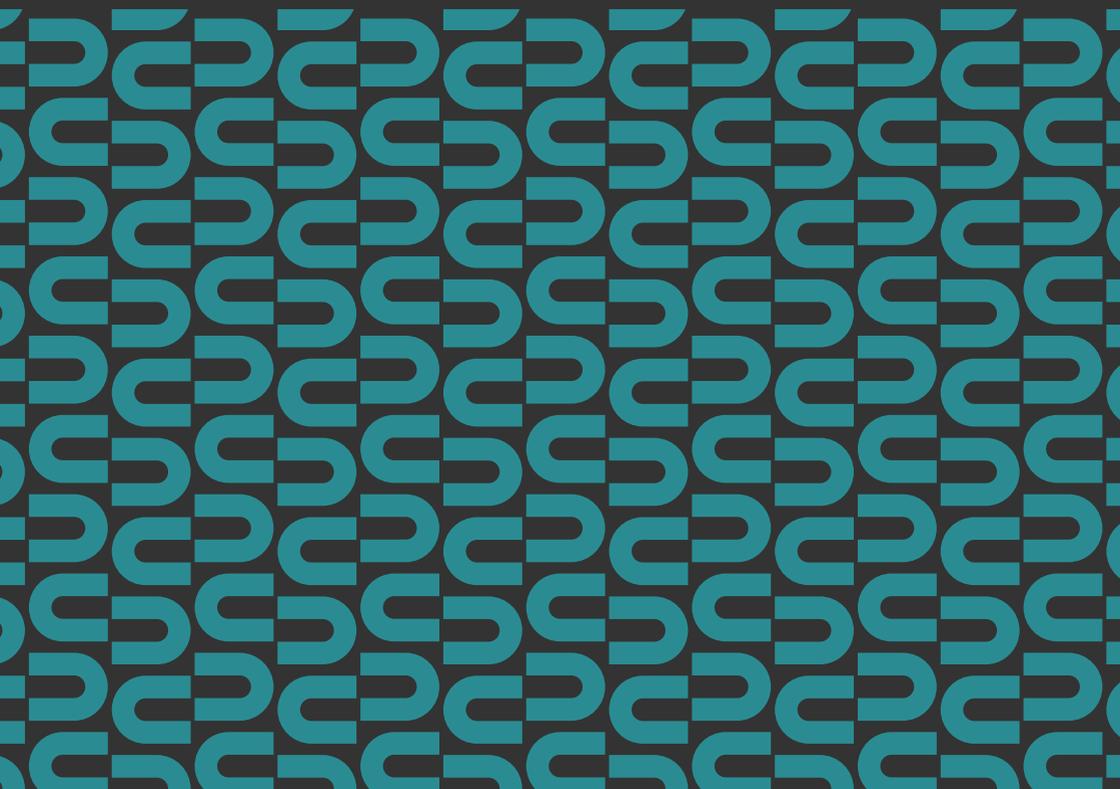


**I ENCUESTA DE
SALUD INFANTIL
EN LA COMUNIDAD
GITANA ASTURIANA**

ASTURIAS 2014

DIRECCIÓN GENERAL DE SALUD PÚBLICA
ASOCIACIÓN GITANA UNGA



I ENCUESTA DE SALUD INFANTIL EN LA COMUNIDAD GITANA ASTURIANA

ASTURIAS 2014

DIRECCIÓN GENERAL DE SALUD PÚBLICA
ASOCIACIÓN GITANA UNGA



PROMUEVE Y EDITA:

Consejería de Sanidad.
Dirección General de Salud Pública.
Principado de Asturias.
Oviedo, 2015.

COORDINACIÓN GENERAL:

Jose Ramón Hevia

DIRECCIÓN TÉCNICA:

José F. Tato Budiño

GRUPO MIXTO DE TRABAJO:

Jose Ramón Hevia
José F. Tato Budiño
Marlem Menendez
Sonia López
Tom Jimenez
Roman Jimenez

TRABAJO DE CAMPO:

Sonia López
José F. Tato Budiño
Elisabeth Jimenez
Miguel Jiménez Hernández
Roman Jimenez
Marlem Menendez
Tom Jimenez
Rubí Durán
Samara Gabarri
Ruth Durán
Rosa Maria Ferreduela

EXPLOTACIÓN Y ANÁLISIS DE LA ENCUESTA:

Jose Ramón Hevia
José F. Tato Budiño.
Sonia López

REDACCIÓN DEL INFORME:

Jose Ramón Hevia
José F. Tato Budiño
Sonia López



AGRADECIMIENTOS

Nuestro más sincero agradecimiento a todas las personas que participaron en alguna fase del trabajo, trabajadoras sociales municipales, orientadoras, técnicas de salud o simplemente a las personas que nos abrieron sus puertas para contestar a nuestras preguntas. Un agradecimiento especial a quienes realizaron el trabajo de campo, verdaderos pilares de éste trabajo comunitario. En especial a Elisabeth, Miguel, Rubí, Samara, Ruth y Rosi.

PRESENTACIÓN

Las encuestas poblacionales, en el ámbito de las políticas y estrategias de salud, son un recurso esencial para medir las condiciones de vida de una región en un momento dado porque facilitan la medición de indicadores de salud, la vigilancia en salud pública y la priorización de intervenciones.

Tanto en España como en otros países de la OCDE, gran parte de la información sobre el estado de salud y sus determinantes se basa en datos provenientes de encuestas poblacionales como las sucesivas encuestas de salud, las encuestas sobre calidad de vida o, incluso, el censo.

Sin embargo, todas estas operaciones estadísticas sobre población general no ofrecen imágenes lo suficientemente nítidas como para poder extraer información específica de comunidades que, por sus condicionantes históricos, culturales y sociales, suponemos que ofrecerán resultados diferenciados en salud y en hábitos de vida.

Dicho con otras palabras, identificar las desigualdades de salud de la población gitana en relación con la población general a través de registros poblacionales o de encuestas generales resulta muy difícil debido a la dificultad ética y legal para incluir clasificaciones étnicas en los registros. A pesar de su importancia como colectivo, la comunidad gitana en nuestro país ha sido invisible para las diferentes Encuestas de Salud. Esta situación justifica el diseño de intervenciones particulares como la que ahora presentamos.

La asociación gitana UNGA y la Dirección General de Salud Pública del Principado de Asturias, en su afán por colaborar en la mejora de la salud general de la comunidad gitana asturiana y en la reducción las inequidades en salud, decidieron la realización de una investigación cuantitativa sobre el estado de salud de la comunidad gitana asturiana menor de 16 años.

El objetivo de dicha acción sería doble, por un lado desarrollar una metodología de trabajo que permita superar las dificultades inherentes a la realización de una investigación clásica cuantitativa sobre la comunidad gitana (ausencia de censo, volatilidad de la población, diferencias culturales, desconfianza, etc.), y por otro lado obtener información fiable y cuantitativa sobre la infancia gitana asturiana y señalar campos de intervención prioritarios.

Para alcanzar éste doble objetivo se puso en marcha un **Grupo de Trabajo Mixto** (payo-gitano) compuesto por personal técnico de la Dirección General de Salud Pública y trabajadores de la asociación gitana UNGA. Este grupo hizo posible la confluencia de conocimientos de diferentes materias (salud, ciencias sociales, cultura gitana) y el establecimiento de puentes entre las diferentes partes implicadas. De ésta manera, la comunidad gitana fue protagonista en el germen de la idea y participó del proceso de generación de **la I Encuesta de Salud Infantil en Comunidad Gitana Asturiana (ESICGA 2014)** desde el diseño hasta la interpretación de resultados. Esta participación, que transforma una actividad cuasi-académica en una acción de salud comunitaria, es fundamental para el fin exitoso del programa.

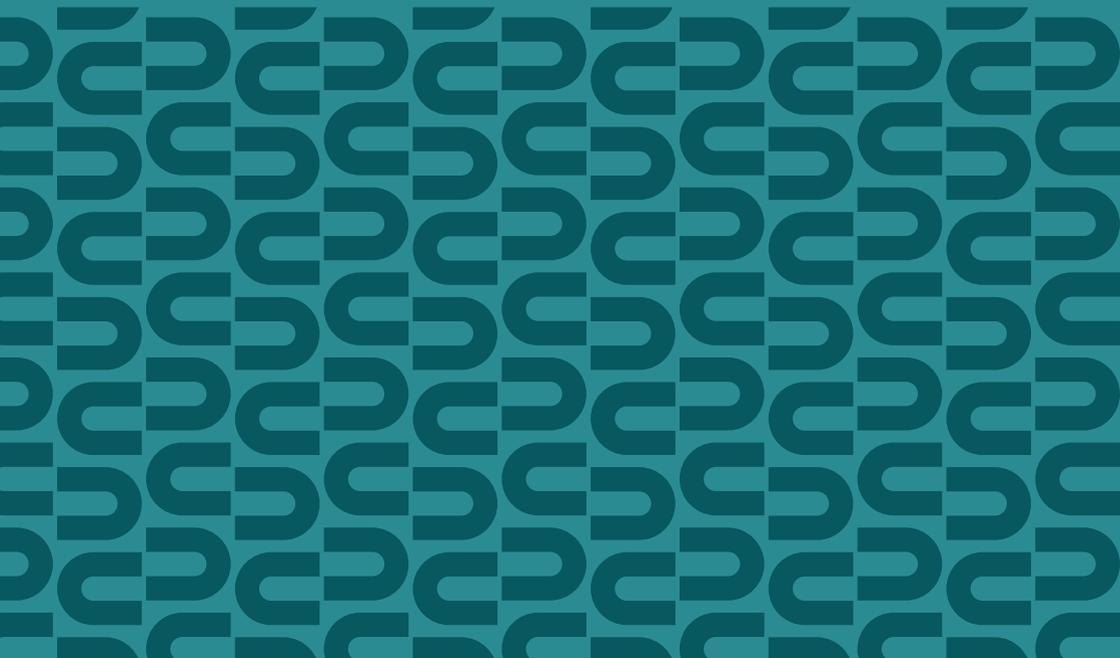
Por lo tanto, la Encuesta de Salud Infantil en Comunidad Gitana Asturiana 2014 que ahora presentamos es una iniciativa pionera en España y representa una aportación, esperamos que útil, para la generación de estrategias de intervención futuras. Pero también consideramos que puede ser una experiencia aprovechable a nivel metodológico para el diseño de encuestas prospectivas en salud en comunidades gitanas.

Por último, es necesario destacar que la base de todo el desarrollo metodológico y de su aplicación exitosa se basa en la generación de grupos de trabajo mixtos donde la participación de la propia comunidad gitana fue priorizada y fundamental para su éxito. Esta investigación es, por lo tanto, una actividad comunitaria de investigación-acción que se desarrolla buscando la transformación social, sin renunciar por ello al rigor científico. El diálogo igualitario y enriquecedor entre el personal investigador y el personal “investigado”, lejos de contaminar los resultados permite un acercamiento más fidedigno a la realidad así como la implementación de políticas y programas transformadores que mejoren la calidad de la salud de la comunidad gitana.

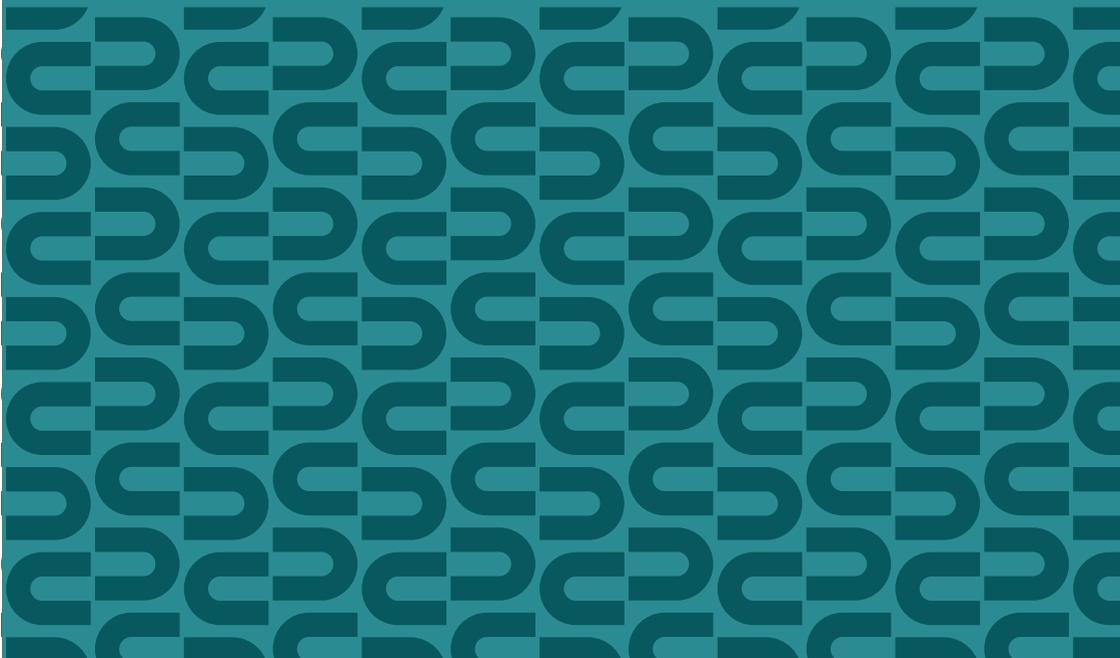
Julio Bruno Bárcena

Director General de Salud Pública





METODOLOGÍA



UNA ACTUACIÓN EN CONSONANCIA CON LAS POLÍTICAS PÚBLICAS DE NUESTRO ENTORNO

Las desigualdades sociales en salud son aquellas diferencias en salud injustas y evitables entre grupos poblacionales definidos social, económica, demográfica o geográficamente. Un número creciente de publicaciones ha descrito y analizado las desigualdades sociales en salud existentes en España por razón de clase social, género, etnia, territorio y país de origen. Estas desigualdades tienen un enorme impacto en la salud de la población y, por lo tanto, tienen que ser una prioridad de las políticas de salud pública y un eje transversal de las políticas sanitarias de nuestro país, siguiendo la línea trazada por los principales organismos internacionales y diversos países de nuestro entorno.

Para conseguir la reducción de las desigualdades, un primer paso es medirlas. Así lo pone de manifiesto el documento marco Avanzando hacia la equidad, propuesta de políticas e intervenciones para reducir las desigualdades sociales en salud en España, 2010. Éste documento de recomendaciones recuerda el papel de la etnia como factor de desigualdad en salud e insiste en la importancia de la investigación, de la vigilancia y de la evaluación como herramientas de mejora.

La ESICGA 2014, además de estar enmarcada dentro de una larga trayectoria de colaboración con diferentes asociaciones de la comunidad gitana asturiana y de políticas de mejora de la salud de dicha comunidad, responde también a los criterios y prioridades identificadas en políticas y estrategias a nivel nacional e internacional.

En primer lugar, en la aplicación de medidas para la consecución de los objetivos de la Estrategia Europa 2020, en el que se presentan actuaciones prioritarias como la “Participación de la Comunidad Gitana en todos los procesos de Intervención,

o Avanzar y profundizar en la investigación en salud de la Comunidad gitana” y que se concreta en la Estrategia Nacional para la Inclusión Social de la Población Gitana en España 2012-2020.

Por otro lado, el reciente Plan Nacional para la Inclusión Social 2013-2016 y sus desarrollos en Asturias, que recogen una variedad de medidas encaminadas a dar respuesta a las necesidades derivadas de la pobreza y la exclusión social que se han acentuado con la crisis económica. En tercer lugar, los nuevos programas operativos de los Fondos Estructurales y de Inversión para el periodo 2014-2020 que dan prioridad a objetivos de reducción de la inequidad de minorías étnicas en Europa. En último lugar, en la Estrategia Nacional de Promoción de la Salud y Prevención en el SNS, también con desarrollos equivalentes a nivel del Principado de Asturias.

En cualquier caso, el desarrollo de todas estas políticas se sustentan gracias al trabajo desarrollado por las corporaciones locales, que son las que están trabajado a diario con las comunidades más desfavorecidas, entre ellas las comunidades gitanas. Son la administración más cercana al ciudadano y la que mejor conoce el territorio. Sin la colaboración, el conocimiento y la confianza que inspiran los trabajadores y las trabajadoras sociales a nivel local, no se podría haber llevado a cabo ésta encuesta.

FICHA TÉCNICA

FICHA TÉCNICA DE LA ENCUESTA Y TRABAJO DE CAMPO:

Universo:

Población infantil de raza gitana y nacionalidad española (o que cumple los requisitos de residencia legal en España) con residencia en Asturias menor de 16 años de edad en el momento de la entrevista. Queda excluida la población institucionalizada, la población gitana de origen extranjero que aún no cumple los requisitos para la obtención de la nacionalidad española y/o itinerante.

La estimación de N se realizó en base a estudios previos como La Encuesta a Hogares de la Población Gitana. En http://www.cis.es/cis/opencm/ES/1_encuestas/estudios/ver.jsp?estudio=7820 y Mapa sobre vivienda y comunidad gitana en España 2006-07.

Diseño Muestral:

Diseño de muestreo aleatorio por conglomerados polietápico.

Criterio de selección muestral:

Muestreo casual o incidental en cada uno de los conglomerados (estratificados por situación socioeconómica de las familias que los componen) no proporcional a la población menor de 16 años cumplidos.

Selección de la muestra:

Por conglomerados en función de características socioeconómicas de los progenitores (Nivel de estudios, dedicación laboral y tipo de vivienda). Selección aleatoria de los conglomerados y posterior entrevista incidental a una cuota del universo de dicho conglomerado.

Entrevista (unidad informante):

Encuesta domiciliaria personal con reemplazo a padres, madres o personas tutoras de la población objeto.

Cuestionario:

Estructurado, cerrado y codificado. Se utilizó el mismo cuestionario (reducido) de la E

Fecha del trabajo de campo:

Formación de Encuestadores 12 y 14 de mayo de 2014 en la Dirección General de Salud Pública

Trabajo de Campo: 15 de mayo a 6 de junio de 2014.

Error:

Los intervalos de error generales con los que podemos trabajar a la hora de realizar una inferencia estadística son:

Para $p=q=50\%$ (0,5) y un nivel de confianza del 95, 5% ($< 5 \sigma$) el error estimado para el conjunto de la muestra es del $\pm 8.34 \%$. El error para niños máximo es de ± 11.62 y para niñas $\pm 12.08 \%$.

PROCESO DE TRABAJO

La Asociación Gitana UNGA y la Dirección General de Salud Pública del Principado de Asturias (DGSP), tras una larga trayectoria de colaboración en la mejora de los indicadores de salud de la comunidad gitana asturiana, acuerdan en el año 2013 la realización de una investigación cuantitativa sobre el estado de salud infantil de la comunidad gitana asturiana.

Este acuerdo implica el desarrollo de una metodología específica para la prospección del estado de salud de una comunidad con un número de población reducido pero extendido por todo el territorio, con características internas muy heterogéneas y de la que se carece de censo. Además, el desconocimiento de los usos y costumbres de ésta población puede dar pie a situaciones que no inviten a la colaboración en la solicitud de información que supone una encuesta.

Por éstas razones se decidió la creación de un Grupo de Trabajo Mixto compuesto por Trabajadores de la Asociación Gitana UNGA y Técnicos de la DGSP en el que la población gitana asturiana estuviera representada continuamente. El Objetivo de dicho grupo es el de coordinar todas las fases de la encuesta y de compaginar los aspectos técnicos con su adaptabilidad a las características de la comunidad gitana.



El grupo de trabajo constató la presencia de numerosos acercamientos cualitativos a la situación socioeconómica en general y sobre la salud en particular de la comunidad gitana en España. También, la existencia antecedentes exitosos de estudios prospectivos mediante encuesta para medir la situación de salud de la comunidad gitana adulta, pero hay una carencia sobre estudios cuantitativos sobre la salud de la infancia gitana en España.

A esta evidencia se añadió la experiencia de la DGSP en la elaboración de estudios cuantitativos sobre la salud poblacional y sobre la salud infantil en particular y se estableció el objetivo de realizar una encuesta específica para la comunidad infantil gitana cuyos resultados fueran comparables con los resultados de la población general con el fin de detectar diferencias y desigualdades. También se recalcó la importancia de buscar desigualdades dentro de la propia comunidad gitana ya que pese a su reducido tamaño es de una gran heterogeneidad.

Por último, se evidenció la importancia de contar con la comunidad gitana en todas las fases del proyecto, desde la iniciativa hasta la lectura de los resultados de la encuesta. Esta participación comunitaria en la investigación es la garantía del éxito de la misma, ya que facilita la colaboración de las familias gitanas y permite un acercamiento más veraz y completo a la realidad que se desea medir.

OBJETIVOS

Los objetivos del proyecto se concretaron en:

Objetivo principal:

- Conocer y monitorizar la salud percibida para la población infantil de la comunidad gitana asturiana, los hábitos o estilos de vida y la utilización de los servicios sanitarios.

Objetivos secundarios:

- Identificar los principales grupos a riesgo en la salud de la infancia de la comunidad gitana asturiana, en los hábitos de vida y en el acceso a los servicios sanitarios.

- Aportar información relevante para la priorización de intervenciones de mejora y promoción de la salud en la comunidad gitana asturiana.
- Validar una metodología de muestreo para obtener información fiable y operativa sobre un colectivo del que se carece de censo o registro.
- Analizar la información comparando resultados con la información disponible sobre salud en la infancia asturiana.

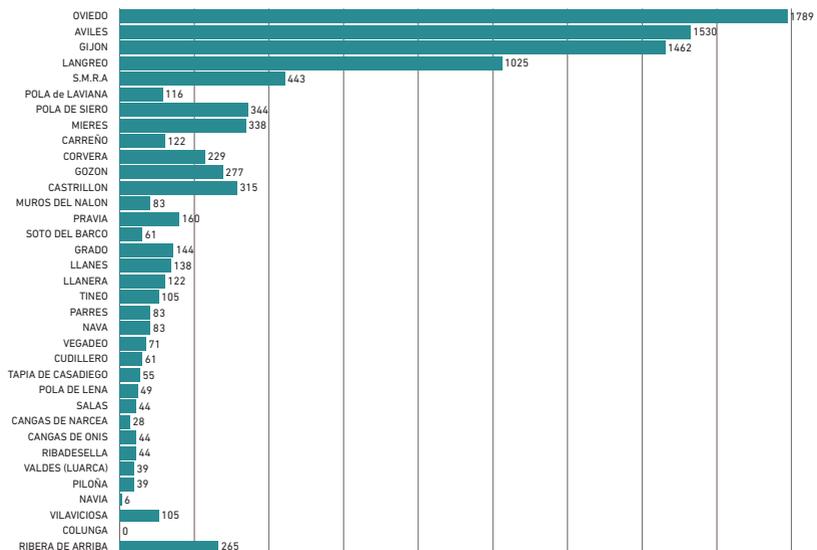
Sin llegar a ser una investigación-acción el grupo mixto fue consciente de la capacidad de intervención que puede generarse con un proyecto como éste y se decidió a no renunciar a ningún recurso. Para conseguir este aprovechamiento de recursos se pensó que la labor de encuestación podría ser parte de la formación de futuros educadores para la salud de la comunidad gitana.

Además también se pensó que podría ser interesante fomentar la ruptura de la dicotomía mujer-cuidado, y en concreto cuidado infantil. Para ello se estableció una estrategia para fomentar que fueran los padres o tutores masculinos los que contestaran a las preguntas sobre la salud de los niños y niñas y que las mujeres pudieran hablar con hombres sobre éste tema. Para ello se acordó que el equipo de trabajo de campo tuviera representantes de ambos sexos.

MAPA DE COMUNIDADES GITANAS

En base a estudios anteriores, como ‘La Situación de la Infancia Gitana en Asturias’ del Institutu Asturianu d’Atención Social a la Infancia, Familia y Adolescencia, y los datos disponibles en el Mapa sobre vivienda y Comunidad Gitana en España 2007 de la Fundación Secretariado Gitano, así como al conocimiento que de la comunidad gitana asturiana facilitó UNGA y los responsables de los Servicios Sociales de los Concejos Asturianos con presencia declarada de población Gitana.

Estimación de la Población Gitana por Concejo



Gráfica 1: Estimación de la Población Gitana por Concejo. Elaboración propia a partir de Mapa de Vivienda Gitana en España. FSG. 2007.

A partir de ésta información, se elaboró un mapa de comunidades gitanas en Asturias en el que se detectaron 116 Comunidades Gitanas en 35 Concejos asturianos.

Las Comunidades Detectadas fueron las siguientes:

Denominación Zona residencia	Concejo
La Carriona	Avilés
La luz	Avilés
La Magdalena	Avilés
Llaranes	Avilés
Nodo	Avilés
Versalles	Avilés
Villaalegre	Avilés
La Maruca	Avilés
Cavian	Avilés
Valliniello	Avilés
Cangas de Onis	Cangas de Onis
Cangas del Narcea	Cangas del Narcea
Chabolas Gasolinera	Cangas del Narcea
Carreño	Carreño
Candas	Carreño
Piedras Blancas	Castrillón
Piyarmo	Castrillón
San Martín de Lastra	Castrillón
Viviendas sociales junto al hospital de Jarrío.	Coaña
Colunga	Colunga
La Isla	Colunga
Cancienes	Corvera
Las Vegas	Corvera
Los Campos	Corvera
Trasona	Corvera
Cancienes	Corvera
El Castro	Cudillero

Denominación Zona residencia	Concejo
Las Dueñas	Cudillero
Cuatro Caminos	Gijón
El Polígono	Gijón
La Calzada	Gijón
Nuevo Gijón	Gijón
Tremañes	Gijón
Muselín	Gijón
Puente Seco	Gijón
La Camocha	Gijón
Luanco	Gozón
La Paxarada	Gozón
Las Carboneras	Gozón
Santa Ana	Gozón
Camino Paxarada	Gozón
Chabolas Santa Ana	Gozón
Grado	Grado
Grado (San Pelayo)	Grado
La Felguera	Langreo
Villa	Langreo
La Felguera *	Langreo
Lada	Langreo
Villa	Langreo
Peñarubia	Langreo
Ciaño	Langreo
La Casa Nueva	Langreo
Laviana	Laviana
Barredos	Laviana
Laviana	Laviana
Los Chicharros	Llanera

Denominación Zona residencia	Concejo
Posada de Llanera	Llanera
Lugones	Siero
Llanes	Llanes
Batán	Mieres
Mieres	Mieres
Rioturbio	Mieres
San Pedro	Mieres
Santullano	Mieres
Ujo	Mieres
Ablaña	Mieres
San Esteban de Pravia	Muros del Nalón
Barrio de la Junquera (San Esteban de Pravia)	Muros del Nalón
Viviendas sociales bloques salida de Nava	Nava
Trubia	Oviedo
Ventanielles	Oviedo
El Palais	Oviedo
La Corredoria	Oviedo
Olloniego	Oviedo
San Lázaro (Otero)	Oviedo
Trubia *	Oviedo
Ventanielles	Oviedo
Anieves	Oviedo
El Cascayu	Oviedo
Piedra Muelles	Oviedo
Colloto	Oviedo
Puente Nora	Oviedo
San Esteban de las Cruces	Oviedo
Viella	Oviedo
Lugones	Oviedo
Puente Nora	Oviedo
Viella	Oviedo
Arriendas	Parres

Denominación Zona residencia	Concejo
Infiesto	Piloña
Villamayor	Piloña
Pola de Lena	Pola de Lena
Cadariezo	Pravia
La Fontana	Pravia
Zona Centro	Pravia
Monte Somos	Ribadesella
Ribera de Arriba	Ribera de Arriba
Salas	Salas
Munco	Siero
Olof Palmer	Siero
Lugones	Siero
Nuevas Viviendas Sociales	Siero
Olof Palmer *	Siero
Granda (La Sierra)	Siero
Blimea	SMRA
El Entrego	SMRA
Sarrazo	SMRA
Sotroñdío	SMRA
Soto del Barco	Soto del Barco
Tapia	Tapia de Casadiego
Tineo	Tineo
Almunia (Luarca)	Valdés
Vegadeo	Vegadeo
Villaviciosa	Villaviciosa
Prefabricados en Cazanes	Villaviciosa
Venta del Gallo	Llanera

UNA COMUNIDAD PLURAL Y DOS ESCENARIOS POSIBLES

Las referencias generales a la comunidad Gitana resaltando las diferencias culturales con respecto a la población general, generan una perspectiva de unidad dentro de ésta.

Sin embargo todos los acercamientos serios a la comunidad gitana revelan una gran heterogeneidad interna marcada por diferencias sociales y culturales según el origen de la familia, la educación, la actividad económica a la que se dediquen, la ubicación física de la vivienda, los recursos sociales a los que tienen acceso, etc.



Ilustración 1: Determinantes de salud en la comunidad gitana. Fuente: La situación de la infancia gitana en Asturias. Instituto Asturiano de Atención social a la infancia, familias y adolescencia del Principado de Asturias. 2011.

En cada uno de las comunidades se trató de identificar diferencias por estrato social según un modelo teórico preestablecido y bajo la hipótesis de que el estado de salud y los hábitos de vida saludables estarían marcados por aspectos socioeconómicos y culturales.

La Clasificación socioeconómica diseñada en el modelo teórico se basó en las diferencias de ingresos, actividad económica y tipo de vivienda, estableciéndose 5 grupos socioeconómicos nombrados como A, B, C, D y E. Por lo tanto, para tomar la muestra representativa de la comunidad infantil gitana se contó con un mapa en el que se marcaron todas las comunidades conocidas clasificadas por su situación socioeconómica y un porcentaje teórico del peso que la población infantil gitana con respecto al total.

A	Vivienda normalizada desde hace más de 15 años.
	Trabajo estable en venta ambulante. (El ingreso principal en el hogar es proveniente del trabajo aunque se complete con ayudas sociales).
	Media de hijos, 2-3.
B	Vivienda normalizada desde hace más de 15 años.
	Ingresos (Servicios sociales complementados con actividades remuneradas. La diferencia fundamental entre el grupo A y el grupo B es que la actividad remunerada no es necesariamente estable ni está regularizada.).
C	Media de hijos, 3.
	Ciudades promocionales. Barrios exclusivos de Gitanos hechos para Gitanos. (Generalmente aislados). Infraviviendas.
	Aparecen familias numerosas (hasta 6 hijos). Media de hijos estimada 5.
D	Colaboran con programas de Servicios Sociales.
	Los ingresos fundamentales son las ayudas sociales complementadas con actividades como la recogida de cartón o chatarra y otras actividades eventuales.
	Alquileres de infraviviendas.
E	Problemas de estructura social.
	Reciente ubicación (inferior a 15 años). Los ingresos dependen de servicios sociales complementados con reciclaje, recogida de cartón o chatarra y actividades marginales como el menudeo.
E	Invisibles o Itinerantes.
	Vivienda en chabola, tiendas o furgonetas/campamentos.

