

ORIGINALES

Cómo son y de qué padecen los gitanos

V.R. Cabedo García^a, E. Ortells i Ros^b, L. Baquero Toledo^c, N. Bosch Girona^a, A. Montero Royo^b, A. Náchter Fernández^d, B. Sánchez-Peral Sánchez^d y M.A. Tamborero Sanjuán^b

Centro de Salud El Barranquet. Castellón.

Objetivo. Conocer y comparar las características sociodemográficas y el estado de salud de 2 grupos étnicos y culturales distintos (payos y gitanos).

Diseño. Estudio observacional, descriptivo, transversal.

Emplazamiento. Atención primaria.

Participantes. Los 121 pacientes de cultura gitana mayores de 14 años adscritos al centro y 121 controles apareados por edad.

Intervenciones. Se recogieron variables sociodemográficas, factores de riesgo, enfermedades crónicas y adscripción a programas preventivos y de promoción de la salud.

Mediciones y resultados principales. A partir de un cuestionario que se rellenó con datos de las historias de salud de atención primaria, vimos que había diferencias significativas en cuanto al nivel de instrucción, profesión y situación laboral ($p < 0,0005$).

Había mayor número de consumidores de alcohol, de tóxicos vía parenteral y superior número de pacientes con riesgo sociosanitario entre los gitanos.

VHB, VHC y VIH inciden significativamente más sobre los gitanos (ambos grupos incluidos en programas y actividades preventivas).

Se detecta una temprana edad media de muerte en la población gitana (40,6 años frente a 73,3 entre los payos).

Paradójicamente, se da una mayor utilización de la medicina privada entre los gitanos.

Conclusiones. Existen diferencias sociosanitarias significativas entre ambos grupos estudiados. La población gitana de nuestro centro de salud requiere mayor atención por parte del equipo de atención primaria, para conseguir un mejor estado de salud en este grupo.

Palabras clave: Atención primaria; Gitanos; Medicina privada.

WHAT ARE GYPSIES LIKE AND WHAT DO THEY SUFFER FROM?

Objective. To find and compare the social and demographic features and health status of two different ethnic and cultural groups, gypsies and *payos* (non-gypsies).

Design. Observational, descriptive, crossover study.

Setting. Primary care.

Participants. The 121 gypsy patients > 14 registered at the centre and 121 controls who were matched for age.

Interventions. Social and demographic variables, risk factors, chronic illnesses and involvement in preventive and health promotion programmes were gathered.

Measurements and main results. On the basis of a questionnaire that was filled out with data from the primary care health histories, we saw that there were significant differences in educational background, jobs and work situation ($p < 0.0005$). Among the gypsies there were more alcohol consumers, intravenous drug users and patients at social-health risk. Hb, Hc and HIV affected gypsies significantly more (the two groups were included in preventive programmes and activities). Mean age of death among gypsies was early (40.6 years vs. 73). Paradoxically, gypsies used private medicine more.

Conclusions. There were significant social-health differences between the two groups studied. The gypsies on our health centre lists need greater care from the primary care team, so that they can achieve better health status.

(*Aten Primaria* 2000; 26: 21-25)

^aMédico de Familia. ^bMédicos residentes de MFyC. ^cTrabajadora Social. ^dPediatra.

Correspondencia: Dr. Vicente Ramón Cabedo García.
Centro de Salud El Barranquet. Grupo Perpetuo Socorro. C/ Larga, 70. 12005 Castellón.

Manuscrito aceptado para su publicación el 23-II-2000.

