

Diferencia étnica en la actividad asistencial de urgencias. Aproximación a la realidad gitana

F.J. Sánchez Serrano, A. Zubiaur Cantalapiedra, A. Herrero Galiana, M.^aD. Gallart Martínez, R. Jiménez Yáñez, L. Sanguino López y J. Flores Serrano

Servicio de Urgencias de Pediatría. Hospital General Universitario. Alicante.

(An Esp Pediatr 2002; 56: 17-22)

Antecedentes

Existe un incremento de la presión asistencial en los servicios de urgencias y se percibe una importante afluencia de niños de otras etnias.

Objetivos

Comprobar esta percepción y conocer las características sanitarias, sociales y asistenciales de la etnia gitana frente a la población caucásica.

Métodos

Estudio observacional descriptivo realizado en un servicio de urgencias pediátricas de un hospital terciario. Se seleccionó una muestra poblacional significativa (n = 420) por muestreo sistemático. Se recogieron mediante cuestionario las variables edad, sexo, adhesión a los programas preventivos de atención primaria, justificación de la consulta, diagnóstico y características familiares.

Resultados

La mediana de edad fue 24 meses. Perteneían a la etnia gitana el 16,4% y eran mayoritariamente atendidos en ambulatorios (68,1% frente al 34,8% de los caucásicos) (p < 0,0001). Acudían a las revisiones del programa de niño sano el 58% de los niños gitanos frente al 96,7% del resto (p < 0,0001). El 18,8% de los niños gitanos no habían recibido ninguna vacuna, no encontrando ningún niño caucásico en esta situación (p < 0,0001). Ingresaron el 11,6% de los niños gitanos que consultaron frente al 1,9% de los caucásicos. En cuanto a los padres, el 30,4% de las madres y el 15,9% de los padres gitanos eran analfabetos, frente al 0,6% de las madres y el 0,3% de los padres caucásicos (p < 0,0001).

Conclusiones

El estudio pone en evidencia las diferencias sanitarias entre la población infantil gitana y la caucásica, identificando un grupo de alto riesgo sanitario.

Palabras clave:

*Gitanos. Urgencias de pediatría. Atención primaria. Et-
nia. Vacunación.*

ETHNIC DIFFERENCES IN ATTENDANCE AT EMERGENCY DEPARTMENTS. AN APPROXIMATION OF GYPSY REALITY

Background

Demand for emergency services is increasing, especial-ly among children from non-Caucasian ethnic groups.

Objectives

To objectify this observation and to determine the healthcare and social differences between the gypsy and Caucasian populations.

Methods

We performed a descriptive, observational study in the Pediatric Emergency Unit of a tertiary care hospital. Systematic sampling was performed and 420 children were selected. Data on age, sex, compliance with primary healthcare preventive programs, reason for attendance, type of healthcare center, diagnosis and familial characteristics were collected through a questionnaire.

Results

The median age of the patients was 24 months. The percentage of patients of gypsy race was 16.4%. Most of the gypsy population (68.1%) attended small, local healthcare centers compared with 34.8% of the Caucasian population (p < 0.0001). Only 58% of the gypsy children were taken to healthcare centers for regular check-ups compared with 96.7% of the non-gypsy population (p < 0.0001). The percentage of gypsy children who had never being vaccinated was 18.8%. There were no such cases among the

Correspondencia: Dr. F.J. Sánchez Serrano.
Servicio de Urgencias de Pediatría. Hospital General Universitario.
Pintor Baeza, s/n. 03010 Alicante.
Correo electrónico: a.zubiaur@coma.es

Recibido en julio de 2001.
Aceptado para su publicación en julio de 2001.

non-gypsy population ($p < 0.0001$). The percentage of gypsy children visiting the emergency unit who were hospitalized was 11.6% compared with 1.9% of non-gypsy children. Illiteracy rates were 30.4% and 15.9% in gypsy mothers and fathers, respectively, compared with 0.6% and 0.3% in non-gypsy mothers and fathers, respectively ($p < 0.0001$).

Conclusions

This study reveals significant differences between the gypsy and Caucasian pediatric populations in terms of healthcare and identifies a group at high health risk.

Key words:

Gypsy. Pediatric emergency units. Primary care. Ethnic group. Vaccination.

INTRODUCCIÓN

Es conocida la creciente presión asistencial a la que se ven sometidas las secciones de urgencias hospitalarias tanto pediátricas como de adultos. A esta utilización masiva se le ha intentado dar numerosas explicaciones, por lo general relacionadas con déficit en atención primaria y con el nivel de educación sanitaria de la población¹⁻⁵.

