

Influencia del grupo étnico en el uso de los servicios

MA. Aretio Romero^a, A. García Tartas^b

^aTrabajadora Social y Socióloga. CS Cascajos. Logroño.

^bPediatra. CS Rodríguez Paterna. Logroño.

Rev Pediatr Aten Primaria. 2008;10:17-29

M.^ª Antonia Aretio Romero, maaretio@riojasalud.es

Resumen

Introducción: los factores socioculturales (incluida la inmigración) en la utilización de los servicios sanitarios obligan a los equipos de Atención Primaria a plantear nuevas formas de trabajo.

Objetivo: fundamentar la importancia que tienen las características socioeconómicas y culturales de la población como determinantes de la asistencia.

Material y métodos: estudio descriptivo transversal de los menores nacidos en el año 2001 adscritos a un cupo de pediatría. Información recogida a través de un cuestionario pasado por la pediatra a los progenitores, así como mediante la consulta de las historias clínicas. Estudio realizado a partir de una muestra única.

Resultados: la población gitana accede a la maternidad a edades inferiores al resto, su situación socioeconómica es más desfavorecida, acude sin cita con mayor frecuencia, realiza un uso inadecuado de los servicios de urgencias en mayor proporción, acude en menor grado a los controles del niño sano y cumple en menor medida los consejos pautados. La población inmigrante ocupa una posición intermedia entre la población gitana y la paya, asumiendo progresivamente las pautas y cuidados de salud del sistema español.

Conclusiones: el grupo étnico y la situación socioeconómica condicionan el uso de los servicios de pediatría. La población gitana realiza un uso diferencial de los servicios sanitarios. La población inmigrante no es la mayor causante de la sobrecarga sentida por los profesionales. Parece conveniente reorientar la organización de la atención pediátrica para dar respuesta a las peculiaridades de cada grupo étnico, incorporando perspectivas grupales y comunitarias.

Palabras clave: Gitanos, Inmigración, Pobreza, Determinantes socioeconómicos, Sobre frecuentación.

Abstract

Introduction: the socio-cultural factors (including immigration) influence the use of public health and make the medical services staff to implement new methods or ways of working.

Objective: to asses the relevance of the socio-economic and cultural characteristics of the population in question as determining factors of the health services provided.

Los autores declaran no presentar conflictos de intereses en relación con la preparación y publicación de este artículo.

Methodology: cross-sectional descriptive research of all the children born in the year 2001 assigned to a paediatrician. Information was gathered through a questionnaire handed over by the paediatrician to the parents as well as checking the clinical records of the child. The research was made from a unique sample.

Results: the gipsy population reaches maternity earlier than the rest and its socio-economic situation is less favourable. They ask for medical services without appointment more frequently, making an inadequate use of the emergency units in a higher proportion, and they come for fewer controls of the Well Child Program, also displaying a higher degree of non-compliance about the advice given. Immigrants occupy an intermediate position between the gipsy and the non-gipsy population, progressively assuming the health guidelines and attendance of the Spanish health system.

Conclusions: the ethnic group and the socio-economic situation definitely condition the use of the paediatric services. The gipsy population makes use of the health services in a different manner. The immigrants aren't the main cause of the overload of work suffered by professionals. It would seem advisable to re-orientate paediatric services to respond to the peculiarities of each one of the ethnic groups, incorporating group and community based perspectives.

Key words: Socioeconomic determinants, Immigration, Gypsy, Poverty, Over utilization.

Introducción

El Centro de Salud Rodríguez Paterna se encuentra ubicado en la zona de la ciudad de Logroño con mayor concentración de colectivos desfavorecidos socialmente, lo que condiciona el trabajo desarrollado, ya que está demostrada la influencia que ejercen las características sociosanitarias sobre la morbilidad¹.

En los últimos años, en las consultas de pediatría se ha detectado que, si bien el cupo de población asignado no es alto, la consulta a demanda muestra una frecuentación elevada² con asistencia semanal e incluso diaria de una parte de la población, lo cual genera un importante consumo de recursos².