Introducción

Los gitanos son un grupo cultural que procede del nordeste de la India, desde donde comenzaron una lenta emigración hacia el oeste hace aproximadamente 1.000 años. En un principio se les reconoció como peregrinos y se les otorgaron ciertos beneficios sociales, pero con el auge de los nacionalismos comenzó una persecución y una marginación que aún continúa hoy. Actualmente suponen un 5% de las poblaciones de Bulgaria, Hungría, Rumania y Eslovaquia en Europa Central y del Este¹. En España, según una estimación de T. San Román² de 1997, puede hablarse de 500.000 personas de etnia gitana, aunque su cuantificación es controvertida. La mayor parte de esta población son gitanos *calé* que han sufrido históricamente procesos de aculturación, marginación y resistencia étnica. Existe una minoría de gitanos húngaros y ciganos portugueses de difícil cuantificación, ya que la Administración central no ha elaborado ningún censo².

A pesar de suponer un elevado número de personas en todo el mundo y, en muchos casos, una población de riesgo sanitario, no existen sobre ellos demasiados estudios en las revistas médicas. Además, así como las necesidades de salud de otras minorías étnicas en Europa han sido ampliamente estudiadas por los organismos oficiales (por ejemplo, los asiáticos en el Reino Unido)³, no lo ha sido el grupo cultural gitano, con lo que las políticas sanitarias no los han tenido en cuenta a la hora efectuar programas especiales de salud. Algunos países son reacios a investigar en este sentido por el peligro de estigmatizar todavía más a este colectivo y empeorar su situación¹.

Somos conscientes de que para comprender el comportamiento sanitario de los gitanos deberíamos estudiar el sistema médico que su cultura reconoce como válido: ciertas enfermeda-

des reconocidas como propias de su cultura son tratadas por sanadores propios con remedios tradicionales mientras que, para otras, que consideran producto de su contacto con el resto del mundo, requieren ayuda del sistema médico oficial⁴. Ante nuevas enfermedades como el sida y el abuso de sustancias tóxicas, se han descrito pautas específicas de comportamiento para las que la comunidad local de parientes puede ser el más eficaz contexto rehabilitador². En esta primera aproximación al estudio de nuestra población gitana, nos planteamos valorar el estado de salud y enfermedad de este grupo cultural, comparándolo con el resto de población adscrita al centro de salud.

Material y métodos

Nuestro centro de salud atiende una población de unas 4.000 personas de distintos barrios periféricos de las poblaciones de Castelló y Almassora. Básicamente se trata de una población inmigrante de otras comunidades autónomas y de comarcas del interior, en su mayoría de nivel económico bajo, que convive con una población de cultura gitana de aproximadamente 250 individuos (un 6,25% del total de la población).

Estudiamos en primer lugar la pirámide poblacional de los gitanos y del resto de habitantes de la zona y analizamos la mortalidad en ambos grupos durante los 9 años transcurridos desde la apertura de nuestro centro de salud, a partir de datos de nuestro registro de mortalidad. Posteriormente, realizamos un estudio de observación, descriptivo, transversal, en el que comparamos la población gitana con un grupo de payos de la misma edad.

Del registro de historias clínicas de nuestro centro de salud escogimos el total de pacientes de cultura gitana mayores de 14 años (121). Seleccionamos un payo por cada gitano a partir del registro de historias clínicas, tomando aquella cuyo código de identificación personal (CIP), que corresponde a la fecha de nacimiento, era inmediatamente posterior al de cada paciente gitano. Si 2 CIP consecutivos eran de gitanos se tomaban las 2 historias siguientes; obteníamos así 2 grupos apareados por edad.

Diseñamos un cuestionario para, a partir de las historias clínicas, obtener información de las siguientes variables sociodemográficas: sexo, edad, tipo de cobertura sanitaria (activo, pensionista o cobertura especial para personas sin recursos económicos), número de convivientes en el domicilio, estructura familiar⁵, nivel de instrucción, profesión (basándonos en la Clasificación Nacional de Ocupaciones⁶) y situación laboral (adaptada a la misma clasificación, para ajustarla a la situación socioeconómica de nuestra población).