Posteriormente se recogió una muestra representativa de cada grupo socioeconómico y se ponderó el peso de la muestra con el peso teórico de la población menor de 16 años de cada uno de los grupos. En este punto se abrieron dos escenarios posibles con coincidencias y divergencias entre ellos.

Ambos escenarios recogen la idea de que desde la década de los 90 del siglo XX, la comunidad gitana asturiana vive mayoritariamente en viviendas normalizadas e integradas en las diferentes comunidades o concejos de referencia. Los ingresos por actividades, también de manera mayoritaria, son mixtos. Por un lado salario social y por otro lado ingresos regulares bien sean por venta ambulante (Grupo A), o por otro tipo de actividades más estacionales como la recogida de cartón o chatarra, mercadillos, caracoles, programas de empleo municipales, construcción, servicios, etc. (Grupo B).

Otro aspecto fundamental es la media de hijos por cada grupo social. Otro espacio compartido por ambos escenarios son unas altas tasas de natalidad y fecundidad (llegando a una media estimada de 4.5 criaturas/mujer para toda la comunidad, pero con comportamientos desiguales por estrato social. Los grupos sociales A y B experimentan un comportamiento más cercano a la comunidad mayoritaria, reduciendo sus tasas de natalidad y de fecundidad y aumentando la edad media de casamiento y del primer hijo/a.

Como resultado obtenemos dos escenarios posibles.

Estrato Social	Peso relativo estimado del grupo social con respecto a toda la comunidad %	Media de hijos estimada	Peso relativo de la población menor de 16 años de cada estrato social con respecto a la población menor de 16 años total %		Muestra %
			ESCENARIO 1	ESCENARIO 2	
A	30	2-3	25	25.6	16
B	40	3-4	30.4	39.4	31,4
C	13	4-6	20	15.4	17,3
D	10	5-6	15	12.6	21,8
E	7	5-6	9.6	7	13,5
TOTAL	100	4,5	100	100	100

Tabla 1: Estimación de la población de la comunidad gitana menor de 16 años por estrato social. Dos escenarios posibles.

Ambos escenarios son muy similares, con una preeminencia de los grupos sociales A y B. El ESCENARIO 1 da más importancia al descenso de la fecundidad en

los grupos sociales más altos de la comunidad gitana mientras que el ESCENARIO 2 parte de la idea de que las diferencias en el comportamiento no son tan altas.

La orquilla de resultados comparando ambos escenarios no es muy grande y no afecta en ningún caso a las conclusiones principales en cada uno de los apartados estudiados. La explotación que presentamos en el presente informe se refiere en exclusiva al ESCENARIO 1. En el futuro publicaremos una comparativa entre ambos escenarios.

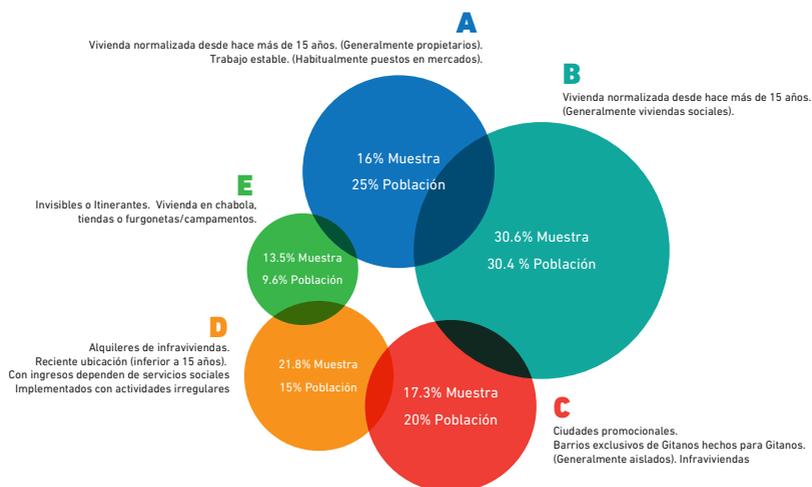


Ilustración 2: Relación entre muestra y Población menor de 16 años según estimación teórica utilizada de cada uno de los grupos socioeconómicos. ESCENARIO 1.

UNIVERSO DE ESTUDIO. ACERCAMIENTO A LA POBLACIÓN GITANA ASTURIANA MENOR DE 16 AÑOS

La carencia de censo supone también un problema a la hora de definir las características de la Población Objetivo del presente estudio. A priori se desconoce el número de niños y niñas menores de 16 años, así como su distribución por el territorio y por estrato social. Para la determinación de la muestra y el cálculo de los correspondientes márgenes de error, es necesario cuantificar el universo de la encuesta. Nuestro universo de referencia será la Población Gitana de entre 0 y 15 años de edad, de nacionalidad española o en situación asimilable.

Las diferencias entre las características de la población gitana con respecto a la población mayoritaria (según coinciden las aproximaciones más recientes como la *Encuesta del CIS a Hogares Gitanos 2007* o la *D'ALEPH/FSG 2008*) son; una menor edad media (con diferencias de entre 12 y 18 puntos), un mayor peso relativo de los grupos de edad de entre los 0 y los 15 años y un mayor peso de hombres que de mujeres en la población total. Además, según ÁLVAREZ (2011), en la estructura por edades destaca la enorme relevancia de la juventud en la población gitana, frente a una población española general envejecida.

Para la estimación del universo, se ha tomado en consideración la proporción de la población gitana en Asturias, obtenida en diversas encuestas como el *Mapa sobre la Vivienda y Población Gitana en España 2007* y *El Empleo en la Población Gitana del Principado de Asturias. Un Estudio Comparado 2009*. En ambos casos indican que el porcentaje de la población gitana en Asturias se aproximaría al 0,87%.

Aplicando dicho porcentaje al conjunto de la población empadronada en Asturias a 1 de Enero de 2014, se obtiene una estimación que cuantifica el total

de población gitana en Asturias en 8.600 personas. Para conocer el volumen del grupo menor de 16 años, se ha aplicado proporcionalmente la distribución por edades de la pirámide de población obtenida en la encuesta del CIS a *Hogares de Población Gitana 2007*.

Las estimaciones finales son las siguientes:

Estimación del Universo de Estudio

Población Total Asturiana (*)	TOTAL	1061756	Población Total Asturiana menos de 16 años (*)	TOTAL	123523
	HOMBRES	507927		NIÑOS	63341
	MUJERES	553829		NIÑAS	60182
Población Total Asturiana (**)	TOTAL	86002	Población Total Asturiana menos de 16 años (***)	TOTAL	31821
	HOMBRES	43861		NIÑOS	15910
	MUJERES	42141		NIÑAS	15910

(*)Fuente: INE Padrón Continuo 1 de enero de 2014

(**)Fuente: Estimación propia a partir de datos del Mapa sobre Vivienda y Comunidad Gitana 2007

(***)Fuente: Estimación propia a partir del peso de la población gitana menor de 16 años recogido en la encuesta de CIS a Hogares Gitanos 2007 y el cálculo de población gitana total residente en Asturias.

Tabla 2: Estimación del Universo de Estudio.

CARACTERÍSTICAS DE LA ENCUESTA ESICGA 2014-10-27

En total se realizaron 134 encuestas (133 válidas) a los progenitores de menores de 16 años de etnia gitana residentes en Asturias y con nacionalidad española o situación asimilable.

Al carecer de censo, se ideó una formulación de muestreo polietápico basado en clusters. En cada Cluster se diseña un muestreo por cuotas basado exclusivamente en una clasificación socioeconómica de las familias gitanas. Dicha estratificación, fruto del modelo teórico de la comunidad gitana asturiana diseñado en el grupo de trabajo mixto, debería permitirnos acceder a todas las tipologías de familia gitana haciendo más representativa la muestra. El sistema de selección de la entrevista fue incidental. La cuota marcada buscaba la posibilidad de triangulación de los datos de cada uno de los grupos socioeconómicos y trabajar con muestras no-pequeñas ($n > 30$) para los ejes SEXO, EDAD y CLASIFICACIÓN SOCIOECONÓMICA.

El diseño de la investigación se realizó para poder trabajar con muestras no pequeñas (> 30 por estrato económico) y niveles de confianza inferiores al 5% en todas las desagregaciones (sexo, tramo etario y estrato socioeconómico).

Para lograrlo se realizó un trabajo de recopilación de toda la literatura científica relacionada con los objetivos del proyecto y se estableció un grupo de trabajo de intercambio de conocimientos de muestreo y de cultura gitana en Asturias. Fruto de dicho trabajo se estableció una estratificación de la población gitana por estrato socioeconómico (a la que nos hemos referido anteriormente) de las familias, la comunidad en la que vivían, su ubicación y el número de personas que la componen con la idea de que éstas características junto con la edad y el sexo marcarían diferencias en los hábitos saludables y en los resultados en salud. Sin embargo, los resultados preliminares no nos permitieron corroborar dicha afirmación y, consecuentemente, no podemos reducir el nivel de incertidumbre

teórico de una muestra aleatoria. Por esta razón los intervalos de error con los que podemos trabajar a la hora de realizar una inferencia estadística son muy amplios. Estos son :

Para $p=q=50\%$ (0,5) y un nivel de confianza del 95, 5% ($< 5 \sigma$) el error estimado para el conjunto de la muestra es del $\pm 8.31 \%$. El error para niños máximo es de ± 11.62 y para niñas $\pm 12.08 \%$.

Sin embargo, se puede trabajar con márgenes de error reducidos en variables concretas. Para ello, en los capítulos más relevantes de la explotación de datos, se crea un apartado de inferencia estadística en la que se detallan las pruebas estadísticas realizadas para llegar a las aseveraciones más concretas.

En cualquier caso, el valor del presente trabajo radica fundamentalmente en la orientación que los datos nos permiten dar a nuestra acción de promoción de la salud y reducción de las inequidades y no tanto en la precisión científica de los datos aportados, independientemente de que podamos defender la solvencia de los mismos con las limitaciones ya detalladas.

TRABAJO DE CAMPO

El trabajo de campo se realizó entre el 15 de mayo y el 6 de junio de 2014, dividiéndose en 8 jornadas de trabajo. La Durante la primera jornada (Oviedo) se realizó el pilotaje de la encuesta.

La formación de los/as entrevistadores/as se realizó entre el 12 y el 14 de mayo. Después del trabajo de campo hubo una nueva jornada de trabajo para recoger todas las incidencias e impresiones generadas durante el proyecto.

Los primeros resultados se presentaron el 26 de junio de 2014.

CRONOGRAMA ENCUESTA SALUD INFANTIL EN COMUNIDAD GITANA ASTURIAS 2014

	MAYO 2014							JUNIO 2014				
	12	14	15	19	21	26	27	3	5	6	10	26
Formación	[Barra de color naranja]											
Encuestas Mercado El Fontán			[Barra de color azul]									
Encuestas zona centro				[Barra de color azul]	[Barra de color azul]							
Encuestas zona cuencas						[Barra de color azul]						
Encuestas zona este							[Barra de color azul]	[Barra de color azul]				
Encuestas zona oeste									[Barra de color azul]	[Barra de color azul]		
Reunión con encuestadores											[Barra de color naranja]	
Resultados preliminares												[Barra de color naranja]

Tabla 3: Cronograma de Trabajo de Campo.

Para facilitar el trabajo de campo, las comunidades se agruparon por cercanía geográfica y se sorteó al azar un orden de visita con los siguientes condicionantes:

- Por cada nivel socioeconómico se recogerán entrevistadas de, al menos, 3 comunidades de zonas geográficas diferentes.
- Por cada nivel socioeconómico se alcanzarán al menos 30 entrevistas. (Salvo para los grupos extremos, A y E).
- No se establece ninguna cuota (ni tan siquiera por sexo o por edad).

El resultado fueron 5 rutas que recorrían comunidades gitanas cercanas de diferentes estratos socioeconómicos y que recorrían Oviedo, la Zona Centro de Asturias, la zona de la Cuenca del Nalón, la Zona Este y la Zona Oeste. Se estableció un pilotaje de la encuesta en Oviedo.



Ilustración 3: Ruta del trabajo de campo a nivel de Concejo.



RECOGIDA DE LA INFORMACIÓN

TIPO DE ENCUESTA

El diseño del cuestionario se realizó por parte del Grupo de Trabajo Mixto y se basó en el cuestionario de la Encuesta de Salud Infantil en Asturias 2009. Se simplificaron algunas preguntas y se eliminaron otras que por la reducida muestra con la que se pretendía trabajar no iban arrojar en ningún caso información relevante.

PROCEDIMIENTO DE TRABAJO

Todos los/as entrevistadores/as se trasladaban juntos hasta una comunidad siguiendo una de las rutas. En ese momento tratan de contactar con alguna familia gitana con menores de 16 años y se solicita su colaboración por un lado para que respondiera a la encuesta y por otro lado para que dirigiera al resto de entrevistadores/as hacia otras familias gitanas de la comunidad.

Las entrevistas se realizaban para toda la unidad familiar. Esto implica que se recogía información sobre todos los menores de 16 años que componen el hogar. Cada menor representa un caso y se recoge en un cuestionario diferente anotando la relación entre ellos. La entrevista estaba preparada para desarrollarse como una conversación coloquial sobre la salud de los menores y sobre sus hábitos y costumbres. El lenguaje se adaptada a los conocimientos de la persona interlocutora.

Las personas informantes pueden ser los padres, las madres o quien cuide habitualmente de los niños o niñas. El equipo de trabajo de campo estaba compuesto además por un/a técnico/a de la DGSP para solventar problemas metodológicos y un/a técnico/a de UNGA

SITUACIONES ESPECIALES

A lo largo del trabajo de campo, nos encontramos situaciones especiales:

Horarios: Los horarios en los que encontrar a familias gitanas dispuestas a colaborar en una situación cómoda son limitados y no se corresponden con los horarios laborales habituales. Fue necesario un proceso de adaptación paulatina.

Acceso: El acceso comunidades con algún grado de aislamiento por parte del equipo de trabajo de campo levantó ciertas suspicacias. Para superarlas se utilizaron las siguientes estrategias:

- Búsqueda de familiares, colaboradores o conocidos de UNGA para presentarse y explicar el proyecto antes de iniciar las entrevistas.
- Localización del patriarca de la comunidad para solicitar su colaboración.
- Acompañamiento por el/la trabajador/a social del Concejo para que realizara labores de mediación con la comunidad. En todos los casos la reacción de las comunidades fue muy positiva y la colaboración exitosa. **Luto:** En algunas familias nos encontramos con situaciones de luto por fallecimiento de algún familiar. En esa situación se acordó respetar el luto y volver a realizar las entrevistas en otra fecha.

Conflicto: Para una correcta gestión de conflictos se acordó no forzar ninguna colaboración y mantener siempre una actitud de respeto. Todas las familias que cumplían las condiciones de ser informantes colaboraron con la encuesta. La excepción provino de una comunidad en la que recientemente se produjo una intervención de los servicios sociales y protección de la infancia. Dicha comunidad fue sustituida por la siguiente de la ruta con similares características socioeconómicas.

Movilidad: Otro problema habitual fue trabajar con información no actualizada sobre la residencia de las comunidades (fundamentalmente con las del grupo E) o cambios en el tipo de vivienda o de situación laboral.

Tabús: El clima de confianza durante la entrevista era fundamental para que las familias hablaran abiertamente de problemas de salud de sus niños y niñas. Para conseguirlo se prepararon una serie de entradas y comentarios a realizar por parte de los/as entrevistadores/as antes las preguntas más conflictivas. El objetivo sería incrementar el nivel de confianza y favorecer una respuesta sincera sin orientar el resultado.

Recelos: Otra razón de la importancia de generar un ambiente de confianza es el miedo a que la información sobre sus niños y niñas provocara una intervención de servicios sociales y protección de la infancia. Para ello se recalcó mucho el origen de la Encuesta, su finalidad y la absoluta confidencialidad. También se insistió en el objetivo de mejorar la salud de la infancia gitana en general.

Género: El cuidado de los niños y niñas recae fundamentalmente sobre la mujer gitana. Esta situación se repite entre la población en general, pero eso no implica que haya que renunciar a una intervención en dicho tema. Además, existen ciertas reticencias a que mujeres y hombres hablen sobre temas de cuidados. Para intentar romper estos estereotipos se incluyó entre el personal entrevistador a un hombre con un doble objetivo, facilitar a padres que actuaran de informantes y normalizar el hecho de que las madres hablaran sobre el cuidado de los niños y niñas con un hombre.

FORMACIÓN

Para la realización de las entrevistas se selecciona y forma a los/las entrevistadores/as, seleccionados por UNGA de etnia gitana. La fase de formación de los/las encuestadores/as se transformó en un proceso crítico para el éxito del proyecto. Se realizó entre el 12 y 14 de mayo de 2014 en la Dirección General de Salud Pública

La formación debería comprender los objetivos de la entrevista, y la justificación necesaria de ella al/a la entrevistado/a, recalando la confidencialidad de los datos aportados. Se formaron, asimismo, evitando que el/la entrevistador/a diese su opinión o llegase a discutir o discrepar con el /la entrevistado/a. Cada entrevista estaba adecuadamente controlada en su calidad, cantidad y discrepancias. Para ello se definió un protocolo de la entrevista, que debía ser seguido obligatoriamente por el/la entrevistador/a.

Pero en realidad el proceso de formación de los/las encuestadores/as se transformó en una negociación con las personas participantes de todos los protocolos preparados. La comunicación y el intercambio de información fue horizontal y no lineal. Se pactaron protocolos especiales y se modificaron actitudes y aclaraciones a preguntas del cuestionario para que fueran comprendidas (y no malinterpretadas) por la comunidad gitana. El proceso de formación finalizó con un pilotaje de la encuesta en la primera jornada del trabajo de campo en el que se comprobó la comprensión, los tiempos y la efectividad de las estrategias desarrolladas. La evaluación del pilotaje fue muy satisfactoria y se pasó automáticamente a la siguiente fase del cronograma.

Por último, se programó una jornada de trabajo con los/as entrevistadores/as donde se recogieron las incidencias e impresiones de todo el proyecto.

PROCESO DE TRABAJO

El proceso de trabajo de esta iniciativa comunitaria respetó en todo momento los principios técnicos de una recogida de información mediante encuesta pero con un dialogo continuo con la comunidad objeto de estudio. Este dialogo se concretó en una adaptación constante de las estrategias de acercamiento y en un enriquecimiento mutuo.

PROCESO DE TRABAJO COMUNITARIO PARA LA REALIZACIÓN DE UNA ENCUESTA DE SALUD INFANTIL EN COMUNIDAD GITANA. 10 PASOS

1	ESTABLECIMIENTO DE COMISIÓN MIXTA DE TRABAJO La participación de la comunidad gitana está presente desde el inicio mismo del proceso, siendo ésta quien solicita a la DGSP la realización de una encuesta y participando tanto en los objetivos como en proceso técnico. Esta participación se concreta en la generación de un grupo que liderará todas las fases del proyecto y que está compuesto por personal técnico, representantes de asociaciones gitanas y personas de etnia gitana. De ésta manera el aprendizaje es colectivo.
2	GENERACIÓN DE UN MAPA DE COMUNIDADES GITANAS ASTURIANAS Se identifican y mapean todas las poblaciones y asentamientos donde hay familias gitanas. Sin límite mínimo de población ni de viviendas o familias gitanas. También se trata de mapear los asentamientos ilegales o temporales. Se cuenta con la colaboración de la comunidad gitana y de los ayuntamientos asturianos.
3	TIPIFICACIÓN DE LAS COMUNIDADES SEGÚN CARACTERÍSTICAS SOCIOECONÓMICAS (VIVIENDA Y EMPLEO) Y CULTURALES Se establecen criterios para estratificar a las familias. En nuestro caso por razones de vivienda, empleo y nivel cultural, adaptados siempre a la realidad cultural gitana. El diseño técnico del muestreo deberá prever alcanzar muestras de todas las tipologías de familias identificadas.
4	CUESTIONARIO Cuestionario basado en encuestas de salud infantil de referencia. El cuestionario se basó en la Encuesta de Salud Infantil Asturias 2009, pero se pactó con la comunidad gitana adaptando el lenguaje, los tiempos y las fórmulas introductorias.

5	<p>SELECCIÓN DE EDUCADORES DE SALUD – ENCUESTADORES Y FORMACIÓN</p> <p>Selección de Educadores de Salud Gitanos para la realización del trabajo de campo. El proceso de formación incluye conceptos de salud y el cuestionario sobre el que van a trabajar, pero también se cuenta con su participación para prever estrategias de contacto, de generación de climas de confianza, de explicación de las preguntas más técnicas, etc. En ésta fase el aprendizaje vuelve a ser colectivo. Los encuestadores visitan diferentes poblaciones gitanas y diferentes realidades de su comunidad. Se conocen e interactúan con ellas, siendo también parte de su formación como Educadores de Salud.</p>
6	<p>TRABAJO DE CAMPO</p> <p>Se sortean las comunidades a visitar. Se marca un cupo de entrevista por estrato social. No se marca cupos ni por sexo ni por edad (los resultados de sexo y edad servirán para validar la representatividad de la encuesta). De cada estrato social deben visitarse al menos tres poblaciones.</p> <p>Se visita colectivamente a la primera población seleccionada. Se contacta con ella a través de una familia, un líder comunitario, una trabajadora social, etc. En el momento en el que se cubre el cupo de esa población se pasa a la siguiente población del itinerario. En caso de no cubrirse el cupo deberá visitarse otra población con la misma clasificación socioeconómica.</p>
7	<p>ENTREVISTA</p> <p>Muestreo causal en cada uno de las poblaciones. Se contacta con la primera familia y se le solicita que conteste a un cuestionario por cada hijo o hija que cumpla con los requisitos (sin límite de hijos o hijas) y que nos dirija a otras familias gitanas de la población.</p> <p>El tono de la entrevista es coloquial y cercano. Para los casos en los que se contesta a más de un cuestionario se van haciendo preguntas sobre los diferentes niños/niñas por orden de edad y las respuestas las van anotando diferentes encuestadores.</p>
8	<p>ANÁLISIS-INTERPRETACIÓN DE RESULTADOS</p> <p>Análisis estadístico convencional.</p> <p>La distribución de sexo y edad puede validar el diseño del muestreo o indicar la necesidad de ampliarlo.</p>
9	<p>PRESENTACIÓN DE LOS RESULTADOS</p> <p>Los resultados se devuelven a la población objeto de estudio y se debate la capacidad de representación de la comunidad en su conjunto o de subgrupos de dicha comunidad.</p> <p>También se debaten las necesidades en salud detectadas y las líneas de intervención prioritarias en base a los resultados obtenidos y a las impresiones de dichos resultados.</p>
10	<p>APORTACIONES</p> <p>Indicadores de Salud, de Uso de Servicios Sanitarios, de Estilos de Vida, etc.</p> <p>Identificación de Brechas de desigualdad (entre niños y niñas, entre diferentes grupos socioeconómicos, etc).</p> <p>Detección de necesidades.</p> <p>Priorización de líneas de intervención en materia de Salud Infantil</p> <p>Empoderamiento de la comunidad para la generación de información sobre su propia salud Formación de líderes comunitarios en salud</p> <p>Generación de debate sobre la salud en términos de determinantes sociales, intervenciones poblacionales, equidad, igualdad de género, estilos de vida, etc.</p>

Los periodos de Formación fueron fundamentales en todo el proceso. Se establecieron programas que compaginaban la formación en conceptos de salud y de cultura gitana. La formación fue siempre bidireccional.

Éste proceso de trabajo lo consideramos reproducible y válido tanto para otras poblaciones gitanas como para poblaciones excluidas o en riesgo de exclusión de las que no se disponga de censo.

INDICADORES DE PROCESO

Distribución por sexo y Edad: No se estableció ningún tipo de cupo a características como sexo y edad obteniéndose datos muy cercanos a lo predecible (Niños 51.9, Niñas 48.1) (de 0 a 2 años 24,2%; de 3 a 5 años 20,5%; de 6 a 10 años 31,8%; de 11 a 15 años 23,5%). La distribución de la muestra en base a características predecibles pero no incluidas en los cupos muestrales (sexo y edad) avalan la validez de la muestra.

Tasa de Reposición: Prácticamente nula. Tan solo una de las comunidades contactadas no fue localizada y fue sustituida por la siguiente comunidad con características similares. Todas las comunidades localizadas accedieron a colaborar. Una vez iniciado el proceso de captación de informantes en cada comunidad, se consiguió la colaboración de todas las familias contactadas con menores de 16 años.

Tasa de respuesta al cuestionario: La mayor tasa de no-respuesta se dio en el apartado de Salud Mental. Un 11% de los o las informantes se negaron a participar en éste apartado y un 30% se negó a responder a alguna de las cuestiones del test. Esto no implicó la anulación del cuestionario, únicamente de la parte de Salud Mental. La tasa de respuesta excluyendo el apartado de Salud Mental fue superior al 98%.

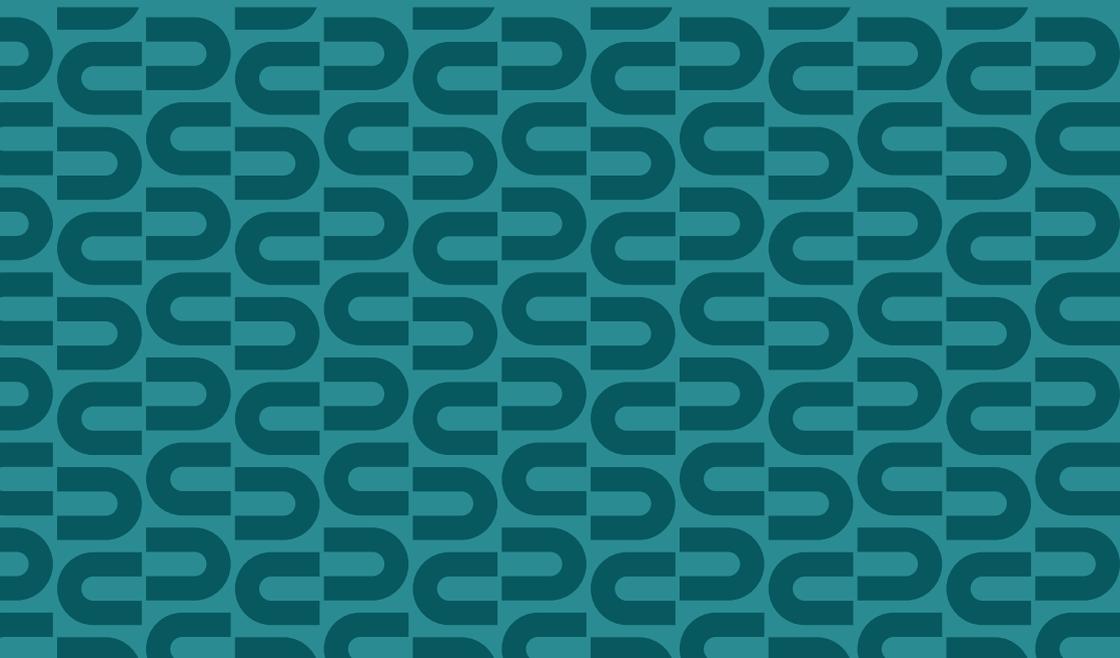
APORTACIONES AL DEBATE DE LA SALUD INFANTIL DESDE UN PUNTO DE VISTA DE DETERMINANTES DE SALUD Y SALUD COMUNITARIA

La I Encuesta de Salud Infantil en Comunidad Gitana, Asturias 2014 supone un trabajo pionero en España tanto por ser la primera encuesta orientada a conocer la salud de los niños y las niñas gitanas, como por proponer una metodología participativa y comunitaria.

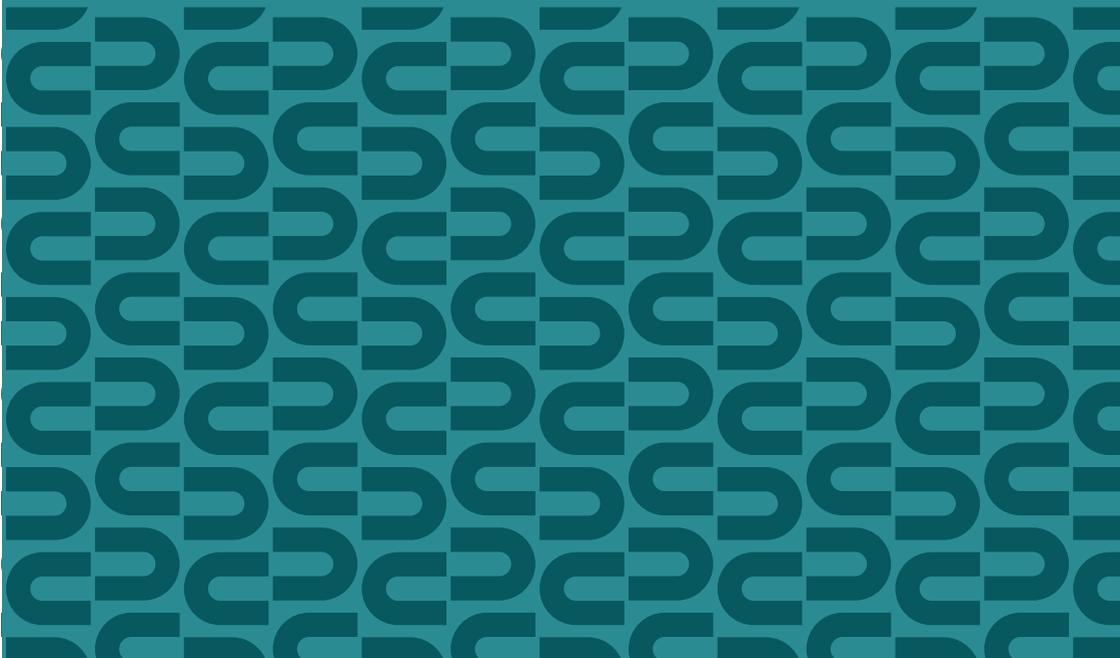
Es, por lo tanto, un punto de partida que permite orientar la acción y posteriormente monitorizar de nuevo la salud de la infancia gitana asturiana y analizar así su evolución. Midiendo avances y retrocesos. También identifica espacios de salud en los que habría que aumentar la investigación para conocer las razones de los malos resultados (como es el caso de la salud mental).