En la unidad de urgencias de pediatría de nuestro hospital se percibía, además, una utilización progresivamente mayor del recurso por un colectivo en concreto, el de los gitanos. El objetivo del presente estudio ha sido establecer el impacto real que sobre la presión asistencial supone este colectivo, así como sus diferencias con el resto de la población respecto a las características socioculturales, adhesión a los centros de atención primaria y a los programas de salud del niño sano que se llevan a cabo en ellos, a los niveles de hospitalización y a las enfermedades más frecuentes.

MATERIAL Y MÉTODOS

El hospital atiende anualmente 31.000 consultas sobre una población de referencia constituida por 40.000 niños menores de 14 años, representando los gitanos alrededor del 1,25% de esta población⁶.

Se diseñó un cuestionario que se cumplimentó en una muestra representativa para un nivel de confianza del 95% y una precisión de 0,05 ($n = 420$)⁷. La selección se hizo por muestreo sistemático con una constante de 10. Si por algún motivo no se pudo realizar al paciente indicado, la encuesta la respondió el inmediatamente posterior. El estudio se llevó a cabo desde el 1 de mayo de 2000 hasta el 31 de julio del mismo año.

En el cuestionario se recogían datos demográficos como edad y sexo del niño, grupo étnico al que pertenece, persona que acude con el niño, si acudía remitido o por su cuenta, tipo de centro de atención primaria asignado (centro de salud; centro sanitario con una cobertura horaria entre las 12 y las 24 h, integrado por médicos de familia, pediatras, asistentes sociales, enferme-

ría, etc., con una jornada laboral de 7 h al día, que atienden a la población infantil adscrita hasta los 14 años, o ambulatorios; centros en vías de desaparición tras la reforma sanitaria, sin atención sanitaria continuada, integrado por médicos generales o pediatras que atienden a la población infantil adscrita hasta los 7 años, con un horario laboral de 2 h al día), adhesión al programa del niño sano, estado de vacunación, considerándolo completo cuando se cubrió en un período inferior a 2 meses desde la fecha correcta de vacunación por alguna incidencia razonada y justificación de la urgencia. Se consideró justificada la urgencia que había sido remitida por otro profesional sanitario, la que precisó alguna exploración complementaria no disponible en atención primaria, la que requirió ingreso, así como la que necesitó permanecer en observación en urgencias. De igual modo se recogieron otras variables: hospitalizaciones previas, nivel cultural y edad de los progenitores, aportaciones económicas a la unidad familiar y principales diagnósticos (según la clasificación de grupos de enfermedades de la WONCA)⁸.

Se realizó un estudio descriptivo de las variables y posteriormente un análisis bivariable utilizando la chi-cuadrado (χ^2) para la comparación de proporciones y el test de la t de Student para datos independientes en la comparación de medias. Se desecharon para el análisis estadístico los niños pertenecientes a otros grupos étnicos que no fueran el caucásico o el gitano.

RESULTADOS

La mediana de edad de la muestra fue de 24 meses siendo la media de edad de 40,4 (DE \pm 32,8) meses para los gitanos y 46,2 (DE \pm 37,1) meses para el resto de la población. Fueron de etnia gitana el 16,4% ($n = 69$) de los niños y caucásicos el 76,2% ($n = 320$). Entre otros grupos étnicos se encontró el 1,4% ($n = 6$) de magrebíes, el 2,9% ($n = 12$) caucásicos procedentes del resto de Europa y el 3,1% ($n = 13$) pertenecientes a otros colectivos, fundamentalmente latinoamericanos.

Se encontraron diferencias estadísticamente significativas ($p < 0,0001$) en la media de edad tanto de los padres, que fue de 34,5 años (DE \pm 6,03) para los caucásicos frente a 30,31 años (DE \pm 7,28) para los gitanos, como de las madres cuya media de edad fue de 32,6 (DE \pm 5,6) en el caso de las caucásicas y de 27,2 años (DE \pm 6,77) en las madres gitanas.

Como se aprecia en la tabla 1, no se produjeron diferencias étnicas en el número de niños remitidos desde los centros de atención primaria, pero sí en el tipo de asistencia primaria recibida. De los niños caucásicos el 65,2% eran atendidos regularmente en centros de salud respecto al 31,9% de los gitanos ($p = 0,0006$) mayoritariamente atendidos en ambulatorios.

