



ORIGINAL

Expectativas y experiencias de uso de las mujeres gitanas mayores ante los servicios sanitarios de atención primaria



Antonio Jesús Ramos-Morcillo^{a,*}, María Ruzafa-Martínez^a,
Serafín Fernández-Salazar^b y Rafael del-Pino-Casado^c

^a Facultad de Enfermería, Universidad de Murcia, Murcia, España

^b Hospital de Alta Resolución Sierra de Segura, Agencia Sanitaria Alto Guadalquivir, Puente de Génave, Jaén, España

^c Facultad de Ciencias de la Salud, Universidad de Jaén, Jaén, España

Recibido el 24 de marzo de 2014; aceptado el 13 de mayo de 2014

Disponible en Internet el 23 de agosto de 2014

PALABRAS CLAVE

Gitanos;
Mujer;
Anciano;
Etnia;
Atención primaria;
Estudio cualitativo

Resumen

Objetivo: Conocer las expectativas y las experiencias de uso de las mujeres gitanas mayores ante los servicios sanitarios de atención primaria (AP).

Diseño: Estudio cualitativo fenomenológico. Uso de grupos focales (4-9 mujeres/grupo) y entrevistas semiestructuradas. Registradas en audio. Realizadas entre marzo y noviembre de 2011.

Emplazamiento: Estudio realizado en Úbeda y Linares (España).

Participantes y contexto: Mujeres gitanas de más de 50 años. Muestreo intencional con criterio de segmentación de edad y zona de residencia. Captación a través de líderes comunitarias.

Método: Proceso de análisis cualitativo de contenido: codificación, triangulación, obtención y verificación de resultados. Apoyado con el software Nvivo 8.

Resultados: Se realizaron 3 grupos focales y 4 entrevistas, incluyéndose 23 mujeres. Las expectativas ante la AP se dirigen exclusivamente a su médico, siendo invisibles otros profesionales. Quieren una relación con su médico basada en la confianza. En sus experiencias de uso de la AP conviven 3 tipos de uso: acuden a sus citas, demandan atención solo ante patología aguda y no acuden a citas y revisiones. Existen elementos socioculturales relacionados con la accesibilidad.

Conclusiones: Las mujeres gitanas mayores plantean sus expectativas y experiencias en los servicios de AP alrededor del binomio enfermedad/médico. Esperan una atención basada en la confianza y con una alta instrumentalización. Se observa un discurso con signos de cambio dirigidos hacia una participación más activa y reivindicativa en los servicios de AP.

© 2014 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/>).

* Autor para correspondencia.

Correos electrónicos: ajramos@um.es, antoniojesusra@gmail.com (A.J. Ramos-Morcillo).

KEYWORDS

Gypsies;
 Women;
 Elderly;
 Ethnic group;
 Primary care;
 Qualitative study

Expectations and user experiences of older Roma women with health services in primary care

Abstract

Objective: To know the expectations and user experiences of older Roma women with health services in primary care (PC).

Design: Phenomenological qualitative study. Using focus groups (4-9 women/group) and semi-structured interviews. Audio recorded from March to November 2011.

Location: Performed in Úbeda and Linares (Spain).

Participants and setting: Roma women over 50 years. A purposive sample stratified by age and area of residence was carried out. Women were recruited through community leaders.

Method: Process of qualitative content analysis: coding, triangulation, obtain and verify results. Supported with the software Nvivo 8.

Results: Three focus groups and four interviews were conducted, including 23 women. The expectations for the PC are focused exclusively on their physician, being invisible other professionals. They look for a relationship with their physician based on trust. In their user experience with the PC coexist three types of user: who goes to their appointments, demands attention only in acute disease and does not attend appointments and reviews. There are socio-cultural factors related to accessibility.

Conclusions: Older Roma women set their expectations and experiences with health service in PC around the binomial disease/physician. Expect attention based on trust and a high instrumentalization. A speech with signs of change directed towards a more active and demanding participation in PC services is observed.