Pero, a nuestro modo de ver, una de las aportaciones más valiosas es la validación de una metodología para obtener información fiable y operativa sobre un colectivo sobre el que pesa una imagen de receloso y protector de su intimidad y, por lo tanto, poco colaborador con estrategias de encuesta. Nuestra experiencia viene a negar dicha imagen y aporta un procedimiento de muestreo que solventa los contratiempos técnicos y culturales además de demostrar que es factible la utilización de este tipo de herramientas entre la comunidad gitana.

Esta participación comunitaria en la investigación es la garantía del éxito de la misma, ya que facilita la colaboración de las familias gitanas y permite un acercamiento más veraz y completo a la realidad que se desea medir.



RESULTADOS



FRECUENCIAS DE LA MUESTRA

FRECUENCIAS DE LAS ENTREVISTAS POR SEXO Y EDAD DEL/LA MENOR

Sexo del/la menor

	n	%
Niños	69	51,9
Niñas	64	48,1
Total	133	100,0

Edad del/la menor

	n	%
De 0 a 2 años	32	24,2
De 3 a 5 años	27	20,5
De 6 a 10 años	42	31,8
De 11 a 15 años	31	23,5
Total	132	100,0

FRECUENCIAS DE LAS ENTREVISTAS SEGÚN LOS DATOS DE LA PERSONA INFORMANTE

Sexo del informante

	n	%
Hombre	19	14,3
Mujer	114	85,7
Total	133	100,0

P4. ¿Qué relación mantiene con el/la niño/niña?

	n	%
Padre	19	14,3
Madre	85	63,9
Tutor/a	1	0,8
Hermano/a	3	2,3
Abuelo/a	23	17,3
Otros familiares	2	1,5
Total	133	100,0

FRECUENCIAS DE LAS ENTREVISTAS SEGÚN EL NÚMERO DE CONVIVIENTES CON EL/LA MENOR

P9total. ¿Cuántas personas viven con el/la niño/a en el mismo hogar de manera habitual? (excluyendo el niño o niña)

	n	%	Porcentaje acumulado
3,00	18	14,2	14,2
4,00	50	39,4	53,5
5,00	21	16,5	70,1
6,00	28	22,0	92,1
7,00	2	1,6	93,7
8,00	7	5,5	99,2
14,00	1	0,8	100,0
Total	127	100,0	

FRECUENCIA DE LAS ENTREVISTAS SEGÚN DATOS DE LOS PROGENITORES

P11m2. ¿Cuáles son los estudios más altos que ha terminado la madre o tutora del niño o niña?

P11p2 ¿ Y el padre?

	n	%	n	%
Sin estudios	115	89,1	108	85,7
Estudios primarios o equivalentes	14	10,9	14	10,9
Total	129	100,0	129	100

P12r1. ¿Cuál es la situación laboral del padre o tutor a día de hoy?

	n	%	Porcentaje acumulado
Trabajando de forma regular	31	24,2	24,2
Trabajando de forma irregular	14	10,9	35,2
Buscando trabajo	1	0,8	35,9
En desempleo	48	37,5	73,4
Jubilado/a o pensionista	9	7,0	80,5
Retirado por problemas de salud	24	18,8	99,2
Institucionalizado	1	0,8	100,0
Total	128	100,0	

P12r2. ¿Cuál es la situación laboral de la madre o tutora a día de hoy?

	n	%	Porcentaje acumulado
Trabajando de forma regular	16	12,3	12,3
Trabajando de forma irregular	5	3,8	16,2
Buscando trabajo	1	0,8	16,9
En desempleo	20	15,4	32,3
Jubilado/a o pensionista	1	0,8	33,1
Trabajo doméstico no remunerado	26	20,0	53,1
Retirado por problemas de salud	61	46,9	100,0
Total	130	100,0	

CLASIFICACIÓN SOCIOECONÓMICA

Clasificación Socioeconómica

	n	%
A	22	16,5%
B	41	30,8%
C	23	17,3%
D	29	21,8%
E	18	13,5%
Total	133	100,0%

LUGARES DONDE SE REALIZARON LAS ENTREVISTAS

Concejo

	n	%
Candás	3	2,2
Carreño	7	5,2
Corvera	3	2,2
Cudillero	9	6,7
Gozón	7	5,2
Grado	9	6,7
Langreo	25	18,7
Oviedo	56	41,8
Villaviciosa	11	8,2
Total	133	100,0

Localidad

	n	%
Anieves	9	6,7
Barraca	5	3,7
Cancienes	3	2,2
Candás	7	5,2
Carreño	2	1,5
Casa Nueva	7	5,2
Ciaño	3	2,2
Fontán	22	16,4
Lada	3	2,2
Las Dueñas	9	6,7
Luanco	7	5,2
Palais	12	9,0
Puente Nora	2	1,5
S. Pelayo	2	1,5
San Pelayos	2	1,5
Sierra Granda Viella	11	8,2
Venta del Gallo	1	0,7
Venta el Gallo	3	2,2
Venta El Gallo	3	2,2
Villa	8	6,0
Villaviciosa	11	8,2
Total	133	100,0

Las características sociodemográficas de la población muestral están sesgadas ya que no se trató de un muestreo aleatorio sino dirigido en base a características de vivienda, entorno y trabajo por lo que las frecuencias detectadas se refieren a la muestra y no a la población gitana asturiana.

Sin embargo no se estableció ningún tipo de cupo a otras características como sexo y edad obteniéndose datos muy cercanos a lo predecible (Niños 51.9, Niñas 48.1). La distribución de la muestra en base a características predecibles pero no incluidas en los cupos muestrales (sexo y edad) avalan la validez de la muestra.

Las personas entrevistadas fueron fundamentalmente mujeres (madres 63.9%, abuelas 17.9%). Únicamente se realizaron 19 entrevistas a hombres (padres 14,3%).

Con cada menor convive una media de 4.8 (DT 1.5) personas en el hogar.

PERCEPCIÓN DE LA SALUD

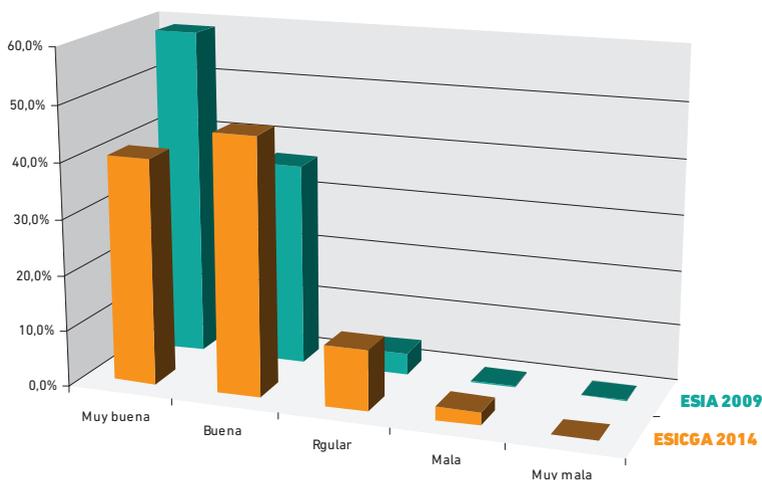
Contestación a la pregunta: ¿Cómo diría que Ud. Qué es la salud del niño/a?

La valoración global de esta variable que pretende medir la valoración global sobre el estado de salud integral del niño o niña de etnia gitana en Asturias, es buena. La proporción de respuestas con algún tipo de problema es muy baja. Apenas un 2,4 % de las respuestas definen la salud del niño o niña como Mala o Muy Mala.

ESICGA 2014

ESIA 2009

	Sexo		Total	Sexo		Total
	niños	niñas		niños	niñas	
Muy buena	38,3%	42,6%	40,6%	58,6%	59,4%	59,0%
Buena	48,3%	44,1%	46,1%	35,9%	36,8%	36,4%
Rgular	13,3%	8,8%	10,9%	4,7%	2,9%	3,8%
Mala	0,0%	4,4%	2,3%	0,2%	0,1%	0,2%
Muy mala	0,0%	0,0%	0,0%	0,0%	0,2%	0,1%
Total	100,0%	100,0%	100,0%	100,0%	100,0%	100,0%



Gráfica 2: Valoración de la salud del niño o de la niña. Comparativa ESICGA 2014 y ESIA 2009.

Sin embargo, si buscamos como referencia los datos de la Encuesta de Salud Infantil Asturias, 2009, vemos como hay una diferencia significativa en las valoraciones de salud.

Si se pudiera puntuar la salud de la infancia gitana asturiana sobre 5, según la valoración de los informantes (por la que una salud Muy buena se valorase como un 5 y una salud Muy Mala se valorase como 0), ésta alcanzaría entre la infancia gitana un 4.25 tanto para niñas como para niños mientras que la valoración que se desprendería de la Encuesta a nivel general, subiría a 4.51 en niños y 4.53 en niñas.

Valoración media sobre 5 de la salud del/la niño/niña

ESICGA 2014			ESIA 2009		
Sexo		Total	Sexo		Total
niños	niñas		niños	niñas	
4,25	4,25	4,25	4,511	4,533	4,525

Esto se debe fundamentalmente a que entre la población gitana la valoración mayoritaria del estado de salud del/a menor es de Buena frente al Muy Buena de la población en general. Así mismo, la valoración Regular y la valoración Mala tienen un peso relativo mayor. Esta tendencia se repite tanto para niños como para niñas.

Realizando la prueba t para una muestra y estableciendo como referencia la media estimada en la ESIA 2009, las diferencias de las valoraciones medias del estado de salud de la infancia son relevantes tanto para la muestra como para toda la población.

Prueba para una muestra

	Valor de prueba = 4.525					
	t	gl	Sig. (bilateral)	Diferencia de medias	95% Intervalo de confianza para la diferencia	
					Inferior	Superior
Valoración Cuantitativa del estado de Salud	-4,528	132	0,000	-0,307	-0,44	-0,17

Tabla de contingencia P15. ¿Cómo diría Ud. que es la salud del/la niño/a? * Edad del/la menor

	Edad del/la menor				Total
	De 0 a 2 años	De 3 a 5 años	De 6 a 10 años	De 11 a 15 años	
Muy buena	40,0%	37,5%	34,1%	48,9%	40,6%
Buena	40,0%	50,0%	52,3%	42,2%	46,9%
Regular	20,0%	8,3%	13,6%	6,7%	10,9%
Mala	0,0%	4,2%	0,0%	2,2%	1,6%
Muy mala	0,0%	0,0%	0,0%	0,0%	0,0%
Total	100,0%	100,0%	100,0%	100,0%	100,0%

Valoración media sobre 5 de la salud percibida del/la niño/a por tramos de edad

Edad del/la menor				Total
De 0 a 2 años	De 3 a 5 años	De 6 a 10 años	De 11 a 15 años	
4,20	4,21	4,20	4,38	4,26

El tramo de edad con una mejor valoración del estado de salud es el de 11 a 15 años. En dichas edades se alcanza una media sobre cinco de 4,38. El resto de tramos etarios, entre los 0 y los 10 años, tienen una percepción de la salud constante y significativamente peor ya que la valoración media sobre 5 no supera el 4.21.

Por último, por estrato social, existe una tendencia a una peor consideración del estado de salud del/a menor según empeora el estrato socioeconómico en el que ubicamos apriorísticamente a la familia. Pero esta asociación no es completamente lineal ni está exenta de contradicciones al modelo teórico desarrollado por el Grupo Mixto.. Esta tendencia se repite con asiduidad tanto en resultados de salud como en hábitos saludables.

¿Cómo diría Ud. que es la salud del/la niño/a? * Tipo Encuesta (A,B,C,D o E)

	Tipo Encuesta (A,B,C,D o E)					Total
	A	B	C	D	E	
Muy buena	48,6%	48,4%	52,4%	18,5%	30,0%	41,3%
Buena	43,2%	32,3%	42,9%	63,0%	60,0%	46,0%
Regular	8,1%	9,7%	4,8%	18,5%	10,0%	10,3%
Mala	0,0%	9,7%	0,0%	0,0%	0,0%	2,4%
Muy mala	0,0%	0,0%	0,0%	0,0%	0,0%	0,0%

¿Cómo diría Ud. que es la salud del/la niño/a? * Tipo Encuesta (A,B,C,D o E)

Total	100,0%	100,0%	100,0%	100,0%	100,0%	100,0%
-------	--------	--------	--------	--------	--------	--------

Valoración media sobre 5 del estado de salud del/la niño/a por estrato social

Tipo Encuesta (A,B,C,D o E)					Total
A	B	C	D	E	
4,41	4,19	4,48	4,00	4,20	4,26



MORBILIDAD DECLARADA

Para medir la morbilidad nos encontramos con varias posibilidades. La detección de enfermedades crónicas, haciendo una diferenciación entre las sufridas o declaradas por los progenitores y las diagnosticadas por un médico, y las dolencias en forma de días de cama o de simple limitación a la actividad diaria.

Todo ello se recoge en el cuestionario de la ESICGA 2014 y responde a preguntas también formuladas en la ESIA 2009. Es importante prestar atención a los periodos sobre los que se solicita información (las últimas dos semanas para dolencias que obligan a guardar cama o los últimos seis meses para limitaciones a la actividad diaria).

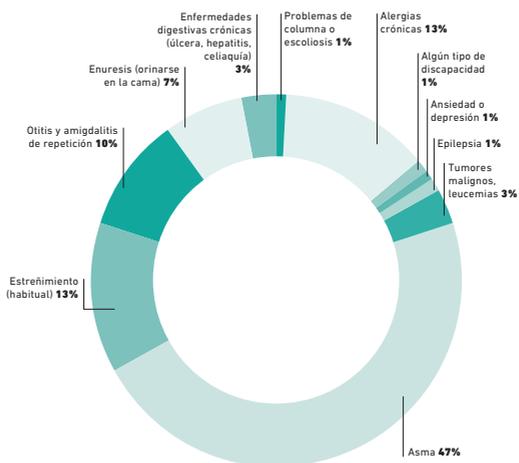
Toda esta información nos permite obtener una perspectiva completa sobre la morbilidad del niño o de la niña sobre la que se pide la información y válida para estandarizar y comparar a nivel de colectivo.

MORBILIDAD CRÓNICA

Contestación a la pregunta: ¿Padece o ha padecido el niño/niña en los últimos 12 meses alguna de éstas enfermedades?

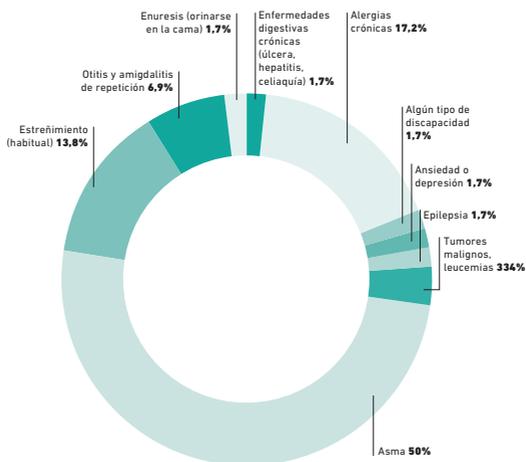
El objetivo de la encuesta es analizar la morbilidad de carácter crónico. La patología crónica más frecuentemente declarada es el asma (tanto, si se pregunta si se ha padecido alguna vez como si se pregunta si le ha dicho el médico que la padece).

Enfermedades Crónicas Declaradas



Gráfica 3: Enfermedades Crónicas Declaradas. ESICGA 2014.

Enfermedades Crónicas Diagnosticadas



Gráfica 4: Enfermedades Crónicas Diagnosticadas. ESICGA 2014.

Llama la atención la alta declaración de asma (40% de las declaraciones) por encima de otras dolencias crónicas habituales como alergias (13%), estreñimiento habitual (13%), Otitis y Amigdalitis de repetición (10%).

Otras enfermedades detectadas como casos fueron: Taquicardia, Sordera, Soplo inocente, Riñón, Pies planos, Migrañas, Intolerancia lactosa, Hipoplasia cerebelosa y atrofia cerebral, Catarros de repetición, Bronquitis o Síndrome del Espectro Autista.

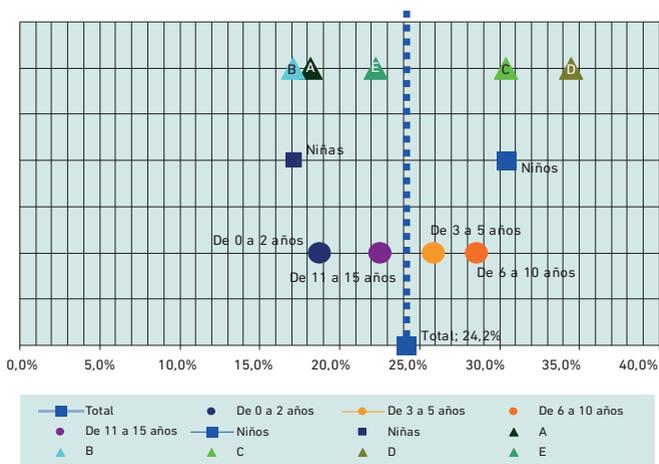
MORBILIDAD CRÓNICA (ASMA)

Como ya hemos comentado, el asma es la enfermedad crónica que con más frecuencia se recoge entre los niños y niñas gitanas de Asturias.

Prevalencia del Asma. ESICGA 2014

Niños	30,4%
Niñas	17,2%
Total Población Infantil Gitana	24,1%

Según los datos recogidos en la muestra de la ESICGA 2014, la prevalencia del asma podría alcanzar hasta el 30% de los niños gitanos asturianos y el 17% en el caso de las niñas.



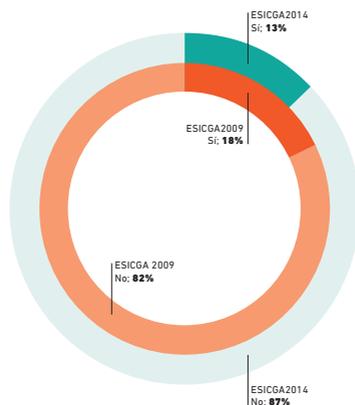
Gráfica 5: La prevalencia del asma según sexo, edad y condiciones socioeconómicas. ESICGA 214.

Afecta más a los niños que a las niñas, a los grupos más desfavorables en lo referente a condiciones socioeconómicas y de vivienda (grupos C y D), y a los tramos de edad intermedios (entre los 3 y los 10 años).

QUEDARSE EN CAMA POR PROBLEMAS DE SALUD

Contestación a la pregunta: Durante las dos últimas semanas, ¿se ha visto obligado el niño o la niña a quedarse más de la mitad del día en cama por motivo de salud? (incluye los días hospitalizado/a si los ha habido).

P25.
Durante las dos últimas semanas ¿se ha visto obligado el niño a quedarse más de la mitad de un día en cama por motivos de salud? (Incluyendo días hospitalizado, si hubiere) En Verde datos ESICGA2014; En rojo datos ESIA2009



Gráfica 6: Comparativa ESICGA 2014 y ESIA 2009. Niños y niñas obligados a guardar, al menos, medio día de cama por problemas de salud en las últimas dos semanas.

Durante las dos semanas anteriores a la entrevista, un 13% de los niños y niñas gitanas asturianas tuvieron que quedarse en cama al menos la mitad de un día por motivos de salud. Es un porcentaje muy similar al 11.6% declarado por la población general y recogido en la Encuesta de Salud Infantil ESIA 2009.

Durante las dos últimas semanas ¿se ha visto obligado el niño a quedarse más de la mitad de un día en cama por motivos de salud? (Incluyendo días hospitalizado, si hubiere)

		Niños	Niñas
Total ESICGA 2014	12,8%	10,1%	15,6%
Total ESIA 2009	11,6%	12,0%	11,6%

Por sexo, son las niñas las más afectadas. Un 15.6% de las niñas gitanas tuvieron que guardar cama frente a un 10.1% de los niños gitanos. Para la población en general no se aprecian diferencias por sexo.

LIMITACIONES DE ACTIVIDAD

Contestación a la Pregunta: Durante al menos los últimos seis meses, en qué medida se ha visto (nombre del niño o la niña...) limitado/a debido a un problema de salud para realizar las actividades habituales?

Otra forma de medir la morbilidad es la de pedir información sobre limitaciones a las actividades habituales del niño o de la niña con un periodo de diferencia más amplio (en este caso los últimos seis meses anteriores a la entrevista).

Durante al menos los últimos seis meses ¿en qué medida se ha visto (nombre del niño/a...) limitado/a debido a un problema de salud para realizar las actividades que los niños/as habitualmente hacen?

		Niños	Niñas
Total ESICGA 2014	16,0%	13,4%	18,8%
Total ESIA 2009	2,3%	2,8%	1,7%

En el caso de los días de guardar cama los resultados entre niños y niñas gitanas eran muy similares a los resultados desprendidos de la encuesta a nivel general. Sin embargo, ésta pregunta sobre limitaciones deja entrever una peor valoración general de la salud entre la comunidad gitana ya que consideran que sus niños y niñas ven limitada su actividad habitual por motivos de salud aunque ésta no les obligue, por ejemplo, a guardar cama.

El porcentaje de niños y niñas de la comunidad gitana que en los últimos seis meses tuvieron limitaciones en su vida diaria es de un 16% cuando el porcentaje de referencia, según los datos extraídos de la ESIA 2009, debería de situarse en torno al 2.3%. Se trata de una notable diferencia.

Además, se repite la tendencia ya apreciada con respecto a la obligatoriedad de guardar cama, por la que la salud de las niñas parece peor que la de los niños en la comunidad gitana. El porcentaje de niños gitanos que vieron limitada su actividad diaria por motivo de salud fue de un 13.4%. En el caso de las niñas, gitanas éste porcentaje aumenta hasta el 18.8%.

Las diferencias encontradas entre niños y niñas no es significativa pero se repite en todos los niveles de limitación (grave o leve) así como en las motivaciones por las que se produjo la limitación. Es por lo tanto un dato no definitivo pero sí consistente.

Durante al menos los últimos seis meses ¿en qué medida se ha visto (nombre del niño/a...) limitado/a debido a un problema de salud para realizar las actividades que los niños/as habitualmente hacen?

	Gravemente limitado	Limitado/a pero no gravemente	Nada limitado/a
Niños	1,5%	11,9%	86,6%
Niñas	3,1%	15,6%	81,3%
Total	2,3%	13,7%	84,0%

En cualquier caso, la inmensa mayoría de las limitaciones son no graves y la mayoría de niños y niñas (por encima del 80 %) no sufre ningún tipo de limitaciones.

P87. Durante al menos los últimos seis meses ¿en qué medida se ha visto (nombre del niño/a...) limitado/a debido a un problema de salud para realizar las actividades que los niños/as habitualmente hacen? X Edad

	Gravemente limitado	Limitado/a pero no gravemente	Nada limitado/a	Total
De 0 a 2 años	3,1%	9,4%	87,5%	100,0%
De 3 a 5 años	3,7%	7,4%	88,9%	100,0%
De 6 a 10 años	0,0%	21,4%	78,6%	100,0%
De 11 a 15 años	3,4%	13,8%	82,8%	100,0%
Total	2,3%	13,8%	83,8%	100,0%

Fijándonos en la edad, podemos apreciar que la detección de limitaciones se incrementan en los grupos más mayores, siendo el grupo entre 6 y 10 años el que más limitaciones declara (11.1% en total).

RAZONES POR LAS QUE SE LIMITÓ LA ACTIVIDAD O SE QUEDÓ EN CAMA

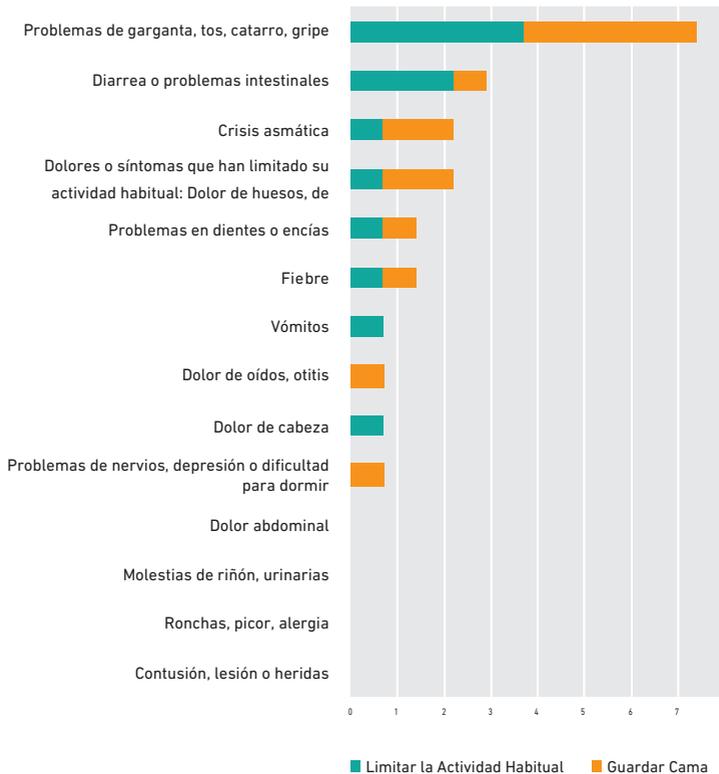


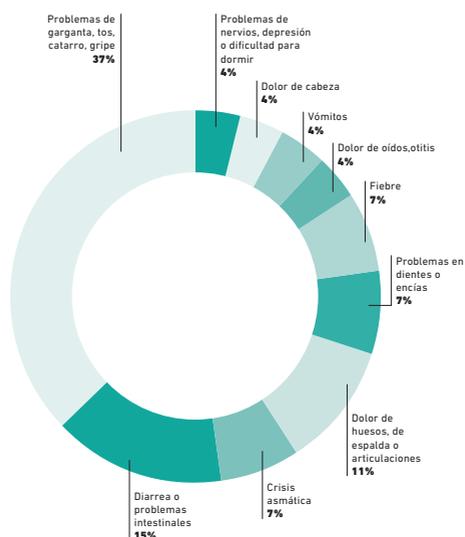
Gráfico 7: Razones por las que se limitó la actividad o se quedó en cama. ESICGA 20014.

Las razones por las que se limitó la actividad o se vio el niño o la niña a guardar cama refuerzan la idea de que se trata fundamentalmente de malestares leves y esperables.

Se trata fundamentalmente de dolencias como Problemas de garganta, tos catarro o gripe (más del 70 % de los casos que afirman haberse quedado más de un día en cama u haber sufrido limitaciones en su vida habitual refieren algún problema de tos catarro o gripe lo que representa un 37% de las respuestas totales).

Otros problemas declarados fueron: Diarreas o problemas intestinales (38% de los casos, 15 % de las respuestas), Crisis asmáticas (22% de casos, 7% de las respuestas), Dolores de huesos (22% de los casos, 11% de las respuestas), y ya a más distancia, Problemas bucales (menos del 15% de los casos, 7% de las respuestas) y Fiebres (menos del 15% de los casos y 7 % de las respuestas).

Principales Respuestas a la pregunta:
 ¿Cuales han sido los dolores o síntomas que han obligado a limitar o reducir sus actividades habituales o quedarse en cama al menos la mitad de un día?



Gráfica 8: Dolores o síntomas que obligaron a reducir la actividad o quedarse en cama.

ACCIDENTALIDAD

Contestación a la pregunta: Durante los últimos doce meses ha tenido algún accidente de cualquier tipo, incluido intoxicación y/o quemadura? (Dentro de la morbilidad también se recogen accidentes y agresiones.)

Los datos recogidos sobre accidentes son muy positivos. Por los datos que tenemos de la ESIA 2009 podríamos esperar que la frecuencia de niños y niñas que

hubieran sufrido algún tipo de accidente en los últimos 12 meses fuera cercana al 18%. Sin embargo, según los datos de la ESICGA 2014 solo el 9,4% de los niños y el 9,4% de las niñas sufrió algún accidente.

Ni los datos sobre la tipología de accidentes sufridos ni la metodología de la información recogida nos da hipótesis de la razón de estos buenos resultados.

Durante los últimos doce meses ha tenido algún accidente de cualquier tipo, incluido intoxicación y/o quemadura?

	Niños	Niñas	Total
ESICGA 2014	9,8	9,0	9,4
ESIA 2009	17,7	14,6	16

El número total de accidentes es muy reducido por lo que hablar de la Tipología de Accidente (lugar donde se produjo, Tipo de Accidente, Consecuencias sobre la salud, atención sanitaria, etc.) no aportaría ninguna información ya que sería meramente anecdótico.

AGRESIONES

Contestación a la pregunta: Durante los últimos doce meses, ¿ha sufrido el/la niño/a algún tipo de agresión física?

Con respecto a las agresiones, un 3,8% de la muestra refirió algún tipo de agresión sufrida por el niño o por la niña. Es un porcentaje muy pequeño aunque supone un ligero incremento sobre la referencia de la ESIA 2009 para la población general que sitúa el porcentaje de declaración de agresiones en un 1,2%.

Durante los últimos doce meses, ¿ha sufrido el niño algún tipo de agresión física?

	Niños	Niñas
Total ESICGA 2014	3,8%	1,6%
Total ESIA 2009	1,2%	0,5%

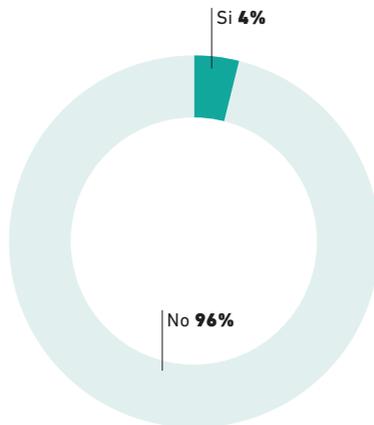
El dato que más destaca es el del porcentaje de niños que sufrieron algún tipo de agresión 5,9% frente a un 1,6% de niñas. Es una tendencia llamativa y, pese a tratarse de porcentajes tan bajos que no permiten trabajar con incidencia estadística

(traspasar los resultados de la muestra al total de la población), permite desarrollar hipótesis de trabajo interesantes.