Mientras que el 96,7% de los niños de etnia caucásica asistían a las revisiones protocolizadas en el programa del

niño sano, el 26,1% de niños gitanos no habían acudido a ninguna y el 15,9% habían acudido a alguna revisión ($p < 0,0001$).

El 18,8% de los niños gitanos no habían recibido ninguna vacuna (excepto la primera dosis de la vacuna de la hepatitis B administrada en los nacidos en el hospital) y el 14,4% tenía una vacunación incompleta, frente al 2,8% de los niños caucásicos con estado de vacunación deficiente, no encontrando ningún niño de este grupo que no hubiese recibido ninguna vacuna ($p < 0,0001$). En este apartado no se observaron diferencias en relación con el sexo de los niños.

El 31,9% de los niños gitanos que acudieron al servicio de urgencias habían sido hospitalizados en alguna ocasión respecto al 18,6% de los niños caucásicos ($p = 0,04$).

No se produjeron diferencias entre ambos grupos respecto al porcentaje de consultas justificadas.

En cuanto al número de ingresos que resultó de la atención en urgencias, ingresaron el 11,6% de los niños gitanos frente al 1,9% de los niños caucásicos ($p < 0,0001$).

En ambos casos acudían mayoritariamente con las madres: el 60,9% ($n = 42$) de los niños gitanos y el 46,9% ($n = 150$) en los caucásicos ($p = 0,1$).

Respecto al nivel cultural de los padres (tabla 2), no hubo ningún gitano adulto que hubiera cursado estudios universitarios. Eran analfabetas el 30,4% de las mujeres gitanas y el 15,9% de los varones frente al 0,6 y 0,3%, respectivamente, en los caucásicos ($p < 0,0001$).

En la tabla 3 se observa cómo la mayoría de las familias estaban mantenidas económicamente por los padres, pero se encuentra una proporción desigual entre las demás variables: el 8,7% de las familias gitanas dependían de las aportaciones realizadas exclusivamente por la madre frente al 1,9% de las madres caucásicas; en el 44% de las familias caucásicas trabajaban ambos miembros frente al 13% de las gitanas. El 10,1% de estas últimas dependían de salarios sociales ofrecidos por las diferentes administraciones, frente al 0,9% de las familias caucásicas ($p < 0,0001$).

En lo que respecta a los diagnósticos al alta (fig. 1) también se observaron diferencias significativas entre ambos grupos étnicos. El diagnóstico más frecuente fueron las infecciones de vías respiratorias superiores: 26% ($n = 72$) en el caso de los caucásicos y del 32% ($n = 20$)

TABLA 1. Resumen de las características demográficas y sanitarias de los niños incluidos en el análisis estadístico

	Gitanos (n = 69)		Caucásicos (n = 320)		Significación
	Número	Porcentaje	Número	Porcentaje	
Edad (mediana)	24 meses		24 meses		NS*
Sexo					
Niños	45	65,2	184	57,5	NS*
Niñas	24	34,8	131	40,9	NS*
Centro de salud	22	31,9	210	65,2	$p = 0,0006^{**}$
Ambulatorio	47	68,1	110	34,8	
Revisiones					
Todas	40	58	309	96,7	$p < 0,0001^{**}$
Algunas	11	15,9	5	1,5	
Ninguna	18	26,1	5	1,5	
Vacunas					
Completa	46	66,6	311	97,2	$p < 0,0001^{**}$
Falta alguna	10	14,4	9	2,8	
Ninguna	13	18,8	0		
Hospitalización	22	31,9	59	18,6	$p = 0,04^{**}$
Ingreso	8	11,6	6	1,9	$p < 0,0001^{**}$

*t de Student.

** χ^2 .

NS: no significativo.

en los niños gitanos. El 16,1% ($n = 10$) de los niños gitanos fueron atendidos por procesos provocados por agentes ambientales frente al 6,9% ($n = 19$) de los caucásicos ($p = 0,014$).

Se realizó algún tipo de exploración complementaria al 22,4% de los niños ($n = 90$) de los cuales el 20,3% ($n = 14$) fueron gitanos y el 22,9% ($n = 70$) caucásicos ($p > 0,05$). La exploración más solicitada fue la radiografía simple (de tórax, abdomen, miembros, etc.) 17,2% ($n = 69$), seguido del hemograma y la bioquímica en el 6,2% ($n = 25$).

