

Estudio de la demanda asistencial de los usuarios de etnia gitana en un servicio de urgencias. ¿Existen diferencias con otros usuarios?

Pérez Martín A¹, Avellaneda Fernández A², Agüeros Fernández MJ¹, López Lanza JR¹, Ovejero Gómez VJ³, Izquierdo Martínez M⁴, Cantero Santamaría JI⁵, Echave Ceballos P¹, Gómez Valdés M¹, García Gutiérrez MT¹

¹Centro de Salud Los Valles. Cantabria

²Centro de Salud Los Cármenes. Madrid

³Servicio de Cirugía Hospital Sierrallana. Cantabria

⁴Servicio de Análisis e Intervención en Salud Pública Comunidad de Madrid

⁵Servicio de Urgencias. Centro de Salud Sardinero. Cantabria

En la actualidad, con el aumento de la emigración hacia los países más industrializados, existe un incremento muy importante de muchos tipos de etnias^{1,2}.

La etnia gitana es una de las más antiguas e importantes en número. Procedentes en su origen del nordeste de la India, emigraron hace más de 100 años hacia el oeste. Se encuentra presente en la gran mayoría de los países europeos, con especial incidencia en las zonas sur y este. En la actualidad representa casi el 5% del total de poblaciones como la búlgara, la rumana o la eslovaca³.

En las minorías étnicas suele existir menor nivel de integración, lo que repercute en la calidad de la asistencia sanitaria, en los resultados de salud y al final en la supervivencia. Por todo ello existe también un mayor interés de la sociedad por los problemas y las necesidades de los grupos minoritarios.

Las diferencias socioeconómicas son uno de los factores más importantes para la aparición de desigualdades en la atención sanitaria; una mejora de la calidad de la atención sanitaria debería conllevar una eliminación progresiva de las desigualdades sanitarias⁴. Para ello es importante identificar la magnitud y las características de las minorías, sin que esto sea percibido como un control del Estado sobre los grupos minoritarios.

En España se ha estimado en el año 1997 una población de etnia gitana de 500.000 personas⁵. La

gran mayoría son gitanos calé y en menor número gitanos húngaros y cingaros³. Sin embargo, la cuantificación real es controvertida; tampoco existen datos oficiales claros sobre aspectos sociosanitarios de la población gitana^{3,4,6-8}.

Dado que un porcentaje elevado de la población gitana (30%) se encuentra en situación de exclusión o vulnerabilidad social⁹, y que existe un vínculo estrecho entre desigualdades sociales y desigualdades en salud¹⁰, podemos entender que la población gitana constituye un grupo de riesgo en salud, no tanto por factores étnicos ligados a la genética, que únicamente se asocian a determinadas malformaciones congénitas¹¹, como por la existencia de mayores desigualdades sociales en relación con la falta de equidad en materia de oportunidades para la vida. Estos factores socioeconómicos y culturales favorecen un menor acceso a los servicios sanitarios¹².

Tal situación facilita la existencia de una mayor mortalidad y morbilidad, enfermedades transmisibles, crónicas y ambientales¹².

En términos generales, la situación sanitaria de la Comunidad Gitana puede resumirse en:

- La mortalidad infantil es 1,4 veces mayor que la media nacional y la esperanza de vida para la población gitana es de 8 a 9 años por debajo de la media¹³. En situaciones de marginalidad acentuada se estima que la esperanza de vida es 10 años menor a la media.

- Hay mayor incidencia de enfermedades infecto-contagiosas^{3,13}, principalmente hepatitis B y C. Se observa que la vía vertical o maternofiliar es un medio importante de transmisión para estas enfermedades¹⁴. También se observa una mayor incidencia del VIH, principalmente en personas consumidoras de drogas por vía intravenosa.

- La vacunación infantil es deficitaria¹⁵ y, en general, inadecuado el seguimiento de los programas del "Niño sano", especialmente en las zonas con nivel socioeconómico precario^{16,17}.

