

Original

Anticoncepción en la población gitana residente en dos barrios con bajo nivel de renta de Barcelona

Alba Asensio^a, Laia Nebot^b, Lluïsa Estruga^a, Glòria Perez^{a,c,d,e} y Èlia Diez^{a,c,d,e,f,*}^a Agència de Salut Pública de Barcelona, Barcelona, España^b CEPS Salut (Associació per la Prevenció i la Promoció de la Salut), Barcelona, España^c CIBER de Epidemiología y Salud Pública (CIBERESP), España^d Institut d'Investigació Biomèdica Sant Pau, Barcelona, España^e Departamento de Pediatría, Obstetricia y Ginecología, Medicina Preventiva y Salud Pública, Universitat Autònoma de Barcelona, Barcelona, España^f Departamento de Ciencias Experimentales y de la Salud, Universitat Pompeu Fabra, Barcelona, España

INFORMACIÓN DEL ARTÍCULO

Historia del artículo:

Recibido el 3 de mayo de 2017

Aceptado el 20 de noviembre de 2017

On-line el xxx

Palabras clave:

Minoría étnica

Salud sexual y reproductiva

Anticonceptivos

Determinantes sociales de la salud

Género y salud

R E S U M E N

Objetivo: Describir el conocimiento y el uso de anticonceptivos y de servicios sanitarios en la población gitana de dos barrios de renta baja de Barcelona (2011-2015).

Método: Estudio de metodología mixta en el ámbito comunitario. 1) Estudio cuantitativo descriptivo transversal. Entrevista con cuestionario a una muestra de residentes en edad fértil. Comparación del conocimiento y el uso de anticonceptivos y de servicios según etnia y sexo con modelos ajustados de regresión logística para obtener *odds ratios* ajustadas (ORa) y sus intervalos de confianza del 95% (IC95%). 2) Estudio cualitativo descriptivo con método etnográfico. Entrevista a 10 residentes de etnia gitana y tres profesionales de salud para explorar aspectos de anticoncepción, familia y roles. Análisis narrativo de discurso de los textos.

Resultados: Participaron 834 personas, de las que un 11,8% se autoidentificaron como gitanas. Las mujeres gitanas utilizaban más que las no gitanas la ligadura tubárica (ORa: 3,0; IC95%: 1,3-7) y el implante (ORa: 4,9; IC95%: 3,1-72), y conocían mejor el dispositivo intrauterino (ORa: 2,4; IC95%: 1,4-4,1), la obstrucción tubárica (ORa: 3,3; IC95%: 1,1-9,9) y los inyectables (ORa: 2,4; IC95%: 1,3-4,4). Los hombres gitanos utilizaban más frecuentemente la retirada (ORa: 3,6; IC95%: 1,3-10), práctica corroborada en el estudio cualitativo. Ambas poblaciones utilizaban similarmente la anticoncepción de emergencia y los servicios sanitarios. En la población gitana, la anticoncepción y la reproducción son responsabilidad de las mujeres. Aunque el aborto está culturalmente penalizado en la comunidad gitana, las mujeres gitanas lo utilizan, pero lo afrontan en soledad.

Conclusiones: El género emergió como un determinante transversal en los aspectos explorados. En la población gitana el control reproductivo sigue siendo una responsabilidad femenina. Una vez completada la familia, las mujeres gitanas usan anticonceptivos de larga duración. Ambas poblaciones utilizan los servicios sanitarios.

© 2018 SESPAS. Publicado por Elsevier España, S.L.U. Este es un artículo Open Access bajo la licencia CC BY-NC-ND (<http://creativecommons.org/licenses/by-nc-nd/4.0/>).

Contraception in the Roma population living in two low-income neighborhoods of Barcelona (Spain)

A B S T R A C T

Objective: To describe the knowledge and use of contraceptive methods and health services in the Roma population (Kale/Spanish Gitanos) of two low-income neighbourhoods of Barcelona (2011-2015).

Method: Mixed. Community setting. 1) Descriptive cross-sectional study. We interviewed with a questionnaire a sample of residents of childbearing age. We compared the knowledge and use of contraception and services by ethnic self-identification and sex with adjusted logistic regression models to obtain adjusted *odds ratio* (ORa) and 95% confidence interval (95%CI). 2) Qualitative descriptive study with ethnographic method. We interviewed 10 Roma residents and three health professionals to explore aspects of contraception, family and roles. We performed a narrative analysis of discourse from the recorded texts.

Results: 834 people participated, with an 11.8% self-identified Roma population. With regard to the non-Roma population, more Roma women used tubal ligation (ORa: 3.0; 95%CI: 1.3-7)] and implant (ORa:4.9; 95%CI: 3.1-72), and had better knowledge of IUD (ORa: 2.4; 95%CI: 1.4-4.1), tubal obstruction (ORa: 3.3; 95%CI: 1.1-9.9) and injectables (ORa: 2.4; 95%CI: 1.3-4.4). Roma men used withdrawal more frequently (ORa: 3.6; 95%CI: 1.3-10), a practice confirmed in the qualitative study. Both

Keywords:

Ethnic minority

Sexual and reproductive health

Contraceptives

Social determinants of health

Gender and health

* Autora para correspondencia.

Correo electrónico: ediez@aspb.cat (È. Diez).

<https://doi.org/10.1016/j.gaceta.2017.11.011>

0213-9111/© 2018 SESPAS. Publicado por Elsevier España, S.L.U. Este es un artículo Open Access bajo la licencia CC BY-NC-ND (<http://creativecommons.org/licenses/by-nc-nd/4.0/>).

communities used emergency contraception and health services. In the Roma population, contraception and reproduction are in the hands of women. As abortion is culturally penalized in the Roma population, women use it, but they face it alone.

Conclusions: Gender emerged as a cross-cutting determinant in all issues explored. In the Roma population reproductive control and contraception remain the responsibility of women. Once the family is complete, Roma women use long-term contraception. Both populations use health services.

© 2018 SESPAS. Published by Elsevier España, S.L.U. This is an open access article under the CC BY-NC-ND license (<http://creativecommons.org/licenses/by-nc-nd/4.0/>).

