

LAS CONDICIONES DE VIVIENDA DE LAS PERSONAS GITANAS EN ESPAÑA: CARACTERÍSTICAS Y FACTORES DE RIESGO PARA LA SALUD⁷

HOUSING CONDITIONS OF ROMA PEOPLE IN SPAIN: CHARACTERISTICS AND HEALTH RISK FACTORS

Iván Canzio

ivancanzio@gmail.com

Resumen

Como han demostrado la Comisión Europea y la OMS, las personas gitanas son uno de los colectivos sociales que se enfrentan a mayor desigualdad en multitud de aspectos, tanto en España como en Europa. En esta investigación, mediante el análisis de las frecuencias de la Encuesta Nacional de Salud a Población Gitana 2013-2014, se estudian de forma comparativa las condiciones de vivienda y salud de este colectivo con respecto a la población total, así como la evolución de sus indicadores de salud y vivienda en los últimos años. Además, aplicando la regresión logística a los datos de la encuesta se analizan las asociaciones entre condiciones de vivienda y estado de salud en las personas gitanas, obteniendo que las malas circunstancias en el hogar se relacionan frecuentemente con enfermedades diagnosticadas, mayor uso de servicios sanitarios y peor salud autopercibida, entre otras variables.

Palabras clave: población gitana, características de vivienda, salud, determinantes sociales de salud, regresión logística, desigualdad

Extended abstract

According to the European Commission, Roma people are one of the groups most affected by social exclusion, low educational level, high unemployment,

⁷ El presente artículo es producto del Trabajo Final de Grado realizado por el autor y tutelado por el profesor Daniel La Parra. La información de la que forma parte el análisis procede del proyecto *Estudio del estado de salud, estilos de vida y acceso a servicios de salud de la población gitana en España*, financiado por el Ministerio de Economía y Competitividad.

inappropriate housing, bad health conditions and widespread discrimination in Europe. Besides, several researches have agreed since 1990 with the fact that Roma people have a higher prevalence of diseases than the non-Roma population. According to the idea of inequality of the WHO we cannot talk just about inequality, but also about injustice. This situation prompted the Open Society to propose the “Decade for Roma Inclusion” in 2003. Moreover, the European Commission classified the Romani people as one of the most vulnerable groups at risk of exclusion and poverty. As many other investigations have done before, this one tries to delve into the area of Social Determinants of Health. The main aim of this research is to explore the effects of housing conditions on the health status of Roma people in Spain, but also to compare these conditions with the non-Roma population living in this country. To do this, we have processed the data from the “National Survey on Roma People’s Health 2013-2014”, conducted by the University of Alicante.

The first step was a comparison between the “National Survey on Roma People’s Health 2013-2014”, the “Sociological Survey on Roma People’s Homes” (2006) and the “Living Conditions Survey” (2013) – the only one of the three with a universe comprising both Roma and non-Roma people. By comparing the frequencies of the common questions, it was discovered that the housing conditions of Roma people had globally improved between 2006 and 2013. When comparing the frequencies between the Roma and the whole population, it was found out that the former are very often in worse conditions than the average population. They have a higher percentage of *Leaks and humidity*, *Lack of natural light*, *Pollution* (dirt or other environmental issues in the area), *Noises* and *Crime and vandalism*. In the same way, Roma people’s purchasing power is frequently lower than that of the population as a whole, which is reflected in the fact that fewer Roma people can afford to *Go on holiday* or cope with an unexpected *Expense of 650 Euros*. There are almost three times as many Roma people who cannot afford to *Eat meat* as there are non-Roma in the same situation, and about twice as many who cannot *Keep their home warm*. The health variables are all better for non-Roma than for Roma too; the former have a better self-perceived health status and are less often limited by health problems.

The second part of this research is an exploratory analysis to study the relationships between the housing and health variables in the Roma population. For this purpose, logistic regression analysis has been chosen but the results have not been analyzed as usual. According to Mood (2010), researches are usually wrong when they do not take unobserved heterogeneity into account, so in this case: 1) we made reference to “associations” and “relationships” between variables but not to “determinants”; 2) all kinds of comparisons between the different Odd Ratio values were made, which were only analyzed in terms of significant or non-significant variable associations; 3) different analyses were conducted for men and women but these groups have not been compared between them.

There were 12 independent variables, 14 dependent variables and *Age* as a control variable. All analyses between dependent and independent variables

were done with and without *Age* to detect any kind of effect or spurious relationships between the two variables.

Regarding men's results, statistically significant associations were found in 23.5% of cases and the variable *Age* only created confusion in 10 out of 79 associations. The independent variables with the most associations were *Leaks and humidity*, *Crime and vandalism*, *Lack of natural light*, (availability of) *Warm water*, and (ability to) *Keep their home warm*. Those with the least associations were *Eat meat*, *Home possession* and *Kind of home*. In the case of the dependent variables, the ones with the most associations were *Self-perceived health*, (having) *Anxiety/depression*, (having gone to) *A&E* (in the last two weeks) and (having) *cholesterol*; and the ones with the least associations were *Smoking*, (having) *Hypertension*, (having spent one) *Night in the hospital* (in the last twelve months), (suffering from) *Alcoholism*, (having suffered any) *Accident or intoxication* (in the last twelve months) and (having) *Diabetes*. Regarding women, statistically significant associations were found in 17.5% of cases and the variable *Age* only created confusion in 9 out of 59 associations. The independent variables with the most significant associations were *Lack of light*, *Keep their home warm*, *Expense of 650 Euros*, *Leaks and humidity* and *Crime and vandalism*. On the other hand, those with the least associations were *Home possession*, *Kind of home*, *Noises*, *Pollution*, *Eat meat* and *Warm water*. In the case of the dependent variables, the highest number of associations was observed in *Self-perceived health*, *A&E* and *Night in the hospital*. The lowest number of associations was found in *Anxiety/depression*, *Diabetes*, *Hypertension*, *Accident or intoxication*, (having any) *Children* (who suffered an) *accident* (in the last twelve months) and (time since the last) *Doctor's appointment*.

According to the results from the survey comparison, it is evident that there are deep differences between the Roma and non-Roma populations both in housing and in health conditions. With regard to the technique, all kinds of cause-effect relationships between the variables can be confirmed. However, it is possible to identify some clues which could be useful to analyze in new researches with different techniques and methodologies.

Regarding the logistic regression results: 1) there are many statistically significant associations between health and housing variables and they are not highly influenced by the variable *Age*; 2) perhaps, in some situations, social policies could focus on housing conditions in order to improve the health status of the population and reduce public spending on health; 3) as some results have shown, it would be necessary to study if the variables related to energy poverty are more associated with health conditions than the variables related to poor nutrition.

Finally, it is necessary to find out if, when the same characteristics are shared, the health status of Roma and non-Roma people is different, or if those differences may be due to the fact that bad housing conditions are more common in Roma than in non-Roma. However, this kind of analysis can be problematic because, even when the characteristics of the poorest Roma and the poorest

non-Roma were compared, the differences still remained. Therefore, even if both groups may have the same living conditions, they do not have the same opportunities.

Keywords: Roma people, housing features, health, social determinants of health, logistic regression, inequality

1. INTRODUCCIÓN

Actualmente residen en España alrededor de unas 750.000 personas de etnia gitana (Ministerio de Sanidad, Servicios Sociales e Igualdad, 2012), si bien las aproximaciones suelen ser bastante imprecisas, oscilando entre las 500.000 y las 970.000 personas (La Parra, Gil-González, Jiménez, 2013). A pesar de que tradicionalmente se han asentado en medios rurales, la mayoría reside en la actualidad en municipios, aunque frecuentemente en zonas no integradas ni repartidas a lo largo de todo el término municipal (Ministerio de Sanidad, Servicios Sociales e Igualdad, 2012). Respecto al total de habitantes, las estimaciones realizadas plantean una pirámide poblacional más joven, con una tasa de natalidad considerablemente superior a la media total, lo que pronostica un futuro crecimiento (La Parra, 2011)⁸. Además, en los últimos años, han incrementado su número debido a la llegada de personas romaníes desde Rumanía y Bulgaria, especialmente desde el 2002, a raíz de la eliminación del requerimiento del visado (Ministerio de Sanidad, Servicios Sociales e Igualdad, 2012) y también a partir del 2007, cuando estos países entraron en la Unión Europea.

A pesar del peso poblacional dentro del contexto europeo –en Europa⁹ representan más de 2'8 millones (Fundación Secretariado Gitano, 2009)–, las personas gitanas constituyen uno de los grupos que padecen de forma más intensa procesos de exclusión social, pues se encuentran ante un bajo nivel educativo, alto desempleo, vivienda inadecuada, malas condiciones de salud y una amplia discriminación, lo cual perpetúa su situación precaria (European Commission, 2012).

En materia de salud, como han revelado numerosos estudios, la población gitana de la Unión Europea tienen una salud muy vulnerable en comparación con las personas no gitanas (Mihailov, 2012). Los expertos en políticas públicas de salud, así como diversos estudios desde los años 90, coinciden en que entre

⁸ Es necesario tener en cuenta que los datos, si bien pueden ser orientativos, pueden tener un elevado margen de error, pues proceden a partir de estimaciones realizadas sobre encuestas. La complejidad a la hora de cuantificar a la población gitana queda patente cuando se comparan al principio de este trabajo las cifras tan dispares de personas gitanas residentes en España.

⁹ Grecia, Portugal, República Checa, Eslovaquia, Rumanía, Bulgaria, España.

la población romaní existe mayor prevalencia de enfermedades tanto crónicas como agudas y en definitiva mayores índices de morbilidad y mortalidad. (Flecha, 2013).