DISCAPACIDADES

Contestación a la pregunta: ¿Tiene reconocido el niño o la niña algún tipo de minusvalía?

P90.
¿Tiene reconocido oficialmente (nombre del niño o de la niña) algún grado de minusvalía?



Gráfica 9: Minusvalía Reconocida.

Pese al alto grado de limitaciones y de necesidades de ayuda para realizar ciertas tareas, el reconocimiento legal de minusvalía alcanza apenas el 4% de la muestra de niños y niñas sobre los que se preguntó. Este dato no difiere estadísticamente del 2.2 % detectado en la ESIA 2009.

La frecuencia de casos encontrada en la ESICG 2014 es tan baja (5 casos) que no se puede realizar ningún análisis por sexo ni realizar ningún tipo de inferencia. A modo anecdótico sí se puede decir que los cinco casos eran niñas.

MORBILIDAD DECLARADA. CONCLUSIONES

La Morbilidad Declarada entre la comunidad gitana revela un estado de salud relativamente bueno, pese a la detección de diferencias significativas con la normalidad establecida en los resultados de la encuesta de salud infantil a nivel general en Asturias.

Dado que uno de los objetivos de éste tipo de estudios es precisamente buscar las diferencias y ámbitos de intervención y mejora, nos detendremos brevemente en las más destacadas.

DIFERENCIAS EN MORBILIDAD DECLARADA EN LA COMUNIDAD GITANA:

Alta prevalencia de asma que alcanza al 25 % de la población infantil de la comunidad gitana, con más incidencia sobre los niños (30.4%) que sobre las niñas (17%).

Dicha prevalencia de asma explicaría en gran medida la percepción más negativa de la salud que se detecta en la ESICGA 2014 frente a la ESIA 2009.

Las limitaciones, discapacidades o las agresiones son también aspectos negativos ya que se repite una tendencia general a una declaración más alta de éste tipo de problemas entre los niños y niñas gitanas. En muchos casos no se trata de datos definitivos, pero sí apuntan de forma consistente en esa dirección.

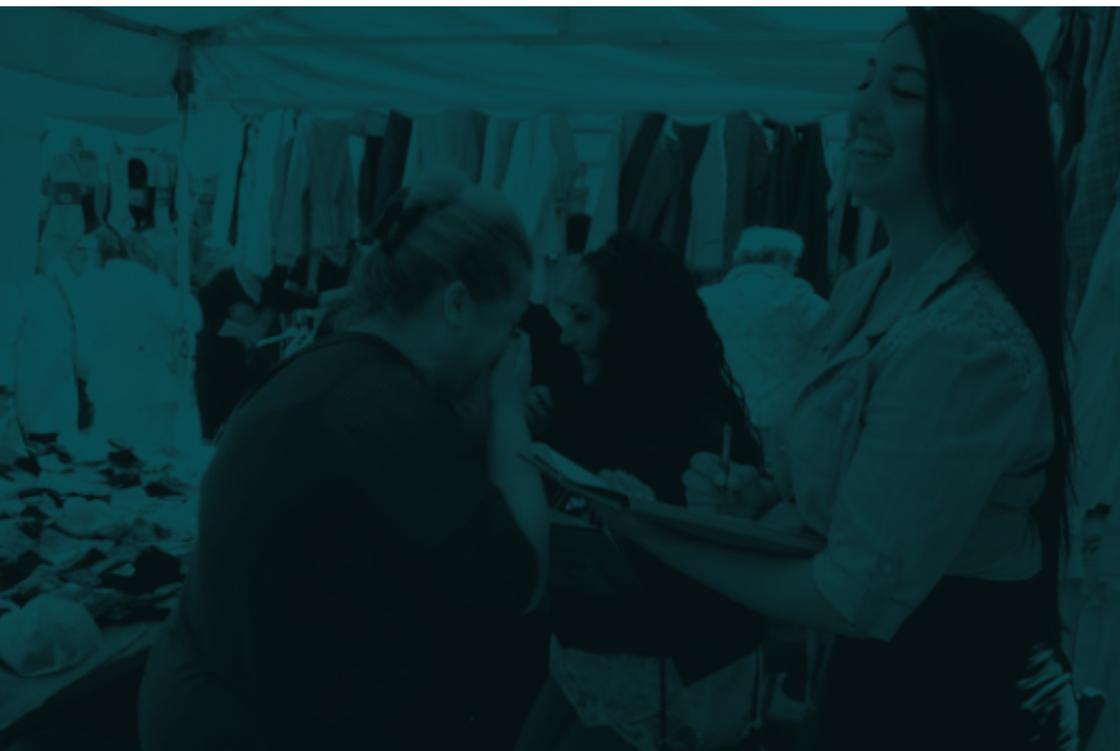
Entre los datos positivos, la menor incidencia de casos de accidentes (ESIA2009, 16%, ESICGA2014, 9.4%).

Por último debemos destacar que pese al alto grado de limitaciones y de necesidades de ayuda para realizar ciertas tareas, el reconocimiento legal de minusvalía apenas alcanza el 4% de la muestra de niños y niñas sobre los que se preguntó. La diferencia con 2.2 % detectado en la ESIA 2009 es notable aunque nos volvemos a encontrar con el problema de la baja frecuencia que nos impide asegurar que no se deba únicamente al azar, por lo que puede plantearse únicamente a modo de hipótesis.

ANÁLISIS POR SEXO Y CLASE SOCIAL DE LA ESICGA 2009

La hipótesis de que a peor estrato socioeconómico peor salud, se cumple en lo referente al asma, problema más repetidamente declarada por los progenitores. Son los grupos C y D, con viviendas y entornos más precarios los que declaran una prevalencia de asma infantil por encima de la media. Los grupos A y B por debajo de la media. El grupo E (el más extremo pero el que más dificultades presentó para conseguir una muestra), estaría en la media.

Con respecto al sexo, existe una tendencia que se va a repetir a lo largo de toda la encuesta a declarar una peor salud en niñas que en niños. En el caso de las limitaciones y de las discapacidades se ve claramente. En el caso de agresiones y accidentes son los niños los más afectados, tendencia que es prácticamente universal en todas las encuestas de salud.



REDES SOCIALES Y SALUD MENTAL

En éste apartado se valora la situación de salud más relacionada con el entorno social. Las Redes de Apoyo, la capacidad de relación en una ambiente amplio y propicio para la salud y el equilibrio mental así como otros aspectos que condicional la salud de forma directa e indirecta y que están conectados con conceptos como resiliencia ante la enfermedad.

Los apartados que se estudian son dos, la Discriminación y la Salud Mental mediante el test del Cuestionario de Capacidades y Dificultades (SDQ), método estandarizado de valoración de la salud mental y que incide en aspectos como Síntomas Emocionales, Problemas Conducta, Hiperactividad, Problemas compañeros y Escala prosocial.

DISCRIMINACIÓN

Contestación a la pregunta: En el último año, ¿el/la niño/a ha experimentado discriminación, no se le ha permitido hacer algo, se le ha molestado o hecho sentir inferior a causa de su sexo, etnia, país de origen, clase social, religión o discapacidad?:

Un /.6% de la población infantil de la comunidad gitana ha experimentado discriminación, no se le ha permitido hacer algo, se le ha molestado o hecho sentir inferior a causa de su etnia.

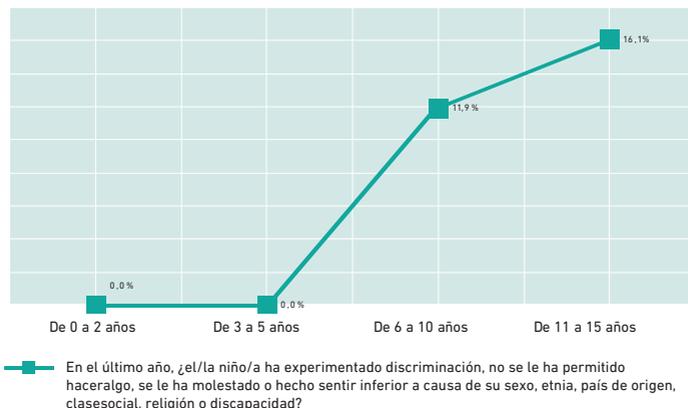
En frecuencia absoluta hay mayor porcentaje de niños que de niñas en los que se manifiesta haber sufrido discriminación, las diferencias son lo suficientemente amplias como para llamar la atención añadiendo además que invierte la tendencia de la ESIA 2009 en la que son las niñas las que sufrieron (sin diferencias significativas) con mayor frecuencia situaciones de discriminación.

En el último año, ¿el/la niño/a ha experimentado discriminación, no se le ha permitido hacer algo, se le ha molestado o hecho sentir inferior a causa de su sexo, etnia, país de origen, clase social, religión o discapacidad?

		Niños	Niñas
Total ESICGA 2014	7,6%	11,8%	3,2%
Total ESIA 2009	2,0%	1,6	2,5

Por edades, la mayor frecuencia de referencia de haber sufrido discriminación aumenta con la edad y recae en los y las adolescentes, llegando hasta un 16%.

Por lugar o espacio en el que se produjo la situación considerada discriminatoria, podemos decir que el 100% se produjo en el ámbito escolar, por lo tanto, no se declaró ninguna en el ámbito sanitario. Tampoco se declaran situaciones de discriminación por sexo o por clase social. Todas son atribuidas a la etnia.



Gráfica 10: Discriminación por Edad.

El perfil de la situación Discriminatoria es la de un niño gitano adolescente o pre-adolescente en un ámbito escolar.

SALUD MENTAL:

Contestación a la pregunta: A continuación le haremos unas preguntas sobre el comportamiento del niño o de la niña durante los últimos SEIS meses. Responda si no es cierto, si es un tanto cierto, o es absolutamente cierto dependiendo de cómo se ajusta a su comportamiento (SOLO PARA NIÑOS DE 4 AÑOS Y MÁS).

Siguiendo con la metodología de reproducción de la ESIA 2009 sobre la población gitana afrontamos el reto de obtener información sobre lo que se define como Bienestar o Salud Mental de la población infantil gitana en Asturias. Se trabaja con el cuestionario estandarizado internacionalmente SDQ (Cuestionario de Capacidades y Dificultades), diseñado por Robert Goodman en el Instituto de Psiquiatría de Londres y validado en varias ocasiones. El SDQ ha sido confirmado como un excelente recurso para realizar el cribado de trastornos de salud mental en la población infantil.

Se trata de un test de fácil manejo, compuesto por 25 ítems, agrupados en 5 grupos según hagan referencia a síntomas emocionales, problemas de conducta, hiperactividad, problemas con compañeros y conducta positiva de socialización. Cada ítem es puntuado con 0, 1 ó 2 puntos según la respuesta “absolutamente cierto”, “un tanto cierto” o “no es cierto”. La puntuación se invierte en aquellos ítems cuya presencia indican características positivas. La suma de los puntos da una cifra, estimándose como punto de corte el mismo que marca la literatura específica así como el seleccionado en la ESIA 2009, (En nuestro estudio se consideró resultado alterado por encima de 16 puntos y dudoso entre 13 y 16 puntos. para el conjunto del cuestionario, mientras que para el análisis de los grupos por separado se escogió como punto de corte la referencia de 5 ó más puntos obtenidos en cada grupo). En el caso de que no se respondiera a alguna de los ítems se anulaba el cuestionario para el grupo al que correspondiera el ítem así como para el análisis general.

El grupo de desarrollo de la encuesta esperaba una alta resistencia de los padres gitanos a responder a éste tipo de preguntas por tabú cultural y por el alto grado de intimidad de alguna de las cuestiones. También el lenguaje excesivamente técnico de alguna de las cuestiones podría provocar rechazo. Se elaboró una estrategia de comunicación que respetando el texto íntegro de las preguntas, el orden y la escala de respuesta, facilitara el grado de intimidad y la comprensión del cuestionario.

Los resultados de niveles de respuesta fueron satisfactorios.

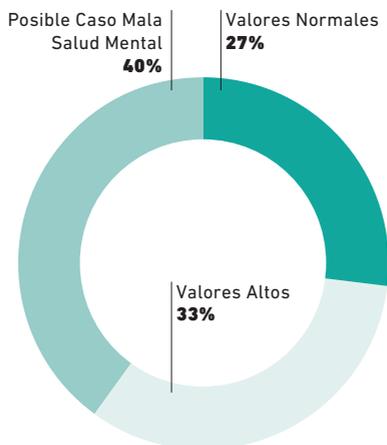
	Cuestionario completo Salud Mental	Escala Prosocial	Síntomas Emocionales	Problemas Conducta	Hiperactividad	Problemas Compañeros
Respuestas válidas	74	89	92	90	91	87
Negativas a Responder	28	13	10	12	12	15

Si bien tuvimos que anular más del 30 % de los cuestionarios porque las familias gitanas se negaron a responder a alguna de las cuestiones del test, apenas llegó a un 11 % el porcentaje de los que se negaron a participar. Llama la atención que las escalas más problemáticas fueran la de Problemas con los compañeros (17 % de cuestionarios sin respuesta a al menos uno de los ítems) y la Escala Prosocial (15 % de cuestionarios sin respuesta a al menos uno de los ítems). No hubo diferencias en la negativa a responder en función del sexo o del o de la menor. Sí, en cambio, se aprecia una mayor resistencia a participar en la consulta en función de la edad. A menor edad mayor fue el porcentaje de las familias que no respondieron al cuestionario o dejaron alguna de los ítems en blanco.

RESULTADOS:

La explotación de los datos sobre salud mental infantil en Comunidad gitana en Asturias, no son muy alentadores.

Valoración SDQ Salud Mental Infantil Comunidad Gitana Asturiana 2014



Gráfica 11: Valoración SDQ. Salud Mental Infantil. ESICGA 2014.

Un 40 % de los cuestionarios arrojaban datos preocupantes por lo que se definiría como Caso Probable de mala Salud Mental. (IC95%: 36,2%-43,8%) y tan solo un 27% se situaba en valores por debajo de 13

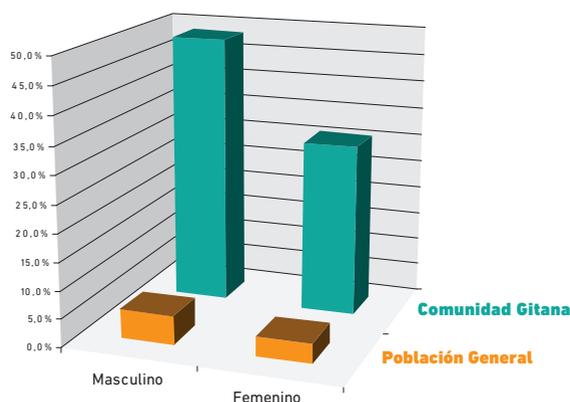
puntos. En niños, el porcentaje de casos de Posible Mala Salud Mental se eleva hasta el 48,5 % frente al 31 % de las niñas, siendo las diferencias significativas. Esto no quiere decir que el bienestar de las niñas sea mucho mejor ya que el grueso de éstas (45%) se sitúa en una zona de valores altos (entre 13 y 16 puntos de la escala SDQ).

Salud Mental. Resultados SDQ en Población Gitana

	Valores Normales	Valores Altos	Posible Caso Mala Salud Mental
Masculino	33,3%	18,2%	48,5%
Femenino	23,8%	45,2%	31,0%

Para relativizar estos resultados podemos hacer una comparativa con los resultados generales obtenidos mediante la misma metodología a nivel de toda la población asturiana. En la Encuesta de Salud Infantil realizada en Asturias en el año 2009 se encontró que el 4,4% (IC95%: 3.4%-5.3%) de la población infantil de 4 a 15 años presentó unos índices considerados de riesgo de mala salud mental siendo éste del 5,1% en niños (IC95%: 3,3-6,6%) y del 3,6% en niñas (IC95%: 2,3-5,0%), diferencias no significativas. Los datos relativos a la comunidad Gitana son netamente peores.

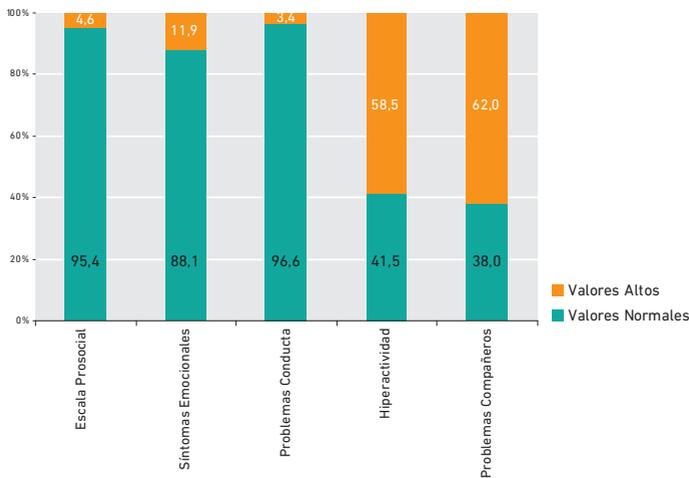
**Comparativa ESIA 2009 y ESICGA 2014.
Resultados SDQ > 17 puntos en niños y niñas.**



Gráfica 12: Valoración SDQ entre niños y niñas. Comparativa ESICGA 2014 y ESIA 2009.

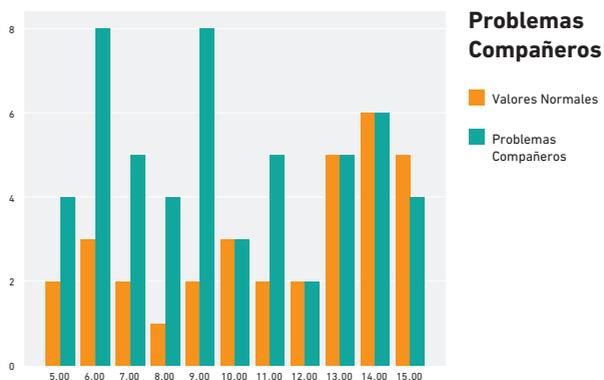
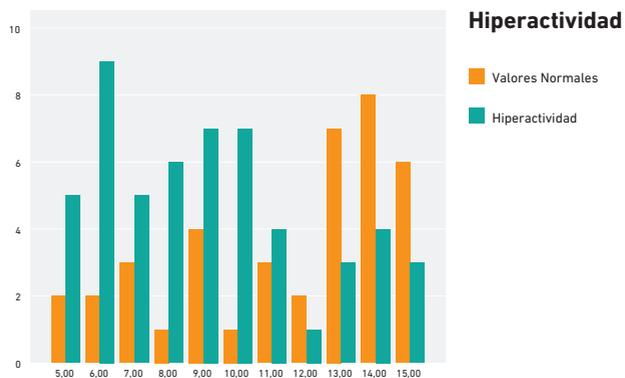
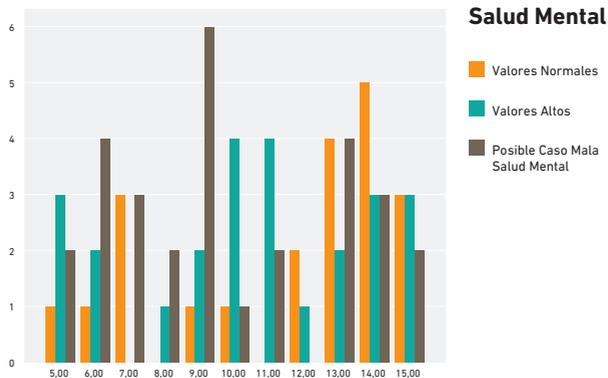
Las causas de éstos malos resultados, en un análisis por grupos se deben fundamentalmente a los malos resultados en Hiperactividad y Problemas con los Compañeros, tanto para los niños como para las niñas.

**Escalas de Salud Mental. Problemas de Salud Infantil.
ESICGA 2014**



Gráfica 13: Valoración SDQ. Problemas de Salud Detectados. ESICGA 2014.

Por el reducido tamaño muestral no se pueden sacar conclusiones acerca de la incidencia de la edad en la salud mental. Únicamente, y a modo de hipótesis, se podría apuntar un ligero descenso de los casos probables de mala salud mental con el aumento de la edad gracias al descenso de los problemas de hiperactividad y de Problemas con los compañeros.



USO DE SERVICIOS SANITARIOS

ATENCIÓN PRIMARIA

¿Cuánto tiempo hace que acudió (nombre del niño o niña....) por última vez a una consulta de atención primaria, pediatría o medicina general o le han atendido en su domicilio?. Nos referimos, por supuesto, a una verdadera consulta, y no una petición de hora o cita, ni a la realización de una radiografía o análisis.

Los niños y niñas de la Comunidad Gitana acuden al centro de atención primaria ligeramente más que la población infantil general, según el indicador extraído en la Encuesta de Salud Infantil en la Comunidad Gitana asturiana 2014.

Un 44.4% de las niñas y los niños gitanos asturianos sobre los que se preguntó, acudieron a una consulta de atención primaria en las 4 semanas anteriores a formular la pregunta. El indicador similar en la encuesta para toda la población señala que lo hicieron el 39.6% de la población.

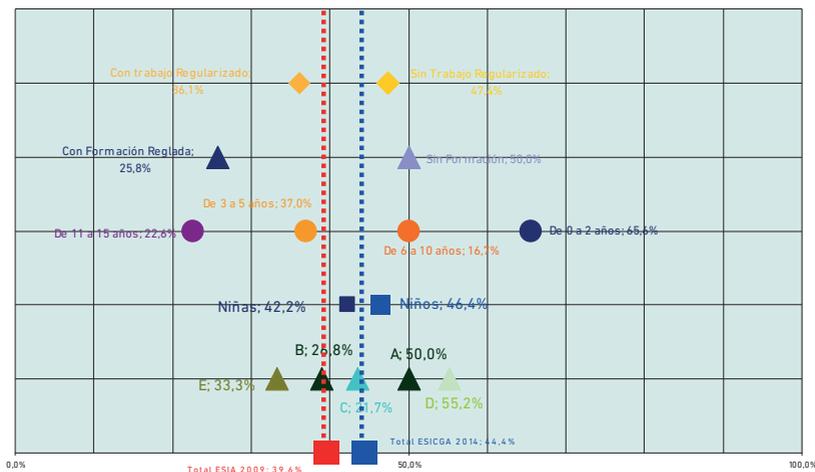
¿Acudió el niño o la niña a la consulta de atención primaria en las últimas 4 semanas?

	Total	Niños	Niñas
Total ESICGA 2014	44,4%	46,4%	42,2%
Total ESIA 2009	39,6%	39,6%	39,6%

La tendencia señala que acuden más los niños (46.4%) que las niñas (42.2%) aunque son datos muy similares y no estadísticamente significativos es una tendencia que se repite a nivel general.

Por edades acuden más los niños y niñas más pequeños (Entre 0 y 2 años, acudió a pediatría de atención primaria el 65.6% en las 4 semanas anteriores a formular la pregunta) seguidos del grupo de Entre 6 y 10 años (50%).

También acudieron más las familias en las que no hay ningún progenitor con formación reglada (Sin formación 50%, Con Formación 25.8%) y aquellas en las que no hay un Trabajo Regularizado (Con Trabajo Regularizado 36.1%, Sin Trabajo Regularizado 47.4%).



Gráfica 15: Porcentaje de niños y niñas que acudieron al pediatra durante las 4 semanas anteriores a formular la pregunta. ESICGA 2014.

ATENCIÓN ESPECIALIZADA

Contestación a la pregunta: ¿Cuánto tiempo hace que acudió a una consulta de un médico especialista (sin incluir a dentistas) por algún problema, molestia o enfermedad de... (nombre del niño o de la niña) ?. : (no petición de cita, analítica o prueba o acompañando a otra persona).

En este apartado se trata de la información relativa a consultas a especialistas, ya sea de las que se realizaron en ambulatorios o consultas externas de hospitales públicos o privados. No nos referimos a una consulta de pediatría en su centro

de salud, ni de una consulta con un pediatra privado. Tampoco se incluirían los ingresos o urgencias hospitalarias. Utilizaremos además el mismo indicador temporal que en el apartado anterior sobre frecuentación de atención primaria, la visita a médico especialista durante las cuatro semanas inmediatamente anteriores a la formulación de la pregunta.

La visita a un médico de atención primaria y a los servicios de urgencias tienen un alto grado de voluntariedad por lo que sirven únicamente para medir la frecuentación. La visita a un médico especialista, requiere voluntad por parte del paciente pero además pasar un filtro valorativo del médico o médica de referencia en atención primaria. Por esta razón podría considerarse también un test sobre la salud de la comunidad o sobre las necesidades sanitarias. En cualquier caso, en este apartado valoraremos exclusivamente la frecuentación.

¿Acudió en las últimas 4 semanas a atención especializada?

	Título	Niños	Niñas
Total ESICGA 2014	9,8%	10,1%	9,5%
Total ESIA 2009	6,3%	6,7%	5,8%

Al igual que ocurría con la atención primaria, los niños y niñas de la comunidad gitana asturiana acuden más a la atención especializada que el conjunto de niños y niñas de la población general. Se reduce mucho el porcentaje de menores que acudieron pero se mantiene una de mayor frecuentación tanto en niños como en niñas.

Un 10% de los niños gitanos acudieron a algún médico especialista en las cuatro semanas anteriores a formular la pregunta frente al 6.7% de los niños en su conjunto. Se mantiene esta diferencia con respecto a las niñas ya que acudieron un 9.5% de la comunidad gitana frente al 5.8% de la población general.

¿Cuánto tiempo hace que acudió a una consulta de un médico o especialista (sin incluir a dentistas) por algún problema, molestia o enfermedad del niño o la niña

	Menos de 4 semanas	De 1 a 3 meses	Más de 3 meses y menos de 12 meses	Más de 12 meses	Nunca ha ido al médico/a especialista	Ns/Nc
Niños	10,1%	2,9%	5,8%	73,9%	7,2%	0,0%
Niñas	9,5%	1,6%	11,1%	73,0%	3,2%	1,6%
Total	9,8%	2,3%	8,3%	73,5%	5,3%	0,8%

No hay diferencia entre niños y niñas gitanas en lo que respecta a la frecuentación a médicos especialistas, al igual que en la población en su conjunto.

SERVICIOS DENTALES

¿Cuánto tiempo hace que acudió el/la niño/a al /a la dentista, estomatólogo/a o higienista dental para examen, consejo o tratamiento de problemas de su dentadura o boca?

Parece que existe cierta resistencia a acudir a servicios sanitarios relacionados con la salud bucodental por parte de la comunidad gitana. La frecuentación por parte de los niños y niñas de la comunidad gitana asturiana en servicios sanitarios de salud bucodental es notablemente más baja que en la población infantil general.

Niños y niñas que acudieron en el último año al dentista, estomatólogo/a o higienista dental?

	Total	Niños	Niñas
Total ESICGA 2014	28,8%	30,4%	27,0%
Total ESIA 2009	56,0%	56,9%	56,0%

También llama la atención el importante porcentaje de niños y niñas de la comunidad gitana asturiana que nunca han ido a servicios de salud bucodental así como la diferencia entre niños y niñas, diferencia que sigue sin aparecer en el conjunto de la población infantil de Asturias. (Comunidad Gitana Asturiana, Niños que NUNCA acudieron a Servicios de salud Bucodental, 46.5%, Niñas 63.5%. Población Infantil General, Niños que NUNCA acudieron a Servicios de salud Bucodental, 31.2%, Niñas 31.2%).

¿Cuánto tiempo hace que acudió el/la niño/a al /a la dentista, estomatólogo/a o higienista dental para examen, consejo o tratamiento de problemas de su dentadura o boca?

	Menos de tres meses	Entre tres y seis meses	De siete a doce meses	Más de un año	Nunca ha ido	Ns/Nc
Niños	10,1%	7,2%	13,0%	18,8%	46,4%	4,3%
Niñas	6,3%	6,3%	14,3%	9,5%	63,5%	0,0%
Total	8,3%	6,8%	13,6%	14,4%	54,5%	2,3%

Con respecto a la edad, se produce un salto cuantitativo entre los grupos de Entre 3 y 5 años (que afirman no haber acudido NUNCA en un 88.9% de los casos) y el

grupo de Entre 6 y 10 años (que afirma no haber acudido NUNCA en un 26% de los casos). Éste salto puede indicar un efecto positivo de los programas de revisión bucodental. En cualquier caso, sigue estando por debajo de la media establecida por el conjunto de la población infantil de Asturias que sitúa el porcentaje de niños y niñas de Entre 6 y 10 años que NUNCA acudieron a Servicios de salud Bucodental en el 9.9%, y para niños y niñas Entre 11 y 15 años en el 2.2%.

¿Cuánto tiempo hace que acudió el/la niño/a al /a la dentista, estomatólogo/a o higienista dental para examen, consejo o tratamiento de problemas de su dentadura o boca?

	Menos de tres meses	Entre tres y seis meses	De siete a doce meses	Más de un año	Nunca ha ido	Ns/Nc
De 0 a 2 años	0,0%	0,0%	0,0%	0,0%	93,5%	6,5%
De 3 a 5 años	3,7%	3,7%	3,7%	0,0%	88,9%	0,0%
De 6 a 10 años	19,0%	11,9%	23,8%	16,7%	26,2%	2,4%
De 11 a 15 años	6,5%	9,7%	22,6%	38,7%	22,6%	0,0%
Total	8,4%	6,9%	13,7%	14,5%	54,2%	2,3%

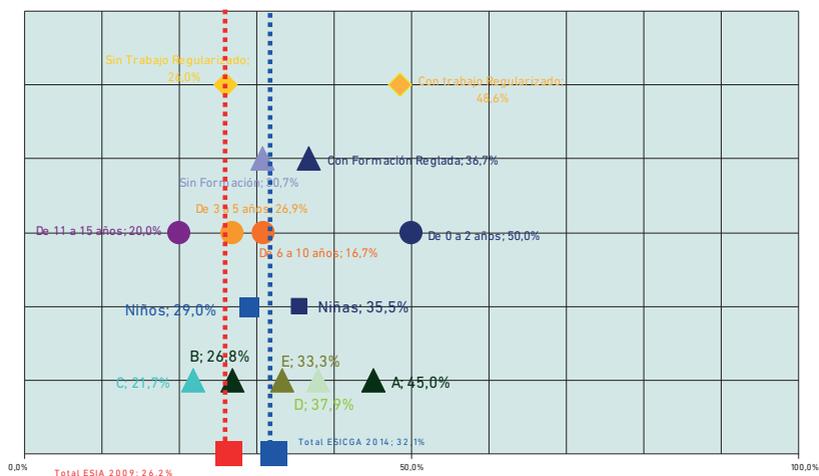
URGENCIAS

Contestación a la pregunta: En estos últimos doce meses, ¿ha tenido el/la niño/a que utilizar algún servicio de urgencias por algún problema o enfermedad?