Además, la llegada de población inmigrante, aunque no ha derivado en un aumento de los problemas de salud³, con su

proporción cada vez mayor (pasando de un 14% en 2000 a un 23% en 2001) ha generado otros problemas añadidos⁴:

- Educación en un sistema de salud centrado en la prevención.
- Problemas de comunicación a causa de idiomas⁵ diferentes.
- Pertenecer a culturas distintas, con hábitos y valores dispares respecto a la salud, implica un tiempo adicional de diálogo para fomentar los cuidados considerados adecuados.

Este conjunto de elementos animó a algunas profesionales (pediatra y trabajadora social) a realizar un estudio para analizar la importancia que tienen las características socioeconómicas y culturales en la utilización de los servicios sanitarios.

Material y métodos

La población estudiada ha sido la totalidad de los menores adscritos a un cupo de pediatría nacidos durante el año 2001. Para recoger la información se diseñó un cuestionario de 49 preguntas (no validado), considerándose el grupo étnico y la clase social como las dos variables más significativas. El cuestionario fue cumplimentado en su totalidad por la pediatra entre los meses de abril y julio de 2002 mediante una entrevista realizada a los cuidadores principales (mayoritariamente madres, de quienes se obtuvo el correspondiente consentimiento informado) de los 71 niños nacidos durante este año, y se completó con un extracto de datos de las historias clínicas de estos niños.

A continuación se describen las principales variables estudiadas:

1. Origen étnico del niño: payo (población autóctona española que no es gitana ni inmigrante), gitano (población originaria de la India que comparte los rasgos físicos y culturales diferenciales del pueblo gitano) o inmigrante (nacido fuera de España o con ambos progenitores nacidos fuera de España y con un tiempo de residencia en nuestro país inferior a cinco años).

2. Área geográfica de procedencia familiar: Europa, África y América Latina.

3. Ocupación de los progenitores: tareas del hogar, asalariado fijo, asalariado temporal, autónomo, desempleado, pensionista y estudiante.

4. Edad de los padres y madres.

5. Nivel socioeconómico: bajo –familias con inestabilidad laboral de ambos progenitores, que posean ocupaciones no cualificadas, con vivienda precaria o integrada por varias unidades familiares y con dificultades para llegar a final de mes en la cobertura de las necesidades básicas (comida, alojamiento, vestido, educación)–; medio (uno o ambos progenitores con un trabajo fijo o estable, que permite mantener una vivienda digna no compartida con otras unidades familiares y que consideran no tener dificultades para llegar a final de mes en la cobertura de las necesidades básicas); y alto (ambos padres tienen estudios universitarios y desempeñan profesiones liberales o acordes a su nivel de estudios, elevados ingresos económicos y viviendas en condiciones superiores a la media).

6. Uso inadecuado de los servicios de urgencias definido éste cuando el menor acude a urgencias sin haber sido remitido por su pediatra u otro médico o cuando yendo de forma voluntaria no ha precisado ingreso hospitalario o tratamiento inmediato.

7. Grado de asistencia a los controles del Programa de Salud Infantil: bueno (acudir a las revisiones programadas o controles de salud establecidos al menos en un 90% de ellos), regular (asistencia entre un 50-90%) y malo (inferior al 50%).

8. Grado de cumplimiento de los consejos pediátricos entendiéndose por éste el nivel de seguimiento de aquellos consejos adecuados para el buen desarrollo de los menores relativo a alimentación, sueño, hábitos higiénicos, toma de medicación y utilización de los servicios de urgencias. En este concepto de grado de cumplimiento del Programa de Salud Infantil debemos distinguir entre acudir al centro de salud cuando esté programado y la aceptación y el seguimiento de los consejos que se indican.

9. Número de ocasiones que acude a la consulta a demanda con y sin cita previa.

10. Tiempo medio dedicado a la consulta a demanda.

El análisis estadístico (descriptivo) de estos datos se ha realizado a través del programa informático Bardwin® versión 5.0.

Resultados

Se cumplimentaron la totalidad de los cuestionarios, abarcando al 100% de la población objeto de estudio.

Sociodemográficos

De los 71 menores analizados, 40 son varones y 31 mujeres, todos ellos sanos.

Respecto a su origen étnico, como se muestra en la figura 1, un 23% de la población es inmigrante y un 30% pertenece a la etnia gitana, lo cual suma un 53% de la población con características diferenciales a la población mayoritaria de este país (denominada paya en este estudio), población con mayor riesgo de padecer exclusión social.