Introducción

La etnia gitana, con una población estimada del 1,5% al 2,1% de la población española, constituye la principal minoría étnica del Estado¹. Esta población, aunque caracterizada por su diversidad, en general presenta niveles inferiores de renta, educación, calidad de la vivienda, salud y bienestar que el resto de la población, tanto en toda Europa^{2,3} como en España⁴, y experimenta importantes problemas de racismo y discriminación⁵⁻⁷.

La salud sexual y reproductiva es un derecho fundamental⁸ que puede verse injustamente condicionado por los factores sociales que determinan la salud⁹ y está sujeto a las conceptualizaciones culturales relativas a la salud y la enfermedad¹⁰. La población gitana presenta tasas más altas de fertilidad^{3,4,10-12} y de interrupción voluntaria del embarazo (IVE)^{13,14}, mayor riesgo de adquirir infecciones de transmisión sexual^{10,15} y menor utilización de los servicios de salud sexual y reproductiva^{1,16-19} que la población mayoritaria. A pesar de estos indicadores desfavorables, hay pocos estudios sobre el uso de métodos anticonceptivos en la población gitana de nuestro país^{10,13}.

Este estudio pretende describir el uso y el conocimiento de los métodos anticonceptivos y de los servicios de salud sexual y reproductiva en dos barrios contiguos de Barcelona, situados en el distrito de Sant Andreu. En los barrios de Bon Pastor y de Baró de Viver viven 12.760 y 2.730 personas, respectivamente. En estas áreas reside una proporción elevada, aunque no cuantificada, de población gitana. Los barrios comparten un único centro de atención primaria de salud²⁰ y se encuentran en el tercil inferior de renta familiar disponible de la ciudad.

Método

Se utilizó metodología mixta, de tipo secuencial exploratorio y explicativo²¹. En primer lugar, se llevó a cabo un estudio cuantitativo descriptivo de tipo transversal, y a continuación un estudio cualitativo dirigido a enriquecer los resultados del cuantitativo y aumentar su validez.

Estudio cuantitativo

La información se obtuvo mediante entrevistas presenciales con cuestionario realizadas en los barrios del Bon Pastor y Baró de Viver de Barcelona, entre 2011 y 2014, en el marco de un ensayo de intervención de consejo contraceptivo²². La participación se ofreció a través de entidades, servicios sanitarios y sociales, carteles y captación directa. Se incluyeron las mujeres en edad fértil y también hombres jóvenes y adolescentes, porque en investigaciones anteriores mostraron tener conocimientos limitados sobre métodos anticonceptivos y cierta receptividad a cambiar su comportamiento sexual^{23,24}. Los criterios de exclusión fueron el embarazo, el deseo de un embarazo en el futuro inmediato y la edad menor de 14 años. Tres profesionales de salud pública realizaron las entrevistas en dos centros comunitarios y en un espacio separado del centro de salud de la zona²³. El cuestionario recogió información sociodemográfica

relativa a la identidad étnica identificada mediante la pregunta «¿Se considera parte de la comunidad gitana?», y la edad, el sexo, el nivel de estudios finalizados, la situación laboral, el número de hijos y el país de nacimiento con las categorías descritas en la [tabla 1](#).

Las variables de resultado fueron: 1) los conocimientos básicos sobre el funcionamiento, la efectividad y el uso de los métodos anticonceptivos (ligadura de trompas, obstrucción tubárica, vasectomía, dispositivo intrauterino [DIU], anticoncepción oral, anillo vaginal, parche, inyectable, implante, preservativo masculino, preservativo femenino, diafragma, *coitus interruptus* y método Ogino)²⁵; 2) la utilización en el periodo de la entrevista de cada método (si se utilizaba alguno); 3) los conocimientos básicos sobre la IVE y la anticoncepción de emergencia; 4) el uso de la IVE y de la anticoncepción de emergencia alguna vez en la vida; 5) el conocimiento de la ubicación y del funcionamiento del centro de atención primaria y del servicio de atención a la salud sexual y reproductiva del barrio; y 6) el uso del centro de atención primaria y del servicio de atención a la salud sexual y reproductiva. Todas las respuestas eran dicotómicas (sí/no).

Se compararon las características sociodemográficas de las personas participantes según el grupo de autoidentificación étnica (gitana o no gitana) mediante tablas de contingencia y pruebas de ji al cuadrado. Se estudió la asociación de la etnia con el conocimiento y el uso de métodos anticonceptivos, métodos poscoitales y servicios sanitarios según sexo con modelos de regresión logística, ajustados por edad y nivel de estudios, debido a las diferencias entre ambas poblaciones descritas en la [tabla 1](#), para el cálculo de las *odds ratio* ajustadas (ORa) y sus intervalos de confianza del 95% (IC95%). Los análisis estadísticos se realizaron con el programa SPSS 15.0.

Estudio cualitativo

Se llevó a cabo un estudio cualitativo descriptivo con método etnográfico y perspectiva fenomenológica, con el objetivo de conocer y determinar las experiencias, opiniones y creencias de la población gitana de los barrios del Bon Pastor y Baró de Viver sobre aspectos relacionados con la salud reproductiva, entre junio y septiembre de 2015. La investigación cualitativa formó parte de un diseño mixto de tipo secuencial con la finalidad de contribuir a la explicación y la interpretación de los hallazgos del resultado cuantitativo²¹.