Según la OMS:

“Las desigualdades en salud pueden ser definidas como diferencias en el estado de salud o en la distribución de los determinantes de salud entre diferentes grupos de población. Es importante distinguir entre desigualdad e injusticia. Algunas desigualdades en salud son atribuibles a variaciones biológicas o al libre albedrío y otras son atribuidas a las condiciones del entorno y a condiciones principalmente fuera del control de los individuos afectados. En el primer caso, podría ser imposible o éticamente o ideológicamente inevitable cambiar los determinantes de salud, de manera que las desigualdades serían insuperables. En el segundo caso, la distribución desigual podría ser innecesaria e inevitable, al igual que injusta, de manera que las desigualdades en salud también conducen a la injusticia en salud.” (WHO, 2015)

Teniendo ello en cuenta se puede afirmar, por lo tanto, que la población gitana no sólo se encuentra ante una desigualdad económica, social y educativa con respecto a la población no gitana, sino que la salud también es un ámbito de marcada desigualdad e injusticia social. Los determinantes que conforman esta situación son principalmente una prolongada situación económica precaria, un bajo nivel educativo y unos hábitos de vida poco adecuados (Mihailov, 2012).

Por todo ello, la situación de esta población ha venido cobrando una relativa importancia desde los últimos años, en especial desde el año 2003, cuando se propuso la Década para la Inclusión Gitana (Decade for Roma Inclusion) (2005 a 2015) por parte de la Open Society, la cual coordinó a diversas instituciones internacionales como el Banco Mundial, las Naciones Unidas, el Consejo de Europa, UNICEF y la OMS, entre muchos otros, siendo la salud uno de los objetivos principales de la agenda (Mihailov, 2012). Además, la Comisión Europea catalogó a la comunidad romaní como uno de los nueve grupos vulnerables susceptible de sufrir exclusión social y pobreza (European Commission, 2010).

En la misma línea que presentan estas investigaciones, este estudio pretende ser uno más en la consolidada área de estudio de los determinantes sociales de la salud. Desde una perspectiva puramente exploratoria, se busca aportar datos sobre las condiciones de vivienda y salud de la población gitana, pero especialmente pistas sobre aquellas condiciones de vivienda que más pueden afectar al estado de salud de las personas gitanas en España. En primer lugar, mediante la comparación con otras encuestas de los datos de la “Encuesta Nacional de Salud a Población Gitana 2013-2014” elaborada por la Universidad de Alicante, se ha observado tanto la evolución de las características de los hogares

de personas gitanas como los datos de vivienda y salud de las personas gitanas con el total de población española en la actualidad. En segundo lugar, se ha aplicado la regresión logística cruzando las variables de vivienda con variables relativas al estado de salud, detectando numerosas asociaciones que pueden orientar futuros análisis detallados que permitan aceptar o rechazar relaciones causa-efecto.

1.1. Estado de la cuestión

El “Estudio comparativo entre las Encuestas Nacionales de Salud a población gitana y población general de España, 2006” hacía evidente las diferencias entre ambos colectivos (La Parra, 2009). Entre las dos poblaciones existían unas diferencias que se mantenían al desagregar los datos según clase social, nivel de formación y tipo de vivienda (La Parra, 2009). Incluso al realizar comparaciones de población gitana con respecto al grupo de población general peor situado económicamente, las diferencias entre ambos grupos seguían presentes. Estas vulnerabilidades aumentan según edad y sexo. El indicador sintético de salud autopercebida demostraba que a partir de los 35 años la población gitana comienza a definir en una alta proporción su estado de salud como “malo” o “muy malo”. Especialmente vulnerables se mostraban las mujeres, presentando un estado de salud autopercebida significativamente peor que la de sus pares masculinos.

En lo que respecta a vivienda, si bien la situación en España no es de las peores de Europa, aún existen diferencias importantes con respecto a la población no gitana (European Commission, 2012). La concentración residencial es una de las características principales de las viviendas de población gitana, reflejando la escasa integración en el tejido urbano (Fundación Secretariado Gitano, 2008). Para el año 2007 se identificó que el 48'7% de los asentamientos de población gitana tenían más de 10 viviendas con residentes de esta etnia. Atendiendo a su ubicación, se puede establecer que los barrios periféricos constituyen el entorno más habitual de existencia de viviendas de población gitana (hasta el 38'1% se sitúan en estas zonas), siendo el resultado de las políticas de expansión y realojamiento de los años 70 y 80. Al mismo tiempo, los asentamientos segregados del núcleo urbano constituyen un 5% del total y las viviendas integradas en el municipio un 16'9%.

Atendiendo al tipo de vivienda según su edificación, para el año 2007 el 11'9% de las familias gitanas residían en viviendas muy deterioradas, chabolas, viviendas de transición y viviendas móviles. A pesar de ello, es reseñable el incremento de la residencia en viviendas normalizadas y el descenso en alojamientos mal acondicionados desde 1991. Sin embargo, la habitabilidad de

infraviviendas se acentúa especialmente para comunidades gitanas de origen extranjero, siendo de un 39'8% para las personas gitanas de origen portugués y de un 28'9% para las de Europa del Este (frente al 11'9% de las personas gitanas de origen español).

Finalmente, si se observan las instalaciones de las viviendas, se deduce que la mayoría de los hogares de personas gitanas cuentan con agua corriente y electricidad (por encima del 95% en ambos casos). Por contra, las desigualdades persisten, pues según el Censo de población y Viviendas de 2001, en el total de la población española sólo un 0'3% no disponía de agua corriente, frente al 4% de las personas gitanas. De la misma manera, son un 52% las viviendas de personas españolas las que poseen calefacción, mientras que en las viviendas de población gitana sólo la tiene el 31'6%.

En el estudio "Spain RAXEN National Focal Point. Thematic Study Housing Conditions of Roma and Travellers" (RAXEN, 2009) (un informe parcial avalado posteriormente por la OMS) ya se anunciaba en España, comparando los datos para población total del Censo de Población y Vivienda del año 2001 con los datos del año 2006 de la Encuesta sociológica a los hogares de la población gitana, que las personas gitanas estaban casi 33 puntos porcentuales (49'3% frente a 82'17%) por detrás de la población total en lo que respecta a habitar vivienda de su propiedad. Además, casi triplicaban el porcentaje de vivienda en alquiler en comparación con el total de habitantes censados (33'8% frente a 11,38% respectivamente) y multiplicaban por seis el porcentaje de vivienda gratuita o a un precio reducido (16'2% frente a 2'65%).

Aunque este estudio aborda particularmente la vivienda y sus características de habitabilidad como determinante en la salud de la población gitana, es importante remarcar que son muchas las condiciones de vida que influyen: el trabajo, el nivel de vida, los hábitos alimentarios, el entorno ambiental, el acceso a centros hospitalarios y de salud, el transporte, la seguridad, el entorno psicosocial o el consumo de sustancias tóxicas, entre otros factores (Ministerio de Sanidad y Política Social, 2010). Si bien muchos de estos determinantes no afectan de forma directa sobre el estado de salud, sí lo hacen de forma indirecta. De hecho, la desigualdad que provocan las características de vivienda suele interpretarse de dos maneras. Por una parte, desde la visión epidemiológica del medioambiente, el término "condiciones de vivienda" refiere a la exposición a condiciones medioambientales que influyen en la salud del hogar, como la calidad del aire, la humedad o el ruido (World Health Organization, 2012). Por otro lado, puede ser considerado un indicador de los determinantes socioeconómicos de la salud, ya que las malas condiciones de vivienda son causa de una situación socioeconómica desfavorecida al encontrarse directamente relacionada con el nivel de ingresos.

Al igual que algunos expertos, la OMS también ha reconocido los efectos de las condiciones de vivienda y vecindad sobre el estado de salud de las personas, argumentando que aproximadamente dos tercios de nuestro tiempo diario transcurren en el hogar, siendo las malas condiciones, por lo tanto, una amenaza mayor para niños, ancianos y personas desempleadas. Existe una enorme cantidad de relaciones entre diversas condiciones de vivienda y variables relativas al estado de salud, pero poniendo el foco sobre algunas de las que se encuentran en este estudio, se ha constatado que la existencia de humedades se asocia con depresión, aparición de alergias y diversas enfermedades del sistema respiratorio. La masificación supone un riesgo para la transmisión de enfermedades infecciosas, y la habitabilidad de infraviviendas se ha visto relacionada con la aparición de enfermedades crónicas. De la misma manera, bajas temperaturas dentro del hogar han asociado con un estado de salud pobre, con enfermedades cardiovasculares y con problemas de salud mental. Igualmente, se detectó que el riesgo de depresión (tanto para “tendencias depresivas” como para “depresión diagnosticada”) se podía ver incrementado por factores como “falta de luz natural” y “molestias ocasionadas por ruidos” (World Health Organization, 2007). La OMS también remarcó que factores como la presencia de humedades y la masificación de la vivienda suelen ser más frecuentes en inmigrantes, refugiados y minorías étnicas (World Health Organization, 2012).

Daniel La Parra (2009) ya extrajo conclusiones relevantes a la relación entre condiciones de vivienda y estado de salud en las personas gitanas a través del análisis de la “Encuesta Nacional de Salud a Población Gitana” del año 2006. Se descubrió que aquellas mujeres que habitan infraviviendas o chabolas tenían en mayor proporción una autopercepción de su salud como “mala” o “muy mala” en comparación con quienes habitan viviendas normalizadas. Además, remarcan más frecuentemente enfermedades cardiovasculares, problemas bucodentales, hipertensión, asma, accidentes y consumo de tabaco, a la vez que han hecho uso del servicio de urgencias en mayor medida. En cuanto a los hombres que viven en infravivienda o chabola, también manifiestan en mayor proporción problemas de oído, accidentes, depresión y otras enfermedades mentales y hernias.

Teniendo en cuenta las desigualdades persistentes en la población gitana, se abordan dos objetivos principales, siguiendo la misma línea que las investigaciones realizadas. Primero, se intentará conocer cuál ha sido la evolución de las condiciones de vivienda de las personas gitanas en España en los últimos años. En segundo lugar, desde una perspectiva exploratoria, se busca averiguar en qué medida persisten las desigualdades de vivienda y salud entre personas gitanas y no gitanas residentes en España. Por último, se pretende conocer qué asociaciones existen entre condiciones de vivienda y características del estado de salud, así como averiguar qué variables presentan mayor capacidad asociativa.

