

## Editorial

# Los procesos de exclusión social y la salud del pueblo gitano en España

## Social exclusion processes and the health status of the Roma people in Spain

Daniel La Parra<sup>a,\*</sup>, Diana Gil-González<sup>b,c</sup> y Antonio Jiménez<sup>d</sup>

<sup>a</sup> Instituto Interuniversitario de Desarrollo Social y Paz (WHO Collaborating Centre on Social Inclusion and Health), Universidad de Alicante, Alicante, España

<sup>b</sup> Departamento de Enfermería Comunitaria, Medicina Preventiva y Salud Pública, e Historia de la Ciencia, Universidad de Alicante, Alicante, España

<sup>c</sup> CIBER de Epidemiología y Salud Pública (CIBERESP), España

<sup>d</sup> UNGA, Asociación Gitana de Asturias, Red Equi-sastipen (Red de Asociaciones Gitanas que Trabajan en Salud), España

El pueblo romaní o gitano constituye la principal minoría étnica en España. Presente en el país desde hace más de 500 años, las estimaciones disponibles señalan que su población oscila entre 700.000 y 970.000 personas, lo cual supone entre el 1,5% y el 2,1% de la población total<sup>1,2</sup>. Según diferentes informes publicados sobre sus condiciones de vida, el pueblo gitano sufre mayores niveles de exclusión social que el resto de la población<sup>1–3</sup>. Los problemas de racismo y discriminación hacia este grupo de población han sido documentados desde los estudios antropológicos y las encuestas de opinión. Según un estudio del Centro de Investigaciones Sociológicas<sup>4</sup>, la población gitana es el grupo que menos simpatía despierta en la población encuestada (51,7%), seguido de la población musulmana (45,8%), la población inmigrante (31%) y las mujeres y los hombres homosexuales (21,8%).

La investigación sobre la salud de la población gitana en España se ha centrado principalmente en las enfermedades transmisibles, los estudios genéticos y las anomalías congénitas, según la revisión realizada por Ferrer<sup>5</sup>. Similares resultados se han encontrado en la revisión de la literatura científica en Europa<sup>6,7</sup>. Es decir, son escasos los estudios sobre las enfermedades más prevalentes y sobre las que mayor impacto tienen en términos de mortalidad o discapacidad. Tampoco abundan los trabajos que aborden las desigualdades en salud entre la población gitana y no gitana con una perspectiva de análisis de los determinantes sociales de las desigualdades en salud. Así, hasta el año 2006 no se realizó en España la primera y hasta ahora única encuesta dirigida a población romaní con metodología comparable a la Encuesta Nacional de Salud, que mostró un peor estado de salud al compararla con la población general<sup>8</sup>. Los resultados indicaron que el estado de salud autopercebido de los hombres y mujeres romaníes se encontraba en los niveles de los grupos sociales peor situados en la escala ocupacional en la población general (clases sociales IV-V, trabajadores manuales no cualificados). En algunos indicadores, como limitación de la actividad principal, acumulación de problemas de salud crónicos, problemas de vista y oído, o presencia de caries, su situación era peor que la de las clases sociales peor situadas de la población general. Se halló, además, que las mujeres romaníes eran el grupo social más desfavorecido respecto a algunos problemas de salud específicos (p. ej., problemas de oído y obesidad)<sup>8</sup>.

La situación social del pueblo romaní en Europa ha llevado a la Comisión Europea, según comunicación de 5 de marzo de 2011<sup>9</sup>, a aprobar un *Marco Europeo de estrategias nacionales de inclusión de los gitanos para 2020*, en el que considera imperativo para los países

miembros la mejora de la situación del pueblo romaní en Europa. En dicha comunicación se establecen cuatro grandes áreas de intervención: educación, empleo, vivienda y salud. En esta última área se establece como objetivo «reducir las desigualdades en salud entre los gitanos y el resto de la población». Esta propuesta debe ponerse en el contexto de la *Decade of Roma Inclusion 2005–2015*, iniciativa previa que contaba con la participación de 12 países europeos (entre ellos España), con la cual la Comisión Europea comparte objetivos, así como instrumentos y planteamientos. La transposición a España de estas iniciativas se ha traducido en la aprobación, por el consejo de ministros de 9 de abril de 2010, del *Plan de acción de desarrollo del pueblo gitano 2010–2012*<sup>10</sup>, en el marco de la *Decade of Roma Inclusion 2005–2015*. Por otro lado, ya en la siguiente legislatura y en el marco europeo, el consejo de ministros de 2 de marzo de 2012 aprobó la *Estrategia nacional para la inclusión social de la población gitana 2012–2020*<sup>11</sup>. En uno y otro documento, el gobierno de España se ha comprometido a reducir las desigualdades en salud en indicadores clave como las visitas preventivas de ginecología, la salud infantil, enfermedades cardiovasculares, salud mental y bucodental, accidentes, acceso a los servicios de salud y desarrollo de la investigación.