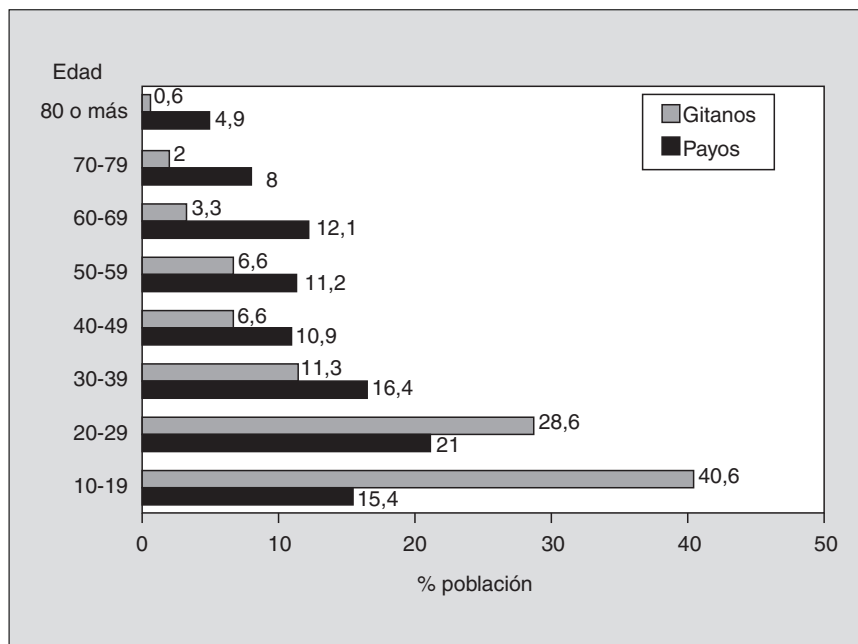


Figura 1. Pirámide poblacional.

Aquellos pacientes que presentaban analfabetismo, hacinamiento, disfunción familiar según el test de Apgar familiar, vivienda inadecuada, economía precaria y situación marginal (según valoración de la trabajadora social) fueron calificados de «riesgo sociosanitario». Entre los factores de riesgo médico, analizamos el consumo excesivo de alcohol (más de 80 g de etanol/día en varones y más de 40 en mujeres), dependencia de sustancias (cocaína, heroína) y tabaquismo.

Para recoger la prevalencia de enfermedades crónicas y factores de riesgo se revisaron las historias clínicas, y en el caso de que faltaran datos se citó a los pacientes para completar los registros, efectuando nueva analítica con serología a los pacientes si no constaba un análisis previo al 1-1-1997: hipertensión arterial (HTA), diabetes mellitus (DM), cardiopatía, enfermedad pulmonar obstructiva crónica (EPOC), obesidad, dislipemia y los resultados de la serología de algunas enfermedades infecciosas (virus de inmunodeficiencia humana [VIH], virus de hepatitis B [antígeno de superficie del virus de hepatitis B -HBsAg-] y hepatitis C [VHC]). Por último valoramos también la inclusión de los pacientes en actividades y programas de salud entre el 1-1-1998 y el 31-12-1998: PAPPs, planificación familiar, vacunaciones (vacunación completa frente a tétanos, VHB y vacunación antigripal); utilización de recursos sanitarios: consultas médicas y de enfermería, a demanda y programadas y utilización de la medicina privada, todo ello a partir de información recogida en nuestras historias.

Realizamos un estudio descriptivo de las variables y posteriormente un análisis bi-

variable con ji-cuadrado y el test t⁶ utilizando el programa SPSSPC.