2. METODOLOGÍA

En primer lugar, para observar la evolución de las condiciones de vivienda de la población gitana y su estado en la actualidad en comparación con la población total, se ha recurrido a un análisis comparativo de las frecuencias de la “Encuesta sociológica a Hogares de la Población Gitana” (CIS, estudio 2664, 2006), la “Encuesta de Condiciones de Vida” (INE, 2013) y la “Encuesta Nacional de Salud a Población Gitana 2013-2014” (Universidad de Alicante).

La encuesta se diseñó para una muestra teórica de 1200 personas, obteniendo finalmente 1167 entrevistas. El estudio es transversal, circunscrito al ámbito peninsular (al igual que ha hecho el CIS, no se han incluido Ceuta, Melilla, Islas Baleares e Islas Canarias). El universo está formado por la población gitana de España (se recurrió al Mapa de Vivienda y Comunidad Gitana en España de la Fundación Secretariado Gitano), siendo entrevistadas aquellas personas mayores de 15 años, pero obteniéndose también de forma indirecta datos de los menos de 15. La recogida de datos se realizó en los domicilios de las personas entrevistadas mediante cuestionarios administrados por parte de encuestadoras y encuestadores liderados por el equipo de la Universidad de Alicante. El muestreo fue aleatorio proporcional, sin repetición en tres etapas (municipio, áreas del municipio, vivienda), estableciéndose también cuotas de edad y sexo.

Las únicas variables seleccionadas para la comparación son aquellas referentes a condiciones de vivienda y estado de salud. Las condiciones para ser incluidas en el análisis era que al menos dos de las encuestas las compartieran en común, debiendo estar la pregunta formulada de forma idéntica entre ambas –o en su defecto, que las diferencias de redacción fueran mínimas, de manera que los resultados no pudieran verse afectados– y que las categorías guardaran una alta similitud. Como consecuencia se tuvo que descartar la variable “Tipo de vivienda” y modificar la variable “Régimen de tenencia de vivienda”. Por otra parte, todas las opciones de respuesta “no sabe” y “no contesta” se clasificaron como valores perdidos y los porcentajes se calcularon en base al número total de respuestas a categoría.

En segundo lugar, se han analizado los datos de la ya citada “Encuesta Nacional de Salud a Población Gitana 2013-2014” para estudiar la relación entre características de vivienda y estado de salud en personas gitanas. Para ello se ha seleccionado el análisis de regresión logística como técnica empleada para realizar la explotación de los datos, (Jovell, 2006). Se recurre frecuentemente a él cuando el objetivo es explicar y predecir una variable categórica binaria en lugar de variables métricas (Hair, Anderson, Tatham, & Black, 1999), es decir, el modelo de regresión logística permite estimar la probabilidad de que

la variable dependiente adopte uno de los dos valores posibles (0 ó 1) en función de los valores que puedan adoptar las variables independientes (Jovell, 2006). A pesar de que el modelo de regresión logística suele utilizarse en términos de predicción o determinación, en esta ocasión, teniendo en cuenta que todas las variables han sido medidas en el mismo tiempo, la relación será interpretada como “asociación”, siguiendo los criterios de Jovell.

Si bien para algunos expertos los análisis de regresión logística ofrecen diversas posibilidades, Mood (2010) destaca que en ciencias sociales y en ciencias de la salud se traspasan habitualmente las limitaciones que presenta esta técnica. Fundamentalmente, los problemas se encuentran relacionados con los efectos que produce la heterogeneidad no observada, es decir, por “la variación en la variable dependiente que es causada por las variables que no son observadas”. La autora sintetiza estos problemas de la siguiente manera: (1) “resulta problemático interpretar LnOR u OR como efectos sustanciales porque éstos también reflejan la heterogeneidad no observada”, (2) “resulta problemático comparar LnOR u OR entre modelos diferentes con diferentes variables independientes a causa de que la heterogeneidad varía frecuentemente entre los modelos” y (3) “resulta problemático comparar LnOR u OR entre muestras, entre grupos dentro de muestras, o a través del tiempo –incluso cuando usamos modelos con las mismas variables independientes– porque la heterogeneidad no observada puede variar entre las muestras comparadas, grupos o momentos del tiempo”.

Como consecuencia, a la hora de llevar a cabo el análisis de los resultados:

1. Se hará referencia a “asociaciones” y “relaciones” entre variables pero no a “determinantes”, pues los datos han de ser tomados con cautela como consecuencia de las posibles relaciones espurias.
2. No se efectuarán comparaciones entre los valores de las distintas Odd Ratio. En primer lugar, se valorará si las relaciones entre variables son o no significativas (es decir, que en el intervalo de confianza de la Odd Ratio¹⁰ no se encuentre incluido el valor “1”¹¹). En segundo lugar, se estudiará la dirección de las mismas; en el caso de que los valores sean superiores a 1 se podrá afirmar que el factor asociado constituye un factor de riesgo, y en el caso de que el valor de la Odd Ratio sea inferior a 1 se concluirá que el factor asociado es un factor protector.

¹⁰ En todas las asociaciones se representa el intervalo de confianza de la Odd Ratio asumido por el propio programa estadístico (95%). Es decir, se han asumido como estadísticamente significativas aquellas interacciones entre variables en donde no se encuentra incluido el valor 1 en el intervalo de confianza.

¹¹ La significación del estadístico de Wald también permite averiguar si las relaciones son o no significativas.

3. En consonancia con los estudios en materia de salud, se realizará el análisis de forma separada para hombres y mujeres mediante selección de casos pero no se compararán los resultados de ambos grupos entre sí.

Partiendo de un total de 12 variables independientes y 14 dependientes se ha optado por hacer los análisis de forma separada, introduciendo solo una única variable independiente en cada análisis, a excepción de otra variable sociodemográfica básica especialmente relevante en cuestiones de salud: la edad. Se ha establecido como variable de control para evitar posibles relaciones espurias y para poder averiguar hasta qué punto resulta o no influyente cuando se estudian los efectos de las condiciones de vivienda sobre la salud. Teniendo esto en cuenta, en los resultados se presentarán tanto las Odd Ratio brutas (es decir, una variable independiente relativa a condiciones de vivienda y una dependiente relativa a estado de salud) como las Odd Ratio ajustadas (dos variables independientes -*Edad* y una variable independiente relativa a las condiciones de vivienda- y una dependiente relativa a estado de salud), aunque las únicas asociaciones significativas que se tendrán en cuenta serán aquellas en donde se ha controlado mediante la variable *Edad*. Los casos en donde para una asociación entre las mismas variables dependientes e independientes sólo sea significativa la relación ajustada por *Edad*, se podrá afirmar que existe asociación sólo al separar la muestra en grupos de edad. Cuando ocurra lo contrario, se podrá determinar que las asociaciones entre las variables se deben a un efecto espurio provocado por *Edad*, el cual desaparece al introducir esta variable en el análisis. Se ha optado por facilitar la lectura de la tabla indicando en negrita y subrayado aquellas Odd Ratio que correspondan a asociaciones estadísticamente significativas.

Para evitar un número elevado de categorías, se ha optado por dividir el conjunto de la muestra en 3 intervalos de edad procurando que sean más o menos equitativos, dando lugar a las siguientes frecuencias:

	MUJERES	HOMBRES
15 a 39	44,0	46,9
40 a 59	33,0	32,8
60 a 85	23,0	20,2

El conjunto de variables dependientes corresponde a las seleccionadas entre los módulos de *Estado de Salud*, *Hábitos de vida* y *Menores en el Hogar*. La no elección de muchas de las variables que ofrece el cuestionario se debe principalmente

te a dos motivos: imposibilidad de dicotomizar las categorías y número muy bajo de casos en alguna de las dos categorías. En la recodificación de variables también se han marcado como “valores perdidos” todas aquellas respuestas asociadas a “no sabe” y “no contesta”.

Finalmente, para simplificar la lectura e interpretación de los resultados, se ha optado por agrupar aquellas variables dependientes que guarden características similares entre sí, exceptuando la variable *Salud Autopercebida*, la cual se presenta aislada por estar habitualmente aceptada como un indicador sintético con buena capacidad asociativa sobre las condiciones objetivas de salud, como han explicado Gumà & Cámara (2014), entre otros. Las 13 variables restantes se distribuyen en 5 grupos resultantes de la siguiente manera: Adicciones (*Fumar y Alcoholismo*), Uso de servicios sanitarios y de salud (*Consulta médica, Noche en hospital y Urgencias*), Accidentes (*Accidente o intoxicación y Accidente de menor*), Patologías no psicológicas (*Limitación, Diabetes, Hipertensión y Colesterol*) y Salud psicológica (*Depresión diagnosticada y Ansiedad depresión*).

