acuerdo con sus palabras, por la explotación y la alienación social combinada con la dominación y discriminación étnica. La vigencia de esta explicación nos habla de la dificultad de vencer la sinergia de los sistemas de estratificación social. Sin embargo, la memoria de la importante transformación social observada en estas décadas debe servir también para recordar que el cambio social puede ser rápido, profundo, con importantes efectos sobre el estado de salud y extensible a una gran cantidad de población. Esta constatación hace que podamos pensar que las desigualdades en salud con la población gitana sean potencialmente solucionables en el plazo de una generación si se orienta la acción a ese objetivo en las políticas de salud y todavía más si se incluye el objetivo de reducción de la desigualdad en salud en todas las políticas.

⁵ Robles González, Elena; García Benavides, Fernando; Bernabeu Mestre, Josep (1996) *La transición sanitaria en España desde 1900 a 1990*. *Revista Española de Salud Pública*, 70: 221-233.

⁷ Lorenzo, Francisco (2008) *La población gitana en España*. *Documentación Social*, 149-150: 203-234.

⁸ Calvo Buezas, Tomás (1980) *Minorías étnicas y sus relaciones de clase, raza y etnia*. *Documentación social*, 41: 15-28.

Reducir la desigualdad en salud en el plazo de una generación puede parecer ambicioso, excesivamente optimista y hasta utópico, sin embargo, algunos de los resultados de este informe apuntan que es posible. Es factible, por ejemplo, conseguir que los niveles de prácticas preventivas en las mujeres gitanas (mamografías, citologías, etc.) sean los recomendados en el plazo de una generación, además las medidas necesarias para alcanzar este objetivo también pueden favorecer que los niveles de prácticas preventivas del conjunto de la población sean los recomendados. Una adecuada orientación de los servicios de salud sería suficiente para alcanzar este objetivo de reducción de la desigualdad y al mismo tiempo de mejora de la salud del conjunto de la población.

Adicionalmente, si se actúa para mejorar las condiciones de vida (empezando por la educación, el empleo, la vivienda y el urbanismo) es esperable la convergencia general en los distintos indicadores de salud entre la comunidad gitana y la población general de España.

1. Propuesta de análisis

La Encuesta de Salud a la Población Gitana fue realizada por la Fundación Secretariado Gitano en colaboración con el Equipo de Investigación Sociológica EDIS. A continuación se explica la propuesta de análisis incluida en este informe a partir de dichos datos. En el anexo de este informe se incluye un capítulo elaborado por EDIS en el que se detalla la metodología para la aplicación del cuestionario. En ella se detalla el diseño de la investigación y el cuestionario, la organización del trabajo de campo y la información sobre el cálculo y determinación de la muestra.

Objetivos del análisis.

Realizar un diagnóstico del estado de salud y estilos de vida de la población gitana española, atendiendo especialmente a los factores sociales determinantes del mismo y al acceso al sistema sanitario de esta población.

El análisis se hace desde la perspectiva de las desigualdades sociales en salud, comparando la situación de la población gitana española, con la situación del conjunto de la población de España, pero atendiendo a la heterogeneidad de dichas poblaciones.

Las desigualdades a analizar son las que se puedan constatar en el propio estado de salud, los estilos de vida y el acceso a los servicios sanitarios al comparar la población gitana española con la población general de España.

El análisis parte por tanto de la comparación de dos poblaciones que coexisten en un mismo territorio, pero diferenciadas en múltiples aspectos: demográficamente (estructura de edad y sexo, distribución geográfica), en términos socioeconómicos (niveles de renta, educación, situación de la vivienda, situación ocupacional y bienestar económico) y culturalmente (en la medida que constituyen grupos étnicos diferenciados).

Por otro lado, las desigualdades en salud son detectables tanto en las comparaciones entre grupos sociales como en el interior de los grupos. La perspectiva adoptada se orienta a detectar posibles desigualdades en salud en el interior de cada grupo en términos de edad, nivel socioeconómico y género y buscar comparaciones equivalentes en la población de referencia. En ningún caso se ha considerado a ninguna de las dos poblaciones referidas como grupos homogéneos. Por ejemplo: las situaciones de exclusión se detectan en ambos grupos, aunque sean más frecuentes en la población gitana.