© 2014 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 comunidad gitana constituye la principal minoría étnica en España. Su población, aunque con estimaciones imprecisas, oscila entre 700.000 y 970.000 personas¹, y su salud no ha sido un tema específico de análisis hasta fechas relativamente recientes^{2,3}, a pesar de que los escasos datos existentes indican que tiene una mayor mortalidad infantil⁴ y una esperanza de vida muy por debajo de la media de la población general⁵.

Distintos autores señalan una apremiante necesidad de investigación, que debe estar relacionada con la percepción que posee la comunidad gitana de los sistemas de atención sanitaria y de los profesionales sanitarios, e incluso se propone el uso de un enfoque cualitativo para la misma⁶. Dicha necesidad está justificada porque el estudio de las expectativas en distintos grupos sociales es un aspecto básico en la mejora continua para aspirar a la calidad total y a la excelencia de los servicios sanitarios⁷. Además, los grupos menos privilegiados, que tienen una mayor carga de enfermedad, tienden a utilizar menos los servicios de salud si la accesibilidad al sistema no les es favorable⁸.

Por otro lado, debemos tener presente que el sistema sanitario posee un importante potencial en la reducción de las desigualdades sociales en la salud⁹ y que actuaciones sobre el mismo evitarían desigualdades en la atención sanitaria¹⁰. Concretamente, los sistemas de salud en los que la atención primaria (AP) tiene un rol central consiguen mayor nivel de salud de la población y menos desigualdades¹¹.

Además, atendiendo a los principales ejes de desigualdad (clase social, género, edad, etnia y territorio de

residencia)¹², las mujeres mayores gitanas son especialmente vulnerables¹³. A ello se suma que, en los hogares más pobres, la responsabilidad de los cuidados informales de salud recae en las mujeres, y entre ellas en las de más edad, debido principalmente a la carencia de ingresos y a la continuidad existente entre las labores domésticas y los cuidados de salud⁴.

Una vez conocido que las mujeres mayores gitanas reúnen todos los ejes de desigualdad descritos en la literatura, que desde la AP se puede contribuir a reducir dichas desigualdades y la necesidad existente de investigar la percepción de la comunidad gitana sobre su asistencia sanitaria, se decidió llevar a cabo este estudio con el objetivo de conocer las expectativas y las experiencias de uso de las mujeres gitanas mayores ante los servicios sanitarios de AP.

Participantes y métodos**Diseño**

Estudio cualitativo de carácter fenomenológico, adecuado para conocer las expectativas y las experiencias de este grupo social, y de tipo explicativo, ya que describe y enumera los aspectos que configuran el fenómeno, así como la interrelación que mantienen los mismos.

Muestra, participantes y/o contexto

Los sujetos de estudio eran mujeres mayores, pertenecientes a la etnia gitana y con una relación con los servicios

Tabla 1 Guión de la entrevista para los grupos focales

1. <i>Saludo al grupo</i>
2. <i>Introducción</i> Queremos saber vuestra opinión acerca de cuándo vais al «ambulatorio». Se trata de que aportéis vuestras opiniones. Me gustaría dejar claro que todas las opiniones sirven, así que os animo a que participéis. (Detallar los aspectos éticos de la investigación y obtener conformidad por parte de todas las participantes)
3. <i>Cuerpo de preguntas</i> Me gustaría que habláramos de los motivos por los que acudís al ambulatorio. ¿Por qué vais? ¿Iráis al ambulatorio por otras causas que no fueran las que habéis comentado? ¿Cuáles? ¿Hay alguna razón por la que no vayáis o vayáis menos? ¿Qué es lo que más os gusta cuando os atienden? ¿Y lo que menos? Cuando habéis tenido que ir al ambulatorio, ¿qué esperabais? Me gustaría que hablarais del funcionamiento del ambulatorio. ¿Qué os parece? ¿Pensáis que hay cosas que no funcionan bien? Si vosotras «mandarais», ¿cómo pondríais el ambulatorio? ¿Cómo lo organizaríais? Vais al médico a... a la trabajadora social a... a la enfermera a... al dentista a...
4. <i>Cierre</i> Os agradecemos mucho vuestro tiempo y vuestra colaboración. Vamos a terminar y nos gustaría que comentarais alguna cosa más si alguna queréis

sanitarios de la zona donde residen superior a un año. La OMS entiende como mujer mayor a la que tiene una edad superior a 50 años¹⁴. Además, debemos tener presente que la mujer gitana presenta un rápido envejecimiento².