- Se observa deficiente alimentación y nutrición, principalmente en los menores (lo que afecta, entre otras cosas, a su salud bucodental)¹⁸. En los adultos se caracteriza por un consumo excesivo de café y grasas.

- Se produce uso abusivo de los medicamentos: esta tendencia está directamente relacionada con el uso del "modelo científico" de curación de la población gitana (que se explica posteriormente) y con la actitud de "resolver el problema de forma inmediata".

- Existe un mayor nivel de accidentes o de lesiones involuntarias¹⁷, tales como quemaduras, caídas, atropellos, fracturas, heridas, intoxicaciones...

- Constituye un grupo de riesgo para las malformaciones congénitas. En los estudios consultados se habla de factores genéticos y culturales (la endogamia)^{11,19}.

El objetivo del estudio es investigar la demanda sanitaria de un servicio de urgencias extrahospitalario, diferenciar a los usuarios de etnia gitana y compararlos con el resto de usuarios para conocer el perfil y las características especiales de cada grupo, así como las diferencias sociosanitarias existentes.

MATERIAL Y MÉTODO

Análisis retrospectivo de todos los pacientes atendidos en la unidad de urgencias extrahospitalarias de Los Valles (Cantabria) desde enero a diciembre de 2007.

El Centro de Salud de Los Valles se encuentra en una zona especial de salud. Cuenta con tres cupos médicos y da cobertura sanitaria a una población de 2.324 habitantes adscritos, de los que 1,37% son de etnia gitana. Abarca una superficie de 173 Km² y se

encuentra aislado geográficamente del hospital comarcal más cercano.

Para la recogida de datos se confeccionó un protocolo específico en el que se incluyeron variables socio-demográficas (edad, sexo, grupo étnico), temporales (día de la semana, mes, tramo horario de actuación) y de actuación médica (motivo de consulta, recogida de antecedentes personales, destino final, medicación puesta en la actuación y posteriormente). Los diagnósticos fueron clasificados por especialidades y también por el código de la Clasificación Internacional de Problemas de Salud en Atención Primaria (CIPSAP-2) de la Clasificación Internacional de Enfermedades (CIE, WONCA 1975)²⁰.

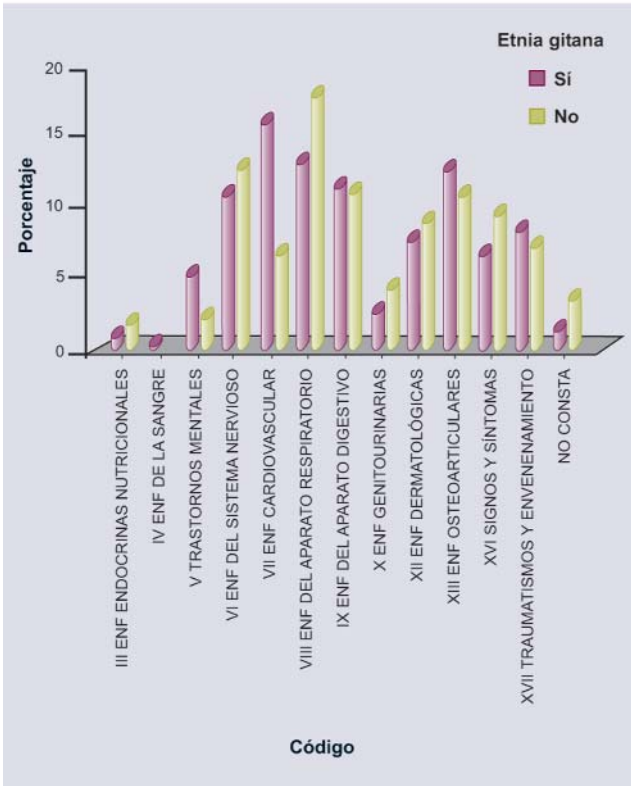
Para la estadística descriptiva se ha usado la media aritmética y la desviación estándar de la media (DE) para las variables cuantitativas, y los porcentajes para las variables cualitativas. Se ha empleado la chi-cuadrado para realizar el análisis bivariado. Para comparar datos independientes en la comparación de medias se ha usado la t-Student. El grado de significación estadística considerado ha sido de 0,05. Para el análisis de datos se ha usado el programa estadístico SPSS versión 10.