Tabla 1. Variables dependientes

	NOMBRE DE VARIABLE
En los últimos doce meses, ¿diría que su estado de salud ha sido muy bueno, bueno, regular, malo, o muy malo?	<i>Salud autopercebida</i>
¿LE HA DICHO SU MÉDICO QUE PADECE DE FORMA CRÓNICA ALGUNAS DE LAS SIGUIENTES ENFERMEDADES O PROBLEMAS DE SALUD EN LA ACTUALIDAD?	
> Hipertensión	<i>Hipertensión</i>
> Colesterol	<i>Colesterol</i>
> Diabetes	<i>Diabetes</i>
> Depresión	<i>Depresión diagnosticada</i>
Durante los últimos doce meses, ¿ha tenido algún accidente de cualquier tipo, incluido intoxicación o quemadura?	<i>Accidente o intoxicación</i>
Pensando ahora en los últimos 6 meses, ¿en qué medida se ha visto limitado/a debido a un problema de salud para realizar las actividades que la gente habitualmente hace?	<i>Limitación</i>
Continuando con su estado de salud actual, dígame qué afirmaciones de las siguientes que le voy a leer describe mejor su estado de salud en el día de hoy	<i>Ansiedad/depresión</i>

¿Cuánto tiempo hace que realizó la última consulta médica (personalmente o por teléfono), por algún problema, molestia o enfermedad suya?	<i>Consulta médica</i>
Durante los últimos doce meses, ¿ha tenido que ingresar en un hospital como paciente al menos durante una noche?	<i>Noche en hospital</i>
En estos últimos doce meses, ¿ha tenido que utilizar algún servicio de urgencias por algún problema o enfermedad?	<i>Urgencias</i>
¿Ha tomado Vd. en estas últimas dos semanas alguna bebida alcohólica?	<i>Alcoholismo</i>
Durante los últimos doce meses, ¿ha tenido [persona menor de 15 años que vive en el hogar] algún accidente de cualquier tipo, incluido intoxicación o quemadura?	<i>Accidente de menor</i>
¿Podría decirme si actualmente fuma?	<i>Fumar</i>

Tabla 2. Variables independientes

	NOMBRE DE VARIABLE
¿TIENE LA VIVIENDA ALGUNO DE LOS PROBLEMAS SIGUIENTES?	
> Goteras, humedades en paredes, suelos, techos o cimientos, podredumbre en suelos, marcos de ventanas o puertas	<i>Goteras o humedades</i>
> Escasez de luz natural	<i>Falta de luz</i>
> Ruidos producidos por los vecinos o procedentes del exterior (tráfico, negocios, fábricas...)	<i>Ruidos</i>
> Contaminación, suciedad u otros problemas medioambientales en la zona producidos por la industria o el tráfico	<i>Contaminación</i>
> Delincuencia o vandalismo en la zona	<i>Delincuencia o vandalismo</i>
¿Cuál de los siguientes es el régimen de tenencia de la vivienda?	<i>Tenencia de vivienda</i>
Clasificación de la vivienda según tipo de edificio	<i>Tipo de vivienda</i>
DÍGAME SI SU FAMILIA PUEDE PERMITIRSE EN EL MOMENTO ACTUAL:	
> Ir de vacaciones fuera de casa, al menos una semana al año	<i>Permitirse vacaciones</i>
> Una comida de carne, pollo o pescado (o equivalente para los vegetarianos), al menos cada dos días	<i>Permitirse carne</i>
> Mantener su vivienda con una temperatura adecuada durante los meses fríos	<i>Temperatura inadecuada</i>
> Disponer de agua caliente en el hogar	<i>Agua caliente</i>
¿Cree que su familia tiene capacidad para hacer frente a un gasto imprevisto de 650 euros?	<i>Gastar 650 euros</i>

3. RESULTADOS Y ANÁLISIS

3.1. Evolución y situación de las condiciones de salud y vivienda de las personas gitanas

Según refleja la Tabla 3, en todos los aspectos contemplados las condiciones de vivienda de las personas gitanas han experimentado una mejora entre el año 2006 y el 2014 a pesar de la situación de recesión y crisis socioeconómica. Las características físicas de los hogares de personas gitanas muestran una importante reducción en las frecuencias de los factores de riesgo para la salud. Existen descensos en presencia de *goteras y humedades* (19'9 puntos porcentuales menos) y en *Escasez de luz natural* (13'7 puntos menos), a la vez que existe una reducción menor en *Ruidos producidos por los vecinos o procedentes del exterior* (3'5 puntos) y en *Delincuencia o vandalismo en la zona* (1'7 puntos). El régimen de tenencia de vivienda experimenta algunas leves diferencias, pues se produce una bajada de 1'7 puntos en la tenencia en propiedad y una reducción de la vivienda cedida de 9'8 puntos, a la vez que aumenta en 3 puntos el alquiler. En esta misma línea parecen apuntar la reducción de los porcentajes de personas que no pueden *Ir de vacaciones fuera de casa, al menos una semana al año* (6'3 puntos menos), permitirse *Una comida de carne, pollo o pescado (o equivalente para los vegetarianos), al menos cada dos días* (2 puntos menos) y especialmente *Mantener su vivienda con una temperatura adecuada los meses fríos* (8'8 puntos).

Tabla 3. Comparación de frecuencias (EHPG, ENSPG, ECV)

	EHPG 2006 ¹²	ENSPG 2014 ¹³	ECV 2013 ¹⁴
¿TIENE EL HOGAR ALGUNO DE LOS PROBLEMAS SIGUIENTES? (SÍ)			
> Goteras, humedades en paredes, suelos, techos o cimientos, o podredumbre en suelos, marcos de ventanas o puertas	44,8	24,9	17,1
> Escasez de luz natural	30,6	16,9	5,9
> Ruidos producidos por los vecinos o procedentes del exterior	34,4	30,9	17,5
> Contaminación, suciedad u otros problemas medioambientales en la zona	-	29,0	8,9

¹² Encuesta sociológica a Hogares de la Población Gitana (2006)

¹³ Encuesta Nacional de Salud a Población Gitana 2013-2014

¹⁴ Encuesta de Condiciones de Vida 2013

> Delincuencia o vandalismo en la zona	34,1	32,4	13,6
RÉGIMEN DE TENENCIA DE VIVIENDA			
> En propiedad	49,7	48,0	82,2
> En alquiler o realquiler	34,6	37,6	11,6
> En cesión gratuita	15,6	5,8	6,3
DÍGAME SI EL HOGAR PUEDE PERMITIRSE (NO)			
> Ir de vacaciones fuera de casa, al menos una semana al año	88,1	81,8	45,8
> Una comida de carne, pollo o pescado (o equivalente para los vegetarianos), al menos cada dos días	10,8	8,8	3,3
> Mantener su vivienda con una temperatura adecuada durante los meses fríos	24,4	15,6	7,5
> Hacer frente a un gasto imprevisto de 650 euros con sus propios recursos	-	84,4	39,0
PARA COMENZAR, EN LOS ÚLTIMOS DOCE MESES, ¿DIRÍA QUE SU ESTADO DE SALUD HA SIDO MUY BUENO, BUENO, REGULAR, MALO, O MUY MALO?			
> Muy bueno	-	15,8	18,6
> Bueno	-	42,9	51,7
> Regular	-	27,8	20,7
> Malo	-	9,3	7,0
> Muy malo	-	4,2	2,1
PENSANDO AHORA EN LOS ÚLTIMOS 6 MESES, ¿EN QUÉ MEDIDA SE HA VISTO LIMITADO/A DEBIDO A UN PROBLEMA DE SALUD PARA REALIZAR LAS ACTIVIDADES QUE LA GENTE HABITUALMENTE HACE?			
> Gravemente limitado	-	7,6	5,8
> Limitado pero no gravemente	-	33,8	19,8
> Nada limitado	-	58,6	74,5

Fuente: Elaboración propia a partir de la "Encuesta sociológica a Hogares de la Población Gitana" (CIS, 2006), la "Encuesta Nacional de Salud a Población Gitana 2013-2014" (Universidad de Alicante, 2014) y la "Encuesta de Condiciones de Vida" (INE, 2013)

En comparación, las personas gitanas presentan de forma mucho más frecuentemente peores condiciones de vivienda que la población general en la totalidad de los aspectos evaluados (dejando a un lado el régimen de tenencia de vivienda): *Goteras y humedades* (7'8 puntos más), *Escasez de luz natural* (11 puntos más), *Ruidos* (13'4 puntos más) y especialmente *Contaminación, suciedad u otros problemas medioambientales en la zona* (20'1 puntos) y *Delincuencia o vandalismo en la zona* (18'8 puntos). De la misma forma, las personas gitanas muestran en mayor medida un poder adquisitivo más reducido que el del total de la población, lo que se refleja especialmente en una mayor incapacidad para *Ir de vacaciones fuera de casa, al menos una semana al año* (36 puntos más) y para *Hacer frente a un gasto imprevisto de 650 euros* (45'4 puntos más, más del doble). Aunque se dé en un porcentaje más reducido de población, casi el triple de personas gitanas en relación a la población total no puede permitirse *Una comida de carne, pollo o pescado (o equivalente para los vegetarianos), al menos cada dos días* (8'8% frente a 3'3%), y más del doble no pueden *Mantener su vivienda con una temperatura adecuada durante los meses fríos*. Por otra parte, poniendo el foco sobre el régimen de tenencia de vivienda, casi la mitad de personas gitanas en relación a la media española tienen viviendas en propiedad (48% frente a 82'2%) a la vez que el alquiler es más de tres veces más frecuente en personas gitanas (37'6% frente a 11'6%). La diferencia entre ambos grupos es prácticamente imperceptible para las viviendas cedidas de forma gratuita (0'5 puntos), siendo mayor en población total.

Por último, las condiciones de salud de la población general son en todos los aspectos más favorables que las de las personas gitanas. En cuanto al estado de salud autopercebida, un 2'8% menos de personas gitanas afirman tener un estado de salud "muy bueno" (15'8 frente a 18'6) y un 8'8% menos "bueno" (42'9 frente a 51'7). Esta situación se revierte en las categorías posteriores, en donde las personas gitanas afirman de forma más frecuente en comparación a la población total que su estado de salud es "regular" (27'8 frente a 20'7), "malo" (9'3 frente a 7) y "muy malo" (4'2 frente a 2'1). Finalmente, las personas gitanas también se encuentran de forma más frecuente limitadas en comparación a la medida española. Sólo un 58'6% frente a un 75'5% (15'9 puntos de diferencia) declara haberse sentido "nada limitado" *debido a un problema de salud para realizar las actividades que la gente habitualmente hace*, a la vez que un 33,8% en comparación con un 19,8% (14 puntos de diferencia) afirma haber estado "limitado pero no gravemente" y un 7'6% frente a un 15'8% (8'6 puntos de diferencia) declaraba estar "gravemente limitado".