Resultados

La pirámide poblacional muestra diferencias importantes entre los gitanos y los payos: una población gitana mucho más joven (predominio de personas menores de 40 años) (fig. 1). Durante los 9 años analizados fallecieron 15 personas de cultura gitana de una población media de 220 personas (68 por 1.000) y 176 personas no gitanas de un total de 3.317 (53 por 1.000). Los gitanos fallecieron con una edad media de 40,6 años (DE, ± 19,87) y los payos de 73,3 años (DE, ± 15,54) (p < 0,0001). Las causas de muerte en los payos fueron: enfermedades cardiovasculares, 77 (43,7%); enfermedades infectocontagiosas, 30 (17%); tumores, 27 (15,3%); accidentes, 6 (3,4%); 2 muertes se atribuyeron a sobredosis aguda por opiáceos (1,13%); otras causas supusieron 29 fallecimientos (16,5%), y en 5 casos no quedó registrado. Entre los gitanos, en cambio, hubo 7 muertes por enfermedades infectocontagiosas (46,6%), 3 por tumores (20%), 2 accidentes (13,3%), una por enfermedad cardiovascular (6,6%) y 2 atribuidas a sobredosis (13,3%).

Volviendo a la pirámide poblacional, de las 121 personas de raza gitana 68 eran mujeres (56%). Entre los pa-

yos había 59 mujeres (48,%). La edad media de la población era de 31,3 años (DE, \pm 15,9).

La **tabla 1** muestra los resultados obtenidos con las variables sociodemográficas. En cuanto al nivel de instrucción, destaca una tasa de analfabetismo del 41% entre los gitanos, frente a un 8% entre los payos. Un 51% de los gitanos sólo sabe leer y escribir, sin haber completado la escolarización primaria, que únicamente acabó un 4%. Entre los payos, el 23% sólo lee y escribe y un 36% completó estudios primarios. Ningún gitano completó la enseñanza secundaria, ni cursó estudios universitarios. Encontramos diferencias significativas en cuanto a la profesión y a la situación laboral de ambos grupos culturales. La ocupación desempeñada en mayor número es, para ambos, la de obreros (categoría VI); entre los payos estudiados se dedican a ello un 42%, realizan trabajos domésticos (categoría IV) un 11% y son comerciantes o vendedores (categoría III) un 2%. Entre los gitanos, un 44% son obreros, el 30% realiza tareas domésticas y un 12% son comerciantes o vendedores.

En cuanto a la situación laboral, destaca el escaso número de gitanos con trabajo estable y el elevado número de pensionistas y de parados sin subsidio.

También encontramos diferencias significativas en la estructura familiar: los payos viven en mayor número en familias nucleares (65%), un 13% lo hacen en familia extensa, un 3% en familia monoparental y un 2% sin su familia. Los gitanos viven fundamentalmente en familias extensas (48%), siendo el 45% nucleares y el 5% monoparentales. No hay individuos que vivan solos o sin familia entre los de cultura gitana. En algunas variables sociodemográficas se detecta una elevada proporción de datos, lo que resta cierta validez al trabajo y nos hace reflexionar sobre la necesidad de actualizar las historias periódicamente.

La **tabla 2** nos muestra la prevalencia de factores de riesgo médico y social. Obtuvimos diferencias significativas en la prevalencia de riesgo socio-sanitario ($p < 0,0001$), consumo excesivo de sustancias (heroína, cocaína) ($p < 0,001$) y de alcohol ($p < 0,05$), situaciones, estas, más frecuentes entre los gitanos. En cuanto al tabaquismo, no encontramos diferencias entre los 2 grupos.