2. Propuesta de análisis comparado.

El análisis se ha realizado a partir de las siguientes encuestas:

1. Encuesta de salud a población gitana de España 2006. Fundación Secretariado Gitano (FSG) y Ministerio de Sanidad y Consumo (MSC). Septiembre-Noviembre de 2006.
2. Encuesta Nacional de Salud 2006-2007 (ENSE 2006). Instituto Nacional de Estadística (INE). MSC. Junio de 2006 a Junio de 2007.
3. Encuesta Nacional de Salud 2003-2004 (ENSE 2003). INE. MSC. Abril 2003 a marzo de 2004.

En todos los casos se cuenta con:

- Fichero de población adulta. Personas de 16 y más años.
- Fichero de población infantil. Personas de 15 y menos años.
- Fichero de hogar.

El análisis comparado está determinado por los siguientes elementos que afectan a la comparación directa de los datos. A continuación se hace referencia a los mismos y se explican las estrategias aplicadas, cuando ha sido posible, para resolverlos:

1. Diferente estructura de edad y sexo de la población gitana y del resto de la población de España. La población gitana es una población más joven. Para ello se han presentado las tablas de resultados para los distintos grupos de edad y sexo.
2. Diferente distribución geográfica: por Comunidad Autónoma, tamaño de municipio y en el espacio urbano. La encuesta a población gitana es representativa de la población de España, pero el número de casos es insuficiente para hablar de representatividad en el nivel autonómico. En ambas encuestas se han empleado pesos para corregir las diferencias en la estructura demográfica por Comunidad Autónoma. Sin embargo, al no contar con representatividad en el nivel autonómico no se han realizado comparaciones en este nivel.
3. Diferentes fechas de aplicación de los cuestionarios. Algunos de los indicadores referidos al estado de salud, los estilos de vida y la utilización de servicios de salud presentan un comportamiento estacional. En algunos indicadores, los sometidos a mayor estacionalidad, se ha optado por realizar la comparación directa de los resultados referidos al período más cercano con el de Encuesta de Salud a población gitana (septiembre-noviembre).
4. Diferencias en el diseño de los diferentes cuestionarios en las tres encuestas (hogar, población mayor de 16 años y población de 15 años y menos). Los cuestionarios en la encuesta a población gitana fueron más breves que los que emplea la Encuesta Nacional de Salud (ENSE). Por ello el análisis se ha limitado a aquellas preguntas que tienen una formulación idéntica en ambas encuestas. En algunos casos dichas preguntas son idénticas a las de la ENSE 2006 y en otros a las de la ENSE 2003, lo que explica que en la comparación se vaya alternando entre unos datos y otros, según se indica en los títulos de las tablas.
5. Diferencias en la representatividad de la muestra y en las estrategias de campo. La diferencia esencial radica en que en el caso de la Encuesta Nacional de Salud se parte de un marco muestral producido a partir de la población empadronada, mientras que en la encuesta a población gitana se procedió primero a identificar áreas de la ciudad donde reside la población gitana y dentro de ellas a establecer, bien rutas aleatorias, bien selección de casos a partir de la información proporcionada por personas ya entrevistadas (véase en el

anexo la metodología descrita por EDIS). En ambos casos, el procedimiento elegido hace pensar en una muestra con características más homogéneas en el caso de la población gitana (por cercanía espacial y en las relaciones sociales) que en la población general. En definitiva, tienen menor probabilidad de participar de la muestra familias gitanas viviendo en áreas donde hay poca concentración de esta población y los casos con menor integración en las redes de relaciones sociales locales. Por su parte, es probable, que en la ENSE los barrios de población gitana, sobre todo cuando se trata de barrios chabolistas, tengan menos participación en la muestra, al no encontrarse incluidos estos casos en los datos del Padrón.