En lo relativo a la ocupación de los progenitores, las madres se dedican en un 65% a las tareas del hogar, pero esta situación cambia según el grupo étnico: un 32% de las payas, un 94% de las madres inmigrantes y un 95% de las gitanas se dedican a esta labor. En el caso de los padres, el 94% de los payos, el 87% de los inmigrantes y el 66% de los gitanos se encuentran trabajando, pero los payos tienen mejores condiciones laborales; así, éstos cuentan con un contrato fijo en un 82% de los casos, los inmigrantes en un 56% y los gitanos sólo en un 18%.

El 61% de las familias de estos menores tiene un nivel socioeconómico bajo y un 39% medio, pero si se comparan estas cifras con el grupo étnico, se observa que los gitanos en un 95% se encuentran en el nivel más bajo (figura 2).

Figura 1. Distribución según el origen étnico.

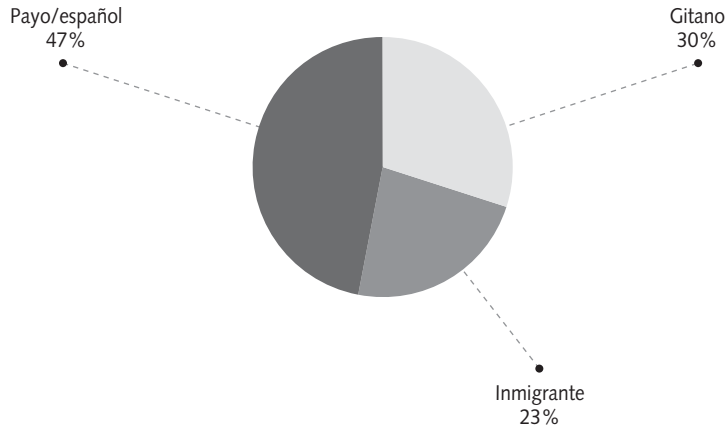
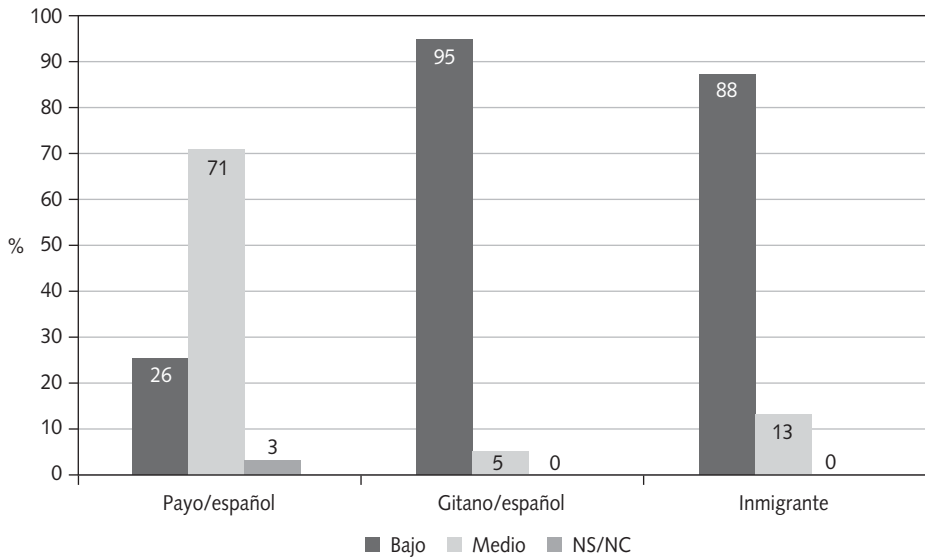


Figura 2. Nivel socioeconómico según el grupo étnico.



La población gitana accede a la maternidad/paternidad a edades más tempranas (un 19% de las mujeres antes de los 20 años y un 62% antes de los 30) que la paya e inmigrante, grupos que retrasan este acontecimiento y adoptan características similares.