Se realizó un muestreo intencional. Como criterios de segmentación, para dotar a los discursos de mayor riqueza, se tuvieron en cuenta la edad (50-65 y > 65 años) y la zona de residencia (Úbeda y Linares [Jaén, España]).

La recogida de datos se realizó entre marzo y noviembre de 2011, mediante 3 grupos focales, para comprender por qué y cómo las mujeres gitanas piensan o sienten de la manera que lo hacen¹⁵. Además se realizaron 4 entrevistas semiestructuradas, dirigidas a alcanzar la saturación en aspectos determinados.

Se contactó con las líderes comunitarias del tejido asociativo gitano, explicándoles los objetivos de la investigación y los perfiles ideales de mujeres. Conjuntamente se realizó una adaptación de las preguntas del guión (tabla 1), diseñando preguntas muy básicas y empleando en ocasiones términos imprecisos (p. ej., «ambulatorio» en lugar de «centro de salud»), ya que la gran mayoría de mujeres serían poco instruidas o incluso analfabetas. El guión se diseñó de tal manera que favoreciera la participación de todas las mujeres, partiendo de lo general a lo concreto para facilitar un clima de confianza, y con la flexibilidad suficiente para permitir nuevas preguntas ante la aparición de temas emergentes.

Tabla 2 Características de la recogida de datos

Técnica de recogida de datos	Número de participantes	Duración	Edad
Grupo focal 1	6	1 h y 3 min	Entre los 52 y los 64 años
Grupo focal 2	9	1 h y 6 min	Entre los 46 y los 70 años
Grupo focal 3	4	1 h y 4 min	Entre los 58 y 62 años
Entrevistas (4)	1	- 37 min - 54 min - 1 h y 2 min - 25 min	69 años 50 años 51 años 67 años

El propio tejido asociativo gestionó la realización de los grupos focales en sus sedes sociales y sirvieron como porteras en las entrevistas. Los grupos y entrevistas solo fueron grabados en audio, por recomendación de las líderes comunitarias, y moderados por una persona del equipo de investigación que no participaba en su atención sanitaria directa. Para los grupos focales, un investigador (también ajeno a su atención sanitaria) se encargó de recoger en un cuaderno de campo las incidencias e impresiones en el transcurso de los grupos.

La investigación contó con la aprobación del comité de ética del Distrito Sanitario Jaén Norte. Se requirió el consentimiento verbal de todas las participantes previo a la recogida de datos.

Se realizó la transcripción literal de grupos y entrevistas¹⁶, y posteriormente, con el apoyo del programa NVivo 8, un análisis de contenido dividido en 3 fases:

1. *Fase de codificación.* Se hizo una lectura de las transcripciones para generar las primeras codificaciones sobre el texto y agruparlas en categorías. Se valoró si se había conseguido la saturación.
2. *Fase de triangulación de categorías.* Se realizó un consenso entre los investigadores sobre las categorías de análisis.
3. *Fase de obtención y verificación de resultados.* Se realizó un análisis de contenido en sus niveles pragmático, semántico y sintáctico.

Resultados

Se obtuvo información de 23 mujeres. La duración media de los grupos focales fue de 65 min, y la de las entrevistas, de 55 min (tabla 2).

Del análisis de los datos se obtuvieron 3 categorías (tabla 3), que se detallan a continuación. En el anexo disponible en la versión electrónica se ha incluido, como material adicional, una tabla más extensa con verbatim asociados a las subcategorías.