El tipo de muestreo fue teórico ya que se seleccionaron las personas gitanas según criterios de edad y sexo para ampliar los discursos²⁶, ya que consideramos que las experiencias y opiniones sobre la anticoncepción pueden diferir según el sexo y la etapa vital, y ser reveladores más allá de la edad fértil. Los criterios de inclusión fueron la residencia en los barrios definidos, tener de 18 a 60 años, declarar formar parte de la población gitana y tener una vida sexual activa. La muestra se obtuvo por captación directa en locales y espacios públicos de los barrios (bares, parques, calles y salida de la escuela). Participaron cinco hombres y cinco mujeres de etnia gitana de diferentes grupos de edad que accedieron espontáneamente a ser entrevistados. Además, se entrevistó a una

Tabla 1

Características sociodemográficas de la población entrevistada según sexo y autoidentificación étnica en el estudio cuantitativo. Barrios del Bon Pastor y Baró de Viver, Barcelona, 2011-2014

	Etnia gitana (N = 99)		Etnia no gitana (N = 739)		p
	Mujer (n = 77) %	Hombre (n = 22) %	Mujer (n = 543) %	Hombre (n = 196) %	
<i>Sexo</i>	77,8	22,2	73,5	26,5	0,395
<i>Edad</i>					
14-29 años	51,9	59,1	39,4	58,7	<0,001
30-49 años	48,1	40,9	60,6	41,3	
<i>Nivel de estudios</i>					
Primarios o inferiores	84,4	81,8	32,0	44,4	<0,001
Secundarios o superiores	15,6	18,2	68,0	55,6	
<i>Situación laboral</i>					
Ama de casa	31,2	0	22,5	2,6	0,642
Estudia	13	13,6	19	34,7	
Trabaja	24,7	18,2	30,4	19,4	
En paro	23,4	54,5	21,5	39,3	
Otros	7,8	13,6	6,6	4,1	
Otros	7,8	13,6	6,6	4,1	
<i>Estado de convivencia</i>					
Pareja	71,4	81,8	66,8	73,8	0,811
<i>Número de hijos</i>					
Sin hijos	32,5	63,6	37,9	66,8	<0,001
1 a 3	48,1	22,6	56,7	30,6	
4 o más	19,5	13,6	5	2,5	
<i>País de nacimiento</i>					
España	98,7	100	54,9	60,7	<0,001
Extranjero	1,3	0	45,1	39,3	

farmacéutica de Bon Pastor y dos comadronas del centro de salud como informantes clave del ámbito de la atención sanitaria.

Las entrevistas se llevaron a cabo en espacios cómodos y familiares para facilitar la participación y el diálogo distendido. Se utilizó un guion semiestructurado dirigido a explorar las experiencias, las opiniones y las creencias de las personas entrevistadas sobre preguntas suscitadas a partir del estudio cuantitativo, como la importancia de formar una familia y tener hijos, o las responsabilidades relacionadas con la sexualidad y la reproducción según el género. El guion también pretendía contrastar y verificar algunos resultados obtenidos en el estudio cuantitativo, como los relativos a los conocimientos y el uso de métodos anticonceptivos, y las actitudes sobre la IVE y la anticoncepción de emergencia. El guion de las entrevistas de las informantes clave se dirigió a obtener su opinión y experiencias sobre la utilización de métodos anticonceptivos por la población gitana, su información sobre los métodos, dónde se informaban y las diferencias entre las mujeres y los hombres en los aspectos explorados.

Las entrevistas se grabaron y transcribieron. Se realizó un análisis narrativo de discurso mediante la codificación y la categorización de los temas emergentes en las entrevistas y los explorados con el guion. Tras lecturas repetidas de los textos, dos investigadoras identificaron unidades de análisis y señalaron y agruparon categorías manteniendo criterios de reflexividad y flexibilidad a lo largo del proceso²⁷. Se asignaron códigos de identificación y números a las personas entrevistadas (M: mujer; H: hombre; C: comadrona; F: farmacéutica) para preservar la confidencialidad. Las personas participantes en ambos estudios firmaron un consentimiento informado, y como compensación recibieron una tarjeta de transporte multiviaje de 10 euros.

Resultados

Participaron 834 personas, de las que 99 declararon formar parte de la población gitana (11,8%). La **tabla 1** describe las características sociodemográficas de las personas participantes en función

del grupo de autoidentificación étnica y del sexo. Se identificaron diferencias entre ambas poblaciones, siendo la población gitana entrevistada más joven, con menos estudios, mayor paridad y, prácticamente en su totalidad, de origen autóctono.

La **tabla 2** describe el conocimiento de los métodos anticonceptivos y de los métodos poscoitales, y el conocimiento de los servicios sanitarios. Las mujeres gitanas conocen en mayor proporción el DIU (ORa: 2,4; IC95%: 1,4-4,1), el inyectable (ORa: 2,4; IC95%: 1,3-4,4) y la obstrucción tubárica (ORa: 3,3; IC95%: 1,1-9,9) que las no gitanas, y conocen en menor proporción el preservativo masculino (ORa: 0,6; IC95%: 0,4-0,1) que las no gitanas. Los hombres gitanos conocen menos el preservativo femenino que los no gitanos (ORa: 0,1; IC95%: 0,01-0,8). No aparecen diferencias en el conocimiento de los métodos poscoitales y de los servicios sanitarios.

El uso de los métodos anticonceptivos y poscoitales, y la utilización de los servicios sanitarios por las personas participantes se muestran en la **tabla 3**. Las mujeres gitanas utilizan en mayor proporción la ligadura de trompas (ORa: 3,0; IC95%: 1,3-7,0) y el implante (ORa: 14,9; IC95%: 3,1-72) que las no gitanas, y los hombres gitanos utilizan con mayor frecuencia la retirada (marcha atrás o *coitus interruptus*) (ORa: 3,6; IC95%: 1,3-10,3). No aparecen diferencias en el uso de métodos poscoitales y de los servicios sanitarios.

Respecto al estudio cualitativo, la **tabla 4** describe las características de la muestra entrevistada. Las personas participantes tenían un nivel de estudios bajo, no tenían empleo remunerado, y varias habían tenido un hijo antes de los 20 años. La **tabla 5** muestra los resultados de las entrevistas del estudio cualitativo. Respecto a la importancia de formar una familia y tener hijos, apareció de forma recurrente el deseo de tener hijos junto a la asociación de la maternidad y la paternidad con las costumbres de la población gitana. También se manifestó que «la población gitana es tradicional y familiar, y que este podía ser uno de los motivos por los que tenían más hijos que la población no gitana».