RESULTADOS

Se analizaron 1.771 pacientes que acudieron al servicio durante el periodo de estudio, de los que 523 eran de etnia gitana, lo que representa el 29,5% del total de las atenciones.

En la población general la media de edad de los casos estudiados en el servicio es de 40,72+/-25,42 años, con predominio de varones (52,7%). Se realizó atención a domicilio en 4,9% de los casos. Se recogieron los antecedentes personales en 46,2%. Los principales motivos de atención fueron traumatológicos (20,7%), neumológicos (18,6%), digestivos (11,7%) y dermatológicos (8,1%); por código CIPSAP-2: VII enfermedades del aparato respiratorio (17,1%), VI enfermedades del sistema nervioso y los órganos de los sentidos (12,5%), XIII enfermedades osteoarticulares y del tejido conjuntivo (12%) y IX enfermedades del aparato digestivo (11,1%). La distribución de la atención por días fue: sábado (23,8%), domingo

Gráfico 1. CLASIFICACIÓN DE LAS PATOLOGÍAS ATENDIDAS SEGÚN EL CÓDIGO CIPSAP-2



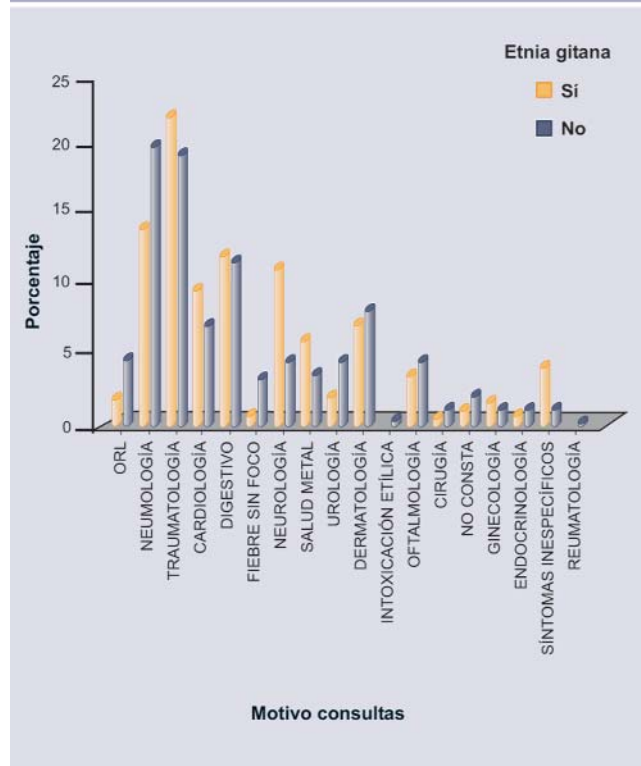
(17,1%) y viernes (14,5%); por meses: octubre (9,8%) y noviembre (9,8%); el horario de tarde (60,4%) fue el más frecuentemente empleado y la atención nocturna constituyó el 11,3% del total. Necesitó medicación en el servicio 11,7%, principalmente antiinflamatorios (41,7%), hipnóticos/tranquilizantes (14%), corticoides (9,6%) y vasodilatador/antihipertensivo (6,4%). Se pautó medicación posteriormente a la atención en 55,2% de los casos. El destino final mayoritario fue el domicilio (68,5%), seguido del médico de familia (26,1%); la derivación hospitalaria se produjo en 5,4%.