3.2. Asociaciones entre condiciones de vivienda y salud: hombres

En primer lugar, se puede observar que de los 336 análisis realizados, en 79 de ellos (el 23,5% del total) se ha detectado asociación estadísticamente significativa entre las variables. En términos generales, la variable *Edad* no ha provocado confusión sobre la relación entre las dependientes e independientes; únicamente en 9 de los 79 casos el ajuste por *Edad* volvía significativa la relación entre la dependiente y la independiente, es decir, en 9 ocasiones las relaciones entre variables eran únicamente significativas al dividir la muestra en grupos de edad. Por el contrario, en otras dos ocasiones la variable *Edad* ha vuelto no significativa la relación entre las variables, siendo ésta significativa únicamente al introducir la característica de vivienda pero no la edad (estos casos se han dado en la interacción entre *Fumar* y *Tenencia de Vivienda* por una parte, y entre *Ruidos* y *Consulta médica* por otra).

A partir de ahora, considerando sólo las relaciones significativas entre variables dependientes e independientes ajustadas por *Edad* (un total de 43 asociaciones), en 41 de ellas las Odd Ratio presentan valores superiores a 1, es decir, en estos casos las condiciones de vivienda preconcebidas como desfavorables han actuado como un factor de riesgo para la salud. Sólo en 2 casos la variable independiente actúa como factor protector: en la asociación entre *Temperatura inadecuada* y *Fumar* y entre *Gastar 650 euros* y *Accidente o intoxicación*. Las variables independientes que presentan mayor número de asociaciones son *Goteras o humedades* (8), *Delincuencia o vandalismo* (7), *Falta de luz* (6), *Agua caliente* (6) y *Temperatura inadecuada* (4). Las variables que peor capacidad asociativa presentan son *Permitirse carne* (ninguna asociación), *Tenencia de vivienda* (1) y *Tipo de vivienda* (1). En cuanto a las variables dependientes, las que tienen un mayor número de asociaciones con las independientes son *Salud autopercibida* (9) *Ansiedad/Depresión* (8), *Urgencias* (5) y *Colesterol* (4). Por el contrario, *Diabetes* no se asocia con ninguna de las variables, *Accidente o intoxicación* y *Alcoholismo* sólo con una, mientras que *Fumar*, *Hipertensión* y *Noche en hospital* sólo 2 cada una.

Separando las variables en diversos grupos se obtienen los siguientes resultados:

Salud autopercibida¹⁵: Existen asociaciones de esta variable para la práctica totalidad de las variables independientes (excepto *Permitirse carne*, *Tipo de vivienda* y *Gastar 650 euros*).

¹⁵ Esta variable se presenta de forma aislada debido a su capacidad sintética como indicador primario del estado de salud.

Adicciones: (*Fumar y Alcoholismo*): Ambas variables se encuentran asociadas de forma significativa con *Delincuencia o vandalismo*, a la vez que, como se ha explicado anteriormente, *Temperatura inadecuada* actúa como factor protector ante *Fumar*.

Uso de servicios sanitarios y de salud (*Consulta médica, Noche en hospital y Urgencias*): Aunque tanto *Consulta médica* como *Noche en hospital* comparten asociaciones con *Urgencias*, estas dos no comparten asociaciones entre sí. De hecho, la variable *Consulta médica* sólo se encuentra asociada con *Goteras o humedades* y la variable *Noche en hospital* con *Falta de luz* y *Agua caliente*. Estas tres variables independientes (*Agua caliente, Falta de luz* y *Goteras o humedades*) son las que en principio presentan mayor número de asociaciones con aquellas variables relativas al uso de los servicios sanitarios, aunque *Urgencias* también se encuentra asociada con *Delincuencia* o *Vandalismo* y *Ruidos*.

Patologías no psicológicas (*Limitación, Diabetes, Hipertensión y Colesterol*): La única variable que presenta asociación de forma simultánea en las tres (como se ha comentado, para la variable *Diabetes* no se produce ninguna asociación) es *Goteras o humedades*. Por otro lado, *Hipertensión* se asocia, además, con *Permitirse vacaciones*, *Limitación* se asocia con *Falta de luz* y *Delincuencia o vandalismo* y, finalmente, *Colesterol* con *Contaminación, Tipo de vivienda* y *Temperatura inadecuada*.

Accidentes (*Accidente o intoxicación y Accidente de menor*): Entre las dos variables no se da ninguna relación común. Mientras que para *Accidente de menor* existen asociaciones con *Falta de luz* y *Agua caliente*, en *Accidente o intoxicación* sólo existe relación con *Gastar 650 euros* como factor de protección.

Salud psicológica (*Depresión diagnosticada y Ansiedad/depresión*): Ambas variables comparten asociaciones con *Goteras o humedades, Delincuencia o vandalismo* y *Agua caliente*, pero *Ansiedad/Depresión* se relaciona, además, con *Falta de luz, Contaminación, Permitirse vacaciones, Temperatura inadecuada* y *Gastar 650 euros*.

En términos generales, los resultados presentan una elevada coherencia y grado de ajuste con la teoría. Observando las variables dependientes se puede comprobar que aquellas que presentan mayor número de asociaciones sobre las condiciones de salud son aquellas variables que reflejan unas características socioeconómicas considerablemente desfavorables. Si bien variables como la incapacidad de afrontar un gasto imprevisto de 650 euros, la tenencia de vivienda en alquiler o la imposibilidad de permitirse salir de vacaciones al menos una semana al año constituyen elementos de riesgo en algunas pocas ocasiones, son las variables que reflejan situación de pobreza profunda las que tienen un número más elevado de asociaciones significativas: la presencia de

	Salud autopercebida		Fumar		Alcoholismo	
	OR ajustada	OR bruta	OR ajustada	OR bruta	OR ajustada	OR bruta
Goteras	<u>1,8</u>	<u>1,5</u>	0,8	0,8	1,1	1,1
Escasez luz	<u>2,3</u>	<u>2,1</u>	1,3	1,3	1,3	1,3
Ruidos	<u>2,2</u>	<u>2,1</u>	0,9	0,9	1	1
Contaminación	<u>2</u>	<u>2</u>	1,1	1,1	1,1	1,1
Delincuencia y vandalismo	<u>2,2</u>	<u>1,6</u>	<u>1,5</u>	<u>1,5</u>	<u>1,4</u>	1,5
Tenencia vivienda	<u>1,5</u>	1,3	1,4	<u>1,5</u>	0,8	0,8
Tipo vivienda	1,9	2,1	1,1	1	0,4	0,4
Vacaciones	<u>1,7</u>	1,4	1,1	1,2	0,7	0,7
Carne	1,5	1,6	0,8	0,8	0,6	0,6
Temperatura	<u>1,8</u>	<u>1,7</u>	<u>0,5</u>	<u>0,5</u>	0,7	0,7
Agua Caliente	<u>3,2</u>	<u>2</u>	0,9	1	0,9	0,9
Gasto 650 €	1,6	1,5	0,9	0,9	0,9	0,9

	Consulta médica		Noche en hospital		Urgencias	
	OR ajustada	OR bruta	OR ajustada	OR bruta	OR ajustada	OR bruta
Goteras	<u>1,8</u>	<u>1,7</u>	1,3	1,2	<u>1,8</u>	<u>1,7</u>
Escasez luz	1,2	1,3	<u>1,9</u>	<u>1,9</u>	<u>1,7</u>	<u>1,7</u>
Ruidos	1,5	<u>1,5</u>	1,2	1,2	<u>1,7</u>	<u>1,8</u>
Contaminación	1	1	1	1,1	1,2	1,2
Delincuencia y vandalismo	0,9	0,8	0,8	0,8	<u>1,9</u>	<u>1,8</u>
Tenencia vivienda	1,1	1,1	0,7	0,7	0,8	0,9
Tipo vivienda	1,4	1,6	1,3	1,5	2,9	2,3
Vacaciones	1	1	1,2	1,2	1,4	1,4
Carne	1,2	1,4	1,3	1,3	1,3	1,3
Temperatura	1,7	1,7	1,6	1,5	1,4	1,4
Agua Caliente	2,6	2,1	<u>2,8</u>	2,1	<u>2,1</u>	1,9
Gasto 650€	1,1	1,2	0,7	0,7	0,9	0,9

	Limitación		Diabetes		Hipertensión		Colesterol	
	OR ajustada	OR bruta	OR ajustada	OR bruta	OR ajustada	OR bruta	OR ajustada	OR bruta
Goteras	<u>1,5</u>	1,4	1,1	0,9	<u>2,3</u>	<u>1,6</u>	<u>1,8</u>	1,5
Escasez luz	<u>2,2</u>	<u>2,2</u>	0,5	0,3	1,6	1,5	1,3	1,3
Ruidos	1,3	1,4	1,2	1,4	0,9	1	1,3	1,3
Contaminación	1	1,1	1,1	1,4	0,9	1,2	<u>1,9</u>	<u>2</u>
Delincuencia y vandalismo	<u>1,7</u>	<u>1,5</u>	0,6	0,5	0,7	0,7	1,1	1
Tenencia vivienda	1,3	1,1	1,5	1,1	1,3	1,1	1,1	0,9
Tipo vivienda	1,4	1,6	1,8	2,2	2,6	2,7	<u>5,1</u>	<u>4,7</u>
Vacaciones	1	0,9	1,1	0,9	<u>1,9</u>	1,4	1	0,9
Carne	0,7	0,8	0,5	0,5	1	1	0,8	0,8
Temperatura	0,9	0,9	1,5	1,2	1,1	1,1	<u>1,8</u>	1,6
Agua Caliente	1,5	1,2	0,5	0,4	0,7	0,5	0,6	0,4
Gasto 650 €	1,3	1,2	0,8	0,9	1,3	1,2	1	1