Tabla 2
Conocimiento de los métodos anticonceptivos, de los métodos poscoitales y de los servicios sanitarios según sexo y autoidentificación étnica en el estudio cuantitativo. Barrios del Bon Pastor y Baró de Viver, Barcelona, 2011-2014

	Mujeres (N = 620)			Hombres (N = 218)		
	Etnia gitana (n = 77) %	Etnia no gitana (n = 543) %	ORa (IC95%)	Etnia gitana (n = 22) %	Etnia no gitana (n = 196) %	ORa (IC95%)
Métodos anticonceptivos						
Ligadura de trompas	71,4	67,4	1,6 (0,9-2,8)	54,5	57,7	1 (0,4-2,4)
Vasectomía	31,2	46,0	0,7 (0,4-1,2)	27,3	46,9	0,6 (0,2-1,6)
Obstrucción tubárica	7,8	4,8	3,3 (1,1-9,9)	4,5	2	1,9 (0,2-19,6)
Dispositivo intrauterino	54,5	46,6	2,4 (1,4 - 4,1)	27,3	27,6	1,2 (0,4-3-3)
Preservativo masculino	54,5	71,5	0,6 (0,4-0,1)	86,4	88,8	1 (0,3-3,6)
Preservativo femenino	11,7	21,5	0,5 (0,2-0,2)	4,5	32,7	0,1 (0,01-0,8)
Diafragma	1,3	6,1	0,3 (0-2,2)	0	2	NC
Anticoncepción oral	72,7	79,6	1 (0,6-1,9)	54,5	46,4	2 (0,8-5,2)
Parche	24,7	19,7	1,8 (1-3,4)	13,6	8,2	1,8 (0,4-7,1)
Anillo vaginal	7,8	15,5	2,4 (0,3-19,4)	4,5	9,7	NC
Inyectable	31,2	21	2,4 (1,3-4,4)	13,6	7,7	1,8 (0,45-7,4)
Implante	11,7	14	1 (0,5-2,2)	13,6	4,1	3,8 (0,85-16,9)
Retirada	64,9	74,6	1,0 (0,5-1,6)	81,8	82,1	1,1 (0,35-3,7)
Ogino	6,5	24,9	0,4 (0,2-1,2)	18,2	14,8	1,6 (0,5-5,3)
Métodos poscoitales						
Anticoncepción de emergencia	50,6	61	0,7 (0,4-1,2)	31,8	56,6	0,5 (0,2-1,2)
IVE	55,8	64,3	0,9 (0,5-1,4)	59,1	63,8	0,9 (0,4-2,4)
Servicios sanitarios						
CAP	96,1	99,3	0,2 (0-1,0)	100	98,5	NC
ASSIR	74	83,4	0,8 (0, 5-1,5)	59,1	54,1	1,1 (0,4-2,8)

ASSIR: centro de atención a la salud sexual y reproductiva; CAP: centro de atención primaria de salud; IC95%: intervalo de confianza del 95%; IVE: interrupción voluntaria del embarazo; NC: no calculable porque una de las variables es una constante; ORa: *odds ratio* ajustada por edad y nivel de estudios, categoría de referencia etnia gitana.

Tabla 3
Uso de métodos anticonceptivos, de métodos poscoitales y de servicios sanitarios según sexo y autoidentificación étnica en el estudio cuantitativo. Barrios del Bon Pastor y Baró de Viver, Barcelona, 2011-2014

	Mujeres (N = 620)			Hombres (N = 218)		
	Etnia gitana (n = 77) %	Etnia no gitana (n = 543) %	ORa (IC95%)	Etnia gitana (n = 22) %	Etnia no gitana (n = 196) %	ORa (IC95%)
Métodos anticonceptivos						
Ligadura de trompas	16,9	4,8	3,0 (1,3-7)	4,5	2,6	2,9 (0,3-32,5)
Vasectomía	2,6	2,2	1,4 (0,9-7, 5)	0	2,6	NC
Obstrucción tubárica	0	0,9	NC	0	0	NC
Dispositivo intrauterino	7,8	7,9	1,4 (0,5-3,8)	9,1	5,1	1,4 (0,3-7,8)
Preservativo masculino	18,2	32,2	0,6 (0,3-1,1)	54,5	55,6	1 (0,4-2,5)
Preservativo femenino	0	0	1,7 (0,9-3,2)	0	1	NC
Diafragma	0	0,2	NC	0	0	NC
Anticoncepción oral	9,1	18,8	0,5 (0,2-1,2)	13,6	8,7	2 (0,5-7,8)
Parche	0	0,9	NC	0	0,5	NC
Anillo vaginal	0	0,7	NC	0	0,5	NC
Inyectable	0	0,7	NC	0	0	NC
Implante	3,2	1,1	14,9 (3,1-72)	0	0,5	NC
Retirada	9,1	11,2	0,7 (0,3-1,7)	31,8	12,8	3,6 (1,3-10,3)
Ogino	0	3,3	NC	4,5	0,5	19,2 (0,6-672,1)
Métodos poscoitales						
Anticoncepción de emergencia	26	29,1	1,05 (0,57-1,9)	18,2	20,9	1,1 (0,4-4)
IVE	19,5	16,9	1,57 (0,8-3,1)	9,1	9,7	1,2 (0,2-5,8)
Servicios sanitarios						
CAP	94,8	98	0,4 (0,1-1,4)	90,9	97,4	0,3 (0,1-0,8)
ASSIR	96,1	99,3	0,9 (0,6-1,6)	100	98,5	1,2 (0,9-2,1)

ASSIR: centro de atención a la salud sexual y reproductiva; CAP: centro de atención primaria de salud; IC95%: intervalo de confianza del 95%; IVE: interrupción voluntaria del embarazo; NC: no calculable porque una de las variables es una constante; ORa: *odds ratio* ajustada por edad y nivel de estudios, categoría de referencia etnia gitana.