En la etnia gitana los usuarios presentaban una media de edad de 30,08 +/-18,87 años, también con predominio de varones (59,8%). Se realizó atención a domicilio sólo en 0,4%. Se recogieron los antecedentes personales en 60%. Los principales motivos de atención fueron traumatológicos (22,9%), neumológicos (14,5%), digestivos (11,9%) y neurológicos (11,1%); por código CIPSAP-2: VII enfermedades cardiovasculares (16,4%),

XIII enfermedades osteoarticulares y del tejido conjuntivo (13,4%), VIII Enfermedades del aparato respiratorio (13,4%) y IX enfermedades del aparato digestivo (11,3%). La distribución de la atención por días fue: lunes (17,2%), viernes (16,6%); por meses: mayo (12,4%) y agosto (9,9%); el horario de tarde (70,7%) fue el más frecuentemente empleado y 12% requirió atención nocturna. Necesitó medicación en el servicio 14,1%, principalmente antiinflamatorios (50,7%), hipnóticos/tranquilizantes (27,4%), vasodilatador/antihipertensivo (6,8%) y broncodilatador (5,5%). Se pautó medicación posteriormente a la atención en 54,7%, principalmente antiinflamatorios (61,6%), antibióticos (10,2%) e hipnóticos/tranquilizantes (3,9%). El destino final mayoritario fue el domicilio (68,5%), seguido del médico de familia (26,1%); la derivación hospitalaria se produjo en 5,4%.

En el resto de usuarios la edad media fue de 45,18 +/-26,46 años, principalmente varones (49,8%). Se realizó atención en el domicilio en 6,7%. Se recogieron

Gráfico 2. CLASIFICACIÓN DE LAS PATOLOGÍAS ATENDIDAS SEGÚN LA ESPECIALIDAD MÉDICA



los antecedentes personales en 42,9%. Los principales motivos de atención fueron neumológicos (20,4%), traumatológicos (19,8%), digestivos (11,7%) y dermatológicos (8,3%); por código CIPSAP-2: VIII Enfermedades del aparato respiratorio (18,7%), VI enfermedades del sistema nervioso y los órganos de los sentidos (13%), XIII enfermedades osteoarticulares y del tejido conjuntivo (11,4%) y IX enfermedades del aparato digestivo (11,1%). La distribución de la atención por días fue: sábado (27,7%), domingo (18,3%); por meses: diciembre (10,5%) y octubre (10,4%); el horario de tarde fue el más frecuentemente empleado (56%) y 10,6% requirió atención nocturna. Necesitó medicación en el servicio 10,7%, principalmente antiinflamatorios (44,2%), corticoides (16,3%), hipnóticos/tranquilizantes (8,5%) y vasodilatador/antihipertensivo (6,2%). Se pautó medicación posteriormente a la atención en 55,4%, principalmente antiinflamatorios (62,3%), antibióticos (16,9%) y antihistamínicos (3,1%). El destino final mayoritario fue el domicilio (69%), seguido del médico de familia (24,6%); la derivación hospitalaria se produjo en 6,4%.