Un 32.1% de la población infantil de la comunidad gitana declaró haber recibido en el último año (doce meses desde la formulación de la pregunta) asistencia sanitaria de carácter urgente. Esto significa una frecuentación ligeramente superior a la estimada para la población infantil en su conjunto que se sitúa en el 26.2%.

En estos últimos doce meses, ¿ha tenido el/la niño/a que utilizar algún servicio de urgencias por algún problema o enfermedad?

	Total	Niños	Niñas
Total ESICGA 2014	32,1%	29,0%	35,5%
Total ESIA 2009	26,2%	27,0%	25,5%



Gráfica 16: Porcentaje de niños y niñas que acudieron a urgencias en los 12 meses anteriores a formular la pregunta. ESICGA 2014.

En ésta ocasión son las niñas las que en mayor porcentaje acuden a urgencias (Niños 29%, Niñas 35.5%), rompiendo la tendencia de mayor frecuentación de niños en primaria y especializada.

Acuden a los servicios de urgencia más los niños y niñas de familias con algún progenitor con Formación Reglada (Con Formación Reglada 36.7%, sin Formación Reglada 30.7%) y las familias con Trabajo Regularizado (Con Trabajo Regularizado 48.6%, Sin Trabajo regularizado 26%).

Por edades, han recibido menos proporción de atención urgente a medida que aumentamos la edad. Así, los y las adolescentes han usado este tipo de servicios urgentes con un frecuencia del 20% (similar a los datos de la población en general de ese tramo de edad). En el lado contrario, el grupo de niños y niñas que más acude a urgencias es el de Menores de 2 años, de los que uno de cada dos acudió al servicio de urgencias en el último año. (En el conjunto de la población infantil asturiana eso porcentaje baja hasta el 35.8%).

INGRESOS HOSPITALARIOS

Contestación a la pregunta: Durante los últimos doce meses, ¿ha tenido que ingresar el/la niño/a en un hospital como paciente al menos durante una noche?

El Ingreso Hospitalario, al igual que la visita a un médico especialista, exige pasar cierto nivel de filtro por parte de un profesional sanitario que debe valorar la necesidad de dicha acción. Por esa razón podría entenderse éste indicador como una valoración indirecta del estado de salud comunitario. En cualquier caso, el análisis de los resultados se hace exclusivamente desde el punto de vista de la frecuentación.

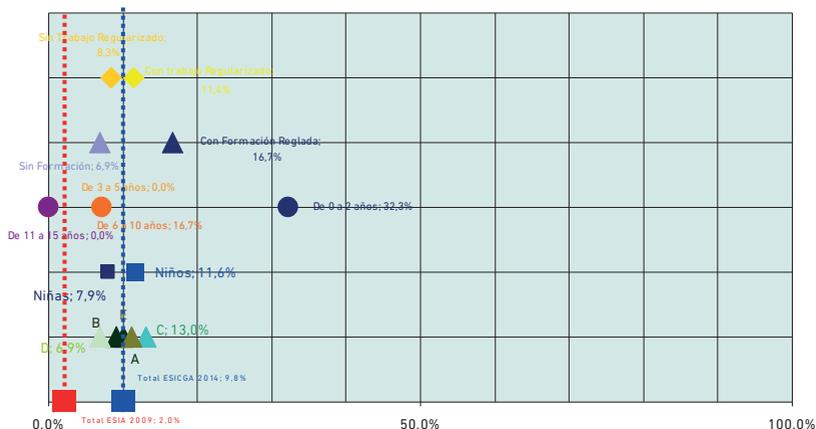
El porcentaje de hospitalización de los niños y niñas de la Comunidad Gitana asturiana sigue la tendencia de ser superior al marcado por la población general. En éste caso el margen de diferencia es muy amplio.

Durante los últimos doce meses, ¿ha tenido que ingresar el/la niño/a en un hospital como paciente al menos durante una noche?

	Total	Niños	Niñas
Total ESICGA 2014	9,8%	11,6%	7,9%
Total ESIA 2009	2,0%	2,1%	1,9%

Sobre la población general, únicamente un 2% de la población infantil para la que se ha encuestado han indicado que en el transcurso del último año habían sido ingresadas en un hospital o clínica. La información sobre la comunidad gitana eleva ese porcentaje hasta el 9.8%. Un niño o una niña gitana asturiana tiene 4 veces más posibilidades de tener un ingreso hospitalario que la población en general.

Las diferencias por sexo se mantienen aunque en ésta ocasión son los niños gitanos los que quedan hospitalizados en mayor proporción que las niñas (Niños 11.6%, Niñas 7.9%).



Gráfica 17: Porcentaje de niños y niñas con ingreso hospitalario en los 12 meses anteriores a formular la pregunta. ESICGA 2014.

No se aprecian diferencias por Estrato socioeconómico de las familias. Sí que hay una tendencia a una mayor hospitalización de niños y niñas de familias con alguno de los progenitores con Formación Reglada (Con Formación Reglada 16.7%, Sin Formación Reglada 6.9%) y con trabajo regularizado (Con Trabajo Regularizado 11.4%, Sin Trabajo Regularizado 8.3%).

Con respecto a la edad llama la atención el porcentaje de hospitalización del grupo más pequeño. El 32.3% de los niños y niñas de la comunidad gitana asturiana menores de 2 años encuestados fueron hospitalizados al menos una noche en los doce meses previos a la formulación de la pregunta. Éste mismo dato a nivel de la población en general es del 7.7%.

ESTILOS DE VIDA

Dentro de los Estilos de vida es donde encontramos diferencias más marcadas y llamativas entre la ESICGA 2014 y la ESIA 2009. Además las encontramos en aspectos fundamentales que van a marcar la salud futura de los niños y las niñas gitanas asturianas.

Aspectos como los hábitos alimenticios, la actividad física o la exposición a humo de tabaco no tienen importancia únicamente por el periodo de exposición a lo largo de la niñez, sino porque además marcan unos hábitos, gustos y conocimientos difícilmente modificables en el futuro.

Las diferencias detectadas no lo son únicamente a nivel de comunidad gitana y población general. Dentro de la Comunidad gitana, heterogénea como es, existe una diversidad de hábitos y costumbres asociadas, en muchas ocasiones, a la situación socioeconómica o al nivel cultural. También se detectan importantes diferencias con respecto a la edad y al sexo del menor. Todas ellas trataremos de resumirlas a continuación.

Por último, debemos destacar que los hábitos considerados no-saludables son realizados por una minoría de la comunidad gitana. No deben de verse éstos resultados como una crítica a la generalidad de la crianza en el seno de las comunidades gitanas. Si se destacan las diferencias es con el objetivo de detectar niveles de intervención que faciliten la mejora de la salud de los niños y niñas gitanas en Asturias.

ALIMENTACIÓN

Comidas habituales

Contestación a la pregunta ¿Cuál de las siguientes comida realiza habitualmente (nombre del niño...).

Los niños y niñas gitanas asturianas tienen una tendencia a completar todas las comidas del día muy por encima de la media marcada por la población en general recogida en la ESIA 2009.

	ESICGA 2014			ESIA2009		
	Niños	Niñas	Total	Niños	Niñas	Total
Antes de acostarse	88,5%	86,4%	87,4%	96,9%	97,4%	97,2%
Cena	91,8%	90,9%	91,3%	77,0%	78,0%	77,5%
Merienda	100,0%	100,0%	100,0%	97,5%	98,3%	97,9%
Comida	100,0%	100,0%	100,0%	93,6%	94,2%	93,9%
Media mañana	100,0%	97,0%	98,4%	97,3%	97,7%	97,5%
Desayuno	21,3%	20,9%	21,1%			

La única excepción es el desayuno. Un 87% de los niños y niñas gitanas asturianas afirman desayunar todos los días. Sin embargo éste porcentaje es claramente inferior al 97.2% marcado por la población general.

	ESICGA 2014			ESIA2009		
	Niños	Niñas	Total	Niños	Niñas	Total
Porcentaje de Niños y Niñas que NO DESAYUNAN	11,50	13,60	12,60	3,10	2,60	2,80

Hablando en datos negativos y 12.6% de los niños y niñas gitanas asturianas se saltan el desayuno frente a un 2.8% de la población general. Se trata de una diferencia muy significativa e importante ya que se trata de la comida más importante del día.

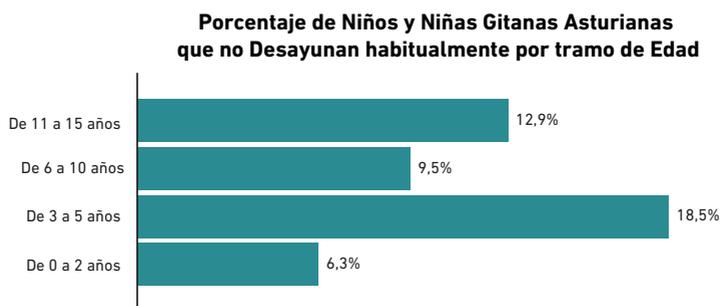
No desayunan el 13.6% de las niñas frente al 11.5% de los niños. Las diferencias no son significativas pero son parte de una tendencia general en la que las niñas gitanas tienen unos hábitos alimenticios más desfavorables que los niños desde el punto de vista de la salud. Esta tendencia además, contradice los datos

extraídos de la encuesta a nivel de toda la población en el que son los niños los que peores hábitos alimenticios tienen y, en el caso del desayuno, los que en mayor proporción no desayunan.

Por tramos de edad no hay un comportamiento definitorio. Los niños más pequeños (de 0 a 2 años) son los que menor problema de desayuno muestran (Apenas no desayuna el 6%). El grupo etario de más edad (entre los 11 y los 15 años) y el grupo intermedio (entre los 3 y los 5 años) son los que muestran una mayor tendencia a no desayunar (12.2% y 18.6% respectivamente).

DESAYUNO

Contestación a la pregunta: ¿Qué desayuna el/la niño/a habitualmente? (Mayores de un año).



Gráfica 18: Porcentaje de Niños y Niñas Gitanas Asturianas que no Desayunan Habitualmente por tramo de Edad. ESICGA 2014.

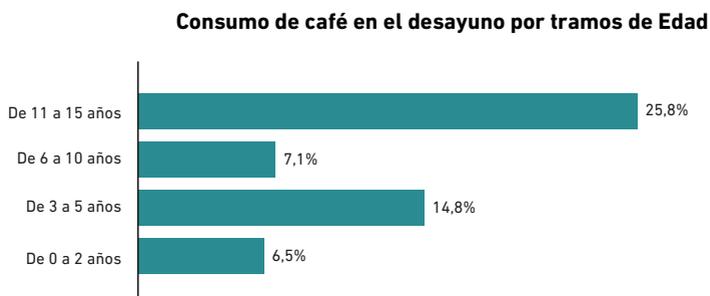
Ésta pregunta es específica de la ESICGA 2014 por lo que no se puede comparar con otra información previa.

Café

Café	12,9%
Leche	75,2%
Chocolate, cacao	61,7%
Yogur	1,5%
Cereales	19,5%
Pan, tostadas	4,5%

Bollería	9,8%
Galletas	48,9%
Fruta y/o zumo	5,3%
Alimentos como huevos, queso, jamón...	3,8%
Otro tipo de alimentos	1,5%

Lo primero que nos llama la atención es el porcentaje de niños y niñas gitanas asturianas que toman café en el desayuno (12.9%). Esta información se extrajo gracias a la labor del Grupo Mixto de Trabajo que incidió en la importancia que el café tiene en la cultura gitana y en que es una bebida que consume toda la familia, incluyendo menores.



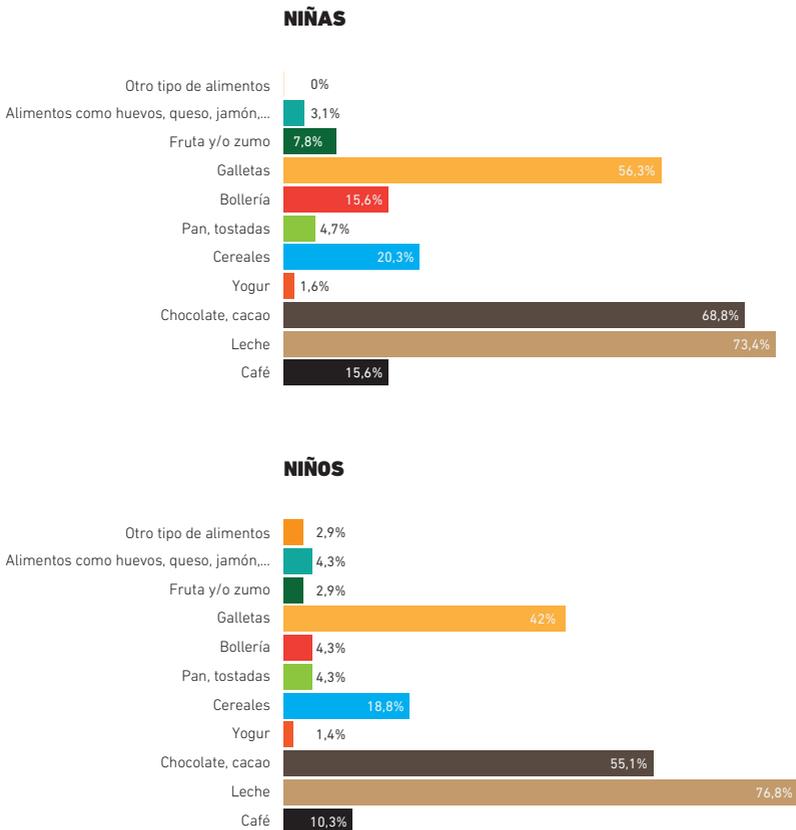
Gráfica 19: Consumo de café en el Desayuno por tramo de edad. ESICGA 2014.

Por tramos de edad vemos que en todos ellos aparece el consumo, aunque sea en muy baja proporción como es en el tramo de edad de 0 a 2 años, en el que tan solo lo consume el 6.5% de niños y niñas. El tramo de edad de 11 a 15 años tiene una proporción de consumo de café que llega hasta el 25.8%.

Otro tipo de alimentos habituales

El alimento más habitual en el desayuno es la leche (desayuna leche más del 75% de los encuestados). Otro alimento habitual es el cacao (61.7%), las galletas (48.9%) y los cereales (19.5%). La bollería la desayuna habitualmente sólo el 9.8% de los niños y niñas gitanas asturianas.

El resto de productos de desayuno, fruta o pan. El resto de productos de desayuno (fruta, pan o tostadas, yogur o alimentos como huevos o embutidos) lo consume menos del 5% de los niños y niñas.



Gráfica 20: Desayuno Tipo. Leche con café o cacao, galletas, cereales y/o bollería. ESICGA 2014..

Como resumen sobre el desayuno podemos decir que es generalmente pobre. No tiene variedad de alimentos y, en muchos casos, resulta incompleto. Un desayuno tipo sería leche con café, chocolate o cacao acompañada de galletas, cereales o bollería.

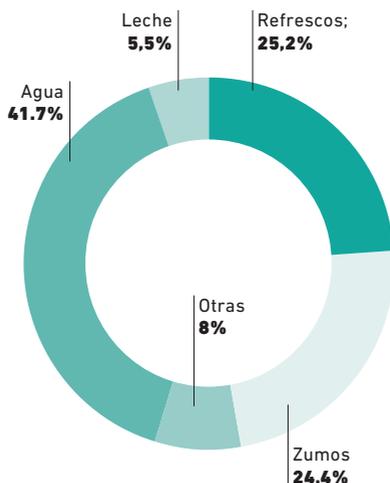
BEBIDA PRINCIPAL EN LAS COMIDAS

Contestación a la pregunta: ¿Qué bebida toma habitualmente en la comida? (refiriéndose a la comida principal del día sin especificar cuál es).

Otro aspecto que llama la atención sobre la alimentación es la bebida habitual en las comidas. Se podría presuponer que es el agua la bebida más habitual que acompaña a las comidas de los niños y niñas gitanas asturianas, pero en realidad, esta opción la contestó menos de la mitad de las familias consultadas (41.7%).

Bebidas carbonatadas como los refrescos lo consume como acompañamiento de la comida principal el 25.2% y zumos azucarados el 24.4%. La leche es minoritaria con el 5.5% de los casos.

¿Qué bebida toma habitualmente en la comida?



Gráfica 21: Bebida habitual en la comida principal. ESICGA 2014.

Un análisis básico de las diferencias por sexo señala como nuevamente las niñas muestran peores hábitos alimenticios. Tan solo un 34.8% de las niñas afirma beber agua en la comida principal frente a un 49.2% de los niños. La razón fundamental de ésta diferencia es la mayor tendencia de las niñas a consumir zumos (33.3% de las niñas) frente a los niños (14.8%). En el consumo de refrescos están equiparados (25.8% y 24.6% respectivamente).

¿Qué bebida toma habitualmente en la comida?

	Niños	Niñas	Total
Agua	49,2%	34,8%	41,7%
Leche	6,6%	4,5%	5,5%
Refrescos	24,6%	25,8%	25,2%
Zumos	14,8%	33,3%	24,4%
Otras	1,6%	0,0%	,8%
Ns/Nc	3,3%	1,5%	2,4%

DONDE REALIZA LA COMIDA PRINCIPAL DEL DÍA

Contestación a la Pregunta; Durante el curso escolar, de lunes a viernes, ¿Dónde realiza la comida Principal del Día?

Con esta pregunta se prevé tener una pista sobre la potencial incidencia de programas de alimentación saludable en las escuelas sobre la mejora de la alimentación de los niños y niñas gitanas asturianas.

Como vemos en la tabla siguiente, la incidencia sería relativa ya que apenas el 23% de los niños y el 18.2% de las niñas come durante el curso escolar en el colegio. El lugar habitual para realizar la comida es el hogar.

Durante el curso escolar, de lunes a viernes, ¿dónde realiza la comida principal?

	Niños	Niñas	Total
En su casa	72,1%	75,8%	74,0%
En el colegio	23,0%	18,2%	20,5%
En casa de otro familiar	0,0%	1,5%	,8%
En otro lugar	0,0%	0,0%	0,0%
Ns/Nc	4,9%	4,5%	4,7%

CONSUMO DE DETERMINADOS ALIMENTOS

Contestación a la pregunta: ¿Con qué frecuencia consume el/la niño/a los siguientes alimentos?

Fruta Fresca

En el consumo de fruta fresca es donde comenzamos a apreciar diferencias entre la comunidad infantil gitana y la información obtenida de las encuestas a la población infantil general. Según los datos de la ESIA 2009, un 70% de los niños y niñas consume fruta diariamente. Según la ESICGA 2014, referida únicamente a la comunidad infantil gitana, este porcentaje se reduce hasta el 45%.

Además, uno de cada diez niños y niñas gitanas NO consume NUNCA O CASI NUNCA fruta mientras que lo esperable, atendiendo a los datos de la ESIA 2009 sería que lo hiciera apenas un 5%.

Centrándonos en el consumo entre niños y niñas gitanas, podemos decir que las niñas (48.5%) consumen más fruta fresca diariamente que los niños (41.9%). Además afirma no comer nunca fruta fresca un 12.7% de los niños frente a un 8.2% de las niñas.

Carne

La carne es otro producto que destaca por sus diferencias. Casi un 70% de los niños y niñas gitanas asturianas consume carne diariamente. Los datos de la población infantil general reducen éste porcentaje hasta el 13.3. Para encontrar un porcentaje similar hay que acumular el consumo a 3 o más veces por semana. (Un 82% de la población infantil general consume 3 o más veces por semana carne.)

Huevos

El consumo de huevos es más habitual entre la población infantil gitana que en la media de la población infantil general.

El consumo diario de huevos alcanza al 18.5% de la población infantil gitana mientras que la población infantil general afirma consumirlos diariamente solo un 1.5%. El consumo de 3 ó más veces por semana sigue marcando diferencias ya que afirma consumirlo con dicha periodicidad un 30% de los niños y niñas gitanas mientras que un 21% de la población infantil general consume huevos 3 ó más veces por semana.

Pescado

El consumo de pescado es bajo. Un 41% de la población infantil consume pescado al menos tres veces por semana. Entre la población infantil gitana, éste porcentaje baja hasta el 10%, siendo lo habitual que se consuma menos de una vez a la semana, respuesta que da el 33.6% de la población gitana encuestada.

Por otro lado, un 3% de la población infantil general afirma que sus hijos o hijas no consumen nunca pescado. Entre la población gitana éste porcentaje se eleva hasta el 24.2%. Son más los niños (28.1%) que las niñas gitanas (20%) los que afirman no consumir nunca pescado, aunque en ambos casos son porcentajes muy elevados.

Pasta, Arroz, Patatas

El consumo diario de pasta, arroz o patatas es mayor entre la población infantil gitana que en la población general. Un 45% de niños y niñas gitanas asturianas consume este tipo de hidratos diariamente. Éste porcentaje trasladado a la población infantil general se reduciría hasta el 26%.

Pan, Cereales

Un 86% de la población infantil general y un 85.7% de la población infantil gitana consume pan o cereales todos los días.

Verduras y Hortalizas

El consumo diario de verduras y hortalizas entre la población infantil gitana es muy similar a los datos de consumo infantil a nivel de toda la población. Un 17.3% de los niños y niñas gitanas consume verduras y hortalizas diariamente. Éste porcentaje es muy similar al obtenido en la población general (17.9%).

Comparando niños y niñas comprobamos un comportamiento paradójico. Los niños parece que la consumen a diario en mayor proporción que las niñas (Consumo diario niños 19.7%, niñas 15.2%) pero también se niega a consumirlas en mayor porcentaje (Consumo Nunca o Casi nunca, niños 22.2%, niñas 16.9%).

Legumbres

El consumo diario de legumbres es tres veces mayor entre la población infantil gitana que entre la población infantil general. El 20.5% de las familias gitanas encuestadas afirman que en su casa se consumen legumbres (garbanzos, alubias, lentejas...) diariamente. Éste porcentaje se reduce hasta el 7.5% cuando nos referimos a datos de la población general.

Embutidos y fiambres

Los embutidos son consumidos diariamente por el 42.6% de los niños y niñas gitanas mientras que entre la población infantil general, éste consumo diario desciende hasta el 26.2%.

Pese a que el consumo diario es el más extendido, llama la atención en torno a un 18% de niños y niñas gitanas que afirman no consumir embutidos nunca o casi nunca. El consumo de embutidos y fiambres entre niños y niñas de la comunidad gitana asturiana es muy similar.

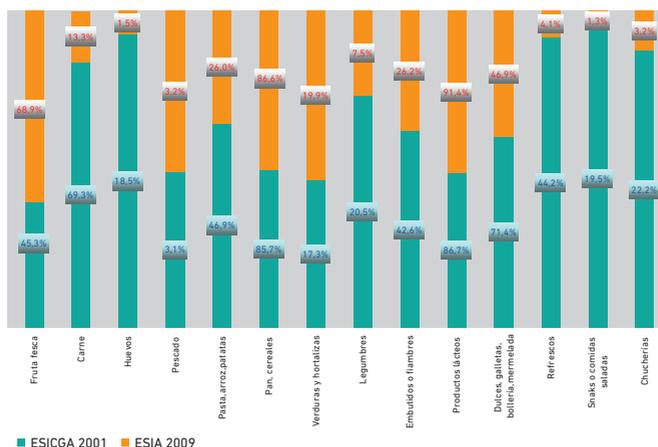
Productos lácteos (leche, queso, yogur)

Es habitual el consumo diario de productos lácteos entre los niños y niñas gitanas. El 86% de las familias entrevistadas así lo indican. Sin embargo, éste dato está por debajo del 91.4% de consumo diario de lácteos que se desprende de la ESIA 2009. Afirman no consumir nunca productos lácteos un 4.7% de los niños gitanos y un 1.7% de las niñas.

Dulces (galletas, bollerías, mermeladas)

Más de un 70% de los niños y niñas gitanas a los que se les hizo la encuesta consumen diariamente productos dulces como galletas, bollería o mermeladas. Éste porcentaje a nivel general se reduce hasta el 47%.

Consumo Diario de Determinados Alimentos (Comparativa ESICGA 2014 - ESIA 2009)



Gráfica 22: Relación entre porcentajes de consumo diario de determinados alimentos. Comparativa ESICGA 2014 y ESIA 2009.

Refrescos, bebidas con gas

Otra de las diferencias importantes entre la alimentación de la comunidad infantil gitana con respecto a la población en general nos lo encontramos con el tema de las bebidas carbonatadas. El consumo de éste tipo de refrescos es mucho más habitual entre la población gitana.

Casi la mitad de los niños y niñas gitanas asturianas (45%) afirma consumir refrescos o bebidas carbonatadas a diario. Éste porcentaje desciende hasta por debajo del 5 % cuando hablamos de población general. Por otro lado, hay un tercio de niños y niñas gitanas que no consumen refrescos. En concreto un 27.9% de los niños y un 30% de las niñas. Se trata de un porcentaje inferior al esperable según los datos extraídos de la muestra a nivel general, que eleva en no-consumo hasta el 50% de los niños y las niñas.

Esto quiere decir que el consumo de Refrescos y bebidas con gas está más extendido entre la población gitana (hay un porcentaje mayor de niños y niñas que consumen refrescos) y, además, éste consumo es más habitual (consumos diarios frente a habituales o esporádicos).

Snacks o comidas saladas

Picar Snacks o comidas saladas (patatas fritas de bolsa, galletitas saladas, etc.) es una costumbre también más extendida entre la población infantil gitana que en la media general.

Este tipo de aperitivo es consumido diariamente casi por un 20% de los niños y niñas de la comunidad gitana asturiana. El consumo diario medio que reflejan los datos de toda la población se sitúa en un 1.5%. Este porcentaje se eleva hasta el 10% si se incluyen consumos más de 3 veces a la semana. El no consumo de éste tipo de alimento (Consumo Nunca o casi nunca) alcanza al 25% de los niños y al 13% de las niñas gitanas asturianas. Entre la población en general, es un 30% el porcentaje de familias que afirman que sus niños no consumen nunca o casi nunca.



Consumo de Determinados Alimentos ESICGA 2014

		Diario	3 o más veces a la semana	1 o dos veces a la semana	< 1 vez semana	Nunca o casi nunca
Niños	Fruta fresca	41,9%	4,8%	12,7%	22,2%	12,7%
	Carne	64,5%	21,2%	4,5%	1,5%	4,5%
	Huevos	19,4%	24,2%	28,8%	13,6%	15,2%
	Pescado	3,2%	9,4%	35,9%	23,4%	28,1%
	Pasta, arroz y patatas	43,5%	27,7%	13,8%	4,6%	6,2%
	Pan, cereales	83,6%	3,1%	0,0%	1,6%	9,4%
	Verduras y hortalizas	19,7%	19,0%	14,3%	19,0%	22,2%
	Legumbres	23,3%	33,3%	25,4%	6,3%	4,8%
	Embutidos y fiambres	45,2%	19,4%	12,9%	1,6%	17,7%
	Productos lácteos (leche, queso, yogur)	85,2%	3,1%	0,0%	3,1%	4,7%
	Dulces (galletas, bollerías, mermeladas)	71,7%	9,4%	4,7%	1,6%	14,1%
	Refrescos, bebidas con gas	44,3%	9,8%	14,8%	1,6%	27,9%
	Comida rápida y precocinada	21,3%	6,2%	21,5%	30,8%	20,0%
	Snacks o comidas saladas	19,7%	13,8%	20,0%	24,6%	24,6%
Chucherías	16,7%	18,0%	14,8%	19,7%	29,5%	
Niñas	Fruta fresca	48,5%	21,3%	9,8%	9,8%	8,2%
	Carne	73,8%	19,7%	1,6%	0,0%	3,3%
	Huevos	17,6%	36,7%	28,3%	3,3%	15,0%
	Pescado	3,0%	10,0%	36,7%	28,3%	20,0%
	Pasta, arroz y patatas	50,0%	33,9%	8,1%	0,0%	1,6%
	Pan, cereales	87,7%	5,0%	1,7%	0,0%	3,3%
	Verduras y hortalizas	15,2%	23,7%	28,8%	11,9%	16,9%
	Legumbres	17,9%	33,3%	33,3%	5,0%	1,7%
	Embutidos y fiambres	40,3%	20,7%	19,0%	3,4%	12,1%
	Productos lácteos (leche, queso, yogur)	88,1%	1,7%	0,0%	1,7%	1,7%
	Dulces (galletas, bollerías, mermeladas)	71,2%	6,9%	10,3%	1,7%	3,4%
	Refrescos, bebidas con gas	44,1%	12,1%	10,3%	6,9%	31,0%
	Comida rápida y precocinada	20,9%	10,0%	36,7%	21,7%	13,3%
	Snacks o comidas saladas	19,4%	24,6%	24,6%	23,0%	11,5%
Chucherías	27,3%	13,1%	31,1%	11,5%	19,7%	

Chucherías

Las Chucherías, junto a los Snacks y los Refrescos, se consumen entre la población gitana de forma mucho más habitual que entre la población general. Su consumo es más habitual y es mayor el porcentaje que los consume, aunque en éste caso la diferencia se concentra entre la población de niñas gitanas.

El consumo diario de chuches es claramente más alto entre la población infantil gitana (22%) que entre la población general (3.2%). Por otro lado afirma que no lo consume nunca o casi nunca un 29.5% de los niños y un 19.7% de las niñas. Estos datos para la población general son 26.6% de no consumidores niños y 29.8% de no consumidoras niñas. También llama la atención el alto porcentaje de niñas gitanas asturianas que afirma consumir chucherías de forma diaria. El 16.7% de niños consume chuches diariamente frente a un 27.3% de las niñas.

DIETAS

Contestación a la pregunta: En el momento actual, ¿sigue el/la niño/a alguna dieta o régimen especial?

Son muy pocos los casos de niños o niñas gitanas que siguen algún tipo de dieta o régimen especial (sea por salud o por estética).

En el momento actual, ¿sigue el/la niño/a alguna dieta o régimen especial?