Ninguna de estas propuestas internacionales se entendería sin la acción acumulada en el tiempo del movimiento asociativo romaní, que ha abogado por propuestas políticas para el reconocimiento de los derechos civiles, sociales y culturales dirigidas a los estados y organismos supranacionales. Cabe señalar el primer World Romani Congress organizado en Orpington, Londres, en 1971, como un hito clave del movimiento, en la medida en que supone un punto de inicio en la adopción de símbolos de identidad y en la reivindicación de sus derechos civiles y sociales.

Las desigualdades en salud han de analizarse y resolverse desde un enfoque de determinantes sociales en salud, partiendo del conocimiento de los procesos de exclusión social que afectan a la población romaní y de cómo influyen estos procesos de exclusión en el acceso a los recursos, las capacidades y los derechos básicos. Se adopta aquí la definición de la Social Exclusion Knowledge Network, que entiende que «la exclusión social consiste en una serie de procesos dinámicos y multidimensionales, estrechamente relacionados con las relaciones desiguales de poder que interactúan en torno a cuatro dimensiones principales –económica, política, social y cultural– y a diferentes niveles, incluyendo los niveles individual, familiar, comunitario, nacional y global. El resultado de dichos procesos es un continuo inclusión/exclusión caracterizado por el acceso desigual a los recursos, capacidades y derechos que conduce a desigualdades en salud»<sup>12</sup>. Con este enfoque, destaca la necesidad de actuar sobre ámbitos como la inserción laboral, la inclusión educativa, la orientación de la planificación urbana

\* Autor para correspondencia.

Correo electrónico: [Daniel.laparra@ua.es](mailto:Daniel.laparra@ua.es) (D. La Parra).

la lucha contra la discriminación y el racismo en el sistema institucional español (p. ej., la pendiente *Ley para la igualdad de trato y no discriminación*). En nuestra opinión, sobre el conjunto de factores que impulsan los procesos de exclusión social, la invisibilidad y la falta de reconocimiento de los derechos sociales y culturales de las minorías destacan como potenciales factores clave en el caso del pueblo gitano.

La invisibilidad hace referencia a la falta de información sobre la población romaní en muchos ámbitos. No aparecen mencionados en el discurso político, en el currículum escolar, en la formación de las profesiones sociosanitarias, en los planes de salud ni en las estrategias nacionales de salud. Por otro lado, las menciones a este pueblo a menudo tienen un carácter discriminatorio y cargado de prejuicios, con más frecuencia en los medios de comunicación. Un paso clave en la reducción de dicha invisibilidad sería la inclusión, en las encuestas del sistema estadístico español, de preguntas sobre la pertenencia étnica. Aunque resulta un lugar común, no puede afirmarse que la pregunta sobre la autoclasificación étnica sea ilegal en España, como tampoco lo son las preguntas sobre el sexo, la edad, la religiosidad, la opinión política u otras categorías que pueden suponer discriminación, tan frecuentes en las encuestas de nuestro sistema estadístico (cuestión distinta sería la inclusión de la variable etnia en los registros), siempre que se hagan con las suficientes garantías<sup>13</sup>. De hecho, la Directiva Europea 2000/43/EC de 29 de junio de 2000 sobre la igualdad de trato, independientemente del origen racial o étnico, obliga a realizar estudios sobre discriminación que tendrían que considerar dichas variables<sup>14</sup>. Las precauciones legales sobre cómo preguntar por la etnia son resolubles si la pregunta respeta el principio de voluntariedad, autoclasificación, anonimato, confidencialidad y, en general, los principios y mecanismos establecidos en las leyes de protección de datos personales. Igualmente sería muy positivo desarrollar la propuesta de inclusión de preguntas sobre la identificación étnica con la participación de las minorías implicadas. En el amplio panorama de la investigación sobre la salud en España, el desconocimiento de la situación de la población romaní sigue representando un vacío injustificable.

La falta de reconocimiento de los derechos económicos, sociales y culturales de las minorías en España ha sido un asunto comentado repetidas veces por el Comité Asesor del Convenio Marco para la Protección de las Minorías Nacionales del Consejo de Europa<sup>15</sup> y del Comité de Derechos Económicos, Sociales y Culturales de la Oficina del Alto Comisionado para los Derechos Humanos de Naciones Unidas<sup>16</sup>. En primer lugar, hay que señalar la necesidad, de acuerdo con el texto del convenio, de reconocer al pueblo gitano como minoría nacional oficial. Este reconocimiento, en el ámbito de la salud, implicaría prestar atención a las necesidades específicas de este colectivo (p. ej., en los planes de salud), tomar medidas activas contra la discriminación y garantizar la adaptación cultural de los servicios, cuando sea necesario. Se trataría, en definitiva, de adoptar un enfoque de derechos humanos en las intervenciones de salud dirigidas a la población española, incluyendo de manera explícita, aunque no exclusivamente, al pueblo romaní.