DISCUSIÓN

El Hospital General Universitario de Alicante se halla situado en un lugar próximo a barrios marginales, construidas al principio de la década de los años setenta y habitadas en la actualidad mayoritariamente por gitanos e inmigrantes, lo cual podría explicar en gran medida la importante proporción que ocupa la población gitana res-

TABLA 2. Características culturales de los progenitores según sexo y etnia

	No sabe leer ni escribir		Sabe leer y escribir		Estudios primarios		Bachillerato o FP		Universitarios	
	Número	Porcentaje	Número	Porcentaje	Número	Porcentaje	Número	Porcentaje	Número	Porcentaje
Caucásicas	2	0,6	11	3,4	165	50,9	105	32,8	35	12,2
Gitanas	21	30,4	30	43,5	18	26,1	0	0	0	0
Caucásicos	1	0,3	7	2,2	184	58,4	75	23,8	48	15,2
Gitanos	11	15,9	39	56,5	16	23,2	3	4,3	0	0

Se encontró una diferencia estadística ($p < 0,0001$) en todas las categorías al aplicar la χ^2 .

TABLA 3. Características demográficas y económicas de las familias según grupo étnico

	Gitanos		Caucásicos	
Edad				
Padres*	30,31 ± 7,28		34,3 ± 6,03	
Madres*	27,21 ± 6,77		32,06 ± 5,6	
Aportaciones económicas**				
	Número	Porcentaje	Número	Porcentaje
Sólo el padre	45	65,2	165	51,9
Sólo la madre	6	8,7	6	1,9
Ambos	9	13	140	44
Otros miembros	2	2,9	4	1,3
Salario social	7	10,1	3	0,9

*p < 0,0001; t de Student.

**p < 0,0001; χ^2 .

pecto al total de las consultas atendidas, dentro de la población alicantina.

Procedentes del nordeste de la India, se calcula que en nuestro país vivían en 1997 aproximadamente 500.000 personas de esta etnia y, a pesar de su elevado número, de ellos apenas si se encuentran referencias en las revistas médicas⁶. Se trata por lo tanto de un colectivo que generalmente vive en condiciones de marginación social y persecución, que por lo habitual no se ha tenido en cuenta al elaborar programas de salud, en muchos casos por temor a estigmatizar aún más a este colectivo^{6,9}.

Es importante destacar que la atención primaria asignada a estas zonas se lleva a cabo en ambulatorios, con las consecuencias que esto entraña; presencia del médico tan sólo durante 2 h, profesionales no especializados ni dedicados a la atención primaria, ausencia de historias clínicas