	ESICGA 2014		ESIA 2009	
	Niños	Niñas	Niños	Niñas
Sí	4,9%	1,5%	1,7%	1,1%

El porcentaje de niños gitanos que siguen algún tipo de régimen o dieta en el momento de la entrevista es superior al de las niñas gitanas (niños 4.9%, niñas 1.5%). Además, éste dato está por encima de la media esperable según los datos desprendidos de la población en general para niños (niños con régimen especial ESICGA 2014, 4.9%.; ESIA 2009, 1.7%).

Al ser un número de casos muy pequeños no podemos extraer conclusiones de la tipología de dietas llevadas a cabo. A modo de resumen diremos que las niñas hablan de perder peso y los niños de vida saludable o de razones de salud/enfermedad como motivos de guardar dieta.

DESCANSO

TIEMPO DE DESCANSO

Contestación a la pregunta: ¿Cuántas horas duerme el (nombre del niño o de la niña ...) habitualmente? (incluyendo siesta): (nota: días de la semana de lunes a viernes)

La media de horas de sueño en la población infantil asturiana es de 9 horas al día en días de semana. La cifra es similar en niños que en niñas. Dentro de la comunidad gitana esta media se incrementa ligeramente hasta las 9 horas y media. Además sí se aprecian ligeras diferencias entre niños y niñas.

¿Cuántas horas duerme (nombre del niño o de la niña ...) habitualmente? (incluyendo siesta)

	ESICGA 2014			ESIA2009		
	Niños	Niñas	Total	Niños	Niñas	Total
Media/horas	9,63	9,34	9,48	9,00	8,90	8,90
DT	1,58	1,30	1,44			

Los niños duermen de media 9.63 horas al día mientras que las niñas lo hacen 9.34 horas. Es una diferencia apreciable aunque no excesivamente grande, y en ambos casos está por encima de la población en general.

TRASTORNOS DE SUEÑO

Contestación a la pregunta: ¿El niño o niña tiene algún problema de sueño? ¿Cual?

Las personas entrevistadas refieren que un 3.1% de la población infantil de la comunidad gitana tenían problemas de sueño. Éste dato no difiere excesivamente

del 2.2% estimado a nivel de la población general, pero en el caso de la población general los casos se dividen por igual entre niños que entre niñas mientras que en la población gitana los casos de trastorno de sueño se concentra entre éstas últimas.

¿Tiene actualmente algún trastorno del sueño?, según sexo

	ESICGA 2014			ESIA2009		
	Niños	Niñas	Total	Niños	Niñas	Total
Sí	1,6%	4,5%	3,1%	2,4%	2,1%	2,2%

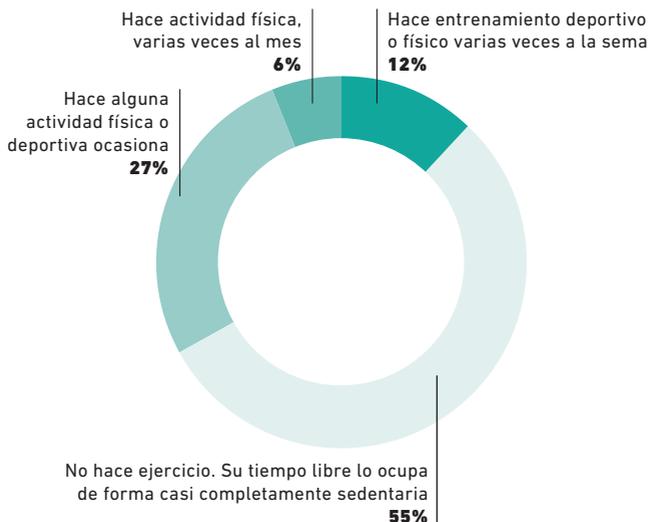
Las niñas de la comunidad gitana refieren trastornos del sueño en un 4.5% de los casos. En niños se reduce hasta el 1.6%. El dato de las niñas destaca aún más ya que en la población en general no se detectan diferencias entre niños y niñas en lo referente a trastornos del sueño. Como en ocasiones anteriores, al ser muy bajo el número de casos con trastornos de sueño, no se pueden sacar conclusiones sobre la tipología de trastornos. Nos encontramos fundamentalmente con problemas por “Despertarse varias veces por la noche”, “Ansiedad y Depresión”, e “Insomnio”.

EJERCICIO FÍSICO

Para valorar el ejercicio practicado por la población infantil asturiana se han recogido las respuestas de una pregunta, una referida al ejercicio físico realizado en el tiempo libre. Contestación a la pregunta: ¿Cuál de estas posibilidades describe mejor la frecuencia con la que el/la niño/a realiza alguna actividad física en su tiempo libre? (fuera del horario escolar): (Niños/as mayores de tres años).

Más de la mitad de los niños y niñas gitanas asturianas no realizan ninguna actividad física en su tiempo libre. Están dentro de lo que definiríamos como sedentarismo. Actividad física ocasional la realiza un 27% de la población entre 3 y 15 años y una actividad física regular apenas la realiza un 6%. A éstos últimos podemos sumarles un 12% de menores que practican alguna modalidad deportiva a modo de entrenamiento. Con estos datos podemos decir que la mitad de la población infantil gitana es sedentaria y apenas un 18% es activa en su tiempo de ocio.

¿Cuál de estas posibilidades describe mejor la actividad física que realiza en su tiempo libre?
(fuera del horario escolar)



Gráfica 23: Sedentarismo. Actividad física en Tiempo Libre. ESICGA 2014.

Estos datos son casi inversos a los que se obtienen a nivel general, donde lo habitual es que los menores realicen algún tipo de entrenamiento deportivo semanal (48%) y se definan como sedentarios apenas el 17% de ellos.

¿Cuál de estas posibilidades describe mejor la actividad física que realiza en su tiempo libre?
(fuera del horario escolar)

	ESICGA 2014			ESIA 2009		
	Niños	Niñas	Total	Niños	Niñas	Total
No hace ejercicio. Su tiempo libre lo ocupa de forma casi completamente sedentaria	45,8%	67,6%	55,3%	13,7%	20,9%	17,2%
Hace alguna actividad física o deportiva ocasional	29,2%	24,3%	27,1%	17,4%	20,7%	19,0%
Hace actividad física, varias veces al mes	4,2%	5,4%	4,7%	7,8%	7,9%	7,9%
Hace entrenamiento deportivo o físico varias veces a la semana	18,8%	2,7%	11,8%	54,0%	42,6%	48,4%

El sedentarismo está más extendido entre las niñas (67.6%) que entre los niños (45.8%). Esta tendencia se repite en la población en general aunque con datos más moderados.

También se podría decir que la participación en equipos o el entrenamiento deportivo es casi exclusivamente de niños ya que participa en actividades deportivas un 18.8% de los niños entre los 3 y los 15 años y tan solo un 2.7% de las niñas.

¿Cuál de estas posibilidades describe mejor la actividad física que realiza en su tiempo libre? (fuera del horario escolar)

	De 3 a 5 años	De 6 a 10 años	De 11 a 15 años
No hace ejercicio. Su tiempo libre lo ocupa de forma casi completamente sedentaria	84,6%	52,4%	46,7%
Hace alguna actividad física o deportiva ocasional	7,7%	26,2%	36,7%
Hace actividad física, varias veces al mes	0,0%	7,1%	3,3%
Hace entrenamiento deportivo o físico varias veces a la semana	7,7%	11,9%	13,3%

Por edad se aprecia como el sedentarismo desciende según aumenta la edad aunque en el tramo donde es menor sigue siendo un indicador preocupante (entre los niños de 11 a 15 años el sedentarismo alcanza al 46.7% de la población, siendo el dato más positivo). La actividad deportiva está íntimamente ligada al periodo de escolarización obligatoria que comienza a las 6 años.

¿Cuál de estas posibilidades describe mejor la actividad física que realiza en su tiempo libre? (fuera del horario escolar)

	A	B	C	D	E
No hace ejercicio. Su tiempo libre lo ocupa de forma casi completamente sedentaria	55,6%	65,4%	41,2%	56,3%	50,0%
Hace alguna actividad física o deportiva ocasional	11,1%	15,4%	52,9%	31,3%	37,5%
Hace actividad física, varias veces al mes	11,1%	3,8%	5,9%	0,0%	0,0%
Hace entrenamiento deportivo o físico varias veces a la semana	22,2%	11,5%	0,0%	12,5%	12,5%

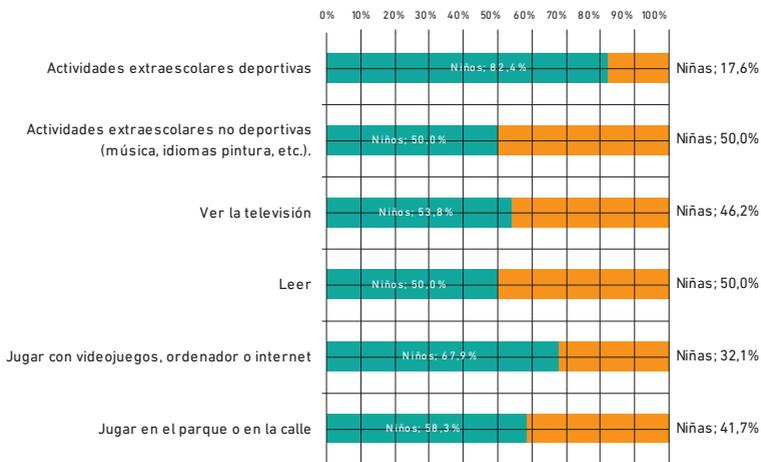
Por grupos sociales vemos como el sedentarismo tiene un comportamiento diferente al que podríamos esperar. Siendo muy alto en todos los grupos sociales, son los menos favorecidos por el entorno, la vivienda y la situación socioeconómica de la familia (C, D y E), los que muestran menores niveles de sedentarismo. Los grupos sociales a priori mejor valorados (A y E), tienen peores indicadores en sedentarismo infantil. Paradójicamente, la participación en equipos y

entrenamientos deportivos en el grupo social más alto (A) es el doble que en el resto de grupos sociales.

ACTIVIDADES EXTRAESCOLARES

Contestación a la pregunta: Durante la semana pasada, ¿hizo (nombre del niño o de la niña...) alguna de las siguientes actividades de ocio?. En caso afirmativo, señalar cuáles y el tiempo dedicado a cada una?: (sólo mayores de 3 años).

Porcentaje de niños y niñas gitanas participando de diferentes actividades. ESICGA 2014



Gráfica 24: Porcentaje de niños y niñas gitanas participando de diferentes actividades. ESICGA 2014.

Con respecto a las actividades extraescolares, lo primero que debemos de señalar es la escasa participación en actividades extraescolares por parte de la comunidad infantil gitana en comparación con la población en general.

Apenas un 12% de los niños y niñas gitanas entre los 3 y los 15 años participaron en algún tipo de actividad extraescolar deportiva frente al 63,1% de la población general. Con respecto a actividades no deportivas ocurre lo mismo. La participación entre la comunidad gitana es del 6% frente a un 40% de la población general.

Actividades extraescolares

	ESICGA 2014			ESIA 2009		
	Niños	Niñas	Total	Niños	Niñas	Total
Actividades extraescolares deportivas	20,6%	4,7%	12,9%	69,5%	56,4%	63,1%
Actividades extraescolares no deportivas (música, idiomas pintura, etc.).	5,8%	6,3%	6,0%	37,5%	43,8%	40,6%
Ver la televisión	60,9%	56,3%	58,6%	88,3%	88,0%	88,1%
Leer	11,6%	12,5%	12,0%	63,4%	72,9%	68,0%
Jugar con videojuegos, ordenador o internet	52,9%	26,6%	40,2%	69,4%	62,7%	66,1%
Jugar en el parque o en la calle	61,8%	46,9%	54,5%	79,4%	73,2%	76,4%

Los niños y niñas gitanas ven la televisión y juegan con videojuegos en menor proporción que la población general. Un 58.6% de los niños y niñas gitanas dedican tiempo libre a ver la televisión frente al 88% de la población general. A videojuegos o a navegar por Internet dedica tiempo un 40% de la población gitana entre los 3 y los 15 años mientras que entre la población en general el porcentaje asciende hasta el 66%. El porcentaje de menores de la comunidad gitana que dedica tiempo a la lectura es del 12% frente a un 68% de la población general que afirma hacerlo.

También se detectan diferencias entre niños y niñas en algunas actividades. Participan por igual en Actividades Extraescolares no Deportivas, Ver la televisión o Leer. El el parque o en la calle juegan más los niños que las niñas, pero en porcentajes muy cercanos. Sin embargo, cuando hablamos de videojuegos o de Navegar por Internet así como de Actividades Extraescolares Deportivas, podemos decir que la participación de niños gitanos frente a niñas es abrumadora. (El 80% de los menores que afirman realizar Actividades Extraescolares Deportivas son niños frente al 20% de niñas, así mismo son niños el 68% de los menores que afirman dedicar tiempo a jugar con Videojuegos o navegar por Internet frente al 32% que son niñas).

Otra diferencia de sexo en las Actividades Extraescolares Deportivas es que las pocas niñas que le dedican tiempo lo hacen menos días a la semana que los niños (2.12 días de media a la semana los niños frente a 0.50 días de media las niñas) y esos días le dedican menos horas (0.85 horas de media los niños y 0.55

horas de media las niñas). Las niñas dedican más días y tiempo a las Actividades Extraescolares no Deportivas y a Leer.

Dedicación temporal de niños y niñas de la comunidad gitana a las diferentes actividades ESICGA 2014

		Días a la semana		Horas al día	
		Media	DT	Media	DT
Actividades extraescolares deportivas	Niños	2,12	2,61	0,85	0,94
	Niñas	0,50	0,70	0,55	0,75
Actividades extraescolares no deportivas (música, idiomas pintura, etc.).	Niños	0,83	2,12	0,36	0,67
	Niñas	2,01	2,82	1,44	2,31
Ver la televisión	Niños	6,87	0,96	2,43	1,07
	Niñas	7,00	0,00	2,44	1,38
Leer	Niños	2,22	3,13	0,92	2,01
	Niñas	3,35	3,39	1,46	1,70
Jugar con videojuegos, ordenador o internet	Niños	6,24	2,10	2,01	1,59
	Niñas	5,76	2,56	1,75	1,79
Jugar en el parque o en la calle	Niños	6,17	2,24	2,18	1,24
	Niñas	6,59	1,47	2,65	1,79

Ver la televisión es la actividad a la que proporcionalmente más niños y niñas gitanas afirman dedicar tiempo, pero además, es a la actividad que más tiempo medio dedican. Se ve la televisión los 7 días de la semana una media de 2 horas y media al día, con alguna diferencia entre niños y niñas pero no destacable.

Otras actividades a las que se dedica tiempo son Jugar con Videojuegos y Navegar por Internet, a la que dedican más tiempo los niños que las niñas, y Jugar en el Parque o en la Calle, a la que dedican más tiempo las niñas que los niños.

LACTANCIA MATERNA

Contestación a la pregunta: Ha recibido el niño/a lactancia materna durante el primer año de vida: ¿Durante cuánto tiempo?: Lactancia materna exclusivamente Lactancia materna combinada o artificial. Si recibido el niño/a lactancia artificial durante el primer año de vida. ¿A qué meses comenzó?:

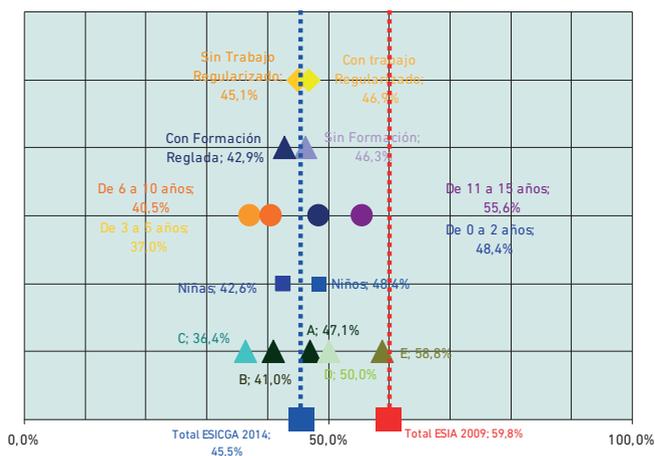
¿Ha recibido el niño/a lactancia materna exclusivamente durante el primer año de vida?

	Total	Niños	Niñas
Total ESICGA 2014	45,5%	48,4%	42,6%
Total ESIA 2009	59,8%	60,0%	59,6%

De las contestaciones realizadas por la persona informante respecto a la situación de la alimentación en la primera infancia de los niños y niñas sujetos a investigación se desprende que casi el 46.6% de los niños y niñas gitanos asturianos estuvieron sometidos a un régimen de lactancia materna exclusiva durante un periodo determinado (que puede ser de un solo día).

Este indicador es sensiblemente inferior al que podríamos esperar si nos fijamos en los datos obtenidos en la ESIA2009, en la que se establece una prevalencia del 60% en lactancia exclusiva. Por edades, no se ve ninguna evolución concreta de los hábitos de lactancia. Sí se aprecian diferencias por otras características. Por ejemplo, los grupos sociales D y E, son los más proclives a utilizar la lactancia materna exclusiva como fórmula de alimentación de sus bebés, aunque únicamente el grupo E se aproxima a la media de la población general. También se aprecia cierta tendencia a dar más pecho a los niños que a las niñas.

Otras características socioeconómicas como el nivel de educación de los padres o el trabajo reglado no tienen incidencia sobre la lactancia.



Gráfica 25: Hábitos de Lactancia Materna en Comunidad Gitana. ESICGA 2014.

Por otro lado, el tiempo medio de lactancia materna exclusiva se alarga hasta los 7 meses (5,8 meses para los niños y 6,9 meses para las niñas). Es un tiempo considerablemente más largo que el que encontramos en la población general (4,5 meses de media). Parece ser que la madre gitana tiene una menor tendencia a la lactancia materna pero aquellas que eligen dicha opción la mantienen durante más tiempo ya que retrasan la introducción de leches artificiales.



MEDIDAS ANTROPOMÉTRICAS

Contestación a las preguntas: ¿Podría indicarnos cuanto pesa el/la niño/niña aproximadamente sin zapatos ni ropa?. ¿Podría indicarnos cuánto mide, aproximadamente, sin zapatos? Las variables son numéricas: Peso: en Kg. sin zapatos ni ropa. Altura: medida en cm, sin zapatos.

No se puede hablar de una altura o peso medio de la población infantil gitana al ser precisamente estas edades que estamos investigando aquellas que están sometidas a un proceso de crecimiento y desarrollo en todas las variables ponderales (peso y talla), entre otras., No obstante sí podemos hacer una aproximación por edades, año a año o por grupos etarios y calcular con ellas el Índice de Masa Corporal.

TALLA

La talla media declarada de los niños y niñas de la Comunidad Gitana Asturiana es similar a la talla media declarada por la población general. La evolución de las alturas de los niños y niñas es constante y sigue la progresión esperable.

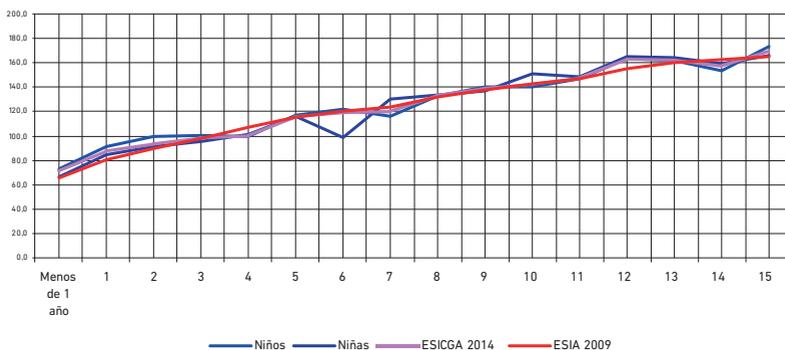
Promedio de Altura (en cmt.)

Edad	Niños	Niñas	ESICGA 2014	ESIA 2009
Menos de 1 año	73,4	66,0	71,3	65,4
1	91,5	84,4	87,6	80,1
2	100,0	91,2	94,1	89,4
3	100,8	95,8	98,6	97,8
4	99,5	100,8	100,5	106,7
5	117,0	116,2	116,4	115,1
6	121,8	99,0	119,5	120,7
7	115,8	130,5	120,0	123,3
8	132,5	133,8	133,3	131,6

9	140,5	137,3	139,1	137,9
10	140,0	151,0	143,1	142,9
11	146,7	148,5	147,4	146,9
12	163,3	165,0	163,8	155,5
13	161,5	164,5	162,5	160,2
14	153,5	159,4	157,7	162,4
15	173,3	165,7	170,0	165,3

Pese a algún pico lógico por las limitaciones del tamaño muestral, los niños y las niñas tienen una evolución pareja en todas las edades con una ligera tendencia a una mayor altura de los niños. Hasta los 7 años de edad hay una mayor talla en niños, entre los 7 y los 14 años se van alternando ambos sexos y a partir de los 15 años de edad los chicos empiezan a atener una talla media superior a las chicas.

Promedio de Altura por Edad ESICGA 2014



Gráfica 26: Talla Media. Comparativa según edad de Niños y Niñas de la Comunidad Gitana Asturiana, Media de la Comunidad Gitana y Media de la Población General.

PESO

El peso medio de los niños y niñas de la Comunidad gitana asturiana, a diferencia de la talla, no sigue una evolución pareja a la de la población general.

En una comparativa año a año se puede apreciar como el peso medio extraído de la muestra se va elevando por encima de la media de la población general, aumentando su diferencia según aumenta la edad.

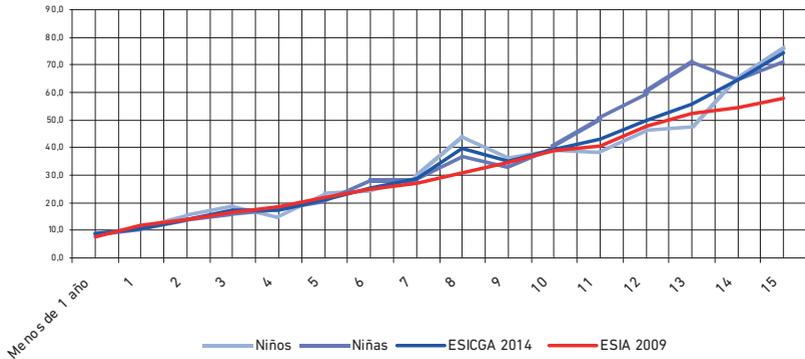
Promedio de Altura (en cm.)

Edad	Niños	Niñas	ESICGA 2014	ESIA 2009
Menos de 1 año	73,4	66,0	71,3	65,4
1	91,5	84,4	87,6	80,1
2	100,0	91,2	94,1	89,4
3	100,8	95,8	98,6	97,8
4	99,5	100,8	100,5	106,7
5	117,0	116,2	116,4	115,1
6	121,8	99,0	119,5	120,7
7	115,8	130,5	120,0	123,3
8	132,5	133,8	133,3	131,6
9	140,5	137,3	139,1	137,9
10	140,0	151,0	143,1	142,9
11	146,7	148,5	147,4	146,9
12	163,3	165,0	163,8	155,5
13	161,5	164,5	162,5	160,2
14	153,5	159,4	157,7	162,4
15	173,3	165,7	170,0	165,3

La evolución de niños y niñas gitanas es similar aunque no igual. Ambos grupos tienden a mostrar pesos por encima de la media, pero en el caso de los niños gitanos es a los 10 años de edad cuando esta diferencia se hace realmente evidente.

Es habitual que ambos sexos tengan resultados muy parejos en cuanto al peso hasta los 10 años de edad. A partir de ahí, comienzan los chicos a manifestar un mayor tamaño en términos de peso. Sin embargo, las niñas a partir de los 13 años las que experimentan este mismo efecto y se equiparan de nuevo a los niños.

Promedio de Peso por Edad ESICGA 2014



Gráfica 27: Peso Medio. Comparativa según edad de Niños y Niñas de la Comunidad Gitana Asturiana, Media de la Comunidad Gitana y Media de la Población General.

ÍNDICE DE MASA CORPORAL IMC Y OBESIDAD

Si valoramos la relación peso-talla con un criterio cuantitativo, para el que pueden existir varias aproximaciones, siendo en la población infantil varias, una de la OMS, otras de los CDC y otras de la Fundación Orbegozo, las más usadas en pediatría en España. La estimación de la obesidad en la infancia se realiza a partir del IMC, definiendo el sobrepeso y la obesidad mediante la utilización de percentiles.

Actualmente, no existe un criterio comparativo consensuado por la comunidad científica internacional sobre la definición de obesidad en estas edades. En algunos países se define la obesidad con el percentil 95 y en otros con el percentil 97 (sobrepeso: percentil 85 o 90). En la población española se ha utilizado el percentil 85 como límite de sobrepeso y el percentil 95 como punto de corte para definir la obesidad, como recomienda el Grupo Europeo de Obesidad Infantil. Las tablas de referencia nacionales utilizadas son las de Orbegozo.

En nuestro caso hemos optado por calcular los IMC teniendo en cuenta la edad y el sexo, contrastando posteriormente con la referencia que Orbegozo ofrece como límite a la obesidad (superior a percentil 95). Como resultado obtenemos el porcentaje de niños y niñas de la muestra que están por encima del límite de la obesidad por cada tramo de edad.

Promedio de IMC [kg/m²]

Edad	Niños	Desviación Estandar Niños	Niñas	Desviación Estandar Niñas	Total general	Desviación Estandar
Menos de 1 año	24,00	2,47	10,35	3,27	20,10	2,42
1	17,58	0,68	12,82	3,88	15,20	2,99
2	16,25	1,46	16,23	1,24	16,24	1,19
3	17,28	1,01	20,57	0,81	18,69	0,86
4	15,00	-	17,15	0,61	16,72	0,66
5	15,03	0,15	16,00	1,02	15,44	0,94
6	17,50	1,64	16,17	-	16,57	1,60
7	19,72	0,54	23,90	0,62	20,91	0,58
8	21,25	0,80	22,10	1,61	21,53	1,39
9	19,10	1,18	17,10	0,54	18,24	0,89
10	17,47	0,87	20,85	0,71	19,40	0,77
11	17,83	0,49	22,80	1,05	19,82	0,75
12	18,50	0,16	18,53	-	18,53	0,42
13	18,40	0,88	21,38	0,02	20,88	0,94
14	28,85	0,34	22,73	0,57	26,23	0,49
15	21,27	0,27	26,23	0,78	24,10	0,52

El reducido tamaño de la muestra obliga a que haya algunos tramos de edad que estén infrarepresentados. Esto provoca algunos picos en la información, pero en esta ocasión consideramos que es preferible presentar toda la información aún a riesgo de perder precisión. Los datos a nivel general (únicamente según sexo o según edad) ganan consistencia.

Porcentaje de Niños y Niñas de la muestra con IMC superior al Percentil 95 que la Tabla de Orbeagoz marca para su edad

Edad	Niños	Niñas	Total
Menos de 1 año	60,0%	0,0%	42,9%
1	25,0%	25,0%	25,0%
2	0,0%	50,0%	25,0%
3	25,0%	66,7%	42,9%
4	0,0%	25,0%	20,0%

5	0,0%	33,3%	14,3%
6	33,3%	14,3%	20,0%
7	40,0%	50,0%	42,9%
8	75,0%	50,0%	66,7%
9	25,0%	0,0%	14,3%
10	0,0%	50,0%	28,6%
11	0,0%	50,0%	20,0%
12	0,0%	0,0%	0,0%
13	0,0%	40,0%	33,3%
14	75,0%	0,0%	42,9%
15	0,0%	25,0%	14,3%
Total general	28,3%	29,1%	28,7%

La apreciación general de todo el estudio sobre peso y talla es que existe una tendencia al sobre peso. Los niños y las niñas gitanas mantienen una talla normal y según avanza la edad va incrementándose el porcentaje de niños y niñas con un peso por encima del apropiado a edad, sexo y talla.

Éste sobrepeso se transforma en preocupante cuando pasa a denominarse obesidad, problemática que encontramos en el 28% de los niños y en el 29% de las niñas. La comparativa en este punto con los datos de la ESIA 2009 se complica ya que la metodología de cálculo no es totalmente similar, pero la referencia de obesidad que presenta para la población infantil a nivel general es del 15.4% para niños, 11.5% para niñas y 13.4% para el total de la población menor de 16 años.

Porcentaje de Niños y Niñas de la muestra con IMC superior al Percentil 95 que la Tabla de Orbeagoz marca para su edad

Edad	Niños	Niñas	Total
De 0 a 2 años	30,8%	30,0%	30,4%
De 3 a 6 años	11,1%	40,0%	26,3%
De 7 a 10 años	36,8%	7,8%	32,4%
De 11 a 15 años	25,0%	23,5%	24,1%
Total general	28,3%	29,1%	28,7%

Por edades, la obesidad es mayor en las primeras etapas de la vida aunque se mantiene según vamos avanzando en edad. Afecta en gran medida en edades escolares y descende con la adolescencia. Esta evolución se repite también en la población en general

aunque con porcentajes de obesidad más moderados. A nivel de todas las edades, la estimación de la obesidad en la población infantil gitana asturiana es del doble que la detectada en la población general.

OPINIÓN SOBRE PESO Y TALLA

Contestación a la pregunta: Diría que el peso del niño/a en relación a su estatura es...?

La opinión de cual es su peso y su talla es fundamental para la propia percepción de su esquema corporal, y más aún para la instauración de políticas de salud encaminadas a modificar el comportamiento de consumo de nutrientes o de la intervención en relación a la obesidad.

Hasta ahora hemos visto como las apreciaciones objetivas muestran indicadores de sobrepeso entre la población infantil gitana asturiana. Pero subjetivamente también se detecta esta preocupación sobre el peso de niñas y niños gitanos. Prácticamente un 20% de las familias encuestadas manifestaron la creencia de que su niño o niña tenía un peso por encima de lo normal. Se trata de 12 puntos por encima de la apreciación de la población general.