6. La heterogeneidad interna de las poblaciones comparadas. La población entrevistada en las Encuestas Nacionales de Salud, es la residente en España, por lo que incluye tanto a la población española (gitana y no gitana), como población extranjera. En el caso de la Encuesta a población gitana se ha entrevistado únicamente a la que tiene nacionalidad española (lo que excluye a la población gitana portuguesa, rumana, etc.). Por otro lado, en las poblaciones estudiadas existe una gran heterogeneidad social y, por tanto, en términos de estado de salud, estilos de vida y acceso a servicios en función de la edad, factores socioeconómicos, el género y otras variables que determinan la posición en la estructura social. Por estos motivos el análisis no se reduce a una comparación directa entre la muestra a población gitana y población general. La heterogeneidad interna de ambas poblaciones aconseja realizar comparaciones considerando diferentes subgrupos dentro de las distintas poblaciones. Por ejemplo, además de la desagregación de los datos por sexo, dentro de la población gitana se distingue la situación por nivel educativo, situación ocupacional, situación del barrio y según se resida en chabolas e infravivienda o en vivienda normalizada. Por su parte, la población entrevistada en la ENSE 2003 y 2006 se clasifica según la clase social de la persona sustentadora principal (de acuerdo con la clasificación propuesta por el Grupo de Clase Social de la Sociedad Española de Epidemiología) (véase el cuadro resumen tras el punto 8).
7. La población gitana forma parte de la población entrevistada en las Encuestas Nacionales de Salud. La población gitana es parte de la población encuestada en las Encuestas Nacionales de Salud y por tanto se encuentra incluida en la población general que se va a emplear en la comparación. En cualquier caso, es probable que la representación de la población gitana en las muestras de la ENSE sea baja, debido al peso relativamente bajo de la población gitana sobre la población total, y a posibles sesgos de selección de la ENSE a la hora de alcanzar en el trabajo de campo a personas gitanas (en concreto aquellas que vivan en barrios de chabolas). Por tanto, a la hora de comparar los resultados de la ENSE y la Encuesta dirigida específicamente a población gitana se ha de considerar que la población gitana se encuentra en ambos grupos, aunque probablemente infrarrepresentada en el primero.
8. Las diferencias culturales y estructurales de las poblaciones entrevistadas. Inevitablemente las respuestas a las preguntas de un cuestionario (y las propias preguntas) están marcadas culturalmente. En la medida que las respuestas a los cuestionarios a analizar en este caso dependen de la percepción, valoración y opinión de los encuestados (por ejemplo, de sus expectativas en términos de salud o sobre el sistema de salud), y éstas están condicionadas por la construcción étnicamente jerarquizada de nuestro espacio social, es de esperar que la interpretación de algunas de las pautas de respuesta sea resultado de esta diferente experiencia.

Cuadro resumen

Los grupos comparados:

Población gitana: población entrevistada en la Encuesta de Salud a Población Gitana 2006 (FSG, MSC). La muestra cuenta con un total de 1000 casos teóricos (993 casos reales) mayores de 16 años y 500 casos teóricos (504 reales) en la población de 15 y menos años. Los casos se presentan ponderados por el peso calculado por EDIS a partir de la diferencia entre la muestra real y teórica para ajustar por las diferencias en la estructura de edad y sexo, y distribución autonómica en la población gitana.

Población general de España: población entrevistada en la Encuesta Nacional de Salud de 2003 y 2006 (MSC, INE). Incluye población extranjera y no distingue entre población gitana y la que no lo es. Puesto que no es posible distinguir a partir de ninguna variable de identificación a estos dos grupos, en las comparaciones que aquí se proponen se ha de tener en cuenta que la población gitana, aunque minoritaria y probablemente con sesgos de participación en la muestra similares a los descritos para el caso de la población inmigrante, forma parte de la muestra general de la Encuesta Nacional de Salud. Los resultados se muestran ponderados por el peso calculado por el INE para ajustar por las diferencias en la estructura de edad y sexo, y distribución autonómica, entre la muestra obtenida y la población registrada.

Clase social. Dentro de la población entrevistada en la ENSE se ha empleado la clasificación de clase social elaborada por el Ministerio de Sanidad y Consumo y el Instituto Nacional de Estadística para la Encuesta Nacional de Salud, siguiendo las orientaciones del Grupo de Clase Social de la Sociedad Española de Epidemiología⁹. La clasificación, a partir de la utilización de la Clasificación Nacional de Ocupaciones (CNO-1994), distingue varias clases sociales ocupacionales:

CLASE I: DIRECTIVOS DE LA ADMINISTRACIÓN PÚBLICA Y DE EMPRESAS DE 10 O MÁS ASALARIADOS. PROFESIONES ASOCIADAS A TITULACIONES DE 2º Y 3ER CICLO

CLASE II: DIRECTIVOS DE EMPRESAS DE MENOS DE 10 ASALARIADOS. PROFESIONES ASOCIADAS A UNA TITULACIÓN DE 1ER CICLO UNIVERSITARIO. TÉCNICOS SUPERIORES. ARTISTAS Y DEPORTISTAS

CLASE III: EMPLEADOS DE TIPO ADMINISTRATIVO Y PROFESIONALES DE APOYO A LA GESTIÓN ADMINISTRATIVA Y FINANCIERA. TRABAJADORES DE LOS SERVICIOS PERSONALES Y DE SEGURIDAD. TRABAJADORES POR CUENTA PROPIA. SUPERVISORES DE TRABAJADORES MANUALES