En cuanto al sexo, los hombres gitanos consideraban que las mujeres tenían pocos conocimientos sobre sexualidad y que no se podía hablar con ellas sobre estos temas porque ellas los rehuían. En su relato, las comadronas declararon que los hombres gitanos no se interesaban por la planificación familiar y la consideraban una cuestión de mujeres. En cuanto al embarazo, las mujeres gitanas manifestaron que la decisión de usar métodos anticonceptivos y de

decidir el momento de tener hijos había sido suya. En cambio, los hombres declararon que había sido una decisión compartida con la pareja. En relación con el uso de métodos anticonceptivos, los hombres entrevistados dijeron que utilizaban muy poco el preservativo y la vasectomía, y que no les gustaba el preservativo porque no notaban el contacto con la pareja. Las comadronas explicaron que los métodos masculinos como la vasectomía o el preservativo

Tabla 4

Características sociodemográficas de la población gitana entrevistada en el estudio cualitativo. Barrios de Bon Pastor y Baró de Viver, Barcelona, 2015

Identificador	Edad (años)	Estudios	Situación laboral	Fuente de ingresos	Estado civil	Pareja	Nº hijos	Edad primer hijo (años)	Método anticonceptivo actual
<i>Mujeres</i>									
M4	19	Primarios	Desempleo	PIRMI	Soltera	Sí	2	17	Retirada
M2	28	Primarios	Desempleo	PIRMI	Soltera	Sí	2	22	Anticoncepción oral
M5	31	Primarios	Desempleo	PIRMI	Soltera	Sí	2	22	Anticoncepción oral
M1	39	Primarios	Desempleo	PNC	Divorciada	Sí	4	16	Retirada
M3	52	Primarios	Desempleo	PIRMI	Casada	Sí	4	24	Anticoncepción oral
<i>Hombres</i>									
H3	22	Primarios	Desempleo	Paro	Soltero	Sí	0	NA	Retirada
H2	30	Primarios	Charrero	PIRMI	Soltero	Sí	0	NA	Retirada
H4	36	Primarios	Desempleo	Paro	Casado	Sí	2	20	Anticoncepción oral
H1	52	Primarios	Desempleo	PIRMI	Casado	Sí	3	18	Ligadura de trompas
H5	54	Primarios	Desempleo	PNC	Divorciado	No	4	19	Anticoncepción oral

NA: no aplicable; PIRMI: renta mínima de inserción; PNC: pensión no contributiva.

Tabla 5

Categorías de análisis y citas textuales extraídas de las entrevistas realizadas a personas gitanas en el estudio cualitativo. Barrios de Bon Pastor y Baró de Viver, Barcelona, 2015

<p>1. La familia <i>Importancia de formar una familia y tener hijos</i></p> <ul style="list-style-type: none"> - «Quizá los payos piensan más a la hora de trabajar, de estudiar y de todo. Y nosotras vamos directamente a tener hijos (...). Somos muy familiares.» (M4) - «Esto ya no es como antes, las gitanas se cuidan, ya se ponen el DIU y todo eso.» (M1) - «Por regla general somos más apegados con los hijos que los payos (...). Dar hijos como hacen los payos, y tirarlos a la basura (...). Eso con los gitanos no pasa, los hijos son sagrados.» (H2) - «Somos más familiares, como te he dicho nos gusta hacer hijos pero no tenerlos, esto al final se encargan las mujeres.» (H3) <p>2. El género <i>Responsabilidades según género</i></p> <ul style="list-style-type: none"> - «La comunidad gitana no hace caso de nada, ni mira... ni nada. Ah, te has quedado preñada, pues te jodes... A los gitanos no les importan los hijos. Les da igual, a los hijos los debe cuidar una mujer.» (M1) - «Las mujeres no son tan abiertas como los hombres (...). Y con los anticonceptivos, el rollo va con las mujeres (...). Las gitanas son más tímidas (...). Prefieren hablarte de cuatro pañitos que de todas estas historias.» (H5) - «Los hombres pasan, pasan. No sé hasta qué punto tienen conocimiento de los métodos, muchos dicen que esto es cosa de mujeres.» (C1) <p><i>Decisión de tener hijos</i></p> <ul style="list-style-type: none"> - «Bueno, primeramente, la decisión es personal, ¿no? Porque el hombre puede opinar, pero claro, en realidad, quien tiene la última decisión, pues es la mujer.» (M2) - «Pues se quedaron embarazadas... me preguntaron, los tuvimos, y punto.» (H5) <p>3. Los métodos anticonceptivos <i>El preservativo</i></p> <ul style="list-style-type: none"> - «No, a los gitanos no nos gustan los preservativos (ríe), no, hombre, esto molesta mucho. No notamos el contacto, no sé, quizá hay alguno al que le gusta, o quizá a las chicas.» (H2) - «Porque no nos gusta el preservativo, no hay mucho contacto con el preservativo, por eso no nos gusta.» (H1) - «Utilizan los que son más baratos (...). Los preservativos no acostumbran a utilizarlos, supongo que es un tema de mentalidad.» (F1) - «Tu les dices "Pues ahora utiliza el preservativo durante un tiempo por X motivos", pues te dice, "No, no el preservativo no, porque él no quiere".» (C1) <p><i>Dónde informarse sobre los métodos anticonceptivos</i></p> <ul style="list-style-type: none"> - «Pues en la farmacia. No he ido al ginecólogo (...). No, entre que te hace la prueba y no te la hace, ya te has quedado preñada, ¿sabes?» (M3) - «Pues he ido a la matrona, al ginecólogo y me han hecho las pruebas que me tenían que hacer (...), que me iban bien con mi cuerpo.» (M2) - «No, no me interesa, no, y con la marcha atrás ya hay suficiente (...). No me informo... no, no, nunca (...). No, es que no me interesa.» (H3) - «Yo creo que sí, igual, conocen todos los mismos métodos, yo creo que en este aspecto igual.» (C1) <p><i>Diferencias en el uso y conocimiento de los métodos anticonceptivos entre la población gitana y la no gitana</i></p> <ul style="list-style-type: none"> - «Ahora las gitanas tenemos la misma información que las payas, ¿sabes?» (M4) - «Somos más machistas. (...) Porque nosotros hacemos estas cosas de... como se llama... ah sí, la vasectomía, no, quedarnos impotentes o cortarnos eso, pues no (ríe).» (H1) - «Los anticonceptivos orales, no tanto, utilizan más el DIU y los de larga duración, sí, y les gustan más. Además, como tienen la oportunidad de que sea financiada y gratuita...» (C1) <p>4. Métodos poscoitales <i>Anticoncepción de emergencia</i></p> <ul style="list-style-type: none"> - «Sí, y la he usado, porque, es lo que te digo, antes de quedarte embarazada y de seguir el proceso, pues hay muchas maneras de evitarlo. Un descuido lo puede tener cualquiera, ¿no?» (M2) - «He ido alguna vez a la chica, a pedir la pastilla esta del día de después, ¿sabes? (...). Sí, hemos tenido sustos, unos siete u ocho.» (H2) - «No, ni la de mañana tampoco. Ah pues no, pues no, no lo conocía.» (H1) <p><i>Interrupción voluntaria del embarazo</i></p> <ul style="list-style-type: none"> - «Porque es una criatura, es un ser vivo, entonces es como un asesinato. En nuestra cabeza no se entiende, no, no, para los gitanos, no.» (H1) - «Hay abortos, no es la primera opción, pero sí que lo hacen; pero siempre a escondidas de la familia. Nos piden que, por favor, nadie se entere. Realmente lo pasan mal porque lo pasan a solas, o con amigas..., porque, esto sí que no pasa ni con las madres, ni cuñadas, ni nada (...). Nos piden que no se entere la familia, que no conste en ningún sitio.» (M1)
--