Gráfico 3. DISTRIBUCIÓN DE LA ATENCIÓN SEGÚN EL DÍA DE LA SEMANA

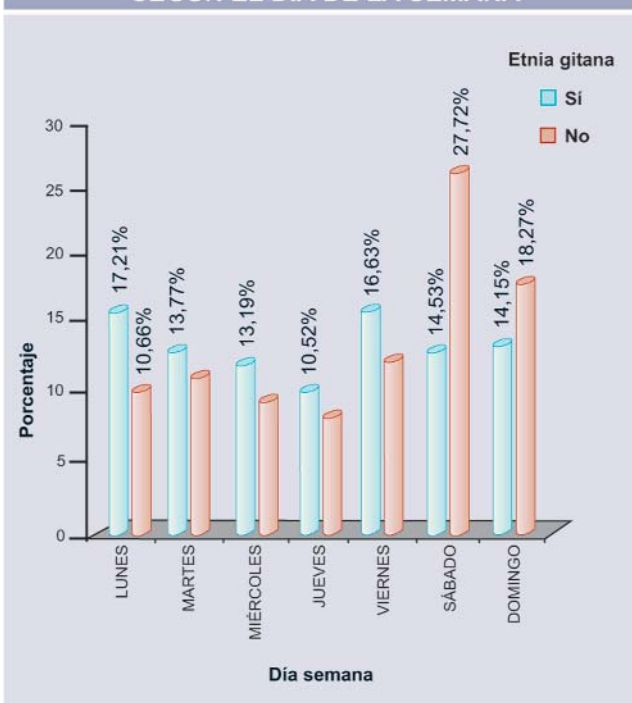


Gráfico 4. DISTRIBUCIÓN DE LA ATENCIÓN SEGÚN EL MES DEL AÑO



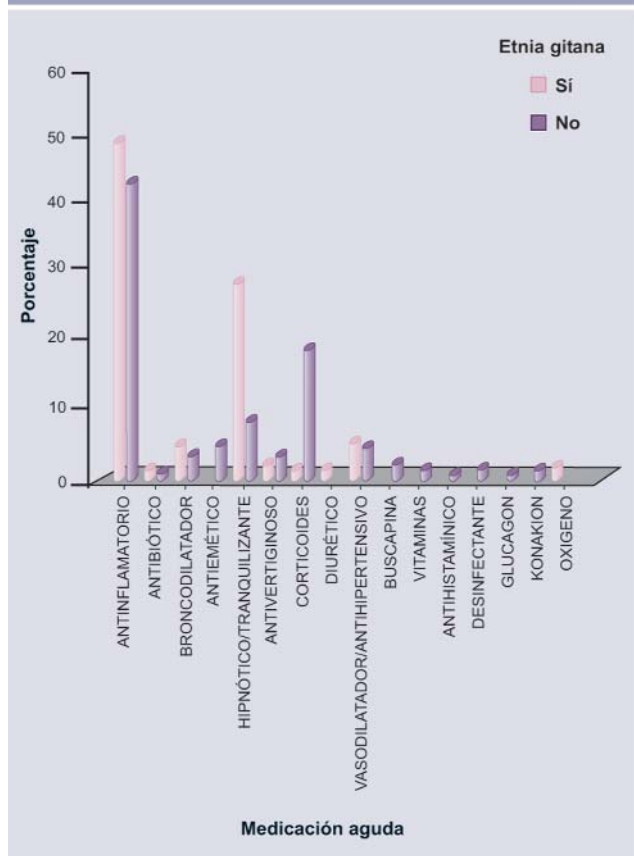
Los **gráficos 1-6** recogen la distribución de las diferentes variables en los diferentes grupos.

Al comparar las poblaciones (**tabla 1**) se han encontrado diferencias significativas en cuanto al sexo, la atención a domicilio, la utilización del servicio los fines de semana y en el horario de tarde ($p < 0,05$), pero no para la recogida de los antecedentes personales, la atención nocturna, la derivación hospitalaria y el uso de medicación tanto en el servicio como posteriormente.

COMENTARIO

Existe poca documentación sobre la utilización de los servicios de urgencias extrahospitalarios por usuarios de etnia gitana²¹, por lo que es difícil identificar los problemas y las necesidades de este grupo minoritario. Todo ello resulta interesante para reducir desigualdades en salud que son innecesarias, evitables e injustas²². Sin embargo, está demostrado que los grupos étnicos

Gráfico 5. DISTRIBUCIÓN DE LA MEDICACIÓN ADMINISTRADA EN EL SERVICIO DE URGENCIAS



con más marginabilidad suelen presentar peores niveles de salud y no están bien estudiadas las necesidades para mejorar y priorizar los recursos²³. Entre las dificultades encontradas se identifican los diferentes conceptos de vida y salud, a menudo transmitidos de generación en generación²³, lo que puede disminuir la demanda a los servicios sanitarios, sobre todo de forma precoz o de prevención, y la mayor utilización de la resolución inmediata que proporcionan los servicios de urgencias. Todo esto favorece una esperanza de vida menor, que Cabedo identificó a los 40,6 años frente a los 73,3 de la población caucásica³.