	Accidente o intoxicación		Accidente de menor	
	OR ajustada	OR bruta	OR ajustada	OR bruta
Goteras	0,7	0,7	1,6	1,6
Escasez luz	1,4	1,4	<u>3,3</u>	<u>3,2</u>
Ruidos	1	1	1,6	1,6
Contaminación	0,7	0,7	1,1	1,1
Delincuencia y vandalismo	1,5	1,5	1,3	1,3
Tenencia vivienda	1,3	1,3	1	1
Tipo vivienda	1,7	1,7	0	0
Vacaciones	0,6	0,6	0,7	0,7
Carne	0,7	0,7	0	0
Temperatura	1	1	1	1
Agua Caliente	1,7	1,7	<u>4,8</u>	<u>4,6</u>
Gasto 650 €	<u>0,5</u>	<u>0,5</u>	0,8	0,8

	Depresión diagnosticada		Ansiedad/ depresión	
	OR ajustada	OR bruta	OR ajustada	OR bruta
Goteras	<u>2,6</u>	<u>2,6</u>	<u>1,6</u>	<u>1,6</u>
Escasez luz	1,8	1,8	<u>1,7</u>	<u>1,7</u>
Ruidos	1,8	1,9	1,3	1,3
Contaminación	1,5	1,5	<u>1,6</u>	<u>1,6</u>
Delincuencia y vandalismo	<u>3,1</u>	<u>2,7</u>	<u>2,3</u>	<u>2,1</u>
Tenencia vivienda	1,2	1,3	1,2	1,3
Tipo vivienda	1,2	1,2	1,5	1,6
Vacaciones	1	1,1	<u>2,1</u>	<u>2,1</u>
Carne	0,8	1,1	1,6	1,7
Temperatura	1,7	1,9	<u>1,8</u>	<u>1,9</u>
Agua Caliente	<u>5,3</u>	<u>4,5</u>	<u>2,6</u>	<u>2,3</u>
Gasto 650 €	3,1	3,4	<u>1,8</u>	<u>1,9</u>

goteras o humedades en casa, la falta de agua caliente, la incapacidad para mantener una temperatura adecuada en invierno y la habitabilidad de barrios violentos. Es remarcable que a pesar de las diversas asociaciones, la incapacidad para realizar una ingesta proteica sustancial cada dos días no se asocia significativamente con ninguna de las variables dependientes. También merece atención especial la falta de luz natural en el hogar, pues es una de las variables con mayor capacidad asociativa sin ser necesariamente un indicador de pobreza severa. Para averiguar hasta qué punto se podía asociar esta variable a la pobreza, se analizó el cruce mediante tablas de contingencia de *Falta de luz* con *Agua caliente* y con *Temperatura inadecuada*, obteniendo que ambas asociaciones eran estadísticamente significativas y que los porcentajes de personas que no tenían agua caliente ni posibilidad de mantener una temperatura adecuada en invierno eran superiores para las personas que tenían falta de luz natural en comparación con aquellas que no tenían este problema. Si bien sería necesario un análisis más profundo, se pudo establecer que la falta de luz natural se asocia de manera más frecuente a condiciones socioeconómicas desfavorables.

Por otra parte, según los resultados, unas malas condiciones de vivienda se asocian más habitualmente con efectos psicológicos que con efectos propiamente

te fisiológicos y físicos. No obstante la clasificación –es complicado delimitar una frontera entre estas dos clases de dolencias–, se puede ver que las variables que presentan mayor número de asociaciones son *Salud autopercibida* y *Ansiedad/Depresión*. Al mismo tiempo, *Limitación*, *Accidente o intoxicación* y *Accidente de menor* (variables que previsiblemente podrían ser consecuencias directas de condiciones de vivienda negativas) presentan un menor número de asociaciones que las anteriormente comentadas.

Como se ha explicado anteriormente, los únicos casos en los que unas condiciones desfavorables en el hogar actúan como factor protector para la salud se producen en la asociación entre *Fumar* y *Temperatura inadecuada* y entre *Accidente o Intoxicación* y *Gastar 650 euros*. En los dos casos, las variables independientes hacen referencia a las características económicas del hogar. Aunque el objetivo de este estudio no es el de explicar las posibles relaciones causales, en el primer caso, parece lógico que una persona que no pueda mantener su hogar caliente durante los meses de invierno tenga menos riesgo de fumar, al partir del hecho que fumar un paquete de 20 cigarrillos por día supone un gasto mensual aproximado de 130 euros. Teniendo en cuenta la extrañeza del segundo caso, se realizó un análisis en detalle de tablas de contingencia cruzando *Gastar 650 euros* con la variable que explicaba el lugar en el cual ocurrió el último accidente. A pesar de los bajos números de casos, en la categoría que afirmaba poder hacer frente a un gasto de 650 euros se pudo observar que el porcentaje de personas que no podían hacer frente a este pago era superior al de aquellas que sí podían en todas las categorías de la variable “*lugar del accidente*”, excepto en “En la calle, pero no fue un accidente de tráfico”, “En el trabajo” (la diferencia era escasamente de 3 décimas) y “En una instalación deportiva, zona recreativa o de ocio”. Aunque las bajas frecuencias de muchas de las categorías tengan un número de casos muy bajo, parece claro que tener capacidad para gastar 650 euros sólo tiende a ser un factor de riesgo para tener un accidente en la calle (no de tráfico) y en instalaciones deportivas o de ocio.

3.3. Asociaciones entre condiciones de vivienda y salud: mujeres

De los 336 análisis realizados se han detectado asociaciones significativas en 59 casos (el 17,5%). La variable *Edad* no se ha mostrado especialmente influyente en los resultados del análisis ya que sólo ha confundido la relación entre la variable dependiente y la independiente en 9 casos: en 4 casos la asociación aparecía al controlar por *Edad* y en 5 casos desaparecía; es decir, en 4 ocasiones sólo existía asociación entre las variables al separar la muestra por grupos de edad y en 5 ocasiones la relación entre ambas variables se debía al efecto de la edad (el cual desaparecía al introducir esta variable en el análisis).

Teniendo en cuenta solamente las relaciones significativas entre dependientes e independientes ajustadas por *Edad* (29 asociaciones en total), las Odd Ratio muestran valores inferiores a 1 en cuatro ocasiones; de forma más clara, en cuatro asociaciones las condiciones de vivienda consideradas como desfavorables se han comportado como factores protectores ante el estado de salud (únicamente en las independientes *Fumar* y *Alcoholismo*). Las variables independientes que cuentan con mayor número de asociaciones significativas son *Falta de luz* (5 asociaciones), *Temperatura inadecuada* (5), *Goteras o humedades* (4), *Delincuencia o vandalismo* (4) y *Gastar 650 euros* (4). Por el contrario, las que contaron con menor número de asociaciones fueron *Tenencia de vivienda* (ninguna), *Tipo de vivienda* (ninguna), *Ruidos* (1), *Contaminación* (1), *Permitirse carne* (1) y *Agua caliente* (1). En lo que respecta a las dependientes, se observan con un mayor número de asociaciones *Salud autopercibida* (6), *Noche en hospital* (6) y *Urgencias* (4). *Depresión diagnosticada*, *Diabetes*, *Accidente de menor* y *Consulta médica*, sin embargo, no constan de ninguna asociación, y *Accidente o intoxicación* e *Hipertensión* sólo con una cada una.

Al separar las variables por grupos se obtienen los siguientes resultados:

Salud autopercibida: Es una de las variables con mayor número de asociaciones; *Goteras o humedades*, *Falta de luz*, *Delincuencia o vandalismo*, *Permitirse vacaciones*, *Temperatura inadecuada* y *Gastar 650 euros*.

Adicciones (*Fumar* y *Alcoholismo*): En casi todas las asociaciones las condiciones desfavorables actúan como factores protectores. Ambas se encuentran asociadas con *Gastar 650 euros*, pero *Alcoholismo* se asocia también con *Temperatura inadecuada* y *Permitirse vacaciones* mientras que *Fumar* lo hace *Goteras o humedades*. Lo que quizás podría explicar el efecto protector de estas variables puede ser el hecho de que las mujeres opten por evitar el consumo de alcohol y cigarrillos cuando se encuentran en condiciones económicas poco favorables. Sin embargo, posiblemente sea necesario un análisis más detallado para explicar por qué esta protección no surge también con un indicador de una situación económica adversa, como es la presencia de goteras o humedades en el hogar.

Uso de servicios sanitarios y de salud (*Consulta médica*, *Noche en hospital* y *Urgencias*): Para la variable *Consulta médica* no existe ninguna asociación, y *Noche en hospital* y *Urgencias* sólo se asocian en común con *Falta de luz*. Por separado, *Noche en hospital* presenta asociaciones con *Goteras o humedades*, *Permitirse vacaciones*, *Permitirse carne* y *Temperatura inadecuada*; *Urgencias* se asocia, además, con *Ruidos*, *Contaminación* y *Delincuencia o vandalismo*.