eran muy poco utilizados por los varones gitanos, y la farmacéutica declaró que casi nunca había visto a un hombre gitano comprar preservativos.

Las comadronas señalaron que las mujeres gitanas utilizaban métodos permanentes o de larga duración, como el DIU, con más frecuencia que las no gitanas, lo que confirma lo observado en el

estudio cuantitativo. Las comadronas declararon que el DIU era el método más utilizado por la población gitana, por ser barato, cómodo y financiable.

En cuanto a la búsqueda de información sobre métodos anticonceptivos, algunas de las entrevistadas habían acudido al centro de atención primaria en busca de información y el resto iba a la

farmacia. Las mujeres se informaban entre sí, por sus madres o sus suegras. En cambio, la mayoría de los hombres manifestaba que no se informaban. En cuanto a la percepción de la existencia de diferencias en el uso de métodos anticonceptivos entre la población gitana y la no gitana, la mayoría de las mujeres no apreciaba diferencias en el uso de métodos anticonceptivos y consideraba que ambas poblaciones estaban igualmente informadas.

Todas las entrevistadas conocían la anticoncepción de emergencia y varias las habían utilizado alguna vez. En el caso de los hombres, algunos la conocían y dos de ellos la habían utilizado. Las comadronas manifestaron que sí la conocían, pero que la utilizaban en menor medida que el resto de la población porque la asociaban con el aborto. Todas las personas entrevistadas, hombres y mujeres, se declararon contrarios al aborto. Consideraban que había alternativas a la interrupción del embarazo, e incluso se asimiló al asesinato. Las comadronas dijeron que era un tema tabú y que algunas mujeres gitanas llegaban a pasar el proceso de una IVE completamente solas.

Discusión

Esta investigación muestra diferencias importantes en el patrón de uso y de conocimientos de los métodos anticonceptivos y poscoitales entre la población gitana y no gitana residentes en dos barrios de bajo nivel de renta familiar de Barcelona. Emergieron como determinantes transversales en todos los aspectos explorados la etnicidad y el sexo. El estudio señala, además, una transición de las mujeres gitanas al uso de los servicios de salud reproductiva.

Las notorias diferencias socioeconómicas entre la población gitana y no gitana entrevistada, patentes en el nivel de estudios, aunque ajustadas en el análisis multivariado, son relevantes y muestran la necesidad de abordar esta inequidad.

A diferencia de otros estudios^{11,14}, los resultados describen que, en esta zona, las mujeres gitanas utilizan y conocen mejor los métodos irreversibles y de larga duración que las no gitanas. El interés por los anticonceptivos permanentes y de larga duración se explica por factores socioculturales asociados a la elevada natalidad y la temprana edad en que las mujeres gitanas se casan y son madres, por factores económicos, ya que son métodos que se pueden financiar, y por las oportunidades de acceso en nuestro entorno, a los servicios de salud sexual y reproductiva^{3,4,11,18,28}.

En este estudio, la población gitana utiliza los métodos más efectivos, como son los permanentes y de larga duración, pero conoce menos los métodos de barrera. En la investigación cualitativa se sostuvo que, en general, la población gitana no usa el preservativo porque a los hombres no les gusta, lo que coincide con otros estudios^{11,14}. Además, los hombres gitanos utilizan a menudo la retirada o *coitus interruptus*, y en la investigación cualitativa la población gitana más joven también declaró este método habitualmente. El escaso uso del preservativo y la práctica de la retirada por la población gitana aumenta el riesgo de abortos inducidos, enfermedades de transmisión sexual y descendencia no planificada^{11,13}. De todos modos, existe un amplio uso de la retirada por parte de las dos poblaciones de la zona, ya que es el segundo método más utilizado por la población gitana y el tercero por la no gitana.

La investigación cualitativa señala claramente que los hombres gitanos dejan la planificación familiar en manos de las mujeres. Las mujeres lo confirmaron en las entrevistas al declarar que la elección de los métodos anticonceptivos y del momento de decidir el embarazo había sido exclusivamente de ellas. El escaso interés de los hombres por la planificación familiar y el preservativo, el uso frecuente del *coitus interruptus* y su aversión a la vasectomía pueden contribuir a que las mujeres utilicen los métodos permanentes e irreversibles a su alcance.

Respecto a los servicios de atención primaria y de salud sexual y reproductiva, las mujeres gitanas los conocían y utilizaban con la misma frecuencia que las no gitanas, aspecto que no coincide con otros estudios^{18,29,30}. Sin embargo, la investigación cualitativa mostró que las mujeres obtenían la información sobre métodos anticonceptivos en la farmacia y a través de amigas y parientes. Por su parte, los hombres mostraban poco interés en los métodos anticonceptivos y no acudían a los servicios sanitarios a buscar información. Estos resultados señalan diferencias entre ambas comunidades en la forma de usar los servicios y merecen ser mejor estudiados en el futuro.

Contrariamente a lo esperado^{13,14}, la población gitana entrevistada no presentó más abortos inducidos ni a edades más tempranas que el resto de la población. En la investigación cualitativa apareció un discurso contrario a la IVE, señalando que la defensa de la vida es un valor fundamental en la cultura gitana. Las comadronas entrevistadas confirmaron que el aborto inducido era un tema tabú para las mujeres gitanas y que muchas llevaban a cabo el proceso en soledad. La presión cultural respecto al aborto puede conllevar mucho sufrimiento a las mujeres que deciden practicar una IVE.