Una gran proporción de los gitanos concibe la salud como la ausencia de enfermedad, y la enfermedad como una situación invalidante ligada a la muerte. Esta determinada visión de la salud, que se asocia culturalmente a la "fuerza gitana" necesaria para la

supervivencia, facilita que cuando la persona (y su entorno familiar) perciben que ha aparecido la enfermedad, precisan de una actuación que debe ser inmediata y resolutoria, por la relación directa que establecen entre enfermedad y muerte. De ahí, que solicitan con urgencia un profesional que diagnostique la levedad o gravedad del problema, lo que provoca la inadecuada utilización de los recursos sanitarios: excesiva utilización de los servicios de urgencias, escasa utilización de los servicios de ambulancias (pues suele ser la misma familia la que realiza el traslado) y escasa utilización del servicio de cita previa²⁴.

El perfil típico del usuario de etnia gitana atendido en el servicio de urgencias es el de un varón de mediana edad, que acude en horario de tarde, por un motivo traumológico que finalmente es derivado a su domicilio. Los motivos de consulta más habituales son los debidos

Gráfico 6. DISTRIBUCIÓN DE LA MEDICACIÓN PAUTADA POSTERIORMENTE A LA ATENCIÓN EN EL SERVICIO DE URGENCIAS

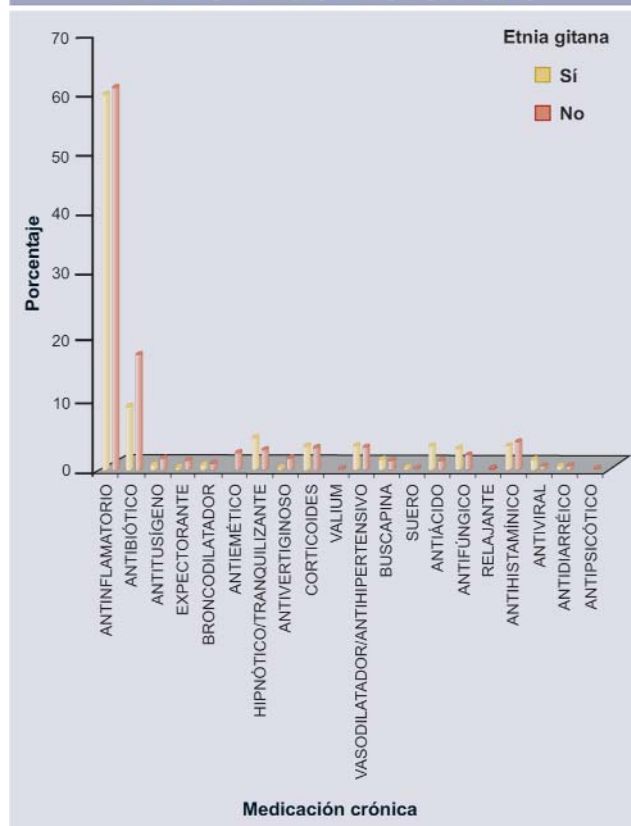


Tabla 1. COMPARACIÓN DE LAS VARIABLES SOCIOASISTENCIALES Y CLÍNICAS DE LOS USUARIOS DE ETNIA GITANA Y DEL RESTO DE USUARIOS

	Total	Etnia Gitana	Resto usuarios	P<0,05	
Edad (años DE)	40,72 (25,42)	30,08 (18,88)	45,18 (26,47)		
Sexo masculino (%)	52,7	59,8	49,8	<0,05	
Atención a domicilio (%)	4,9	0,4	6,7	<0,05	
Atención sanitaria	Atención Fin de semana (%)	49	28,6	46	<0,05
	Atención nocturna (%)	11,2	12,8	10,5	ns
	Tarde (15-22 horas) (%)	60,4	70,7	56	<0,05
Destino final	Domicilio (%)	68,5	67,5	69	ns
	Hospital (%)	5,4	2,9	6,4	ns
Uso medicación	En el servicio (%)	11,6	14,1	10,6	ns
	Posterior a la atención (%)	55,2	54,7	55,4	ns
Recogida de antecedentes personales	46,2	60	42,9	ns	