Tabla 3 Categorías y subcategorías

Categoría	Subcategoría
Expectativas ante la AP	<ul style="list-style-type: none"> • Relativas a su relación con el médico • Relacionadas con la intervención clínica • Relacionadas con el resto de perfiles profesionales de AP
Experiencia en el uso de la atención primaria y propuestas de mejora	<ul style="list-style-type: none"> • Relacionadas con sus motivos de demanda • Relacionadas con los profesionales • Relacionadas con la organización de los servicios • Relacionadas con el resto de usuarios • Relacionadas con la continuidad de la atención
Elementos socioculturales relacionados con la accesibilidad a la AP	<ul style="list-style-type: none"> • Relacionados con el rol de género, más funciones de soporte familiar • Relacionadas con la construcción de la enfermedad • Relacionadas con aspectos culturales gitanos

AP: atención primaria.

Expectativas ante los servicios sanitarios de atención primaria

El colectivo espera que los médicos sean amables, cariñosos y cercanos; que exista una relación de confianza, cierto contacto físico, que se preocupen por ellas, que las escuchen y que las animen.

«Yo me gustaría que:: el médico que nos toque que:: sea simpático que sea agradable, que:: apunte, o sea que nos trate bien.» GF3

Esperan una alta instrumentalización de las intervenciones clínicas (médicas), que se basen en múltiples pruebas diagnósticas y en la derivación constante al especialista, y ser atendidas por parte del colectivo médico ante cualquier tipo de dolencia.

«Claro:: pues si te sientes mal, pues ya le dices al médico que te mande al especialista para hacerte pruebas.» GF1

«Y él [el médico] nada más: "y que tienes que andar y que tienes que andar y que no tienes que coger kilos".» GF1

A excepción del médico, el resto de perfiles profesionales están prácticamente ausentes. Solo cuando se les pregunta por ellos se les vincula con tareas específicas y concretas.

«Entrevistador:»—¿Tú vas alguna vez al "practicante" para algo?

«—Cla::ro, vamos cuando tenemos una herida, que tenemos que ir a curar, pues vamos; para otra cosa ¿para qué voy a ir?» GF1

Experiencias en el uso de la atención primaria y propuestas de mejora

En relación con sus motivos de demanda, refieren un uso vinculado al control de síntomas y tratamiento de enfermedades crónicas (dolor/hipertensión/diabetes/ansiedad).

«Pues si nos duele algo, tenemos que ir <...>. Yo por la tensión <...>. Yo voy porque ten:: soy diabética; me pincho dos veces <...>» GF3

En relación con los profesionales, perciben que algunos médicos no les dedican tiempo suficiente. A veces no solicitan consulta médica porque no son comprendidas y en ocasiones no encuentran a su médico de siempre. Les gustaría que la consulta médica fuera siempre con su médico de referencia y no con sustitutos u otros médicos de plantilla fija. Afirman que no han sido discriminadas por parte de los profesionales sanitarios y les gustaría ser tratadas con respeto, humildad y atención.

«Señora, es que yo no me puedo parar tanto tiempo.» GF1

«Yo hay veces que no voy porque los médicos no me entienden <...>» GF1

«No hay números libres y te lo dan para otros sitios <...>» GF3

En relación con la organización de los servicios, les gustaría que existiera disponibilidad para consulta médica sin demora, o bien en el día o para el siguiente día, y una gestión eficaz del tiempo. Desean que no ocurran «consultas evitables» y que exista una especial atención a los niños.

«Yo quiero por ejemplo que me den el número para mañana, porque lo necesito para mañana /» GF3

«Cuando mi médico ha estado de vacaciones, yo he tenido que recoger los análisis <...> [...] no te lo da <...> / =<...> hasta que no <...> "cuando venga tu médico".» GF3

«Vas con un niño y te tiras allí un montón de rato, con el pobre malo y al final te dicen: "Ve y pide de guardia".» GF1

Les gustaría que les fueran expedidas recetas en horario de «urgencias». Conocen que pueden cambiarse de médico si no están contentas con su atención. Expresan una falta de proactividad de los profesionales hacia su participación en actividades comunitarias. Para solventar muchos de los problemas mencionados proponen contratar más médicos y tener más aparataje.