El género apareció como un determinante relevante en todos los aspectos explorados. Hombres y mujeres mantenían roles diferentes en cuanto a la vida reproductiva y la anticoncepción. El uso de métodos anticonceptivos irreversibles por parte de las mujeres a edades relativamente tempranas parece responder al hecho de haber completado una familia, generalmente numerosa, antes que la población no gitana, y también a la falta de información y delegación de la responsabilidad masculina en cuanto a la anticoncepción. Si bien, aparentemente, las mujeres no expresaron quejas ni disonancias a este respecto en las entrevistas, este tema debería explorarse más profundamente.

La unión matrimonial es una pieza clave de las estrategias reproductivas gitanas y un elemento central de su cultura, asociado al mantenimiento de sus diferencias con la mayoría y de su resistencia a la asimilación³¹, hecho que no concuerda completamente con los resultados del estudio. En el caso de los más jóvenes, la relación entre el matrimonio y la reproducción no es tan directa, ya que algunas personas entrevistadas tenían hijos fuera del matrimonio. Tanto en este como en otros aspectos explorados, los resultados muestran una transición de las costumbres tradicionales de la población gitana hacia una convergencia con las de la población no gitana¹².

Existen varias limitaciones en este estudio. La principal se deriva del número de personas gitanas entrevistadas en ambas investigaciones. Los resultados del estudio cuantitativo señalan tendencias cuya significación queda limitada por el pequeño tamaño de la muestra. En el estudio cualitativo hubiera sido preferible contar con una muestra más diversa de población gitana, para disponer de mayor variedad de discursos. Prácticamente todas las personas entrevistadas tenían un nivel de estudios bajo y una situación laboral precaria, si bien en general la caracterización de la muestra cualitativa de población gitana era similar a la de la cuantitativa. También hubiera sido deseable una muestra más grande de profesionales sanitarias, para limitar la posibilidad de narrativas de legitimización de los sistemas de dominación étnica del grupo mayoritario. En todo caso, los discursos se acercaban a la saturación y los resultados fueron coherentes e interpretables.

En este sentido, la combinación de técnicas ayudó a enriquecer las constataciones obtenidas en el contexto natural de la población gitana, reforzando y ampliando la validez de los hallazgos, lo que mejoró la calidad de los resultados y facilitó una comprensión más completa del objeto de estudio^{21,27}. En ambas investigaciones puede haber habido un sesgo de selección por el hecho de ofrecer un incentivo a las personas participantes (una tarjeta de transporte de 10 viajes), lo que pudo motivar cierto reclutamiento selectivo de personas con menos recursos económicos, aunque no sabemos si

hubo diferencias en la captación entre las dos poblaciones, ya que no hay denominadores para la población gitana.

Entre las fortalezas cabe destacar la aproximación mixta y el carácter comunitario de la encuesta, que permitió alcanzar a más de 800 personas. Respecto a la validez externa, las conclusiones extraídas en los dos barrios no pueden generalizarse sin más a la población gitana europea, española o de la ciudad, aunque es posible que el patrón descrito se vaya observando en el futuro en otros barrios y ciudades del país.

En conclusión, la investigación aporta información sobre el uso de anticoncepción de la población gitana y sus necesidades, señala la importancia del sexo y del nivel de estudios como determinantes, y apunta a una transición hacia los patrones de contracepción de la población no gitana. Los resultados son relevantes para focalizar la promoción de la salud sexual y reproductiva mediante programas y políticas a largo plazo¹² que tengan en cuenta sus características culturales específicas¹⁴.

¿Qué se sabe sobre el tema?

La etnia es un determinante de las desigualdades en salud sexual y reproductiva, y el uso de contracepción está mediado por factores socioeconómicos y culturales. La población gitana mantiene concepciones específicas sobre la salud, la enfermedad y la sexualidad, y presenta tasas elevadas de fecundidad, practica con más frecuencia la interrupción voluntaria del embarazo y utiliza con menor frecuencia los servicios ginecológicos preventivos que la población no gitana.

¿Que añade el estudio realizado a la literatura?

Este estudio muestra que, en comparación con las mujeres no gitanas, las mujeres gitanas conocen y usan con mayor frecuencia los métodos anticonceptivos irreversibles y de larga duración, y los hombres utilizan con mayor frecuencia la *coitus interruptus*. Las mujeres y los hombres gitanos conocen y utilizan menos los métodos de barrera. Ambas poblaciones usan con la misma frecuencia los servicios sanitarios y el servicio de atención a la salud sexual y reproductiva. Aunque las personas gitanas participantes en el estudio cualitativo se manifestaron contrarias a la interrupción voluntaria del embarazo, en el estudio cuantitativo declararon haberla utilizado en porcentajes similares. Además de la etnicidad, el sexo y el nivel de estudios emergieron como determinantes transversales en todos los aspectos explorados. El estudio señala asimismo una transición hacia el uso de los servicios de salud reproductiva por las mujeres gitanas.

Editora responsable del artículo

María del Mar García-Calvente.

Declaración de transparencia

La autora principal (garante responsable del manuscrito) afirma que este manuscrito es un reporte honesto, preciso y transparente del estudio que se remite a GACETA SANITARIA, que no se han omitido aspectos importantes del estudio, y que las discrepancias del estudio según lo previsto (y, si son relevantes, registradas) se han explicado.

Contribuciones de autoría

A. Asensio, L. Nebot, L. Estruga y E. Díez desarrollaron la concepción, el diseño del trabajo, el análisis, la interpretación de los datos, la escritura y la revisión del artículo. G. Perez colaboró en la escritura, la revisión crítica y la interpretación de los resultados.

Agradecimientos

Agradecemos la participación de las personas entrevistadas en los estudios cuantitativo y cualitativo, y a las personas revisoras del artículo por sus aportaciones.

Financiación

El estudio recibió financiación del Fondo de Investigación Sanitaria (FIS 05/2727 y FIS MD 07/285).

Conflictos de intereses

Ninguno.