En la utilización de los servicios sanitarios

Un 62% de las familias hizo un uso inadecuado de los servicios de urgencias, el cual es mayor cuanto menor edad tienen los progenitores: así, la mitad de las madres menores de 20 años acudieron a urgencias de esta manera al menos en una ocasión mientras que lo hicieron así el 16% de las mayores de 30 años. Este uso inadecuado es mayor cuanto menor es su nivel socioeconómico (si éste es bajo, en un 79%; y si es medio, en un 30%). Y, sobre todo, es mayor en el grupo de familias gitanas; como se aprecia en la figura 3, acuden de esta manera el 95% de ellas. La población inmigrante adopta un patrón intermedio de uso inadecuado entre la población paya y gitana.

Respecto al grado de asistencia a los controles del Programa de Salud Infantil, se detectan diferencias significativas según el grupo étnico. En la figura 4 se aprecia que prácticamente la totalidad

de la población paya acude bien a los controles establecidos de antemano; el colectivo de población inmigrante alcanza un 81% de buen cumplimiento mientras que la mitad del colectivo gitano acude de forma irregular o mal.

El grado de cumplimiento de los consejos pediátricos baja si se lo compara con la asistencia a los controles. No obstante, la mayoría de la población parece realizar un buen seguimiento (56%). Ahora bien, al analizar esta variable según la pertenencia a uno u otro grupo poblacional, se encuentran diferencias llamativas (figura 5). El análisis según la edad indica que conforme aumenta la edad de la madre parece existir un mejor cumplimiento de los consejos.

El mejor o peor cumplimiento de los consejos pediátricos va a estar relacionado de manera inversa con una mayor asistencia a la consulta de pediatría, de tal manera que las familias que más veces acuden a las consultas a demanda, cumplen peor los consejos pediátricos (figura 6).

En función del grupo étnico, las diferencias en el número de ocasiones que acuden a la consulta a demanda son notables, tal y como se aprecia en la figura 7.

Si se contempla, asimismo, la variable de tiempo medio dedicado en consulta,

Figura 3. Uso inadecuado de los servicios de urgencia según el grupo étnico.

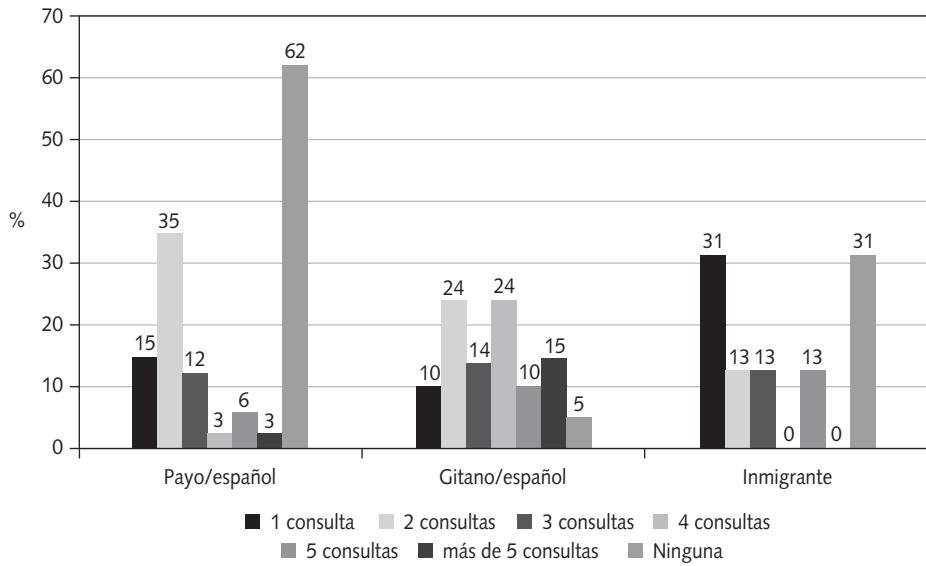


Figura 4. Grado de asistencia a los controles del Programa de Salud Infantil.