TABLA 1. Variables sociodemográficas en las poblaciones gitana y paya

| | Payos | | Gitanos | | p |
|---------------------------------|-------|------|---------|-----|--------|
| | n | % | n | % | |
| Nivel de instrucción | | | | | |
| Analfabeto/a | 10 | 8 | 50 | 41 | 0,0001 |
| Lee y escribe | 28 | 23 | 61 | 51 | 0,0001 |
| Estudios primarios | 42 | 36 | 5 | 4 | 0,0001 |
| Secundaria | 9 | 7 | 0 | 0 | 0,002 |
| Universitarios/as | 3 | 2 | 0 | 0 | n.s |
| No consta | 29 | 24 | 5 | 4 | 0,0001 |
| Profesión (*) | | | | | |
| I | 1 | 0,8 | 0 | 0 | ns |
| II | 1 | 0,8 | 0 | 0 | ns |
| III | 3 | 2 | 15 | 12 | 0,003 |
| IV | 13 | 11 | 35 | 29 | 0,003 |
| V | 0 | 0 | 0 | 0 | — |
| VI | 51 | 42 | 56 | 47 | ns |
| No consta | 52 | 45 | 33 | 27 | ns |
| Situación laboral | | | | | |
| Estable | 25 | 21 | 2 | 1,6 | 0,0001 |
| Temporal | 22 | 18 | 44 | 36 | 0,001 |
| Paro con subsidio | 1 | 0,8 | 3 | 2,5 | ns |
| Paro sin subsidio | 16 | 13 | 35 | 29 | 0,003 |
| Pensionista | 8 | 7 | 23 | 19 | 0,004 |
| No consta | 49 | 40 | 14 | 12 | ns |
| Cobertura sanitaria | | | | | |
| Activo | 90 | 75 | 44 | 37 | 0,0001 |
| Pensionista | 29 | 24 | 48 | 40 | 0,009 |
| Cobertura especial ^a | 2 | 1,7 | 29 | 24 | 0,0001 |
| Estructura familiar | | | | | |
| Nuclear | 78 | 65 | 55 | 45 | 0,003 |
| Extensa | 15 | 12 | 58 | 48 | 0,0001 |
| Monoparental | 4 | 3 | 6 | 5 | ns |
| Sin familia | 3 | 2,5 | 0 | 0 | 0,08 |
| No consta | 21 | 17,4 | 2 | 1,7 | 0,001 |

*Grandes grupos de la Clasificación Nacional de Ocupaciones:

I. Profesionales, técnicos y similares.

II. Miembros y personal directivo de órganos de la Administración pública y directores y gerentes de empresa.

III. Comerciantes, vendedores y similares.

IV. Personal de los servicios de hostelería, domésticos, personales, de protección y de seguridad y similares.

V. Personal dedicado a la agricultura, ganadería, silvicultura, caza, pesca y similares.

VI. Personal dedicado a la extracción de minerales, preparación y tratamiento de materiales, fabricación de productos, del montaje y manejo de maquinaria e instalaciones de la construcción y de los transportes.

^aPara personas carentes de recursos económicos.

El análisis de enfermedades crónicas sólo mostró diferencias significativas en la obesidad ($p < 0,045$), más frecuente entre los payos. La prevalencia de enfermedades infectocontagiosas analizadas (VIH, hepatitis B, hepatitis C) es significativamente mayor entre los gitanos ($p < 0,001$, p

$< 0,00017$ y $p < 0,001$, respectivamente).

En cuanto a la inclusión en actividades y programas, no encontramos diferencias en el PAPPs ni en la consulta programada de enfermería. Sí detectamos diferencias significativas en la participación en actividades de

TABLA 2. Enfermedades crónicas y factores de riesgo en las poblaciones gitana y paya

| | Payos | | Gitanos | | P |
|--------------------------|-------|-----|---------|-----|--------|
| | n | % | n | % | |
| HTA | 5 | 4 | 6 | 5 | ns |
| DM | 6 | 5 | 6 | 5 | ns |
| Cardiopatía | 3 | 2,5 | 2 | 1,7 | ns |
| EPOC | 3 | 2,5 | 4 | 3 | ns |
| Obesidad | 28 | 23 | 16 | 13 | 0,045 |
| Dislipemia | 10 | 8 | 11 | 9 | ns |
| Dependencia* | 2 | 1,7 | 15 | 12 | 0,0001 |
| Alcohol | 5 | 4 | 13 | 11 | 0,05 |
| Riesgo sociosanitario | 8 | 7 | 74 | 61 | 0,0001 |
| Tabaco | 45 | 37 | 42 | 35 | ns |
| VIH | 1 | 0,8 | 10 | 8 | 0,001 |
| VHC | 1 | 0,8 | 10 | 1 | 0,001 |
| HbsAg | 1 | 0,8 | 12 | 10 | 0,0001 |
| Total problemas de salud | 118 | | 221 | | |

*Dependencia de cocaína, heroína.