Bibliografía

1. La Parra D, Gil-González D, Jiménez A. Social exclusion processes and the health status of the Roma people in Spain. *Gac Sanit.* 2013;27:385–6.
2. Commission to the European Parliament, the Council, the European Economic and Social Committee and the Committee of the Regions. Effective Roma integration measures in the member States. European Commission; 2016. 102 p.
3. European Union Agency For Fundamental Rights. The situation of Roma in 11 EU member States. Survey results at a glance. Luxembourg; European Union Agency For Fundamental Rights & United Nations Development Program; 2012. 36 p.
4. Lapparra M, Arza J, Fernández A, et al. Diagnóstico social de la comunidad gitana en España. Un análisis contrastado de la encuesta de CIS a hogares de población gitana 2007. Madrid: Ministerio de Sanidad y Política Social y Fundación Secretariado Gitano; 2009. p. 316.
5. Centro de Investigaciones Sociológicas. Percepción de la discriminación en España. Distribuciones marginales. Estudio nº 3000. Madrid: Centro de Investigaciones Sociológicas; 2013. 41 p.
6. Fundación Secretariado Gitano y Discriminación y Comunidad Gitana. Número especial sobre antigitanismo, 2016. Madrid: Fundación Secretariado Gitano; 2016. 117 p.
7. European Commission. Eurobarometer on discrimination 2015. European Commission; 2015. 8 p.
8. World Health Organization. Defining sexual health. Sexual health document series. Geneva: World Health Organization; 2006. 35 p.
9. Ruiz-Muñoz D, Pérez G, García-Subirats I, et al. Social and economic inequalities in the use of contraception among women in Spain. *J Women's Health.* 2011;20:403–11.
10. Ministerio de Sanidad y Consumo, Dirección General de Salud Pública. Salud y comunidad gitana. Madrid: Ministerio de Sanidad y Consumo; 2005. 81 p.
11. Sedlecky K, Rasevic M. Challenges in sexual and reproductive health of Roma people who live in settlements in Serbia. *Eur J Contracept Reprod Health Care.* 2015;20:101–9.
12. Gamella JF, Martín E. The decline of infant and child mortality among Spanish Gitanos or Calé (1871–2005): a microdemographic study in Andalusia. *Demographic Research.* 2017;33:945–88.
13. Reig Majoral S, Curós Torres S, Balcells Chiglione J, et al. Anticoncepción: gitanas frente a payas. *Aten Primaria.* 1999;23:63–7.
14. Nikolic Z, Djikanovic B. Differences in the use of contraception between Roma and non-Roma women in Serbia. *J Public Health (Oxf).* 2015;37:581–9.
15. Amirkhanian YA, Kelly JA, Kabakchieva E, et al. High-risk sexual behavior, HIV/STD prevalence, and risk predictors in the social networks of young Roma (Gypsy) men in Bulgaria. *J Immigr Minor Health.* 2013;15:172–81.
16. Carrasco-Garrido P, López de Andrés A, Hernández Barrera V, et al. Health status of Roma women in Spain. *Eur J Public Health.* 2011;21:793–8.
17. La Parra D. Resumen divulgativo de la publicación 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 Área de Promoción de la Salud Fundación del Secretariado Gitano; 2006. p. 24.
18. European Union. Roma health report. Health status of the Roma population. Data collection in the Member States. European Union; 2014. 30 p.
19. Red Equisastipen y Ministerio de Sanidad, Servicios Sociales e Igualdad. Manual para la promoción de la salud en la comunidad gitana. Madrid: Ministerio de Sanidad, Servicios Sociales e Igualdad; 2015. 226 p.

20. Agència de Salut Pública de Barcelona. Barcelona Salut als Barris: diagnòstic. El Bon Pastor i Baró de Viver 2011. Barcelona: ASPB. (Consultado el 2/7/2017.) Disponible en: https://www.aspb.cat/wp-content/uploads/2016/07/Diagnostic_salut_BonPastor.BarodeViver.pdf
21. Creswell JW. Research design: qualitative, quantitative, and mixed methods approach. London: SAGE Publications; 2014. p. 224.
22. Díez E, López MJ, Marí-Dell'Olmo M, et al. Effects of a counselling intervention to improve contraceptive use in deprived neighbourhoods: a randomized controlled trial. *Eur J Public Health.* 2018;28:10–5.
23. Nebot L, Díez E, Martín S, et al. Efectos de una intervención de consejo anticonceptivo en adolescentes de barrios desfavorecidos con alta proporción de inmigrantes. *Gac Sanit.* 2016;30:43–6.
24. Lopez LM, Grey TW, Chen M, et al. Theory-based interventions for contraception. *Cochrane Database Syst Rev.* 2016. CD007249.
25. World Health Organization. Planificación familiar, un manual mundial para proveedores. Orientación basada en la evidencia desarrollada gracias a la colaboración mundial. World Health Organization; 2011. 388 p.
26. Vázquez ML, da Silva MRF, Mogollón AS, et al. Introducción a las técnicas cualitativas de investigación aplicadas en salud. Barcelona: Servei de Publicacions de la Universitat Autònoma de Barcelona; 2006. p. 131.
27. Berenguera A, Fernández de Sanmamaed MJ, Pons M. Escuchar, observar y comprender. Recuperando la narrativa en las ciencias de la salud. Barcelona: Institut Universitari d'Investigació en Atenció Primària Jordi Gol; 2014. p. 224.
28. Martorell M, Rodríguez T. La fecundidad en las mujeres gitanas: creencias, valores y prácticas. *Índex Enferm.* 2015;24:202–6.
29. Ministerio de Sanidad, Servicios Sociales e Igualdad. Segunda Encuesta Nacional de Salud a Población Gitana. Madrid: Ministerio de Sanidad, Servicios Sociales e Igualdad; 2014. 256 p.
30. Ramos-Morcillo AJ, Ruzafa-Martínez M, Fernández-Salazar S, et al. Expectativas y experiencias de uso de las mujeres gitanas mayores ante los servicios sanitarios de atención primaria. *Aten Primaria.* 2015;47:213–9.
31. Gamella JF, Carrasco-muñoz EM. "Vente conmigo, primita". El matrimonio entre primos hermanos en los gitanos andaluces. *Gazeta Antropologia.* 2008;24:1–31.