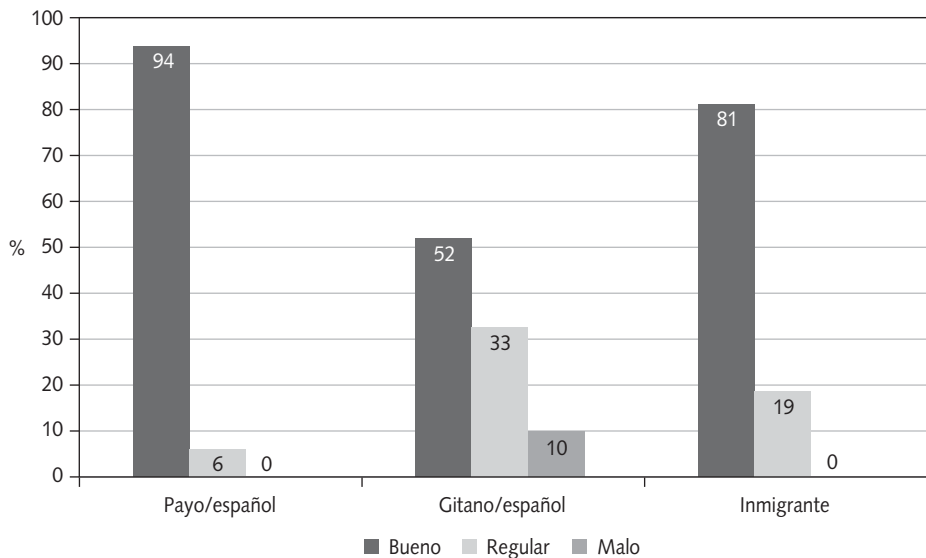


Figura 5. Grado de cumplimiento de los consejos pediátricos según el grupo étnico.

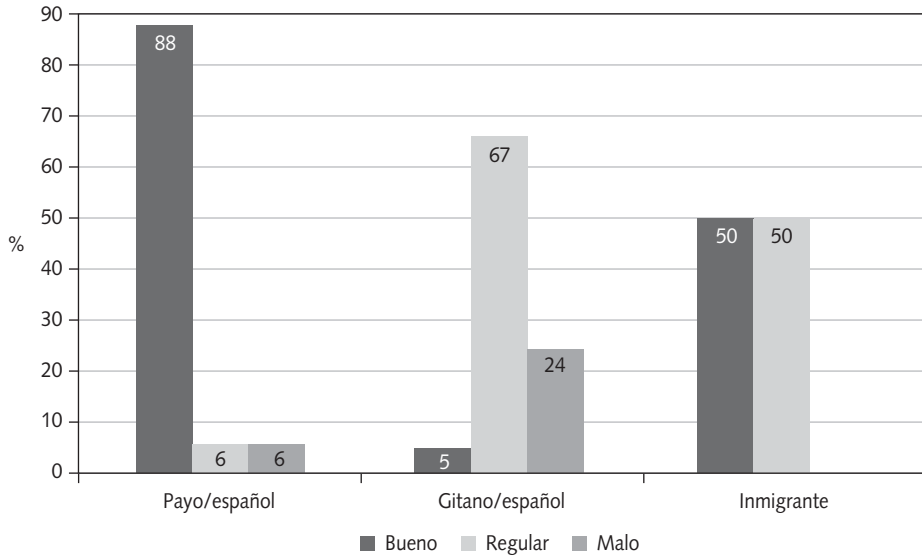


Figura 6. Grado de cumplimiento de los consejos pediátricos y frecuentación a la consulta a demanda.