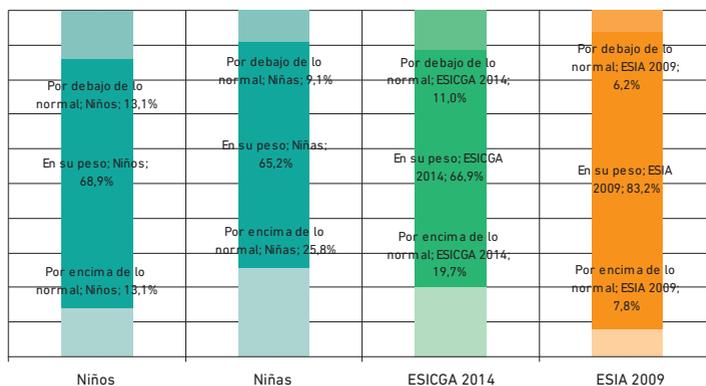
6. Diría que el peso (nombre del niño o de la niña..) en relación a su estatura está..

	ESICGA 2014			ESIA 2009		
	Niños	Niñas	Total	Niños	Niñas	Total
Por encima de lo normal	13,1%	25,8%	19,7%	7,5%	8,0%	7,8%
En su peso	68,9%	65,2%	66,9%	82,7%	83,8%	83,2%
Por debajo de lo normal	13,1%	9,1%	11,0%	6,7%	5,7%	6,2%

El juicio es más estricto con las niñas que con los niños. Un 25,8% de las niñas son vistas con sobrepeso frente al 13,1% de los niños pese a que según las relaciones de peso y talla aportados no existen diferencias tan notables entre niños y niñas

gitanas. Esta diferencia entre la apreciación del sobrepeso según el sexo del menor no se repite en la encuesta a la población infantil general.

Diría que el peso del niño o de la niña en relación a su altura está...



Gráfica 28: Valoración de la relación entre peso y altura de niños y niñas. Comparativa ESICGA 2014 y ESIA 2009.

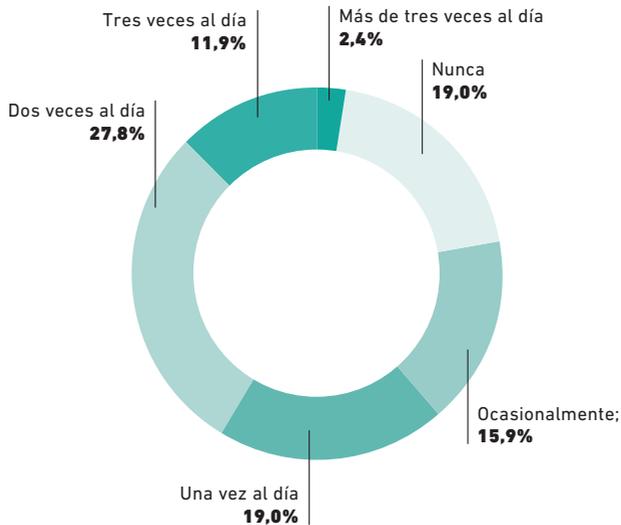
Otro problema que aparece y que no se había tratado hasta ahora es el de niños y niñas por debajo de su peso normal. Entre la población gitana hay un 11% de niños y niñas que se considera están en un peso por debajo de lo normal.

PRÁCTICAS PREVENTIVAS

HIGIENE DENTAL

Contestación a la pregunta: ¿Con qué frecuencia se cepilla los dientes habitualmente? (Se considera que un/a niño/a se ha cepillado los dientes tanto si la limpieza dental la realiza únicamente el/la menor como si un adulto la completa o ayuda a completar).

¿Con qué frecuencia se cepilla los dientes habitualmente?, según sexo



Gráfica 29: Frecuencia habitual de cepillado de dientes. ESICGA 2014.

Uno de cada cuatro menores de la comunidad gitana asturiana no se cepilla los dientes Nunca. Otro 16% lo hace ocasionalmente y otro 19% lo hace únicamente una vez al día.

El grupo mayoritario es el que se limpia los dientes dos veces al día (27%) a lo que hay que sumar un 11.9% que lo hace tres veces al día y un 2% que afirma hacerlo más de tres veces al día.

¿Con qué frecuencia se cepilla los dientes habitualmente?, según sexo

	ESCGA 2014			ESIA 2009		
	Niños	Niñas	Total	Niños	Niñas	Total
Nunca	26,7%	12,1%	19,0%	1,4%	0,4%	0,9%
Ocasionalmente	16,7%	15,2%	15,9%	4,5%	2,6%	3,6%
Una vez al día	13,3%	24,2%	19,0%	15,4%	12,3%	13,9%
Dos veces al día	26,7%	28,8%	27,8%	41,2%	39,3%	40,3%
Tres veces al día	8,3%	15,2%	11,9%	35,9%	42,3%	39,0%
Más de tres veces al día	1,7%	3,0%	2,4%	1,4%	2,7%	2,0%

Los niños tienen peores hábitos de limpieza que las niñas. Más del doble de niños que de niñas afirma no cepillarse los dientes nunca (26.7% niños frente a 12.1% de niñas). También son casi el doble las niñas que afirman limpiarse los dientes tres o más veces al día (18% de niñas frente a 10% de niños).

Todos estos datos reflejan unos malos hábitos higiénicos en un aspecto que marca la salud y la calidad de vida futura como es la salud bucodental. La perspectiva de los datos se agrava además si la comparamos con la información disponible a nivel general. Entre la comunidad gitana el grupo de menores principal es el que se limpia los dientes Nunca u Ocasionalmente (43.4% de los niños gitanos y 27.3% de las niñas gitanas). En la población general éste mismo grupo es minoritario (5.9% de los niños y 3% de las niñas).

VACUNAS

Contestación a la pregunta ¿Ha recibido (nombre del niño o de la niña) todas la vacunaciones correspondientes a su edad?

El cumplimiento del calendario vacunal por parte de la comunidad gitana es muy alto. Prácticamente todas las familias encuestadas afirman vacunar a sus niños y niñas de acuerdo a las indicaciones de sus centros de salud de referencia.

¿Ha recibido (nombre del niño o de la niña) todas la vacunaciones correspondientes a su edad?

		Niños	Niñas
Total ESICGA 2014	99,2%	100,0%	98,4%
Total ESIA 2009	98,7%	98,7%	98,7%

PROGRAMA NIÑO SANO

Contestación a la pregunta: ¿Acude a todas las revisiones periódicas que le marca su pediatra dentro del Programa del niño/a sano/a?

Cumplimiento con las revisiones periódicas que le marca su pediatra dentro del Programa del niño/a sano/a

	Total	Niños	Niñas
Total ESICGA 2014	97,7%	97,0%	98,4%
Total ESIA 2009	95,9%	95,5%	96,2%

Al igual que con el calendario vacunal, la afirmación de que se cumple con las visitas periódicas programadas del niño/a sano/a es prácticamente total. No hay diferencia de género. Tampoco la hay según edad o estrato social.

SEGURIDAD VIAL

Contestación a la pregunta: Cuando va en automóvil, ¿va sujeto/a el/la niño/a con algún sistema de seguridad adecuado a su edad, como el cuco, la sillita, el cojín-elevador, el cinturón de seguridad?

Más del 90% de niños y niñas para los que se preguntó en esta Encuesta señalan que estos y estas SIEMPRE van con las medidas de sujeción adecuadas a su edad, tanto circulando por ciudad como por carretera. Siendo un dato positivo, hay margen de mejora ya que ésta misma pregunta en la encuesta dirigida a la población general fue contestada afirmativamente por casi la totalidad de la población.

No se observan diferencias entre el uso de sistemas de seguridad en automóvil cuando se viaja en carretera o se viaja por ciudad. Sí, en cambio se ven comportamientos diferentes según sexo, edad o estrato social.

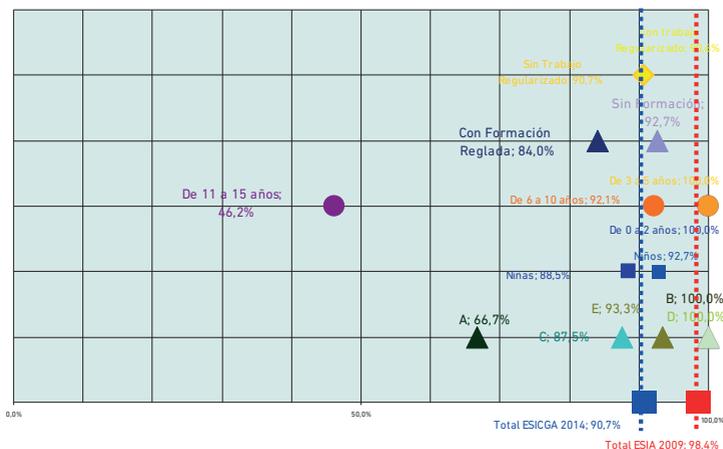
Utilización SIEMPRE de sistemas de seguridad en automovil

	Total	Niños	Niñas
Total ESICGA 2014	90,7%	92,7%	88,5%
Total ESIA 2009	98,4%	98,4%	98,3%

Al contrario que en la encuesta a nivel de la población general, en la encuesta dirigida a la comunidad gitana asturiana se detectan

tendencias diferentes por sexo. Los niños van más sujetos (94,7%) que las niñas (88,5%). También se observa que es el grupo de niños y niñas de más edad (entre los 11 y los 15 años) sobre el que más se relajan las obligaciones de sujeción especial en automóvil, ya que el cumplimiento SIEMPRE desciende hasta el 46%.

Otro aspecto que llama la atención es que el grupo social A, definido por una actividad económica, el mercadillo, que utiliza el automóvil como herramienta central de trabajo, es el grupo que en mayor grado incumple en alguna ocasión las obligaciones de seguridad. El grupo A afirma utilizar siempre medidas de seguridad en el 66% de las ocasiones.



Gráfica 30: Utilización siempre de sistemas de seguridad en automóvil. ESICGA 2014.

EXPOSICIÓN LA HUMO DEL TABACO

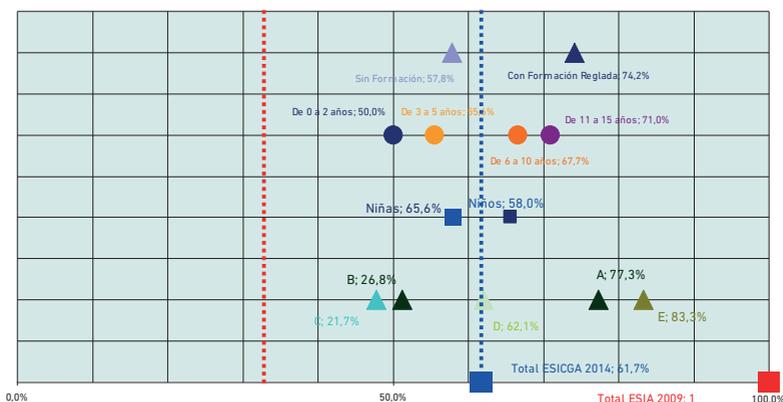
Contestación a la pregunta: De las personas que viven en el domicilio de (nombre del niño o de la niña), ¿hay alguna que fuma delante de él o de ella?

Niños y niñas expuestos al humo en el hogar

	Total	Niños	Niñas
Total ESICGA 2014	63.9%	59.4%	68.8%
Total ESIA 2009	32,6%	32,4%	32,7%

Con éste indicador podemos estimar cual es el porcentaje de niños y niñas expuestos potencialmente al humo del tabaco. No se trata de saber en cuantos hogares se fuma y en cuantas cantidades. La información que obtenemos es más simple. En el caso de que algún adulto fume (incluso esporádicamente) ¿lo hace delante del niño o de la niña? Y la respuesta es que dos de cada tres niños y niñas gitanos asturianos (63.9%) están expuestos al humo del tabaco en el hogar. Es una cifra muy superior a la que encontramos a nivel de la población general en la que son uno de cada tres los menores en la misma situación.

Están más expuestas las niñas gitanas (68.8%) que los niños (59.4%), bien porque se fume con más asiduidad delante de ellas, bien porque permanezcan durante más tiempo dentro del hogar.



Gráfica 31: Exposición al humo del tabaco en el hogar. ESICGA 2014.

Con respecto a la edad se aprecia como se va relajando la costumbre de no fumar delante de los niños y de las niñas conforme éstos se van haciendo mayores. El grupo delante del que se fuma menos es el de los más pequeños (Entre 0 y 2 años están expuestos al humo del tabaco el 50% de los menores). El siguiente grupo de edad también cuenta con cierta protección (el grupo de edad de Entre 3 y 5 años está expuesto al humo del tabaco en un 55% de las ocasiones). En el siguiente grupo de edad se produce un salto cuantitativo. Se fuma delante de ellos el 66.7% de las ocasiones. El grupo más expuesto al humo de tabaco es el de los mayores (Entre 11 y 15 años están expuestos al humo del tabaco el 71% de los menores).

Otros condicionantes sociales que podrían influir en las costumbres con respecto a fumar delante de los niños o niñas como pudieran ser las condiciones socioeconómicas de la familia o que los padres cuenten o no con formación reglada no funciona como esperamos. Así, los grupos socioeconómicos extremos A y E se comportan de igual forma por encima de la media (A, 77.3% de menores expuestos al humo del tabaco en el hogar. E, 83.3%). O, los hogares en los que alguno de los progenitores tiene alguna formación reglada exponen en mayor medida a los niños y niñas al humo de tabaco que aquellos hogares donde no es así (Con Formación Reglada 74% de menores expuestos, Sin Formación Reglada 57.8%).

CONSUMO DE MEDICAMENTOS

Contestación a la pregunta: A continuación voy a leerle una lista de medicamentos, por favor, dígame ¿cuál o cuáles de ellos ha consumido el niño o la niña en las últimas dos semanas y cuáles de ellos fueron recetados por personal médico?

A continuación nos centraremos en el análisis de las respuestas sobre consumo de medicamentos desde el punto de vista de la extensión de su consumo. El porcentaje de población que consume cualquier tipo de medicamento en un periodo de tiempo determinado (las dos semanas anteriores a la formulación de la pregunta).

La autoprescripción detectada es testimonial. Las diferencias entre las respuestas de consumo CON receta médica y SIN receta médica son mínimas, así que optamos por presentar las respuestas de porcentaje de consumo de medicamentos prescritos mediante receta médica. El consumo de medicamentos por parte de niños y niñas en la comunidad gitana es interesante ya que revela una tendencia coherente con otros comportamientos así como desigualdades internas.

Porcentaje de niños y niñas que reconocen el consumo de algún tipo de Medicamentos (con Receta Médica) en las últimas dos semanas

	Total	Niños	Niñas
Total ESICGA 2014	43,2%	38,2%	48,4%
Total ESIA 2009	39,3%	40,3%	39,2%

Por el peor nivel de autodecepción de la salud, por la alta prevalencia en la declaración de algunas enfermedades y por la mayor frecuentación de los servicios sanitarios (que se tratará en otro capítulo), cabría esperar una mayor proporción de consumo de medicamentos. Un 43.2% de los niños y niñas gitanas asturianas

consumieron medicamentos en las dos semanas previas a la consulta. Para el conjunto de la población infantil éste porcentaje se queda en el 39.3%.

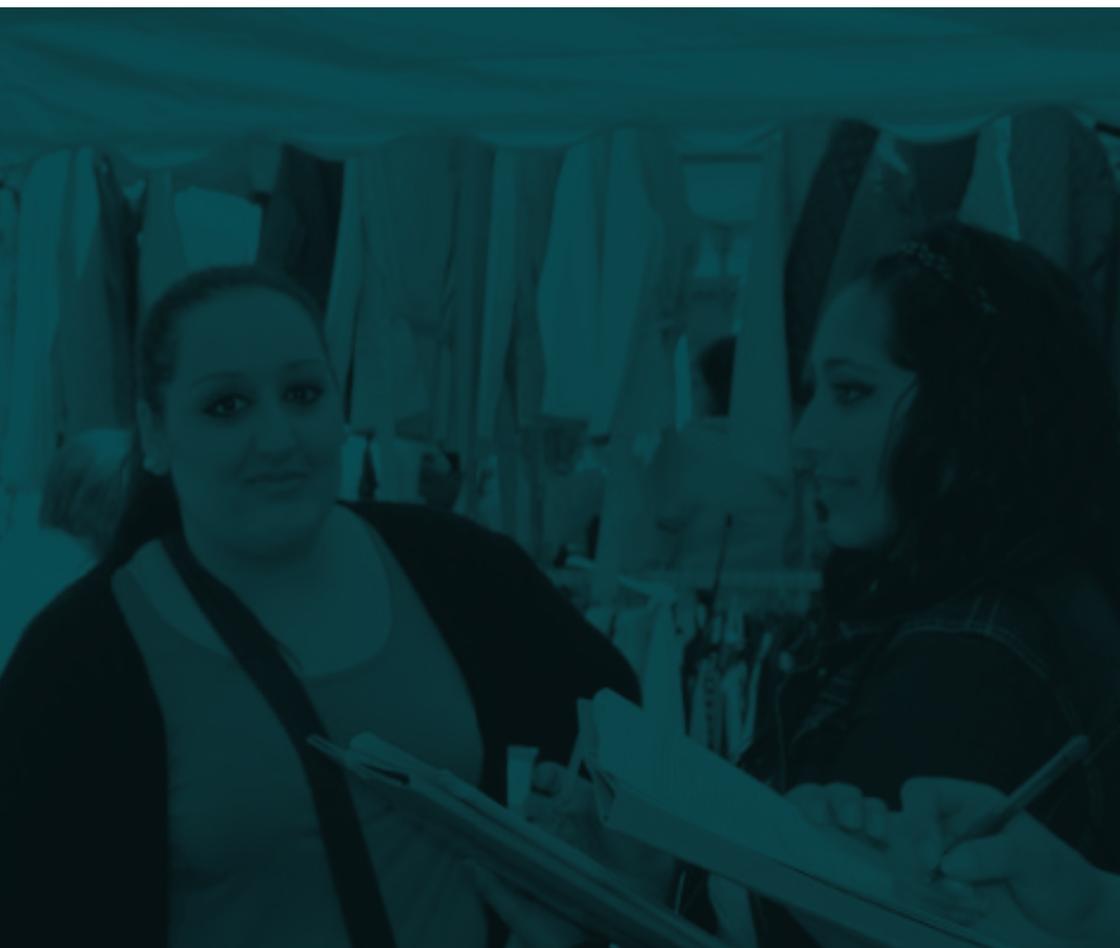
Llama la atención las diferencias entre niños y niñas. Los niños gitanos consumen medicamentos en una proporción incluso menor que el conjunto de los menores asturinos (Niños de la comunidad gitana que consumieron medicamentos en las últimas dos semanas, 38.2%, niños del conjunto de la población 40.3%). Las niñas gitanas, por el contrario, consumen medicamentos en una proporción mucho mayor que los niños y por encima de la media establecida para el conjunto de niñas asturianas. (Niñas de la comunidad gitana que consumieron medicamentos en las últimas dos semanas, 48.4%, niñas del conjunto de la población 39.2%). Es por lo tanto el consumo de las niñas el que eleva el consumo de los menores gitanos asturianos por encima de la media marcada por el conjunto de la población asturiana menor de 16 años.

Medicamentos que ha consumido el niño/a en las dos últimas semanas. ESICGA 2014

Tipo Medicamento	Niños	Niñas	Total
Medicinas para el catarro, gripe, garganta, bronquios	11,5%	19,7%	15,7%
Medicinas para bajar la fiebre	6,7%	19,7%	13,5%
Medicamentos para el asma	13,6%	10,6%	12,0%
Medicinas para el dolor	10,0%	7,5%	8,7%
Medicamentos para vómitos	0,0%	6,1%	3,1%
Antibióticos	1,6%	4,5%	3,1%
Tranquilizantes, relajantes, pastillas para dormir	1,6%	4,5%	3,1%
Medicamentos para la alergia	1,6%	4,5%	3,1%
Medicamentos para problemas de ojos	0,0%	1,5%	,8%
Productos naturistas	1,6%	0,0%	,8%
Reconstituyentes como vitaminas, minerales, tónicos	0,0%	1,5%	,8%
Medicamentos para problemas de oídos	0,0%	1,5%	,8%
Laxantes	0,0%	0,0%	0,0%
Medicamentos para diarrea	0,0%	0,0%	0,0%
Medicamentos para diabetes	0,0%	0,0%	0,0%
Medicamentos para problemas de la piel	0,0%	0,0%	0,0%
Medicamentos para adelgazar	0,0%	0,0%	0,0%
Productos homeopáticos	0,0%	0,0%	0,0%

Los medicamentos más consumidos fueron; Medicinas para el catarro, gripe, garganta, bronquios (15,7%), Medicinas para bajar la fiebre (13,5%) y Medicamentos para el asma (12,0%).

Las niñas consumieron más que los niños en casi todos los apartados (salvo para el asma y para el dolor), destacando en el consumo de Medicinas para bajar la fiebre y Medicamentos para Vómitos.



CONCLUSIONES

EL PROCESO

La I Encuesta de Salud Infantil en Comunidad Gitana, Asturias 2014, cumplió con todos y cada uno de los objetivos que se había marcado:

- Monitoriza la salud percibida para la población infantil de la comunidad gitana asturiana.
- Recoge datos cuantitativos válidos sobre los principales indicadores de salud infantil.
- Identifican los principales grupos a riesgo en la salud de la infancia de la comunidad gitana asturiana, en los hábitos de vida y en el acceso a los servicios sanitarios.
- Se identifican grupos de riesgo dentro de la propia comunidad Gitana.
- La información obtenida es válida para la realización de un análisis de género sobre la salud diferencial entre niños y niñas. También aporta información relevante sobre diferencias entre diferentes grupos de edad.
- Aporta datos relevantes sobre desigualdad entre los grupos investigados por su situación socioeconómica, por su nivel educativo o situación laboral.
- Identifica áreas de intervención prioritaria, fundamentalmente en Estilos de Vida y Prácticas Preventivas.

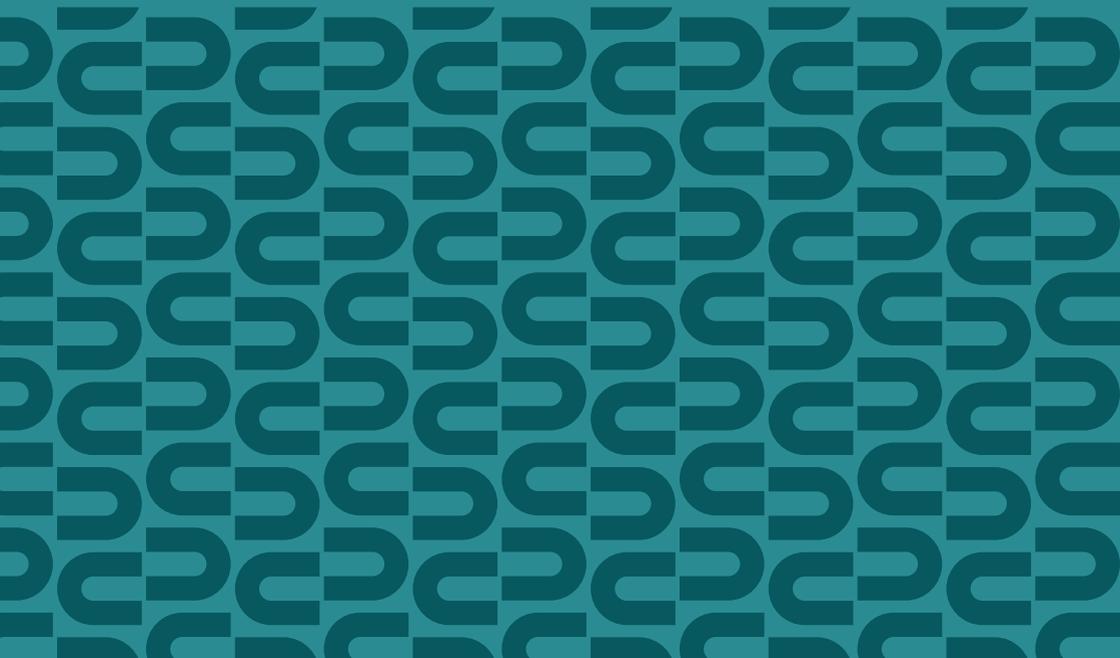
- Y, por último, demuestra la capacidad de la comunidad gitana para participar en éste tipo de operaciones y la operatividad de la información obtenida.

Por lo tanto, éste trabajo propone un punto de partida que permite orientar la acción y posteriormente monitorizar de nuevo la salud de la infancia gitana asturiana y analizar así su evolución. Midiendo avances y retrocesos.

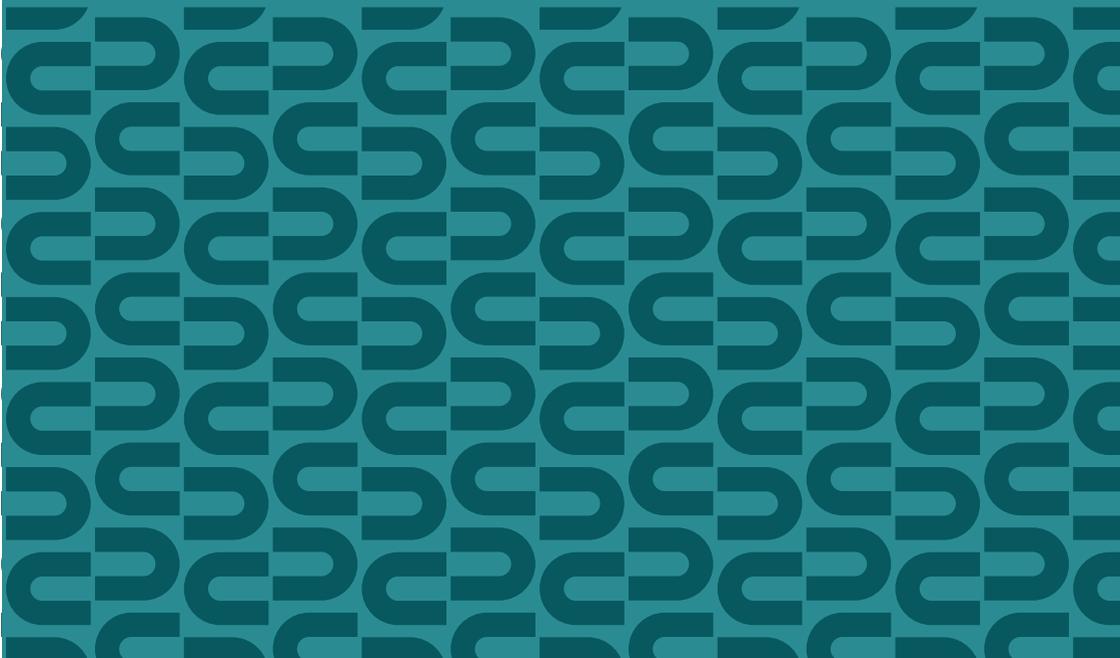
También identifica espacios de salud en los que habría que aumentar la investigación para conocer las razones de los malos resultados (Salud Mental, Redes Sociales).

Y valida una metodología de muestreo para obtener información fiable y operativa sobre un colectivo del que se carece de censo o registro y sobre el que pesa una imagen de receloso y protector de su intimidad y, por lo tanto, poco colaborador con estrategias de encuesta. Nuestra experiencia viene a negar dicha imagen y aporta una metodología de muestreo que solventa los contratiempos técnicos y culturales además de demostrar que es factible la utilización de este tipo de herramientas entre la comunidad gitana.

Los datos obtenidos presentan una gran capacidad de dar información sobre un suceso con una muestra muy pequeña. Pierde capacidad explicativa cuando nos concentramos en explicar el suceso (ya que la lógica reducción del número de encuestas provoca que toda información a la que no conteste el total de la muestra no pueda ser inferida a la población general). En cualquier caso las informaciones sobre los sucesos sí aportan información relevante como tendencia o como formulación de hipótesis a futuras investigaciones.



LOS RESULTADOS



LOS RESULTADOS

VALORACIÓN DE LA SALUD DE LA COMUNIDAD GITANA ASTURIANA

La valoración global de esta variable que pretende medir el estado de salud integral del niño o niña de etnia gitana en Asturias, es buena. La proporción de respuestas con algún tipo de problema es muy baja. Apenas un 2,4 % de las respuestas definen la salud del niño o niña como Mala o Muy Mala.

Sin embargo, si buscamos como referencia los datos de la Encuesta de Salud Infantil Asturias, 2009, vemos como hay diferencias significativas en las valoraciones de salud. Si se pudiera puntuar la salud de la infancia gitana asturiana sobre 5, según la valoración de los informantes (por la que una salud Muy buena se valorase como un 5 y una salud Muy Mala se valorase como 0), ésta alcanzaría entre la infancia gitana un 4.25 tanto para niñas como para niños mientras que la valoración que se desprendería de la Encuesta a nivel general, subiría a 4.51 en niños y 4.53 en niñas.

Esto se debe fundamentalmente a que entre la población gitana la valoración mayoritaria del estado de salud del/a menor es de Buena frente al Muy Buena de la población en general. Así mismo, la valoración Regular y la valoración Mala tienen un peso relativo mayor.

Esta tendencia se repite tanto para niños como para niñas. Aparecen diferencias en la valoración del Estado de la Salud entre niños y niñas gitanas asturianas. Se detecta una tendencia a valorar de forma más extrema la salud de las niñas. Se valora en mayor medida la salud como Muy Buena (niñas 42.6% niños 38.3%) así como Mala (niñas 4.4%, niños -sin casos-). Además, ésta valoración subjetiva del estado de salud es coherente con otras apreciaciones como la Morbilidad Declarada o los resultados de Bienestar y Salud Mental

MORBILIDAD DECLARADA

La Morbilidad Declarada entre la comunidad gitana revela un estado de salud relativamente bueno. Esto no implica que surjan diferencias entre los resultados ofrecidos por la comunidad infantil gitana y la normalidad establecida en los resultados de la encuesta de salud infantil a nivel general en Asturias. Algunos ejemplos de éstas diferencias son:

- Alta prevalencia de asma que alcanza al 25 % de la población infantil de la comunidad gitana, con más incidencia sobre los niños (30.4%) que sobre las niñas (17%). (Dicha prevalencia de asma explicaría en gran medida la percepción más negativa de la salud que se detecta en la ESICGA 2014 frente a la ESIA 2009.)
- Limitaciones, discapacidades o las agresiones que presentan una mayor prevalencia entre la comunidad gitana. En el caso de las limitaciones o discapacidades afectaría más a las niñas y en el de las agresiones a los niños. (Pese al alto grado de limitaciones y de necesidades de ayuda para realizar ciertas tareas, el reconocimiento legal de minusvalía apenas alcanza el 4% de la muestra de niños y niñas sobre los que se preguntó. Este dato, siendo claramente peor, no difiere estadísticamente del 2.2 % detectado en la ESIA 2009.)
- Menor incidencia de casos de accidentes (ESIA2009, 16%, ESICGA2014, 9.4%).