Ns: no significativa

a patología traumatológica, respiratoria y digestiva; no precisan mayor uso de medicación y son derivados en menor porcentaje al hospital de referencia, lo que indica menor frecuencia de consultas por patologías graves.

Existe un mayor uso del servicio de urgencias por parte del usuario de etnia gitana, probablemente debido al diferente concepto y expectativas que tienen de los servicios sanitarios, pues buscan la resolución inmediata de los problemas agudos; sin embargo, es muy rara la demanda de la asistencia a domicilio y acuden casi siempre al Centro de Salud.

La mayor utilización entre semana y la menor durante los fines de semana puede explicarse quizás por esta sustitución de la "asistencia más ortodoxa" mediante la consulta del médico de familia por la asistencia urgente.

La inferior derivación hospitalaria en estos pacientes puede deberse a la menor proporción de demanda por problemas graves. Llama la atención la mala recogida de información importante de los pacientes, como los antecedentes personales, que es peor en el caso de los de etnia gitana, aunque sin alcanzar significación estadística.

El reconocimiento de las características de la demanda de los usuarios de etnia gitana puede resultar útil a la hora de intentar destinar recursos suficientes o de instaurar políticas sanitarias adecuadas, tanto preventivas como de otro tipo⁶. Como indica Perdiguero, los problemas de salud en las minorías étnicas deben estudiarse desde un contexto histórico y con perspectiva crítica para que las intervenciones que se pretenden realizar sean efectivas²⁵.

Con todo ello, parece claro que existe una mayor utilización de los usuarios de etnia gitana del servicio de urgencias, en general por patologías que pueden atenderse en el horario no urgente. Una educación sanitaria adecuada en estas poblaciones puede repercutir en una utilización más racional de los recursos sanitarios y en una mejora de la calidad asistencial de estos pacientes. Es necesario, como ya indicó Díez et al²⁶, incluir de forma rutinaria en los informes de salud estudios de las desigualdades, analizar, si es posible, por separado y por nivel socioeconómico a la población, incluir objetivos factibles de reducción de las desigualdades en los planes de salud y dedicar recursos para reducir las

barreras y fomentar el acceso y la utilización de los servicios sanitarios en los grupos poblacionales más vulnerables²⁶.

En conclusión, y teniendo en cuenta los indicadores

comúnmente utilizados por la comunidad científica internacional para medir las desigualdades en salud, podemos decir que la situación sanitaria de la población gitana es claramente deficiente.