«Si vas al médico te mandan receta y si vas a urgencias no te dan receta <...>» GF2

«Pues cámbiate a otro y ya está.» GF3

«Pocas, allí vas a lo normal, vas mal, te atienden, te miran pero de hacer..., por lo menos conmigo no han hecho nada. Han dado a lo mejor una charla de decir <...> o una reunión, no.» E3.

En relación con el resto de usuarios y el uso e interacción en los espacios comunes de los centros, indican que a veces

se sienten rechazadas.

«Pues:: había en la sala de espera varias personas [...] han sido amables [...] han empezado a hablar, muy simpáticas y habían otras que han tenido la cara de la una y media/» GF3

En relación con la continuidad de la atención, describen 3 situaciones que conviven a la vez: 1) mujeres que recuerdan y acuden a sus citas; 2) mujeres que demandan atención cuando se encuentran mal y utilizan el «ambulatorio» en horario de urgencia, y 3) mujeres que no acuden a citas y revisiones.

«No, no se me suele olvidar.» GF3

«Cuando [...] yo me pongo mala para la tensión, voy a lo mejor de guardia, aquí al ambulatorio.» GF3

«Y no vamos a revisiones, ni vamos a nada <...>» GF3

Elementos socioculturales relacionados con la accesibilidad a la atención primaria

En relación con el rol de género y las funciones de soporte familiar, la mujer gitana antepone sus obligaciones de cuidado, así como de sustento económico y familiar, a la demanda de atención clínica.

«Tenemos muchas cosas que hacer <...> tenemos muchos nietos que cuidar <...> tenemos muchos hijos y las que menos nos miramos somos nosotras<...>» GF3

En relación con la construcción de la enfermedad, expresan que, cuando se encuentran bien, no demandan atención, y que a veces no acuden a determinados servicios porque les da miedo obtener un resultado negativo. Así lo reconocen para ciertas revisiones y para la toma seriada de valores de tensión arterial y glucemia.

«Digo: "me encuentro bien, ¿para qué voy a ir?"» GF1

«A lo mejor me mandan la carta y digo: "¡Si yo no tengo esto!" [...] ¡Soy muy cagona!» GF2

«Sí me han propuesto, me han dicho que vaya de mes a mes, que vaya para tomarme la tensión.» GF2

El colectivo entiende la enfermedad como algo grave y demanda una atención rápida. Esperan que la persona encargada de dar registro y número de orden en la atención se ponga en contacto con el médico y que este las atienda rápidamente (según este criterio de gravedad).

«Ese es el que tiene que <...> cuando una persona está mala, lleva una tensión alta [...] está bastante grave/, entonces esa persona que está ahí para dar los números [...], es ese el que tiene que meterte para dentro. Hacerle entender que el médico <...> llamar al médico que hay una persona que está mala, y que no puede esperar.» GF1

En relación con aspectos culturales gitanos, una mujer detecta que los profesionales médicos y de enfermería no conocen la cultura gitana y que deberían conocerla.

«Tenemos [...] una cultura que es diferente, aunque luego pa' la hora de convivir juntos no nos tropiece una cosa con otra, que no tiene por qué [...] y es evidente

y si hay cosas que... que si deberían tener conocimiento por lo que es los médicos y los enfermeros.» E3

Discusión

Para las mujeres mayores gitanas existe una fuerte asociación entre estar enferma y ser atendida por el médico. Este binomio enfermedad/médico es una idea central que configura sus expectativas y experiencias de uso en la AP. Tienen una alta expectativa de conseguir una relación basada en la confianza con el médico y esperan que este se preocupe de ellas, desplazando la responsabilidad de su salud hacia él. Esto produce una dependencia del sistema sanitario, así como una gran pasividad ante la modificación de estilos de vida. Estos resultados coinciden con los de otros estudios^{17,18}. Este posicionamiento de las mujeres gitanas en su relación con el médico puede verse potenciado y perpetuado con los resultados obtenidos por Verlinde et al.¹⁹, que indican que a los pacientes con clase social más baja se les realiza una anamnesis más biomédica, un estilo de consulta más directivo y una menor toma de decisiones compartidas.