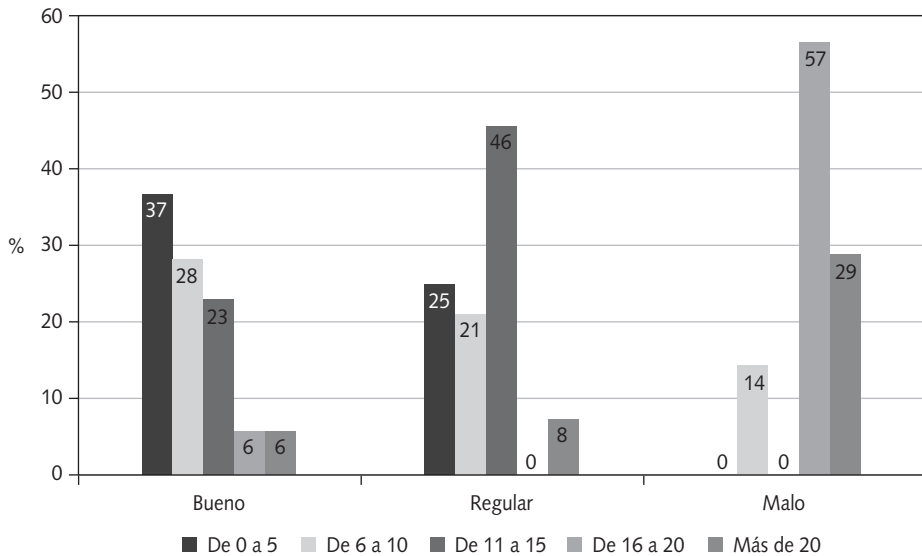


Figura 7. Frecuentación a la consulta a demanda con o sin cita según el grupo étnico.

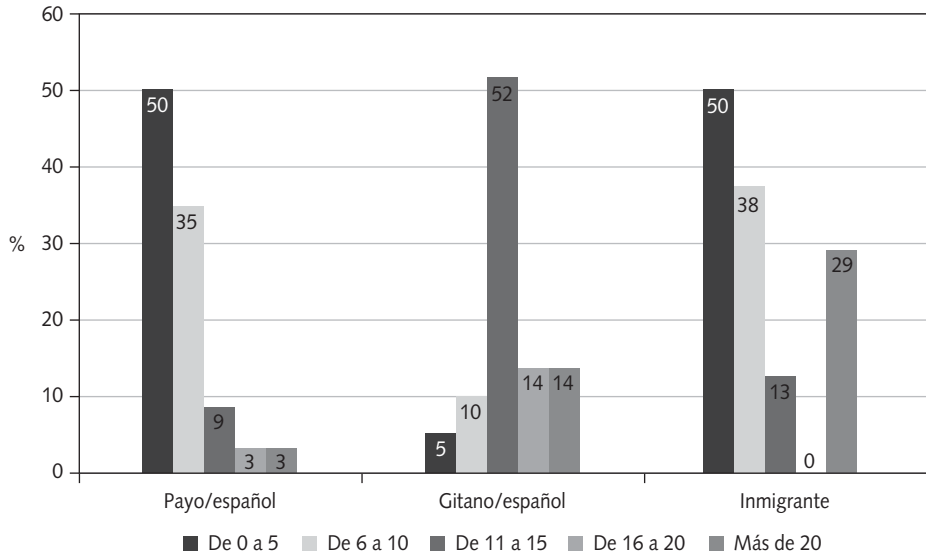
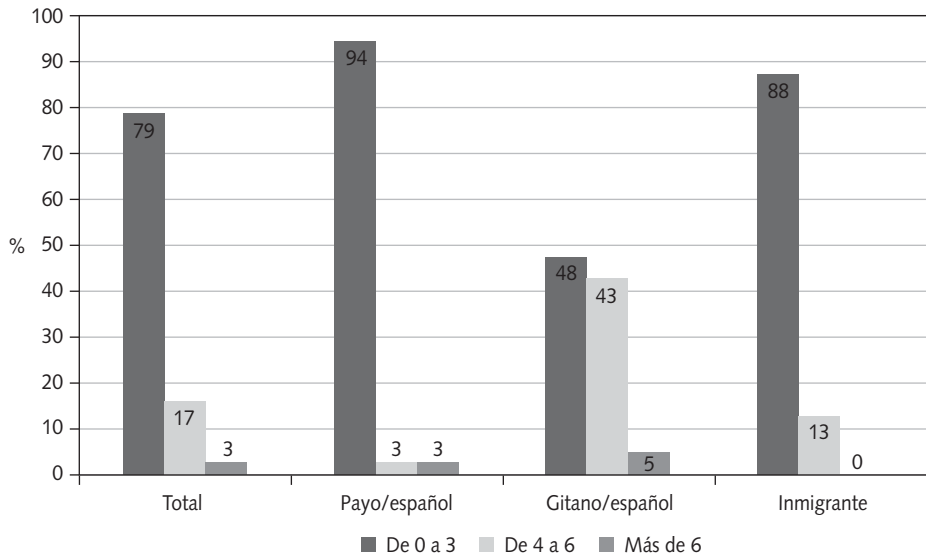


Figura 8. Frecuentación a la consulta sin cita según el grupo étnico.



se puede comprobar una dinámica progresiva, donde la población paya precisa menos tiempo (de media, 10-14 minutos en el 94% de los casos), seguida de la población gitana (con un tiempo y frecuencia similar: 90%) y, finalmente, la población inmigrante, que precisa un tiempo mayor (en un 44% de las veces se emplean entre 15-19 minutos).