BIBLIOGRAFÍA

1. Corretger J, Fortuny C. Marginalidad, grupos étnicos y salud. *An Esp Pediatr* 1992;48(Supl 36):115.
2. Feder G. Travellers, gypsies and primary care. *J R Coll Gen Pract* 1989;39:425-9.
3. Cabedo García V, Ortells i Ros E, Baquero Toledo L, et al. Cómo son y de qué padecen los gitanos. *Aten Primaria* 2000;26(1):21-5.
4. Teira R, Lizarralde E, Muñoz P, Zubero Z, Baraiaetxaburu J, Santamaría J. Estudio transversal sobre las características clínicas y epidemiológicas de la infección por el virus de la inmunodeficiencia humana en gitanos y otras minorías en Bilbao. *Med Clin (Barc)* 2002;119:653-5.
5. San Román T. La diferencia inquietante. Viejas y nuevas estrategias culturales de los gitanos. Madrid: Ed Diglo XXI 1997.
6. Fiscella K, Franks P, Gold M, Clancy C. Inequality in quality. Addressing socioeconomic, racial and ethnic disparities in health care. *JAMA* 2000;283:2579-84.
7. Fiscella K, Franks P, Gold M, Clancy C. Inequalities in racial access to health care. *JAMA* 2000;284:2053.
8. Richardson L, Babcock Irvin C, Tamayo-Sarver J. Racial and Ethnic Disparities in the Clinical Practice of Emergency Medicine. *Acad Emerg Med* 2003; 10:1184-.
9. Plan Nacional de Acción para la Inclusión Nacional 2001-2003.
10. Comisión Europea. "Conclusiones y recomendaciones de la Comisión de Estudios de las desigualdades sociales en salud en España", 1996.
11. Martínez-Frías M. Análisis del riesgo que para defectos congénitos tienen diferentes grupos étnicos de nuestro país. *An Esp Pediatr* 1998;48:395-400.
12. Ferrer F. El estado de salud del pueblo gitano en España. Una revisión de la bibliografía. *Gac Sanit* 2003; 17(supl 3):2-8.
13. Fos E, Diéguez A, Hierro F, Cruz M, Bruguera M. Elevado riesgo de infección por el virus de la hepatitis B en la población de raza gitana. *Med Clín* 1987; 89:537-9.
14. Delgado Sánchez A, Bailón Muñoz E, Sánchez Pérez M, Tara Arriola J, Sánchez Mariscal M, Vázquez Molina R. Resultados y análisis de la investigación de AgHBs en las embarazadas de un centro de salud durante 4 años. *Aten Primaria* 1990;7:556-60.
15. Gamella J. La población gitana en Andalucía. Sevilla: Junta de Andalucía, 1996.
16. Sastre Gussoni E, Miranda León M, Muñoz Hoyos A, Galdó Muñoz G. Situación de salud entre niños gitanos y no gitanos de una comarca granadina. *An Esp Pediatr* 2000;53:223-8.
17. Sanchez Serrano F, Zubiaur Cantalapiedra A, Herrero Galiana A, et al. Diferencia étnica en la actividad asistencial de urgencias. Aproximación a la realidad gitana. *An Esp Pediatr* 2002;56:17-22.
18. Mora León L, Martínez Olmos J. Prevalencia de caries y factores asociados en niños de 2-5 años de los Centros de Salud Almanjáyar y Cartuja de Granada capital. *Aten Primaria* 2000;26:398-404.
19. Martínez-Frías M, Bermejo Sánchez E, Félix V, Calvo Celada R, Ayala Garcés A, Hernández Ramón F. Síndrome de Fraser: frecuencia en nuestro medio y aspectos clínico-epidemiológicos de una serie consecutiva de casos. *An Esp Pediatr* 1998;48:634-8.
20. Clasificación Internacional de la Atención Primaria CIAP-2 WONCA. 2ª Ed. Ed Dipsa. 1999.
21. Ekuklu G, Berberoglu U, Eskocak M, Saltik A. Utilization of Primary Health Care Services by Turkish Gypsies and Members of the general population at Muradiye health unit district in Erdirne, Turkey. *Yonsei Med J* 2003;44:414-23.
22. Navarro V, Benach J. Desigualdades sociales de salud en España. Informe de la comisión científica para el estudio de las desigualdades sociales en salud en España. *Rev Esp Salud Publica* 1996;70:505-636.
23. Dion X. Gypsies and Travellers: cultural influences on health. *Community Pract* 2008;81:31-4.
24. Salud y Comunidad Gitana. Análisis de propuestas para la actuación. Dirección General de Salud Pública. Ministerio de Sanidad y Consumo. Área de Salud Fundación Secretariado Gitano.
25. Perdiguero E, Bernabéu J, Huertas R, Rodríguez-Ocaña E. History of health, a valuable tool in public health. *J Epidemiol Community Health* 2001;55: 667-73.
26. Díez E, Peiro R. Intervenciones para disminuir las de-sigualdades en salud. *Gac Sanit* 2004;18(supl 1):158-67.