TABLA 3. Participación en actividades de promoción de la salud de las poblaciones gitana y paya (1-1-1998 al 31-12-1998)

| | Payos | | Gitanos | | p |
|--------------------------------|-------|------------|---------|------------|-------|
| | n | % | n | % | |
| PAPPS | 84 | 69,5 | 71 | 59 | 0,08 |
| VAG | 18 | 15 | 22 | 18 | ns |
| VAT | 45 | 37 | 28 | 23 | 0,03 |
| VAH | 20 | 16,5 | 27 | 22 | ns |
| Adscritos consultas enfermería | 13 | 11 | 15 | 12 | ns |
| Planificación familiar | 11 | 9 | 27 | 22 | 0,004 |
| Medicina privada | 3 | 2,5 | 10 | 8 | 0,046 |
| | Media | IC del 95% | Media | IC del 95% | p |
| N.º consultas médicas | 4,14 | 0,93 | 4,15 | 0,97 | ns |
| N.º consultas enfermería | 0,74 | 0,49 | 0,50 | 0,99 | ns |

planificación familiar a favor de las mujeres de cultura gitana ($p = 0,004$).

En cuanto a las vacunaciones, existe una mejor cobertura frente al tétanos entre los gitanos ($p = 0,031$), pero no existen diferencias en la vacunación antigripal ni de la hepatitis B.

Ambos grupos utilizaron de forma similar las consultas médicas a demanda en el mismo período. En cambio, existe una mayor utilización complementaria de la medicina privada entre los usuarios de cultura gitana ($p = 0,046$), dato que preguntamos y reflejamos en las historias.

Discusión

Los grupos periféricos que conforman nuestra zona de salud se formaron a partir de los años sesenta con población paya inmigrante que provenía del éxodo rural. Años después, a esta población se le sumaron algunas familias gitanas, sobre todo en uno de los grupos, asentamiento que ha ido creciendo por vínculos familiares en mayor medida que la población paya, que se mantiene estable e incluso disminuye. Algunas familias del barrio se dedicaron al tráfico de sustancias ilegales como estrategia económica, al igual que en otras zonas del Estado.

Sobre la relación gitanos-drogas se ha escrito mucho; nosotros estamos de acuerdo con la tesis de T. San Román²: es ésta una relación económica que se adapta en cierta manera a su estrategia de vida, en una sociedad que históricamente no les ha reconocido ciertos trabajos propios. Esta relación económica, unida a la falta de cultura (analfabetismo elevadísimo para este grupo concreto), está provocando una alta tasa de abuso de sustancias y problemas de salud derivados, sobre todo en el colectivo gitano, aunque también en el payo. Este último ha experimentado un fenómeno cultural de xenofobia como el que venimos observando tanto en el ámbito estatal como europeo, con identificación del colectivo gitano como el principal responsable del «tráfico de drogas» en el barrio, habiéndose llegado en alguna ocasión a manifestaciones públicas en las que se pide el destierro de algunas familias gitanas.

Somos conscientes del sesgo etnocéntrico que supone la valoración de una cultura distinta con nuestra propia óptica y que el análisis de la estructura familiar, profesión, ocupación y el propio sentido de enfermedad son muy distintos para los gitanos, por lo que sería muy conveniente profundizar en la cultura gitana utilizando, quizás, una aproximación cualitativa de la investigación¹⁷. Por citar un ejemplo, ciertas ocupaciones que desempeñan los gitanos, como el chatarreo, la venta en mercados o el espectáculo, no fueron consideradas en nuestro cuestionario —por no ser tareas asalariadas— y las tareas agrícolas de temporada o peonaje que aún realizan los gitanos no quedan reflejadas, por no ser la actividad laboral principal.