El 20% de los menores ha acudido sin cita en cuatro o más ocasiones (figura 8), destacando de manera significativa el colectivo gitano (casi la mitad de ellos ha venido de esta manera), el 6% de los payos y el 13% de los inmigrantes. Estos datos hay que contextualizarlos dentro de la edad de los menores atendidos, porque muchos no alcanzan el año de edad.

Discusión y conclusiones

Las importantes diferencias encontradas en el uso de los servicios de pediatría que realizan los diferentes grupos étnicos parecen indicar que esta variable –grupo étnico– constituye una variable independiente de primera magnitud que tener en cuenta a la hora de planificar y organizar la atención pediátrica.

Respecto a los aquí considerados como “usos inadecuados de los servicios”, existe relación con el nivel socioeconómico al que se pertenece, de tal manera

que la población más empobrecida realiza en mayor medida un uso inadecuado⁶, lo cual a su vez tiene que ver con el nivel de instrucción⁷ y la ocupación laboral de los padres⁸. Esto remite a la necesidad de desarrollar un modelo de educación para la salud donde lo que predomine no sea el énfasis en los conocimientos sino el cambio de actitudes y habilidades personales y grupales^{1,5,6}.

El grupo de familias gitanas es el que más veces acude a la consulta a demanda con y sin cita previa, pero esta mayor atención no contribuye a la mejora de los cuidados.

El número importante de menores que acuden sin cita aconseja la necesidad de prever esta situación en la organización diaria de la consulta, mientras se va avanzando hacia la disminución de esta práctica a través de intervenciones educativas.

La frecuentación de la consulta de pediatría estudiada, al menos durante los primeros meses de vida, es muy elevada², superior sin duda a otras zonas de salud, destacando aquí también la significativa diferencia entre la población gitana y el resto. Este dato, junto con los anteriores, fundamenta la necesidad de reducir el número de menores asignados a cada cupo de pediatría (al menos en esta zona de salud, puesto que las dos consultas pediá-

tricas atienden a una población con similares características), ya que resulta evidente que la tipología de la población atendida precisa de una intervención más intensiva.

La población inmigrante, al menos en esta zona de salud, no ocasiona grandes cambios organizativos en la actividad asistencial ni un aumento de patología con respecto a la población nativa^{3,4}. Se constata una evolución hacia la asunción progresiva de las habilidades, conocimientos y actitudes considerados adecuados para favorecer una crianza saludable de los menores. Todos los aspectos relativos a la prevención son los que suponen un mayor esfuerzo, puesto que muchas de estas prácticas son inexistentes en sus países de origen. No obstante, existen dificultades en la comunicación con las familias (especialmente con las mujeres de origen africano o asiático) que aconsejan la adopción de medidas complementarias (uso de intérpretes, estímulo activo hacia el aprendizaje del castellano, colaboración con personas o líderes comunitarios como agentes de salud o desarrollo de educación para la salud grupal, entre otras^{1,7}).

La población gitana de este estudio –mayoritariamente empobrecida y sujeta a procesos de exclusión social– presenta unas características propias que parecen indicar la conveniencia de un proyecto

de intervención específico para mejorar la crianza de sus menores. Creemos necesario que los datos expuestos se analicen con la población gitana a través de su Asociación de Promoción y/o líderes comunitarios al objeto de profundizar en las causas y planificar conjuntamente estrategias y metodologías que ayuden a cambiar la situación actual. Ello requerirá apertura desde los profesionales sanitarios a posibles nuevas formas de trabajo, algunas de las cuales probablemente vengan de la mano de dinámicas grupales y comunitarias.