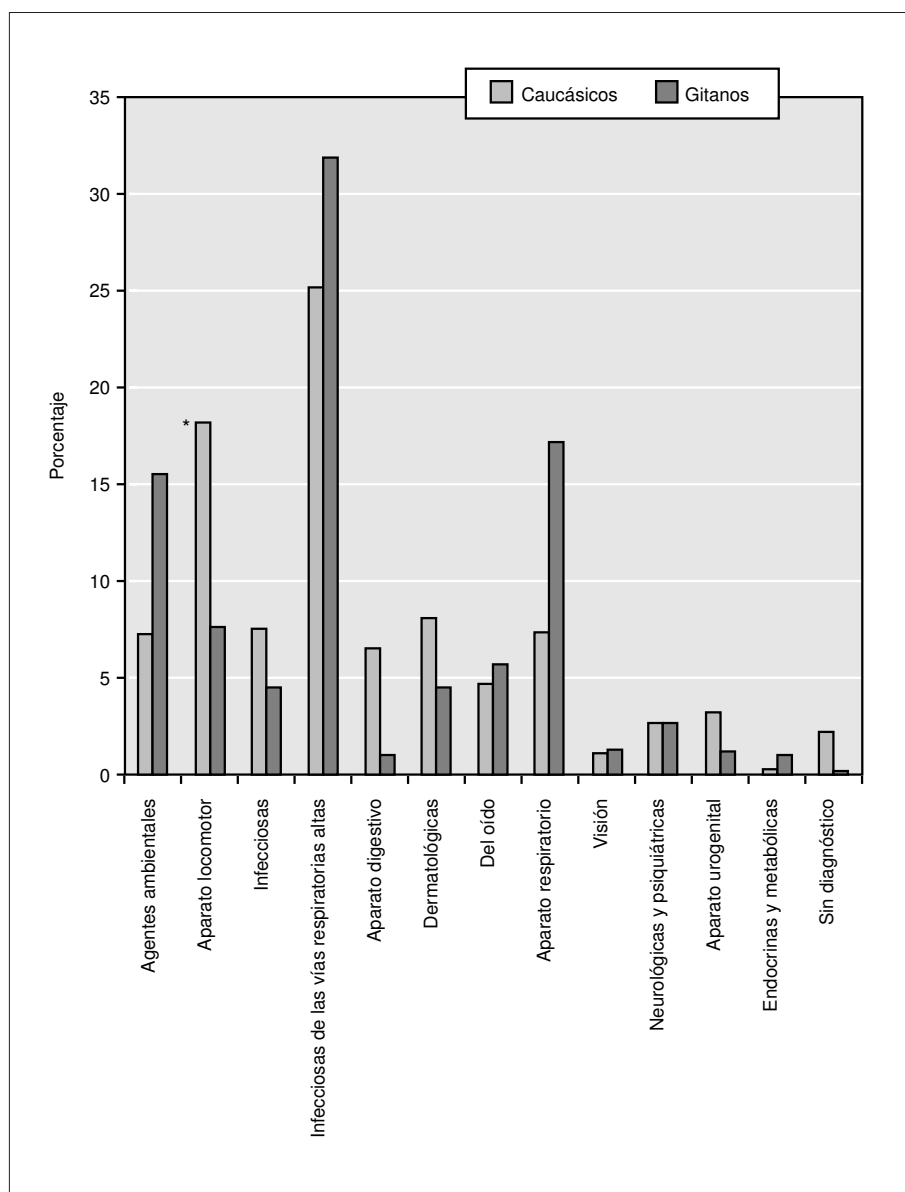


Figura 1. Distribución de diagnósticos al alta según la clasificación por grupos de enfermedades de la WONCA⁸ y diferencias étnicas. *p = 0,014.

ni protocolos de promoción de la salud, etc. Puede pensarse que todo ello no supone un estímulo positivo para realizar actividades preventivas. A pesar de esto, no se han observado diferencias en el número de consultas justificadas entre los niños atendidos en este tipo de centros y los que acuden a centros incluidos en el nuevo modelo de atención primaria.

Si se parte de la base de que para evitar la circulación del virus salvaje del sarampión se precisa de una cobertura vacunal del 95% entre los 15 meses y los 15 años de edad¹⁰, nuestro estudio pone de manifiesto que el número de niños gitanos que han recibido dos dosis de esta vacuna, teniendo en cuenta la distribución por edades y el calendario vacunal vigente en nuestra comunidad en la fecha de nuestro estudio, es del 68,2%, es decir, nos hallamos ante un importante grupo de alto riesgo sanitario.

Resulta sorprendente el gran número de niños gitanos que han sido hospitalizados en alguna ocasión. Esto podría explicarse por las precarias condiciones sanitarias en que viven, que podrían favorecer la aparición de enfermedades; y por otro lado, por el temor de los profesionales a que en su ambiente esas enfermedades no reciban los cuidados adecuados y, finalmente, por el hecho de que en muchos casos los profesionales sanitarios rehuyen el enfrentamiento con familias conflictivas. Así, encontramos una diferencia significativa entre el número de pacientes de etnia gitana que ingresó durante el período de estudio frente a los niños de etnia caucásica, a pesar de encontrar una baja tasa global de hospitalización.

El nivel cultural de las familias de los niños atendidos es similar al publicado por Cabedo García⁶, destacando el alto nivel de analfabetismo entre las mujeres gitanas. Según la clasificación de la ONU, el 73,9% de éstas se clasificaría como analfabetas y analfabetas funcionales, sin encontrarse entre ellas ninguna que haya superado los estudios primarios. Así, se han observado tasas de analfabetismo similares a las de algunos países africanos (según datos de la UNESCO)¹¹.

El número de familias gitanas que dependían de salarios sociales representa un elevado porcentaje no sólo dentro del grupo étnico, sino en el total de la población. Esto no significa que los padres que percibían un salario social no realizasen alguna ocupación, asimismo, los gitanos se dedican habitualmente a actividades como el charreo, la venta en mercados o el espectáculo, pero éstas no se consideraron en nuestro cuestionario.