REDES SOCIALES Y SALUD MENTAL

DISCRIMINACIÓN: Se detecta una mayor incidencia de situaciones consideradas como discriminación (ESICGA2014, 7%, ESIA2009, 2%).

Los casos de discriminación se localizan en el ámbito escolar en edades altas y en niños. En el ámbito sanitario no se detectó ningún caso en el que sintieran discriminados.

SALUD MENTAL: Cuestionario estandarizado internacionalmente SDQ (Cuestionario de Capacidades y Dificultades), de Robert Goodman, Instituto de Psiquiatría de Londres y validado en varias ocasiones. El SDQ ha sido confirmado como un excelente recurso para realizar el cribado de trastornos de salud mental en la población infantil. Se trata de un test de fácil manejo, compuesto por 25 ítems, agrupados en 5 grupos según hagan referencia a síntomas emocionales, problemas de conducta, hiperactividad, problemas con compañeros y conducta positiva de socialización. (En nuestro estudio se consideró resultado alterado por encima de 16 puntos y dudoso entre 13 y 16 puntos. para el conjunto del cuestionario, mientras que para el análisis de los grupos por separado se escogió como punto de corte la referencia de 5 ó más puntos obtenidos en cada grupo)

Los resultados son alarmantes. Un 40 % de los cuestionarios arrojaban datos preocupantes por lo que se definiría como Caso Probable de mala Salud Mental. Tan solo un 27% se situaba en valores por debajo de 13 puntos.

En niños, el porcentaje de casos de Posible Mala Salud Mental se eleva hasta el 48,5 % frente al 31 % de las niñas, siendo las diferencias significativas. Esto no quiere decir que el bienestar de las niñas sea mucho mejor ya que el grueso de éstas (45%) se sitúa en una zona de valores altos (entre 13 y 16 puntos de la escala SDQ). Únicamente el 23% de las niñas están en valoraciones normales frente al 33% de los niños.

Por el reducido tamaño muestral no se pueden sacar conclusiones acerca de la incidencia de la edad en la salud mental. Únicamente, y a modo de hipótesis, se podría apuntar un ligero descenso de los casos probables de mala salud mental con el aumento de la edad gracias al descenso de los problemas de hiperactividad y de Problemas con los compañeros.



ESTILOS DE VIDA

ALIMENTACIÓN Y NUTRICIÓN

La alimentación es uno de los aspectos de mejora principales identificados en la ESICGA2014. Los hábitos alimenticios de los niños y niñas gitanos asturianos pasan por el consumo diario de Dulces (71%), Refrescos azucarados (44%), Comida rápida (21%) o chucherías (22%).

Comparando los datos de consumo obtenidos entre la ESICGA2014 y la ESIA2009 vemos como entre la comunidad infantil gitana se consume diariamente más Carne (el 63.3 % de niños y niñas gitanos encuestados de familias gitanas consume carne diariamente frente al 13.3% de los niños y niñas asturianos), Huevos (18.5% frente a 1.5%), Refrescos (44.2% frente a 4.1%), Chucherías (22.2% frente a 3.2%) y Snacks o Comidas Saladas (19.5% frente a 1.3%).

El consumo también es superior en Pastas, Arroz, Patatas (46.9% frente a 26%), Legumbres (20.5% frente a 7.5%) y Embutidos (42.6% frente a 26.2%).

En lo referente a Comidas Rápidas (Pizza, Hamburguesas, etc.), el consumo es claramente inferior (21.1% frente a 60%).

Los refrescos azucarados representan un hábito negativo ampliamente extendido ya que representa la bebida habitual en la comida principal del día para más de un tercio de los niños y niñas gitanos asturianos.

El desayuno es una de las comidas que mayor frecuencia se saltan los niños y niñas gitanos asturianos. El 12.6 % de los informantes afirman que no lo realizan. El desayuno es poco variado, predominando las galletas y la leche con cacao. Llama

la atención la aparición del café en la dieta, con poca prevalencia (12%) pero a muy temprana edad.

La comida principal se realiza mayoritariamente en el hogar familiar. Apenas el 20% la realiza en el colegio.

Muy pocos niños o niñas siguen dietas especiales. No se detectan más del 5%. En los casos detectados los niños argumentan razones de salud mientras que las niñas por perder peso.

DESCANSO

La media de horas de sueño en la población infantil gitana asturiana es de 9.48 horas al día en días de semana.

Tanto en niños como en niñas aparecen tiempos de sueño superiores a los datos esperables según la referencia de la ESIA2009 aunque el tiempo de descanso es superior en niños (9.63 horas) que en niñas (9.34).

Los trastornos de sueño son muy pocos y, por lo tanto trabajamos con un número de casos que hace imposible ningún tipo de inferencia, pero cabe decir que se identifican más trastornos de sueño entre las niñas que refieren problemas de ansiedad e insomnio

ACTIVIDAD FÍSICA

Todo esto se une a una vida fundamentalmente sedentaria. Donde el ejercicio físico habitual o de entrenamiento no llega a más de un cuarto de la población de niños y niñas gitanos asturianos. El sedentarismo es significativamente mayor entre niñas que entre niños.

También es muy significativa la baja participación de niñas en actividades extraescolares (tanto deportivas como no deportivas) a las que se dedican un porcentaje mucho menor de niñas que de niños (71.2% de niños, 28.8% de niñas) y además, las niñas que participan le dedican menos días a la semana y menos tiempo diario.

LACTANCIA

De las contestaciones realizadas por la persona informante respecto a la situación de la alimentación en la primera infancia de los niños y niñas sujetos a investigación se desprende que casi el 46.6% de los niños y niñas gitanos asturianos estuvieron sometidos a un régimen de lactancia materna exclusiva durante un periodo determinado (que puede ser de un solo día).

Este indicador es sensiblemente inferior al que podríamos esperar si nos fijamos en los datos obtenidos en la ESIA2009, en la que se establece una prevalencia del 60% en lactancia exclusiva.

Parece ser que la madre gitana tiene una menor tendencia a la lactancia materna pero aquellas que eligen dicha opción la mantienen durante más tiempo ya que retrasan la introducción de leches artificiales (ESICGA2014 5.9 meses frente a 4.9 de ESIA2009).

SOBREPESO Y OBESIDAD

Un 73.4% de las personas consideran que la relación entre el peso y la talla del niño/a es normal, mientras que un 15% considera que el peso está por encima del peso para su talla. Un 10% de la población cree que el peso es menor del que debería tener para su talla. La percepción de estar por encima o por debajo del peso que corresponde a su edad es mayor en la ESICGA2014 (25.8%) que en la ESIA2009 (14%).

La presión de la consideración de sobrepeso es mayor en niñas (19%) que en niños (12.3%) sin que las diferencias en el IMC justifiquen dicha percepción.

Si nos fijamos en la declaración de peso y talla de la ESICGA2014 y la comparemos con las declaraciones medias obtenidas en la ESIA2009 vemos que hay una tendencia a elevar el peso de los niños y niñas gitanos asturianos a partir de los 6 años de edad mientras que la talla no tiene variaciones significativas. Una dieta hipercalórica y una vida sedentaria provoca un lógico aumento del Índice de Masa Corporal (IMC) a partir del cual se establecen los criterios de sobre peso, normo peso y obesidad, por lo que ambos índices son mayores entre la comunidad gitana infantil.

Actualmente, no existe un criterio comparativo consensuado por la comunidad científica internacional sobre la definición de obesidad en estas edades. En algunos países se define la obesidad con el percentil 95 y en otros con el percentil 97 (sobrepeso: percentil 85 o 90). En cualquier caso se utilizan percentiles sobre la propia comunidad. (En la población española se ha utilizado el percentil 85 como límite de sobrepeso y el percentil 95 como punto de corte para definir la obesidad, como recomienda el Grupo Europeo de Obesidad Infantil. Las tablas de referencia nacionales utilizadas son las del Estudio Transversal de Orbeago.)

Se procedió al cálculo del IMC de niños y niñas (peso en kg/talla en m²) según la talla y peso facilitados por los informadores. Posteriormente se calculó el porcentaje de casos en los que el IMC superaba el IMC de referencia de las tablas del estudio transversal de Orbeago (IMC > percentil 95 = obesidad).

Los datos que se desprenden de la muestra nos dicen que un 28% de los niños y un 29 % de las niñas sobrepasan el límite de la obesidad. En total, se estima que sufre obesidad un total de 28.7% de la muestra. En la ESIA2009, la fórmula de cálculo fue diferente. Únicamente como referencia destacaremos que estimaban el porcentaje de obesidad en un 15 % para niños y en un 11.5% para niñas (Total obesidad 13.5%).

PRÁCTICAS PREVENTIVAS

En las prácticas preventivas nos encontramos con una dualidad entre la comunidad infantil gitana asturiana ya que nos encontramos con cumplimientos escrupulosos o muy altos (vacunaciones, revisiones pediátricas y, con ciertos matices, la seguridad vial), mientras que en otros casos los hábitos preventivos deben de trabajarse más (higiene dental y exposición al humo del tabaco en el hogar).

HIGIENE DENTAL: La higiene dental representa un aspecto de mejora entre la comunidad infantil gitana asturiana. El 19 % afirma no cepillarse nunca los dientes y el 15% afirma realizar dicha limpieza de forma ocasional. El hábito de limpieza está mucho más extendido entre niñas que entre niños

VACUNAS: El seguimiento del calendario vacunal es muy alto. La declaración afirmativa ronda el 100% para niños y niñas gitanas asturianas.

PROGRAMA NIÑO SANO: La afirmación del cumplimiento de las revisiones pediátricas habituales es absolutamente mayoritario.

EXPOSICIÓN AL HUMO DEL TABACO: La exposición al humo de tabaco en el hogar entre los niños y niñas gitanas asturianos es muy alta. Alcanza al 63.9% de los menores de 16 años. Son exposiciones muy altas y la diferencia con los referentes marcados por los datos de la ESIA2009 son significativas (se sitúan 30 puntos por encima). Las niñas están más expuestas que los niños (68.9% vs 59.4%)

SEGURIDAD VIAL: La casi totalidad de niños y niñas para los que se preguntó en esta Encuesta señalan que estos y estas SIEMPRE van con las medidas de sujeción adecuadas a su edad, tanto circulando por ciudad como por carretera. (Sin diferencias estadísticamente significativas entre niños y niñas). La única excepción la encontramos en el tramo de edad entre 11 y 15 años, en el que se aprecia una relajación en las medidas de seguridad (53.8% afirma no utilizar las apropiadas). Es significativa esta tendencia entre el grupo de vendedores de mercado que utilizan vehículos como herramienta de trabajo habitual.

USO DE SERVICIOS SANITARIOS

La prevalencia en la utilización de los servicios sanitarios entre la comunidad gitana asturiana es moderada.

ATENCIÓN PRIMARIA: Es el servicio utilizado mayoritariamente por los niños y niñas gitanos asturianos. El uso declarado en las cuatro últimas semanas antes de la encuesta se sitúa en el 44.4%, ligeramente superior al 39.9% detectado en la ESIA2009. Atención Especializada: La frecuentación de este nivel de la atención sanitaria es 9.8% . Se repite la situación anterior ya que parece que hay una tendencia a una mayor frecuentación.

SERVICIOS DENTALES: En este caso sí aparecen diferencias notables en el nivel de frecuentación entre la ESICGA2014 y la ESIA2009. Entre la comunidad infantil gitana está menos extendido el uso de cualquier tipo de servicios dentales.

INGRESOS HOSPITALARIOS: También en este campo aparecen diferencias reseñables. Existe una mayor tendencia al ingreso hospitalario entre los niños y

niñas de la comunidad gitana, fundamentalmente entre los menores de 2 años. Es en éste tramo de edad en el que se concentran las diferencias.

SERVICIOS DE URGENCIAS: Los servicios de urgencias fueron utilizados los últimos 12 meses previos a la encuesta por el 32.1% de los niños y niñas gitanos asturianos. Esa misma pregunta fue contestada afirmativamente por el 26.2% de los encuestados en la ESIA2009.

CONSUMO DE FÁRMACOS: Se detecta una ligera tendencia a un mayor consumo de fármacos entre la comunidad gitana localizado exclusivamente en las niñas, que consumen por encima de la media al contrario que los niños gitanos. El consumo de fármacos sin receta médica es residual.



DIFERENCIAS ENTRE NIÑOS Y NIÑAS

La salud de los niños y de las niñas gitanas asturianas, tal y como ya hemos argumentado, es buena. Sin embargo es peor que la que encontramos en la población general y además aparecen importantes brechas de desigualdad interna.

Una de la más importante es la de las diferencias entre niños y niñas. Esta diferencia se concreta en diferencias en hábitos de vida entre ambos sexos en las que las niñas presentan peores indicadores. Algunos ejemplos son la peor alimentación, una exposición mayor al humo del tabaco, un tiempo de descanso menor o un mayor grado de sedentarismo.

Las niñas gitanas tienen una mayor tendencia a una mala alimentación, a seguir dietas por temas estéticos y a saltarse comidas fundamentales como el desayuno en una mayor proporción (No desayuno, niñas 13.6%, niños 11.5%). Esto se une a una vida mucho más sedentaria (Sedentarismo Sí, niñas 52.2%, niños 30.6%) y a una menor participación en actividades extraescolares tanto deportivas como no deportivas (la menor participación se produce tanto en porcentaje de niñas que realizan algún tipo de actividad extraescolar como en el tiempo que le dedican).

A todo esto se une una peor percepción del entorno sobre la relación entre peso y talla. Pese a tener Índices de Masa Corporal similares a los niños, la percepción de sobrepeso de las niñas es 1.5 veces superior al de los niños.

Las niñas además descansan menos (horas de sueño, niñas 9.34, niños 9.63) y tienen más trastornos de sueño.

La mayor exposición al humo del tabaco en el hogar (Exposición Sí, niñas 68.8%, niños 59.4%) o la tendencia a usar menos sistemas de retención en el coche (Retención Siempre, niñas 85.5%, niños 92.7%), son otros aspectos que llaman la atención en las diferencias entre niños y niñas.

Sobre el uso de los servicios sanitarios, se vislumbra una tendencia a un mayor uso de servicios de atención primaria, especializada y dentistas o estomatólogos por parte de niños frente a niñas. También hay un mayor índice de hospitalizaciones de niños en el último año frente a niñas (11.6 % de niños frente a 7.9 % de niñas). Sorprende sin embargo la utilización de los servicios de Urgencias donde la diferencia en el uso se invierte y cobra una mayor significancia. El 35.5 % de las niñas de la muestra fueron a urgencias en los últimos doce meses frente al 29.0% de los niños. Esta mayor frecuentación de niñas frente a niños sorprende porque invierte dos tendencias, por un lado la de utilización del resto de servicios sanitarios y por otro lado el ligero mayor uso de servicios de urgencias por parte de niños en la población general.

Todas estas diferencias en usos, hábitos y estilos de vida es difícil que se concreten en una morbilidad diferenciada. (Hablamos de efectos poblacionales a medio largo plazo difíciles de percibir en menores de 15 años y en estudios con muestras limitadas). Sin embargo, sí que se desprenden datos interesantes.

Los niños gitanos tienen una mayor tendencia a padecer asma (Asma, niñas 17.2%, niños 30.4%) y a sufrir agresiones (niñas 1.6%, niños 5.9%). Sin embargo son las niñas las que en más ocasiones se tuvieron que quedar en cama por problemas de salud (Cama por Problemas de salud, niñas 15.6%, niños 10.1%) o sufrieron limitaciones en su vida diaria por problemas de salud (Limitaciones, niñas 18.8%, niños 13.4%)

También es importante atender a las diferencias de los resultados de Salud Mental entre niños y niñas. A primera vista parece que los niños tienen más problemas pero Únicamente el 23% de las niñas están en valoraciones normales frente al 33% de los niños.

Los hábitos de vida en la infancia marcan la salud actual pero también futura de las personas y, en este caso, de las niñas gitanas. La intervención sobre la mejora de las condiciones de salud y de hábitos de vida, así como la reducción de las brechas de género en la comunidad gitana asturiana, debería ser prioritaria desde un punto de vista de la salud.

DIFERENCIAS POR GRUPO SOCIOECONÓMICO

Dentro del concepto de salud integral, las condiciones socioeconómicas o el estrato social donde se ubica el entorno familiar y comunitario es clave para explicar resultados en salud (morbilidad y mortalidad). Esto se debe a que el espacio físico y el entorno social y cultural marcan los estilos de vida y, por lo tanto, la inscripción a hábitos de vida más o menos saludables.

Los efectos sobre la salud de éstos estilos de vida (alimentación, consumos, prácticas preventivas, etc.) se pueden apreciar a largo plazo y sobre comunidades gracias a la información que nos proporcionan las investigaciones epidemiológicas. En los primeros años de vida, estos efectos se ven mitigados por la reducido tiempo de exposición, ganando peso la carga genética y las medidas de seguridad para evitar accidentes. Sin embargo, es un momento clave de la vida por dos razones. Primero, la literatura científica insiste en la importancia de los primeros años de vida como marcador de salud de toda la trayectoria vital. Segundo, los hábitos, aprendizajes y gustos construidos durante la infancia y adolescencia marcarán unos estilos de vida difíciles de modificar en el futuro.

Una de las hipótesis con las que trabajó el Grupo Mixto (Consejería de Salud y Asociación Gitana) desde el inicio del diseño de la encuesta fue que habría diferencias claras en hábitos y estilos de vida entre los diferentes grupos sociales identificados para el muestreo y que grupos sociales que viven en peores condiciones físicas y económicas tendrían hábitos de vida menos saludables.

Los resultados de la muestra confirman la diferencia de hábitos y de estilos de vida entre los diferentes grupos sociales, pero no siempre estas diferencias concuerdan con nuestra idea de correspondencia entre gradiente social y estilo de vida menos saludable, tal y como se demuestra en esta comparativa entre los grupos

sociales A y E (los que consideramos más alejados y con un mayor gradiente de desigualdad entre ellos). Comparativa:

- El grupo social E valora peor la salud de sus niños y niñas. La valora mayoritariamente como Buena frente al Muy Buena del grupo A. Además, el porcentaje de respuestas Regular es mayor y aparece la respuesta Mala, que no aparece en el grupo A. Cuantitativamente el Grupo A pone una nota media de 4.80 sobre 5 a la salud de sus niños y niñas. El Grupo E baja esa nota media hasta el 4.40 sobre 5.
- La Salud Mental medida según el cuestionario SDQ (Cuestionario de Capacidades y Dificultades), es otro aspecto que diferencia a un grupo del otro. El Grupo A tiene un resultado medio de 13.40 mientras que el Grupo E alcanza el 16.10. (Para el análisis de resultados se estandariza como alterados los resultados por encima de 16 puntos y dudosos entre 13 y 16 puntos). [Cabe recordar que el análisis se realiza por casos y no por grupos, aunque el análisis de resultados agrupado nos da una idea de la interacción entre el Grupo Social y los resultados de Salud en este caso Mental].

Otros problemas destacados en los que el Grupo A muestra resultados significativamente mejores que el Grupo E son; el hábito de limpiarse los dientes, el hábito de la lectura y la realización de actividades extraescolares (tanto deportivas como no deportivas)

Pero no todos los resultados de Estilos de Vida diferenciados entre Grupo Social A y E son desfavorables a éste último. El Grupo Social E tiene una mayor tendencia a la Lactancia Natural acercándose sus medias (58.8% de niños y niñas) a los resultados que para toda Asturias nos da la ESIA2009 (59.8%), lejos del 47.1 % del Grupo A.

Las horas de sueño, tan importantes para la salud, son mayores de media en el Grupo E (más de 10.5 horas al día) frente al Grupo A (apenas 9 horas al día). Los niños y niñas del grupo social E tienen estilos de vida menos sedentarios. Ven menos la TV y dedican menos tiempo a videojuegos. A esto se une que no hay diferencias destacables en cuanto a la alimentación. Podemos destacar que el Grupo A consume diariamente más Embutido y Pastas, Arroz y Pan mientras que

el grupo E consume más Carne. El consumo de bebidas azucaradas (refrescos o zumos) es muy alto en ambos grupos.

Consecuentemente (similar alimentación pero diferente sedentarismo) la percepción de sobrepeso es mucho menor en el Grupo Social E que en el Grupo Social A. (El 95% de los progenitores del Grupo E consideran que sus hijos o hijas se encuentran en su peso normal frente al 65% del Grupo A).



LÍNEAS DE TRABAJO

PRIORIZACIÓN DE INTERVENCIONES

El estado de salud de los niños y niñas gitanos asturianos es, en términos generales, buena, tanto en términos de valoración por parte de sus progenitores como según los datos desprendidos de la I Encuesta de Salud Infantil en Comunidad Gitana Asturiana 2014.

Esta afirmación general no quiere decir que no se hayan detectado espacios de mejora en la salud y en los estilos de vida o en las prácticas preventivas que se relacionan directamente con la salud de los menores y con la salud de la que, dichos menores van a disfrutar el resto de su vida como adultos.

Áreas de Intervención Prioritarias detectadas. Los esfuerzos sobre la salud de los niños y las niñas gitanas asturianas tienen un gran reto por delante, fundamentalmente en campos como:

- Exposición al humo del tabaco.
- Alimentación (consumo excesivo de dulces, chucherías, comida rápida/preparada, etc.).
- No Desayuno y desayunos pobres.
- Consumo de bebidas carbonatadas
- Actividad física (excesivo sedentarismo)

- Higiene Dental (alta prevalencia de niños y niñas que no se limpian los dientes nunca)
- Relaciones sociales (Alto nivel de puntuaciones problemáticas en el Cuestionario de Capacidades y Dificultades SDQ).

Otro problema añadido es la baja asistencia al comedor escolar y la baja participación de niños y niñas gitanas asturianas en actividades extraescolares lo que dificulta y limita las intervenciones desde el ámbito educativo.

BRECHAS DE DESIGUALDAD

Desigualdad entre niños y niñas. Otro reto prioritario al que se debe de hacer frente es el de la desigualdad que se detecta en los datos de la ESICGA2014 entre niños y niñas. Las niñas presentan resultados sensiblemente peores en Estilos de Vida, Alimentación y en Prácticas Preventivas, lo que supone una carga negativa para su salud que tendrán que soportar el resto de sus vidas. También existen tendencias a peor morbilidad y a problemas de fondo como una mala salud mental.

A todo esto se añade otra dificultad en los medios de intervención. La menor participación de las niñas en ámbitos extraescolares reduce la capacidad institucional de mejora de las condiciones de salud y de hábitos de vida de las niñas gitanas asturianas.

Otro tipo de **comparativas internas** (por estrato social, formación o situación laboral) no son concluyentes. Las condiciones materiales son muy diferentes, pero los estilos de vida (fundamentalmente alimentación, actividad física) son muy similares e, incluso, algunos aspectos son más saludables en grupos sociales desfavorecidos. Esto no quiere decir que una mejora de las condiciones materiales de la comunidad no repercuta positivamente sobre la salud de todos sus miembros.

Todas las intervenciones sobre la mejora de la salud de la comunidad gitana debe de tener en cuenta éstas diferencias sociales para garantizar el acceso a los programas de todas las comunidades.

BIBLIOGRAFÍA

- ÁLVAREZ FERNÁNDEZ, VIOLETA, GONZÁLEZ IGLESIAS Ma DEL MAR y SAN FABIÁN MAROTO, JOSÉ LUIS. La situación de la infancia gitana en Asturias. Consejería de Bienestar Social y Vivienda. Observatorio de la Infancia y de la Adolescencia. Gobierno del Principado de Asturias. Oviedo, 2010.
- ATLAS DE LA VULNERABILIDAD URBANA EN ESPAÑA. Ministerio de fomento. Gobierno de España. Consultado 05/12/2014 en
- En http://www.fomento.gob.es/MFOM/LANG_CASTELLANO/_ESPECIALES/SIU/OBSERVAT_ORIO/Atlas_Vulnerabilidad_Urbana/default.htm
- D'ALEPH/FSG (2008). Mapa sobre vivienda y comunidad gitana en España 2006-07. Madrid, Fundación Secretariado Gitano, 2008.
- ESTUDIO CIS no 2664, Encuesta Sociológica a Hogares de la Población Gitana. Consulta de cuestionario y microdatos.
- En http://www.cis.es/cis/opencm/ES/1_encuestas/estudios/ver.jsp?estudio=7820
- FUNDACIÓN SECRETARIADO GITANO. El empleo en la Población Gitana en Asturias. Un Estudio Comparado (2009).
- En <http://www.gitanos.org/publicaciones/estudioempleo/asturias/>
- INSTITUTO NACIONAL DE ESTADÍSTICA (INE). Cifras de población y Censos demográficos. En <http://www.ine.es>

- LA PARRA CASADO, DANIEL. Hacia la Equidad en Salud. Estudio Comparativo de las Encuestas Nacionales de Salud a la Población gitana y Población General de España, 2006. Ministerio de Sanidad y Política Social. Madrid 2009.
- LA PARRA CASADO, DANIEL. Diagnóstico social de la comunidad gitana en España Un análisis contrastado de la Encuesta del CIS a Hogares de Población Gitana 2007. Informes, Estudios e Investigación 2011 Ministerio de Sanidad, Política Social e Igualdad. Madrid, 2011.
- LAPARRA, M. (coord.) (2007): Informe sobre la situación social y tendencias de cambio en la población gitana. Una primera aproximación. Madrid, MTAS.
- LOPEZ-MENENDEZ, ANA JESÚS, Indicadores Económicos de la Desigualdad y la Pobreza. En VV.AA. Crisis Económica y Atención a las Personas y Grupos Vulnerables. Procuradora General del Principado de Asturias. Oviedo, 2013.
- MARGOLLES MARTINS, MARIO E DONATE SUÁREZ, IGNACIO. Encuesta de salud infantil Asturias, Informe 2009. Consejería de Salud y Servicios Sanitarios. Oviedo 2009.
- VILCHES, CARLOS y ARANA, YOLANDA. La Salud en el Recorrido de la Vida y la Cultura Gitana de Navarra. Estudio de Investigación, Informe Síntesis. Departamento de Salud. Gobierno de Navarra. Pamplona, 2013.
- VV.AA. Estudio Sobre los Determinantes Sociales de la Salud de la Población Gitana de Cantabria. Observatorio de la Salud Pública de Cantabria. Santander, 2012.

CONTENIDO

AGRADECIMIENTOS	5
UNA ACTUACIÓN EN CONSONANCIA CON LAS POLÍTICAS PÚBLICAS DE NUESTRO ENTORNO	13
PROCESO DE TRABAJO	17
Objetivos	18
Mapa de Comunidades Gitanas	19
UNA COMUNIDAD PLURAL Y DOS ESCENARIOS POSIBLES	23
UNIVERSO DE ESTUDIO. ACERCAMIENTO A LA POBLACIÓN GITANA ASTURIANA MENOR DE 16 AÑOS	27
CARACTERÍSTICAS DE LA ENCUESTA ESICGA 2014-10-27	29
Trabajo de Campo	30
RECOGIDA DE LA INFORMACIÓN	33
Tipo de encuesta	33
Procedimiento de trabajo	33
SITUACIONES ESPECIALES	34
FORMACIÓN	36
PROCESO DE TRABAJO	37
Indicadores de Proceso	39
APORTACIONES AL DEBATE DE LA SALUD INFANTIL DESDE UN PUNTO DE VISTA DE DETERMINANTES DE SALUD Y SALUD COMUNITARIA	40
FRECUENCIAS DE LA MUESTRA	45
Frecuencias de las entrevistas por sexo y edad del/la menor	45
Frecuencias de las entrevistas según los datos de la persona informante	45
Frecuencias de las entrevistas según el número de convivientes con el/la menor	46
Frecuencia de las entrevistas según datos de los progenitores	46
Clasificación Socioeconómica	47
Lugares donde se realizaron las entrevistas	47
Percepción de la salud	49

MORBILIDAD DECLARADA	53
Morbilidad Crónica	53
Morbilidad crónica (ASMA)	55
Quedarse en Cama por Problemas de Salud	56
Limitaciones de Actividad	57
Razones por las que se limitó la actividad o se quedó en cama	59
Accidentalidad	60
Agresiones	61
Discapacidades	62
Morbilidad Declarada. Conclusiones	63
Diferencias en Morbilidad Declarada en la Comunidad Gitana: Análisis por sexo y clase social de la ESICGA 2009	63 64
REDES SOCIALES Y SALUD MENTAL	65
Discriminación	65
Salud Mental:	66
Resultados:	68
USO DE SERVICIOS SANITARIOS	72
Atención Primaria	72
Atención Especializada	73
Servicios Dentales	75
Urgencias	76
Ingresos Hospitalarios	78
ESTILOS DE VIDA	80
Alimentación	81
Desayuno	82
Bebida Principal en las Comidas	85
Donde realiza la Comida Principal del Día	86
Consumo de Determinados alimentos	86
Dietas	93
DESCANSO	94
Tiempo de descanso	94
Trastornos de sueño	94
Ejercicio Físico	95
Actividades Extraescolares	98
Lactancia materna	100

MEDIDAS ANTROPOMÉTRICAS	103
Talla	103
Peso	104
Índice de Masa Corporal IMC y Obesidad	106
Opinión sobre Peso y Talla	109
PRÁCTICAS PREVENTIVAS	111
Higiene Dental	111
Vacunas	112
Programa Niño Sano	113
Seguridad Vial	113
Exposición la Humo del Tabaco	115
CONSUMO DE MEDICAMENTOS	117
CONCLUSIONES	120
El proceso	120
LOS RESULTADOS	125
Valoración de la Salud de la comunidad Gitana asturiana	125
Morbilidad Declarada	126
REDES SOCIALES Y SALUD MENTAL	127
ESTILOS DE VIDA	129
Alimentación y Nutrición	129
Descanso	130
Actividad Física	130
Lactancia	131
Sobrepeso y Obesidad	131
Prácticas Preventivas	132
Uso de Servicios sanitarios	133
DIFERENCIAS ENTRE NIÑOS Y NIÑAS	135
DIFERENCIAS POR GRUPO SOCIOECONÓMICO	137
LÍNEAS DE TRABAJO	140
Priorización de Intervenciones	140
Brechas de Desigualdad	141
BIBLIOGRAFÍA	142