Se hace necesario insistir en la relación que tienen la pobreza y el hecho de pertenecer a la etnia gitana para no generalizar estos resultados al conjunto de la población gitana. Esta vía de investigación (relación entre pertenencia a la comunidad gitana y nivel socioeconómico con el estado de salud) queda abierta⁵.

Los prejuicios racistas proyectan su sombra también sobre los profesionales sanitarios: el origen de este estudio estuvo asociado, en parte, a un aumento significativo de la proporción de la población inmigrante atendida y a una inicial atribución a ésta de buena parte de los problemas existentes en las consultas de pediatría. El análisis ha venido a negar esta hipótesis inicial, y constatando algu-

nas limitaciones y problemas adicionales que implica la atención a menores inmigrantes, se hace preciso reconocer que ésta no constituye la causa más importante de los problemas generados en nuestro centro. Con este comentario no queremos minimizar los retos que la inmigración plantea al sistema sanitario, especialmente en lo relativo a los procesos de comunicación e interculturalidad. Este trabajo ha servido para demostrar que la población inmigrante en nuestro centro no es el colectivo que precisa mayor atención^{1,3,4,7}.

Una parte muy importante de la población de esta zona de salud posee unas condiciones socioeconómicas que influyen negativamente sobre su estado de salud, aumentando la probabilidad de enfermar, así como la de transformación de procesos agudos¹ en crónicos. Ello aconseja la necesidad de reorientar los servicios sanitarios, en coordinación con el resto de instituciones sociales de

la zona dentro de una metodología comunitaria, al objeto de mejorar las condiciones estructurales y contextuales del entorno comunitario donde viven estos menores. El énfasis en estrategias educativas y preventivas así como el abordaje desde la intersectorialidad se convierten en una prioridad.

Al mismo tiempo, estas características socioeconómicas de la población atendida, y la influencia tan directa que ello implica en la mayor demanda de atención así como en el mayor tiempo empleado de media en las diferentes consultas, precisa de un reconocimiento explícito de esta situación por parte de los responsables sanitarios. Medidas como la reducción del número de menores asignados a cada cupo de pediatría, el énfasis en una intervención comunitaria, la mayor asignación de recursos así como otras similares que incorporen una visión cualitativa deberán ser tenidas en cuenta y dialogadas con los profesionales afectados.

Bibliografía

1. Benítez Robredo T, Llerena Achútegui P, López Giménez R, Bruguera Moreno C, Lasheras Lozano L. Determinantes socioeconómicos en un colectivo de familias inmigrantes. *An Pediatr (Barc)*. 2004;60:9-15.
2. Tapia Collados C, Gil Guillén V, Orozco Beltrán D, Bernáldez Torralba E, Ortuño Adán E. Hiperfrecuentación en las consultas de pediatría de Atención Primaria. *Rev Pediatr Aten Primaria*. 2004;6:547-57.
3. Pérez Cuadrado S, Muñoz Ávalos N, Robledo Sánchez A, Sánchez Fernández Y, Pallás Alonso CR, De la Cruz Bértolo J. Características de las mujeres inmigrantes y de sus hijos recién nacidos. *An Pediatr (Barc)*. 2004;60:3-8.

4. Vall Combelles O, García-Algar O. Inmigración y salud. *An Pediatr (Barc)*. 2004;60:1-2.
5. Corretger JM, Fortuny C, Botet F, Valls O. Marginalidad, grupos étnicos y salud. *An Esp Pediatr*. 1992;36 (Supl 48):S115-7.
6. Díez López I, Ardura Fernández J, Palacín Mínguez E, Cardaba Arranz M. Influencia de la etnia gitana en el ingreso hospitalario de lactantes y su patología prevalente. *An Esp Pediatr*. 2002;57: 215-9.
7. Pérez Sánchez A, Bergara de la Fuente M, Núñez Fuster J, Navarro González J. Consultas reiterativas en la urgencia pediátrica hospitalaria. *An Esp Pediatr*. 1996;44:321-5.
8. Llanos de la Torre Quiralte M, Garijo Ayestarán C, Poch Olive ML, Pérez Marrodán JA. Estudio de una población gitana rural en relación con la lactancia materna. ¿Una población atípica? *An Esp Pediatr*. 2000;52:73-5.