No se han percibido diferencias en el número de pruebas diagnósticas realizadas en los dos grupos, resolviéndose la mayoría de las consultas sin necesidad de realizar ninguna. Pero sí la hallamos en las diferentes incidencias de las distintas enfermedades. De forma que, a pesar de ser las infecciones de vías respiratorias altas el principal grupo diagnóstico, la incidencia de procesos provocados por los agentes ambientales (heridas, tóxicos,

etc.) ocupa un grupo importante dentro de los diagnósticos realizados en los niños gitanos, que podrían estar relacionadas con un ambiente sociocultural desfavorable según podría inferirse de los resultados económicos y culturales obtenidos en nuestro estudio.

Nuestra investigación supone una aproximación a ciertas características sanitarias y sociales de la población infantil gitana en relación con la no gitana, pero no se ha encontrado información similar en la bibliografía revisada, hallando apenas referencias similares en población adulta^{6,12-14}.

Creemos que es necesario diferenciar las diversas realidades del pueblo gitano y, en este sentido, se diferencian dos situaciones en la actualidad, sin que supongan una categorización inamovible. La primera se refiere a un colectivo asentado, con un trabajo estable y una buena adhesión a los programas preventivos y de promoción de la salud. El segundo responde a una población con un bajo nivel cultural y una bajísima interacción con los centros de atención primaria de salud. Esta última situación requiere para su reforma de unas propuestas globales urgentes^{9,15}.

En conclusión, este estudio pone de manifiesto la existencia de un colectivo con importantes carencias sanitarias en lo referente a la atención infantil preventiva y de adhesión hacia los centros de atención primaria, de este modo, cuando se produce la demanda de salud recurre a los servicios de urgencias.

BIBLIOGRAFÍA

1. Alberola V, Rivera F. La atención primaria como determinante de la utilización del servicio de urgencias hospitalario. *Aten Primaria* 1994; 14: 825-828.
2. Marco MT, Rodríguez M, Gobierno J, González T, Cabrera A, Pérez L. Accesibilidad a las urgencias pediátricas hospitalarias: Distancia y medios diagnósticos. *Aten Primaria* 1994; 14: 873-876.
3. Antón MD, Peña JC, Santos R, Sempere E, Martínez J, Pérula LA. Demanda Inadecuada a un servicio de urgencias pediátrico hospitalario: factores implicados. *Med Clin* 1992; 99: 743-746.
4. Paricio JM, Tomas M, Collar JI, Silgo E, Muñoz MJ, Genovés A et al. Cuatro años de urgencia pediátrica. Relación de su incremento y de la iniciativa propia en el número de exploraciones complementarias e ingresos hospitalarios. *An Esp Pediatr* 1991; 35: 229-231.
5. Gago C, Ania BJ, Luque M, Asenjo M, Poch J. Demanda urgente de asistencia pediátrica hospitalaria: estudio de 4.858 casos atendidos en el servicio de urgencias de un hospital infantil. *An Esp Pediatr* 1990; 32: 99-104.
6. Cabedo VR, Ortells E, Baquero L, Bosch N, Montero A, Nacer A. Cómo son y de qué padecen los gitanos. *Aten Primaria* 2000; 26 (1): 21-25.
7. Marrugat J, Vila J, Paesi M, Sanz F. Estimación del tamaño de la muestra en la investigación clínica y epidemiológica. *Med Clin* 1998; 111: 267-276.

8. Clasificaciones de la WONCA en Atención Primaria. Barcelona: Masson, 1988.
9. San Román T. La diferencia inquietante. Viejas y nuevas estrategias culturales de los gitanos. Madrid: Siglo XXI, 1997.
10. Forés MD, Batalla C. Inmunizaciones. En: Martín Zurro A, Cano Pérez JF, eds. Atención Primaria: conceptos, organización y práctica clínica. Madrid: Harcourt & Brace, 1999; 505-540.
11. La crisis de la educación en el mundo. Dossier UNESCO; www.unesco.org/courier/2000_03/sp/dossier/txt03.htm.
12. Ginter E. Governments and Roma Communities must help to improve outlook for gypsies (letter). Br Med J 1998; 316: 1824.
13. Cámara C, Pérez A, Quesada P, Sánchez E. Intervención con agentes de salud comunitarios en programas de inmunizaciones en la comunidad gitana. Aten Primaria 1994; 13: 415-418.
14. Mckee M. The health of gypsies. Br Med J 1997; 315: 1172-1173.
15. Méndez C, Ramírez S. Gitanos: contextos, trayectorias y salud. FMC 1999; 6: 213-217.