Los hallazgos de nuestro estudio concuerdan con los obtenidos por autores de otros países, que refieren una esperanza de vida 10 años menor entre los gitanos y una mortalidad infantil 4 veces superior en Europa Oriental⁸. Los pocos estudios demográficos sobre los gitanos elaborados en el España también muestran una población extremadamente joven (80% menor de 30 años⁹, 70% menor de 25¹⁰).

No observamos una mayor prevalencia de enfermedades crónicas: HTA, DM y CI, que se detectan con más frecuencia en algunos estudios americanos en los que se habla de la existencia de una hipotética «base cultu-

ral» que favorecería el consumo de dietas grasas y tabaco^{13,14}. En nuestro trabajo, lo único que destacamos, en sentido contrario, es una mayor prevalencia de obesidad en la población paya. Otros estudios realizados en nuestro país en población pediátrica que detectaron mayor riesgo de enfermedad¹⁵ y de intoxicación por plomo¹⁶ entre los niños gitanos, aunque con poblaciones distintas, identifican a este grupo cultural como de especial riesgo de enfermedad.

En otros trabajos se señala la existencia de diferentes actitudes ante la anticoncepción en ambos grupos¹¹ y una mayor prevalencia de infección por el VHB, apuntando a los tatuajes como una de sus causas¹². Nosotros observamos una mayor participación por parte de las mujeres gitanas en las actividades de planificación familiar, debido probablemente a una buena captación; pero, dado el elevado número de población gitana menor de 14 años en nuestra zona, pensamos que las gitanas conocen, pero practican poco, métodos de anticoncepción. Serían necesarios estudios más concretos sobre el número deseado de hijos y el concepto de familia en la población gitana.

Otro resultado llamativo es la alta incidencia de enfermedades infecciosas entre los gitanos de nuestra área que condiciona la baja edad media de mortalidad. Se podría profundizar en la difusión de medidas de prevención como utilización de preservativo o evitar compartir jeringuillas, pero no sólo eso, sino también estudiar sus propias ideas de enfermar, de higiene, de limpieza o de purificación, que quizá condicionan una mayor transmisión de enfermedades o una actitud diferente respecto a ellas. A pesar de una similar utilización de la asistencia pública en ambos grupos, los gitanos usan más la medicina privada, debido probablemente a su actitud ante la enfermedad, que interpretan como grave y urgente. Esta actitud condiciona que acudan al centro de salud sin cita previa la mayoría de las veces (dato que no queda registrado, pero que conocemos por un estudio anterior). También puede influir en el mayor uso de la medicina privada el hecho de que algunas familias tengan mayores recursos económicos de los que registramos en este trabajo.

En cuanto a la vacunación de este sector de la población, existen ya algunos estudios seroepidemiológicos que estudian su cobertura inmunológica, aunque de nuevo las características sociosanitarias no son comparables¹⁸⁻²⁰. Sería interesante desarrollar actividades de prevención primaria específicas en estas poblaciones de riesgo: nuestros programas de vacunación son efectivos, pero ante la alta incidencia las enfermedades de transmisión parenteral podríamos iniciar programas de reparto de jeringuillas, que ya se han mostrado efectivos en otros estudios²¹ (con posterioridad al nuestro se ha puesto en marcha un programa de intercambio de jeringuillas por parte de una asociación mediante una furgoneta itinerante).