CLASE IV_a: TRABAJADORES MANUALES CUALIFICADOS

CLASE IV_b: TRABAJADORES MANUALES SEMICUALIFICADOS

CLASE V: TRABAJADORES NO CUALIFICADOS

CLASE VI: OTROS

NO CONSTA

Se ha de tener en cuenta que la ENSE clasifica los hogares en función de la ocupación actual o última de la persona sustentadora principal del hogar entrevistado, por lo que en el caso de las mujeres la mayor parte de ellas están clasificadas en un grupo u otro a partir de un varón de referencia en su hogar.¹⁰

Todos los datos aquí presentados se han calculado a partir un número mínimo de casos superior a 30. Cuando el número de casos es menor a 30 casos se ha optado por representar la cifra obtenida mediante un "-". Sin embargo, si en algún resultado aparece la cifra "0" significa que el porcentaje obtenido ha sido igual a cero (entre 0 y 0,1). Los porcentajes obtenidos se presentan con un decimal, de acuerdo con la recomendación de Herbert Jacob¹¹. Este redondeo puede provocar que en algunos casos la suma de porcentajes sea en unas décimas inferior o superior a 100, en lugar de 100 exacto, que será lo habitual.

⁹ Alonso, J., Pérez, P., Sáez, M., Murillo, C. (1997) Validez de la ocupación como indicador de la clase social, según la clasificación del British Registrar General. *Gaceta sanitaria*, 11: 205-213.

Alvarez-Dardet, C., Alonso, J., Domingo, A., Regidor, E. (1995) La medición de la clase social en ciencias de la salud. Barcelona: SG editores, Sociedad Española de Epidemiología.

Domingo A., Marcos, J. (1989) "Propuesta de un indicador de la clase social basado en la ocupación". *Gaceta Sanitaria*, 3: 320-6.

Regidor, Enrique (2001) La clasificación de clase social de Goldthorpe: marco de referencia para la propuesta de medición de la clase social del grupo de trabajo de la Sociedad Española de Epidemiología. *Revista Española de Salud Pública*, 75, 1: 13-22.

¹⁰ Krieger, N., Chen, J.T., Selby, J.V. (1999) Comparing individual-based and household-based measures of social class to assess class inequalities in women's health: a methodological study of 684 US women. *Journal of Epidemiology and Community Health*, 53: 612-623.

Borrell, Carme, Rohlfis, Izabella, Artazcoz, Lucía et al. (2004) Desigualdades en salud según la clase social en las mujeres: ¿Cómo influye el tipo de medida de la clase social?. *Gaceta Sanitaria*, 18, suppl.2: 75-82.

¹¹ Jacob, Herbert (1984) *Using Publisher data. Errors and Remedies*. London: Sage.

3. Temas del análisis.

El análisis se centra en tres ejes temáticos:

- A. Estado de salud.
- B. Estilos de vida.
- C. Utilización de servicios.

Para la presentación de los resultados se elaboran tablas de contingencia, en los que se establecen comparaciones entre grupos de edad y sexo.

La amplitud de los grupos de edad definitivos queda determinada por el tamaño muestral: 993 casos en la encuesta a población gitana mayor de 16 años y 504 en la población de 15 años y menos. Esta situación obliga a la creación de grupos de edad amplios por lo que se ha buscado que fueran comparables con los de los datos ya publicados de las ENSE. De esta manera se han establecido los siguientes grupos: hasta 4 años, de 5 a 9 años, entre 10 y 15 años, de 16 a 24 años, de 25 a 34 años, de 35 a 54 años y mayores de 55 años.

Debido al amplio tamaño muestral de las ENSE se comparan los resultados para grupo de edad y sexo en la población gitana con los obtenidos para cada clase social en la ENSE. Adicionalmente se presenta la información por nivel educativo, situación ocupacional, tipo de barrio y vivienda, para ambos sexos, en la población gitana para cada indicador, cuando el número de casos así lo ha permitido.