Las mujeres gitanas poseen expectativas relacionadas con una alta instrumentalización de las intervenciones médicas y que estas estén basadas en multitud de pruebas diagnósticas, restando valor a las actividades preventivas y de promoción (p. ej., consejo de actividad física). Este hallazgo explicaría los resultados obtenidos por La Parra et al.², que indican que la población gitana tiene un nivel alto de consultas médicas relacionadas con el diagnóstico y/o tratamiento y más bajo en consultas médicas para aspectos preventivos.

El binomio enfermedad/médico es tan importante que el resto de perfiles profesionales y las actividades que ellos proveen están prácticamente ausentes en su discurso. La traducción práctica de este hallazgo es que una parte de la cartera de servicios de AP no es utilizada por este colectivo.

Las mujeres gitanas esperan que su médico las atienda ante cualquier dolencia y señalan como motivos más frecuentes de consulta la diabetes, dolores óseos, hipertensión, ansiedad y depresión. Resultados parecidos obtiene un estudio que agrupa distintos problemas de salud en la comunidad gitana de Linares y que sitúa a la hipertensión, a los problemas y enfermedades mentales y a la diabetes entre los primeros puestos²⁰. A nivel nacional y con datos desagregados por sexo y edad, dichos problemas son mucho más prevalentes en mujeres gitanas mayores de 55 años que en población general y que en hombres gitanos².

Con respecto a las experiencias de uso de la AP, estas mujeres coinciden con la población general andaluza en una pobre valoración de algunos indicadores de calidad asistencial relacionados con la organización del centro, como «el tiempo de espera hasta entrar en consulta». Pero no coinciden con una valoración positiva ante otros indicadores relacionados con los profesionales, tales como «la información que le han dado se entendía muy bien» o «el profesional tiene disposición para escucharle»²¹. Así mismo señalan que quieren que sea su médico quien las atienda siempre, idea que afianza esta búsqueda de la confianza con su profesional médico de referencia.

En las mujeres mayores de menor edad empiezan a aparecer nuevos discursos relacionados con su participación en actividades comunitarias, cierto conocimiento de sus derechos para el cambio de médico y la necesidad de que

Tabla 4 Recomendaciones clínicas y organizacionales para mejorar la atención a las mujeres mayores gitanas

Dirigidas a los profesionales:

- Poseer competencia cultural
- Usar elementos que mejoren el establecimiento de una relación de confianza: amabilidad, cercanía, cierto contacto físico, mostrar escucha y preocupación por ellas, etc.
- Evitar una atención médica que realice una anamnesis muy biomédica, un estilo de consulta directivo y fomentar una toma de decisiones compartidas
- Aprovechar los contactos con mujeres gitanas mayores para valorar sus necesidades de salud
- Estar formados en el manejo de las desigualdades sociales en salud dentro de la consulta
- Promover la investigación de la conceptualización de la enfermedad en este colectivo

Dirigidas a las organizaciones:

- Desarrollar programas de sensibilización y formación en competencia cultural para sus profesionales, especialmente dirigidas a médicos y en las que participe población gitana en su diseño
- Diseñar programas específicos de atención al perfil de este grupo etario: mujeres mayores que pertenecen a una minoría étnica
- Diseñar estrategias que permitan el uso de la totalidad de la cartera de servicios a este colectivo
- Adquirir compromisos como impulsores de los esfuerzos para la equidad a nivel local
- Promover investigación de la conceptualización de la enfermedad en este colectivo

los profesionales sanitarios conozcan la cultura gitana. Este cambio puede constituir una pieza clave, ya que la información para la acción, la participación social y la reorientación de la atención a la salud son algunas de las líneas estratégicas en la reducción de las desigualdades sociales en salud⁹. Otro aspecto que afianza esta idea de cambio es que a mediados de los noventa la comunidad gitana demandaba atención sanitaria principalmente en situaciones de crisis o emergencia¹⁷, mientras que nuestros hallazgos muestran un cambio, conviviendo 3 tipos de continuidad de la atención en las mujeres gitanas mayores: acuden a sus citas, demandan atención solo ante patología aguda y no acuden a citas y revisiones.