En conclusión, visibilizar la realidad de la minoría romaní, impulsar acciones desde el sistema sanitario y la salud pública para abordar sus necesidades de salud, y abordar los determinantes sociales y políticos de su exclusión (todo ello con su participación) constituyen algunos de los pasos necesarios para avanzar hacia la equidad social y una mejor salud del pueblo gitano en España.

## Contribuciones de autoría

El trabajo ha sido elaborado de forma colaborativa por los tres autores firmantes.

## Financiación

Ninguna.

## Conflicto de intereses

Ninguno.

## Agradecimientos

Los autores agradecen los valiosos comentarios de Davide Malmusi a una primera versión de este manuscrito.

## Bibliografía

1. Fundación Secretariado Gitano. Población gitana y empleo. Madrid: Fundación Secretariado Gitano, Ministerio de Trabajo y Asuntos Sociales; 2008.
2. Fundación FOESSA. VI Informe sobre la exclusión y desarrollo social en España. Madrid: FOESSA; 2008. p. 202.
3. Laparra M. Informe sobre la situación social y tendencias de cambio en la población gitana. Una primera aproximación. Madrid: Ministerio de Trabajo y Asuntos Sociales; 2007.
4. Centro de Investigaciones Sociológicas (CIS). Estudio 2745. Discriminaciones y su percepción. Madrid: CIS; 2007.
5. Ferrer F. El estado de salud del pueblo gitano en España. Una revisión de la bibliografía. Gac Sanit. 2003;17:2-8.
6. Hajioff S, McKee M. The health of the Roma people: a review of the published literature. J Epidemiol Community Health. 2000;54:864-9.
7. Zeman CL, Depken DE, Senchina DS. Roma health issues: a review of the literature and discussion. Ethn Health. 2003;8:223-49.
8. La Parra D. Hacia la equidad en salud. Estudio comparativo de las Encuestas Nacionales de Salud a población gitana y población general de España, 2006. Madrid: Ministerio de Sanidad y Política Social, Fundación Secretariado Gitano; 2009. NIPO: 351-09r-r021-6.
9. Comisión Europea. Comunicación de la Comisión Europea al Parlamento Europeo, al Consejo, al Comité Económico y Social y al Comité de las Regiones. Un marco europeo de estrategias nacionales de inclusión de los gitanos hasta 2020. Bruselas 5.4.2011. COM; 2011. 173 final.
10. Plan de Acción para el Desarrollo de la Población Gitana (2010-2012). [Internet]. Acuerdo de Consejo de Ministros de 9 de abril de 2010. (Consultado el 22/03/2013.) Disponible en: <http://www.msps.es/politicaSocial/inclusionSocial/docs/planDefinitivoAccion.pdf>
11. Estrategia Nacional para la Inclusión Social de la Población Gitana 2012-2020. [Internet]. Acuerdo de Consejo de Ministros de 2 de marzo de 2012. (Consultado el 22/03/2013.) Disponible en: <http://www.msc.es/ssi/familiasInfancia/inclusionSocial/poblacionGitana/docs/EstrategiaNacionalEs.pdf>
12. Popay J, Escorel S, Hernández M, et al. Understanding and tackling social exclusion. En: Final report to the WHO Commission on Social Determinants of Health, from the Social Exclusion Knowledge Network. Geneva: World Health Organization; 2008.
13. Open Society. No data - no progress. Country findings. En: Data collection in countries participating in the Decade of Roma Inclusion 2005-2015. New York: Open Society Foundations; 2010.
14. Bhopal RS. Research agenda for tackling inequalities related to migration and ethnicity in Europe. J Public Health. 2012;34:167-73.
15. Council of Europe. Resolution on the implementation of the framework convention for the protection of national minorities by Spain. [Internet]. Acuerdo del Committee of Ministers on 2 April 2008 at the 1023 Meeting of the Ministers' Deputies. (Consultado el 22/03/2013.) Disponible en: <https://wcd.coe.int/ViewDoc.jsp?id=1269615&Site=CM&BackColorInternet=C3C3C3&BackColorIntranet=EDB021&BackColorLogged=F5D383>
16. Comité de Derechos Económicos, Sociales y Culturales. [Internet]. 48 (período de sesiones (30 de abril - 18 de mayo 2012)). (Consultado el 22/03/2013.) Disponible en: <http://www2.ohchr.org/english/bodies/cescr/cescrs48.htm>