	Salud autopercebida		Fumar		Alcoholismo	
	OR ajustada	OR bruta	OR ajustada	OR bruta	OR ajustada	OR bruta
Goteras	<u>1,8</u>	<u>1,6</u>	<u>1,9</u>	<u>1,9</u>	1,3	1,3
Escasez luz	<u>2,3</u>	<u>1,6</u>	1,5	<u>1,6</u>	1,2	1,2
Ruidos	1,4	1,1	1,5	<u>1,6</u>	1,3	1,4
Contaminación	1,3	0,9	1	1,1	1,1	1,2
Delincuencia y vandalismo	<u>1,5</u>	1,1	1,3	1,4	1,3	1,5
Tenencia vivienda	0,8	0,8	0,9	1	0,7	0,8
Tipo vivienda	1,8	1	0,8	1	0,5	0,6
Vacaciones	<u>1,8</u>	<u>1,8</u>	0,6	0,6	<u>0,3</u>	<u>0,4</u>
Carne	1,7	1,4	1,8	<u>1,9</u>	0,3	0,4
Temperatura	<u>2,2</u>	<u>1,7</u>	1,5	1,6	<u>0,4</u>	0,5
Agua Caliente	1,8	1,5	0,8	0,8	0,4	0,4
Gasto 650 €	<u>2,5</u>	<u>2</u>	<u>0,4</u>	<u>0,5</u>	<u>0,3</u>	<u>0,3</u>

	Consulta médica		Noche en hospital		Urgencias	
	OR ajustada	OR bruta	OR ajustada	OR bruta	OR ajustada	OR bruta
Goteras	1,1	1,1	<u>1,6</u>	<u>1,6</u>	1,2	1,2
Escasez luz	1,4	1,4	<u>1,8</u>	<u>1,7</u>	<u>1,6</u>	<u>1,5</u>
Ruidos	0,9	0,9	1,4	1,3	<u>1,7</u>	<u>1,6</u>
Contaminación	0,9	0,8	1,1	1	<u>1,5</u>	1,4
Delincuencia y vandalismo	0,9	0,9	1,3	1,2	<u>2,1</u>	<u>1,9</u>
Tenencia vivienda	1,5	1,5	0,7	0,7	0,9	0,9
Tipo vivienda	1,8	1,6	1,8	1,5	1,6	1,4
Vacaciones	1	1,2	<u>2,2</u>	<u>2,4</u>	1,1	1,2
Carne	1,3	1,2	<u>3,7</u>	<u>3,3</u>	1,2	1,1
Temperatura	2	2	<u>2,5</u>	<u>2,4</u>	1,2	1,2
Agua Caliente	0,7	0,8	<u>3,2</u>	<u>3</u>	1,1	1,1
Gasto 650 €	0,6	0,8	1,5	1,6	1,3	1,3

	Limitación		Diabetes		Hipertensión		Colesterol	
	OR ajustada	OR bruta	OR ajustada	OR bruta	OR ajustada	OR bruta	OR ajustada	OR bruta
Goteras	<u>1,5</u>	<u>1,5</u>	0,7	0,8	1,3	1,2	1,2	1,1
Escasez luz	<u>2,2</u>	<u>1,8</u>	1	0,8	1,5	1,1	1,5	1,2
Ruidos	1,2	1	0,9	0,8	1,2	1	1,2	1
Contaminación	1	0,8	1,1	0,9	1,5	1	1,5	1,1
Delincuencia y vandalismo	<u>1,8</u>	<u>1,4</u>	1,3	0,9	1,4	1	1,4	1
Tenencia vivienda	1,3	1,1	0,6	<u>0,5</u>	0,8	0,8	1,4	1,1
Tipo vivienda	0,6	0,5	3,4	1,3	1	0,6	3,1	1,4
Vacaciones	0,7	0,8	0,7	0,8	1,6	1,5	1,6	1,6
Carne	0,9	0,8	0,8	0,7	1,2	1	1,5	1,2
Temperatura	1,1	1	1,2	1,1	<u>2,5</u>	<u>1,8</u>	1,6	1,3
Agua Caliente	1,1	1,1	1,6	1,4	0,7	0,8	1,4	1,2
Gasto 650 €	0,7	0,7	0,7	0,8	1,4	1,2	1	1

	Accidente o intoxicación		Accidente de menor	
	OR ajustada	OR bruta	OR ajustada	OR bruta
Goteras	0,9	0,9	1	1
Escasez luz	0,9	0,9	2	2,1
Ruidos	1,4	1,3	1,5	1,5
Contaminación	0,7	0,7	1,2	1,2
Delincuencia y vandalismo	<u>1,6</u>	<u>1,6</u>	1,9	1,9
Tenencia vivienda	0,8	0,8	1,7	1,8
Tipo vivienda	2,6	2,3	4,2	4,2
Vacaciones	0,7	0,8	0,6	0,6
Carne	0,6	0,6	0,7	0,7
Temperatura	1,3	1,4	1,4	1,4
Agua Caliente	1	1	1,8	1,8
Gasto 650 €	0,7	0,7	0,5	0,5

Patologías no psicológicas (*Limitación, Diabetes, Hipertensión y Colesterol*): Las variables no comparten ninguna asociación en común con la misma variable independiente. *Colesterol* no se asocia con ninguna y la asociación de *Diabetes* con *Tenencia de vivienda* desaparece al ajustar por *Edad*. En cuanto al resto, *Hipertensión* se asocia con *Temperatura inadecuada* y *Limitación* con *Goteras o humedades, Falta de luz* y *Delincuencia o vandalismo*.

Accidentes (*Accidente o intoxicación* y *Accidente de menor*): La única asociación existente en este conjunto de variables se da entre *Accidente o intoxicación* y *Delincuencia o vandalismo*.

Salud psicológica (*Depresión diagnosticada* y *Ansiedad/depresión*): Según reflejan la tabla, no existe ninguna asociación para *Depresión diagnosticada* pero sí para *Ansiedad/depresión*, la cual se asocia con *Falta de luz, Temperatura inadecuada* y *Gastar 650 euros*.

Como se ha podido ver, en el análisis de los casos de mujeres gitanas, las variables relativas al uso de los servicios sanitarios cobran un peso especial, junto a *Salud autopercebida*, mientras que las variables referentes a las enfermedades diagnosticadas y las relativas a accidentes se encuentran poco relacionadas con las condiciones del hogar. Menor incluso es la homogeneidad presentada en la capacidad asociativa de las variables independientes. Aunque las variables que mayor número de asociaciones presentan son aquellas que hacen referencia a una situación económica bastante desfavorable (habitar un barrio con elevada delincuencia y vandalismo, presencia de goteras o humedades e incapacidad para mantener en el hogar una temperatura adecuada en invierno), *Agua caliente* apenas presentan una asociación aunque la incapacidad para afrontar un pago de 650 euros (una variable que a priori no es indicadora de un nivel de pobreza severa) es una de las que posee mayor capacidad asociativa. Es reseñable, al igual que ocurría en el análisis anterior, que el riesgo de accidente o intoxicación (tanto para las mujeres como para los menores) es prácticamente nulo en capacidad asociativa, lo que puede dar a entender, nuevamente, que las malas condiciones de vivienda tienen mayor asociación con efectos psicológicos que con efectos puramente psíquicos.

Finalmente, *Tenencia de vivienda, Tipo de vivienda, Ruidos* y *Contaminación* presentaron entre una y ninguna asociación, al igual que la incapacidad para poder permitirse comer carne (o el equivalente vegetariano), que pese a poder considerarse un indicador de extrema pobreza sólo se ha asociado a haber pasado una noche en el hospital.

	Depresión diagnosticada		Ansiedad/depresión	
	OR ajustada	OR bruta	OR ajustada	OR bruta
Goteras	1	1	1,2	1,2
Escasez luz	1	0,9	<u>1,5</u>	1,4
Ruidos	1,3	1,1	1,2	1,1
Contaminación	1,5	1,2	1,2	1,1
Delincuencia y vandalismo	0,9	0,8	1,3	1,2
Tenencia vivienda	1	1	1,2	1,2
Tipo vivienda	0	0	0,6	0,5
Vacaciones	1,4	1,6	1,4	<u>1,6</u>
Carne	1,2	1,1	1,3	1,2
Temperatura	1,2	1,1	<u>1,6</u>	<u>1,5</u>
Agua Caliente	0,8	0,8	0,9	0,9
Gasto 650 €	1,6	1,7	<u>1,9</u>	<u>1,9</u>

4. CONCLUSIONES

La comparación de las condiciones de vivienda entre población gitana y población total deja claro que, si bien se han producido mejoras en los últimos años, todavía existen profundas desigualdades que afectan a las personas gitanas, tanto en materia de vivienda como en materia de salud. Posiblemente, atendiendo al concepto que la OMS tiene de desigualdad (comentado al principio del trabajo), sea más apropiado hablar de injusticia.

Los resultados ofrecidos por las tablas de asociaciones contribuyen en una pequeña medida a ampliar la literatura relativa a los determinantes sociales, poniendo el foco sobre las condiciones de vida de la población gitana de España. Teniendo en cuenta las limitaciones de la técnica utilizada, es necesario remarcar que en ningún caso la existencia de asociación implica necesariamente una determinante relación causa-efecto. Si bien muchas de las asociaciones detectadas en este análisis ya han sido confirmadas previamente como determinantes por estudios más exhaustivos, el resto de los casos no pueden contemplarse como más que posibles pistas sobre las cuales sería necesario incidir. Es muy complicado poder determinar si las variables provocan efectos por sí mismas o si éstas se asocian con otro tipo de variables, pues siempre hay que contemplar

la existencia de relaciones espurias causadas por variables no observadas en el análisis. En este sentido, diferentes técnicas de investigación pueden arrojar resultados concluyentes sobre la asociación entre condiciones de vivienda y condiciones de salud. Las metodologías cualitativas resultarían muy apropiadas para explicar en detalle las posibles asociaciones. En concreto, sería interesante indagar cómo pueden condicionar algunas de las variables estudiadas el día a día de las personas gitanas, observando la gestión de la economía doméstica, las medidas adoptadas para hacer frente a las condiciones de vivienda desfavorables, el comportamiento con respecto al uso de los servicios sanitarios o la relación con redes sociales de apoyo, entre muchos otros temas.

Respecto a los resultados obtenidos mediante regresión logística:

En primer lugar, las condiciones de vivienda han presentado un elevado número de asociaciones estadísticamente significativas, a la vez que el control por edad ha permitido averiguar que esta variable interfiere en pocas ocasiones en la relación entre condiciones de vivienda y estado de salud.