4. Tipo de análisis.

Análisis explicativo

En el caso de la población gitana, se han construido modelos de regresión logística para valorar el riesgo diferencial de presentar peores indicadores de salud en función del grupo de edad, nivel educativo y tipo de vivienda. Debido a los frecuentes efectos de interacción por sexo, se han construido en todos los casos modelos independientes para mujeres y hombres. Se ha descartado incluir en el análisis la variable situación ocupacional por la dispersión de las respuestas entre las diversas categorías. Por otro lado, el cuestionario no recogió otros indicadores de posición socioeconómica, tales como el nivel de ingresos, el tipo de ocupación o disponibilidad de ciertos bienes de equipamiento o consumo. Se ha procedido al cálculo de la *odds ratio* relativa (ajustada por las otras variables en el modelo) con un intervalo de confianza del 95%.

Los modelos construidos tienen por tanto las siguientes características:

Variables en los modelos de regresión logística. Se aplican modelos independientes para hombres y mujeres de la población gitana.

Y=Variable dependiente (referida al estado de salud, el estilo de vida o la utilización de servicios). Dicotómica, valor cuya probabilidad se predice el indicado con el valor 1.

X₁=Edad (variable continua)

X₂=Nivel educativo. Categoría de referencia: “no sabe leer y escribir”. Otras categorías: “leer y escribir/estudios primarios incompletos”, “estudios primarios completos”, “estudios secundarios o superiores”.

X₃=Tipo de vivienda. Dicotómica. Categoría de referencia: “vivienda normalizada”. Categoría para la que se calcula la *odds ratio*: “infravivienda o chabola”.

Un aspecto importante que limita el poder de predicción del modelo es el tamaño de las categorías en algunas de las variables independientes. Esto es, el bajo número de casos obliga a que las diferencias en las proporciones sean muy elevados para conseguir resultados significativos. En la siguiente tabla se indica el número de casos para cada uno de los grupos para las variables categóricas.

		Sexo	
		Hombres	Mujeres
		Recuento	Recuento
Nivel educativo	No sabe leer y escribir	39	82
	Leer y escribir /primarios incompletos	235	275
	Primarios completos	87	76
	Secundarios o superiores	89	77
Tipo de vivienda	Normalizada	431	494
	Infravivienda/chabola	38	32

De igual modo, en la mayoría de los modelos se ha asumido que la relación entre la variable edad y la variable dependiente es lineal, lo que es cierto en la mayoría de los casos. Cuando no se podía partir de esta asunción se ha categorizado la variable edad en cuatro grupos.

Todos estos elementos producen posibles sesgos de interpretación de los resultados, en el sentido de que es factible interpretar la falta de significación estadística en la muestra como falta de asociación entre las variables incluidas en la muestra en la población. A pesar de ello en algunos casos, tal y como se expone en el informe de resultados, se encuentran efectos significativos por nivel educativo y tipo de vivienda.

En el caso de variables cuantitativas, se ha procedido a realizar contrastes de medias (para valorar las distancias absolutas) para confirmar la existencia de diferencias significativas en las medias.

Análisis descriptivo

Para la mayoría de los indicadores el análisis propuesto se limita a ofrecer una comparación de los resultados obtenidos en la ENSE 2003 o 2006 con los de la Encuesta de Salud a Comunidad Gitana 2006.

Es decir, el elemento más relevante de la comparación se deriva del propio criterio de selección de la población entrevistada, esto es, su selección por su pertenencia a la comunidad gitana. Esta población en España, como en la mayoría de los países donde su presencia es relevante, se caracteriza una situación de vida de mayor pobreza material, segregación social y es objeto de racismo y discriminación por parte del grupo mayoritario, al que se responde habitualmente con desconfianza. De acuerdo con esto, la comparación de los datos de la encuesta de salud a población gitana con la población general produce información suficiente como para describir las formas de desigualdades sociales en salud entre ambas. Sin embargo, una comparación directa entre ambas poblaciones, considerándolas como agregados, puede producir una ima-

gen de falsa homogeneidad grupal (y con ello reforzar los esquemas esencialistas). Por ello es relevante considerar en la lectura del informe la información que se proporciona sobre elementos tales como nivel educativo, situación de vivienda, situación ocupacional o las amplias distancias que existen en el grupo mayoritario entre clase social ocupacional de la persona sustentadora principal del hogar. Se descubre así que algunas de las pautas que se atribuyen a la población gitana, pueden ser similares a las que se encuentran en la población mayoritaria cuando se trata de condiciones socioeconómicas próximas (por ejemplo, al comparar con la clase V, esto es, personas en ocupaciones manuales que no requieren cualificación) y se alejan conforme se aumenta la distancia socioeconómica (clase social I integrada por profesionales con titulaciones asociadas a titulaciones de ciclo largo universitario) y, en ocasiones, incluso a la inversa.