Para poder diseñar mejoras en el uso y en la accesibilidad de la AP, así como estrategias preventivas y de promoción, es necesario comprender mejor cómo se construye el concepto de enfermedad en la comunidad gitana, tal como recomiendan también otros autores^{6,18,22}. El uso de los recursos sanitarios va a estar íntimamente relacionado con dicho concepto y con otros factores socioeconómicos y culturales. Fijémonos, por ejemplo, como la mujer gitana mayor antepone sus obligaciones de cuidado a su salud, o el especial interés que tienen hacia los niños, como subrayan otros estudios^{4,18,22}, o recordemos que a veces no acuden a determinados servicios porque les da miedo un posible resultado negativo.

Entre las principales limitaciones del estudio destaca que, al ser una de las pocas investigaciones en España que

estudian las expectativas y experiencias de uso de mujeres mayores gitanas ante los servicios de AP, los resultados no se han podido discutir suficientemente. Además, para una mejor comprensión de los hallazgos habríamos necesitado que el concepto de enfermedad en la comunidad gitana estuviera más estudiado. Así mismo sería importante conocer la perspectiva de los profesionales sanitarios de AP en la atención hacia dicho colectivo.

En conclusión, la AP no es ajena a las desigualdades sociales, y por tanto sus profesionales y la organización de la misma deben evitar la ley de cuidados inversos²³ e implicarse en modificar esta situación, detectando la vulnerabilidad que presentan las mujeres gitanas mayores. En la [tabla 4](#) se muestran algunas recomendaciones. Las mujeres gitanas mayores plantean sus expectativas y experiencias en los servicios de AP alrededor del binomio enfermedad/médico. Así, esperan una atención que se base en la confianza y con una alta instrumentalización. Su experiencia de uso, asociada al control de síntomas, hace que sus demandas estén relacionadas con aspectos relativos a un mejor funcionamiento y organización de la AP. Además, comienza a observarse un discurso polarizado entre mujeres mayores de menor edad y las de más edad con signos de cambio dirigidos hacia una participación más activa y reivindicativa en los servicios de AP.

PUNTOS CLAVE

Lo conocido sobre el tema

- Los grupos menos privilegiados, con más carga de enfermedad, tienden a utilizar menos los servicios de salud si la accesibilidad no les es favorable.
- Las mujeres mayores gitanas poseen todos los ejes clásicos de desigualdades sociales en salud, lo que las hace especialmente vulnerables.
- Existe una apremiante necesidad de investigación sobre la comunidad gitana relacionada con la percepción ante los sistemas de atención sanitaria y sus profesionales.

Qué aporta este estudio

- Las mujeres gitanas mayores plantean sus expectativas y experiencias en los servicios de AP alrededor del binomio enfermedad/médico.
- Esperan una atención basada en la confianza y con una alta instrumentalización. Su experiencia de uso, asociada al control de síntomas, hace que sus demandas estén relacionadas con aspectos relativos a un mejor funcionamiento y organización de la AP.
- Existe un discurso polarizado entre mujeres mayores de menor edad y las de más edad con signos de cambio dirigidos hacia una participación más activa y reivindicativa en los servicios de AP.

Financiación

Esta investigación ha recibido una subvención para la financiación de la Investigación Biomédica y en Ciencias de la Salud en Andalucía (Secretaría General de Calidad y Modernización de la Junta de Andalucía, BOJA n.º 13 [21-01-2010]).

Conflicto de intereses

Los autores declaran no tener ningún conflicto de intereses.

Anexo. Material adicional

Se puede consultar material adicional a este artículo en su versión electrónica disponible en [doi:10.1016/j.aprim.2014.05.011](https://doi.org/10.1016/j.aprim.2014.05.011).