En segundo lugar, en el caso de las mujeres, las condiciones de vivienda se han visto fuertemente asociadas con el uso de los servicios sanitarios y con la salud autopercebida. Ésto podría sugerir que la mejora de las condiciones de habitabilidad de los hogares en barrios de población gitana puede suponer una reducción del uso de los servicios sanitarios y una mejora de la autopercepción. En consecuencia, quizás podría reducirse el gasto público sanitario si se llevaran a cabo políticas sociales enfocadas a mejorar aspectos como las goteras, la delincuencia y vandalismo, la falta de luz natural y garantizar durante los meses más fríos un suministro de energía que permita mantener el agua caliente y una temperatura adecuada en el interior del hogar (entre otros aspectos), así como regular que las nuevas viviendas construidas estén especialmente protegidas frente a estos problemas. Además, a diferencia de las ayudas económicas destinadas a las familias, éstas no requerirían de continuos pagos periódicos, sino que podrían afrontarse con inversiones puntuales.

En tercer lugar, en lo que respecta a los hombres gitanos, como se ha comentado, entre algunas de las variables que más parecen estar asociadas con condiciones negativas de vivienda destaca el colesterol elevado. Un análisis más profundo o un análisis cualitativo de los hábitos de alimentación podría ayudar a averiguar hasta qué punto pueden ser las condiciones de pobreza en el hogar las que desencadenen mala alimentación, o si por el contrario existen relaciones espurias con otras variables. La depresión y la salud autopercebida también poseen un elevado número de asociaciones, de manera que, nuevamente, sería conveniente conocer si políticas sociales de vivienda serían capaces de contribuir a mejorar el estado de salud percibida (especialmente la salud psi-

cológica) –y en consecuencia el estado de salud global en los hombres gitanos¹⁶– al igual que reducir el uso de los servicios sanitarios.

En cuarto lugar, es destacable, en ambos casos, que a pesar de que existía aproximadamente un 10% de la muestra que no podía permitirse comer carne (o el equivalente vegetariano) al menos dos veces por semana, ésta variable sólo ha experimentado una asociación significativa en el total de análisis. Resultaría positivo estudiar en detalle este aspecto, pues quizás para determinados sectores de población las variables como las asociadas a pobreza energética se asocien de forma más frecuente a malas condiciones de salud que aquellas relativas a una alimentación poco adecuada. Quizás pueda deberse al hecho de que la alimentación, al contrario de la energía, puede ser obtenida en círculos vecinales, familiares y asociativos, de manera que en pocas ocasiones se llegue a una situación de inanición.

Para terminar, tanto en la bibliografía revisada como en los datos analizados en esta ocasión, se ha podido comprobar cómo en España tanto las personas gitanas se enfrentan a peores condiciones económicas, peores condiciones de salud y peores condiciones de vivienda que la media de la población. La aplicación de otras técnicas de análisis podría ayudar a averiguar si estas variables inciden con la misma intensidad en personas gitanas que en no gitanas; es decir, si compartiendo las mismas características las personas gitanas presentan un estado de salud distinto que la población total, o si por el contrario las diferencias entre ambos colectivos se deben únicamente a que las malas condiciones de vivienda son más frecuentes en un grupo que en otro. Sin embargo, realizar este tipo de análisis posiblemente plantee diversos inconvenientes debido a que las desigualdades entre ambos colectivos complican las comparaciones. Por ejemplo: No se puede afirmar que en España tengan la misma posibilidad de acceder a la misma vivienda una persona gitana que una persona no gitana. Según el ya citado informe sobre la situación de vivienda de las personas gitanas (RAXEN, 2009), aún persisten casos de discriminación en el alquiler y compra. Tampoco se puede establecer que el segmento más pobre de personas gitanas tenga las mismas condiciones de salud que el segmento más pobre de personas no gitanas, se ha podido comprobar que las desigualdades persisten. Como se explicaba más arriba, “incluso al realizar comparaciones de población gitana con respecto al grupo de población general peor situado económicamente, las diferencias entre ambos grupos seguían presentes” (La Parra, 2009). De esta manera, se vuelve complejo poder analizar la situación de ambas poblaciones cuando ambas comparten los mismos valores para una variable,

¹⁶ Como ya se ha comentado, la salud autopercebida se asume habitualmente como un indicador sintético del estado de salud real.

ya que a pesar de que pueda haber igualdad de condiciones no existe igualdad de oportunidades.

5. REFERENCIAS

- European Commission. (2010). Communication from the Commission to the European Parliament, the Council, the European Economic and Social Committee and the Committee of the Regions of 16 December 2010. *The European Platform against Poverty and Social Exclusion: A European framework for social and territorial cohesion*. Brussels, 16.12.2010. Obtenido de <http://eur-lex.europa.eu/legal-content/EN/TXT/PDF/?uri=CELEX:52010DC0758&from=EN>
- European Commission. (2012). *What works for Roma inclusion in the EU*. Luxembourg: Publications Office of the European Union. doi:doi:10.2838/58806
- Flecha, A. (2013). Healthier Lives for European Minority Groups: School and Health Care, Lessons from the Roma. *International Journal of Environmental Research and Public Health*, 10(8), 3089-3111. doi:10.3390/ijerph10083089
- Fundación Secretariado Gitano. (2008). *Mapa sobre Vivienda y Comunidad Gitana en España, 2007*. Madrid: Fundación Secretariado Gitano. Obtenido de <http://www.gitanos.org/publicaciones/mapavivienda/archivos/mapa01.pdf>
- Fundación Secretariado Gitano. (2009). *Health and the Roma Community, analysis of the situation in Europe. Bulgaria, Czech Republic, Greece, Portugal, Romania, Slovakia, Spain*. Madrid: Fundación Secretariado Gitano. Obtenido de http://ec.europa.eu/justice/discrimination/files/roma_health_en.pdf
- Gumà, J., & Cámara, A. (2014). ¿Informa la salud autopercebida sobre las condiciones objetivas de salud? Algunas conclusiones a partir del análisis demográfico de microdatos de la Encuesta Nacional de Salud. *Estadística Española*, 56(183), 61-76. Recuperado el 2015 de 06 de 30, de http://www.ine.es/ss/Satellite?blobcol=urldata&blobheader=application%2Fpdf&blobheadername1=Content-Disposition&blobheadervalue1=attachment%3B+filename%3Dart183_3.pdf&blobkey=urldata&blobtable=MungoBlobs&blobwhere=673%2F579%2Fart183_3.pdf&ssbinary=true
- Hair, J., Anderson, R., Tatham, R., & Black, W. (1999). *Análisis multivariante* (5 ed.). Madrid: Prentice Hall Iberia.
- Jovell, A. (2006). *Cuadernos metodológicos. Análisis de regresión logística*. Madrid: CIS.
- La Parra, D. (2009). *Hacia la equidad en salud: Estudio comparativo de las encuestas nacionales de salud a población gitana y población general de España, 2006*. Madrid: Ministerio de Sanidad y Política Social, y Fundación Secretariado Gitano. Obtenido de http://ec.europa.eu/health/social_determinants/docs/spain_rd03_en.pdf
- La Parra, D., Gil-González, D., & Jiménez, A. (2013). Los procesos de exclusión social y la salud del pueblo gitano en España. *Gaceta Sanitaria*, 27(5), 285-286. doi:<http://dx.doi.org/10.1016/j.gaceta.2013.05.001>
- La Parra, M. (2011). *Diagnóstico social de la comunidad gitana en España. Un análisis contrastado de la Encuesta del CIS a Hogares de Población Gitana 2007*. Madrid: Ministerio de Sanidad, Política Social e Igualdad. Obtenido de <http://www.msssi.>

- gob.es/ssi/familiasInfancia/inclusionSocial/poblacionGitana/docs/diagnosticosocial_autores.pdf
- Mihailov, D. (2012). *The health situation of Roma communities: Analysis of the data from the UNDP/World Bank/EC Regional Roma Survey 2011*. Bratislava: United Nations Development Programme. Obtenido de <http://www.undp.org/content/dam/rbec/docs/The-health-situation-of-Roma-communities.pdf>
- Ministerio de Sanidad y Política Social. (2010). *Hacia la equidad en salud: Monitorización de los determinantes sociales de la salud y reducción de las desigualdades en salud*. Ministerio de Sanidad y Política Social. Obtenido de http://www.msssi.gob.es/profesionales/saludPublica/prevPromocion/promocion/desigualdadSalud/PresidenciaUE_2010/conferenciaExpertos/docs/haciaLaEquidadEnSalud.pdf
- Ministerio de Sanidad, Servicios Sociales e Igualdad. (2012). *Estrategia Nacional para la Inclusión Social de la Población Gitana en España 2012-2020*. Madrid: Ministerio de Sanidad, Servicios Sociales e Igualdad, Centro de Publicaciones. Obtenido de http://www.msssi.gob.es/ssi/familiasInfancia/inclusionSocial/poblacionGitana/docs/WEB_POBLACION_GITANA_2012.pdf
- Mood, C. (2010). Logistic Regression: Why We Cannot Do What We Think We Can Do, and What We Can Do About It. *European Sociological Review*, 26(1), 67-82. doi:10.1093/esr/jcp006
- RAXEN. (2009). *Spain RAXEN National Focal Point Thematic Study Housing Conditions of Roma and Travellers*.
- WHO. (s.f.). *WHO | Glossary of terms used*. Obtenido de WHO | World Health Organization: <http://www.who.int/hia/about/glos/en/index1.html>
- World Health Organization. (2007). *Large analysis and review of European housing and health status (LARES)*. Copenhagen: WHO Regional Office for Europe. Obtenido de http://www.euro.who.int/__data/assets/pdf_file/0007/107476/lares_result.pdf
- World Health Organization. (2012). *Environmental health inequalities in Europe. Assessment report*. Copenhagen: WHO Regional Office for Europe. Obtenido de http://www.euro.who.int/__data/assets/pdf_file/0010/157969/e96194.pdf?ua=1

LEANDRO IVÁN CANZIO (Buenos Aires, 1993) es graduado en Sociología por la Universidad de Alicante. En el año 2015 disfrutó de Beca de Colaboración del Ministerio de Educación, Cultura y Deporte en el Departamento de Sociología II.

Recibido: 11/01/2016
Aceptado: 18/03/2016