Nuestro trabajo es demasiado pequeño y localizado en un área muy concreta, pero supone una primera aproximación global a la salud de la población de etnia y cultura gitana. Aunque en la **tabla 1** (que obtuvimos únicamente de la revisión de las historias y que recoge las variables sociodemográficas) existe una importante falta de datos, no ocurre así con la **tabla 2**, que trata los problemas de salud, ya que los datos los obtuvimos a partir no sólo de las historias. Sería deseable la realización de estudios mayores y multicéntricos que nos permitieran tener una visión global de sus características. Como anécdota referida al escaso número de estudios realizados sobre la salud de los gitanos, en un editorial del *British Medical Journal*¹ se señalaba que bajo el término *gypsy* en la base de datos Medline aparecen muchos más artículos referidos a la variedad así denominada de la mosca de la fruta (*Drosophila melanogaster*, *gypsy variant*) que a la salud de este grupo cultural.

Bibliografía

1. McKee M. The health of gypsies. *BMJ* 1997; 315: 1172-1173.
2. San Román T. La diferencia inquietante. Madrid: Siglo XXI, 1997.
3. Abel-Smith B, Figueras J, Holland W, Mc Kee M, Mossialos E. Choices in health policy: an agenda for the European union. Luxemburgo: Office for Official Publications of the European Communities, 1995.

4. Fonseca I. Bury me standing: the gypsies and their journey. Londres: Chatto and Windus, 1995.
5. De la Revilla, L. Conceptos e instrumentos de la atención familiar. Barcelona: Doyma, 1994.
6. Regidor E, Gutiérrez Fisac, JL, Rodríguez C. Diferencias y desigualdades en salud en España. Madrid: Díaz de Santos, 1994.
7. Daniel W. Bioestadística. Base para el análisis de las ciencias de la salud. México: Limusa, 1991.
8. Braham M. The untouchables: a survey of the Roma people of central and eastern Europe. Ginebra: UNHCR, 1993.
9. GIEMS. Gitanos al encuentro de la ciudad. Del chalaneo al peonaje. Madrid: Edicusa, 1976.
10. ISAM. Los gitanos españoles. Madrid: Secretariado General Gitano, 1990.
11. Rei Majoral S, Curós Torres S, Balcells Chiglione J, Batalla Martínez C, Ezpeleta García A, Comín Beltrán E. Anticoncepción: gitanas frente a payas. *Aten Primaria* 1999; 23: 63-67.
12. Rosario Pac M, Arnedo A, Montaner MD, Prieto P, García J, Izuel M et al. Epidemic outbreak of hepatitis B from the tattoo in gypsy families. *Rev Esp Salud Pública* 1996; 70: 63-69.
13. Sutherland A. Gypsies and health care. *West Med J* 1992; 157: 276-280.
14. Thomas JD. Gypsies and american medical care. *Ann Intern Med* 1985; 102: 842-845.
15. Corretger JM, Fortuny C, Botet F, Valls O. Marginalidad, grupos étnicos y salud. *An Esp Pediatr* 1992; 36 (Supl 48): 115-117.
16. Redondo MJ, Guisasaola FJ. An unknown risk group of lead poisoning: the gypsy children. *Eur J Pediatr* 1995; 154: 197-200.
17. Taylor SJ, Bogdan R. Introducción a los métodos cualitativos de investigación. Buenos Aires: Paidós, 1990.
18. Porta D, Chierchini P, Bruno L, Fione L, Cristóforo G, Amato C et al. A seroepidemiological study on the level of immunological coverage in a nomadic population in Rome. *Epidemiol Prev* 1997; 21: 48-53.
19. Edwards DM, Watt RG. Unimmunized gypsy populations and implications for the eradication of poliomyelitis in Europe. *Community Dent Health* 1997; 14: 41-46.
20. Cilla G, Pérez Trallero E, Marimón JM, Erdozain S, Gutiérrez C. Prevalence of hepatitis A antibody among disadvantaged gypsy children in Northern Spain. *Epidemiol Infect* 1995: 115-157.
21. Martín V, Cayla J, Moris ML, Alonso L, Pérez R. Evolución de la prevalencia de infección por virus del la inmunodeficiencia humana en población reclusa al ingreso en prisión durante el período 1991-1995. *Rev Esp Salud Pública* 1997; 71: 269-280.