Bibliografía

1. La Parra D, Gil-González D, Jiménez A. Los procesos de exclusión social y la salud del pueblo gitano en España. *Gac Sanit.* 2013;27:385–6.
2. La Parra Casado D. 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 Consumo y Fundación Secretariado Gitano; 2009.
3. Diagnóstico social de la comunidad gitana en España. Un análisis contrastado de la Encuesta del CIS a Hogares de Población Gitana 2007. Madrid: Ministerio de Sanidad; 2011.
4. Ferrer F. El estado de salud del pueblo gitano en España. Una revisión de la bibliografía. *Gac Sanit.* 2003;17 Supl 3:2–8.
5. Cabedo García VR, Ortells i Ros E, Baquero Toledo L, Bosch Girona N, Montero Royo A, Náchter Fernández A, et al. Cómo son y de qué padecen los gitanos. *Aten Primaria.* 2000;26:21–5.
6. Fundación Secretariado Gitano. Health and the Roma Community, analysis of the situation in Europe. Bulgaria, Czech Republic, Greece, Portugal, Romania, Slovakia, Spain. Madrid: Fundación Secretariado Gitano; 2009.
7. Ferrándiz Santos JA, Rodríguez Balo A, Albéniz Lizárraga C. Mejora continua de la calidad y la seguridad. En: Martín-Zurro A, Jodar Solá G, editores. *Atención familiar y salud comunitaria*. Barcelona: Elsevier; 2011. p. 425–50.
8. Rodríguez-Sanz M, Carrillo Santistevé P, Borrell C. Desigualdades sociales en la salud, los estilos de vida y la utilización de servicios sanitarios en las comunidades autónomas 1993-2003. Madrid: Ministerio de Sanidad y Consumo; 2006.
9. Hernández-Aguado I, Santaolaya Cesteros M, Campos Esteban P. Las desigualdades sociales en salud y la atención primaria. Informe SESPAS 2012. *Gac Sanit.* 2012;26 Supl 1: 6–13.
10. Baum FE, Begin M, Houweling TA, Taylor S. Changes not for the fainthearted: Reorienting health care systems toward health equity through action on the social determinants of health. *Am J Public Health.* 2009;99:1967–74.
11. Starfield B, Shi L, Macinko J. Contribution of primary care to health systems and health. *Milbank Q.* 2005;83:457–502.
12. Comisión para reducir las desigualdades sociales en salud en España. Propuesta de políticas e intervenciones para reducir las desigualdades sociales en salud en España. *Gac Sanit.* 2012;26:182–9.
13. Martín Lesende I. Crisis económica y vulnerabilidad social en personas mayores. *Aten Primaria.* 2014;46:55–7.
14. World Health Organization. Women, Ageing and Health: A Framework for Action. Focus on Gender. Geneva, WHO 2.007 [consultado 2 Mar 2014]. Disponible en: <http://www.who.int/gender/documents/ageing/9789241563529/en/>
15. García Calvente MM, Mateo Rodríguez I. El grupo focal como técnica de investigación cualitativa en salud: diseño y puesta en práctica. *Aten Primaria.* 2000;25:1–8.
16. Tusón Valls A. El análisis de la conversación: entre la estructura y el sentido. *Estudios de Sociolingüística.* 2002;3:133–53.
17. Gamella JF. La población gitana en Andalucía. Un estudio exploratorio de sus condiciones de vida. Sevilla: Consejería de Trabajo y Asuntos Sociales. Junta de Andalucía; 1996.
18. Méndez López C, Ramírez Hita S. Gitanos: contextos, trayectorias y salud. *FMC Form Med Contin Aten Prim.* 1999;6: 213–7.
19. Verlinde E, de Laender N, de Maesschalck S, Deveugele M, Willems S. The social gradient in doctor-patient communication. *Int J Equity Health.* 2012;11:12.
20. Solana JL. La población gitana de Linares: situación actual y evolución durante las dos últimas décadas (1989-2009). Granada: Editorial Comares; 2010.
21. Resultados y Calidad del Sistema Sanitario Público de Andalucía, edición 2012. Granada: Junta de Andalucía Granada; 2012.
22. Salud y Comunidad Gitana. Madrid: Ministerio de Sanidad y Consumo; 2005.
23. Hart JT. The inverse care law. *Lancet.* 1971;7696:405–12.