

Cómo citar este documento

Ramos Morcillo, Antonio Jesús; Fernández Salazar, Serafín; Arboledas Bellón, Josefa. Expectativas en las mujeres gitanas mayores de Linares ante los servicios sanitarios en Atención Primaria. Biblioteca Lascasas, 2010; 6(3). Disponible en <http://www.index-f.com/lascasas/documentos/lc0550.php>

EXPECTATIVAS EN LAS MUJERES GITANAS MAYORES DE LINARES ANTE LOS SERVICIOS SANITARIOS EN ATENCIÓN PRIMARIA

Autores:

Antonio Jesús Ramos-Morcillo

Enfermero. Antropólogo. Diploma de Estudios Avanzados. Servicio Andaluz de Salud. Máster en Investigación e Innovación en Salud, Cuidados y Calidad de Vida. Distrito Sanitario Jaén Norte. Jaén (España). E-mail: antonioj.ramos.sspa@juntadeandalucia.es

Serafín Fernández-Salazar.

Enfermero. Máster en Investigación e Innovación en Salud, Cuidados y Calidad de Vida. Hospital de Alta Resolución Sierra de Segura (Jaén). Empresa Pública Hospital Alto Guadalquivir.

Josefa Arboledas-Bellón.

Enfermera. Antropóloga. Máster en Investigación e Innovación en Salud, Cuidados y Calidad de Vida, Distrito Sanitario Jaén-Nordeste. Servicio Andaluz de Salud.

Éste proyecto ha sido financiado por la Consejería de Salud de la Junta de Andalucía con el Número de Expediente: PI-0407/2009. Resolución disponible en: <http://www.juntadeandalucia.es/boja/boletines/2010/13/d/updf/boletin.13.pdf>

Resumen

En las sociedades se da el hecho de que a medida que descendemos por la escala social, se va acortando la esperanza de vida y se vuelven más comunes la mayoría de las enfermedades. Entre los determinantes de salud se incluyen las conductas individuales orientadas al salud y el uso de los servicios sanitarios. Los principales ejes de desigualdad descritos en la literatura son la posición social, la edad, la raza/etnia, el territorio y el género. La OMS dentro del marco para el envejecimiento activo apela a los proveedores de servicios para conocer cuáles son los mejores modos de poner en práctica los criterios sensibles a edad y género.

Objetivo: Conocer la opinión y las expectativas respecto al uso de la Atención Primaria de un grupo social concreto en el que se aúnan los principales ejes de desigualdad, mujeres mayores de etnia gitana.

Método: Estudio cualitativo que se realizará en la ciudad de Linares (Jaén).

Participantes: mujeres gitanas de Linares mayores de 50 años. Estrategias para obtener la información: grupos de discusión. Análisis de contenido utilizando como apoyo el software NUDIST.

Palabras Clave

Gitano, Mujer, Promoción de salud, Atención Primaria, Expectativas.

Abstract. Women, old and gypsy, what to expect from primary?

In societies given the fact that as one descends the social scale, this will shorten life expectancy become more common and most diseases. Among the health determinants include individual behaviors and health guidance to the use of health services. The main areas of inequality in the literature are the position social, age, race / ethnicity, gender and territory. WHO within the framework for aging active calls for service providers to learn which are the best ways to give practice criteria for age and gender sensitive.

Objective: To ascertain the views and expectations regarding the use of primary care group particular social which combine the main axes of inequality, ethnic elderly women

gypsy.

Method: A qualitative study to be conducted in the city of Linares (Jaén).

Participants: women Linares gypsy over 50 years. Strategies to get the information: discussion groups. Content analysis using NUDIST software to support.

Key words

Gypsy, female, Health promotion, Primary care, Expectations.

INTRODUCCIÓN

La promoción de la salud constituye un proceso político y social global que abarca no solamente las acciones dirigidas directamente a fortalecer las habilidades y capacidades de los individuos, sino también las dirigidas a modificar las condiciones sociales, ambientales y económicas, con el fin de mitigar su impacto en la salud pública e individual. La promoción de la salud es el proceso que permite a las personas incrementar su control sobre los *determinantes de la salud* y en consecuencia, mejorarla.

Con la Carta de Ottawa¹ se nos indica como la Promoción de la Salud debe basarse en unos pilares fundamentales como son el reforzamiento de la acción comunitaria con la fijación de prioridades, toma de decisiones y la elaboración y puesta en marcha de estrategias de planificación. Así mismo también se nos indica que los servicios sanitarios deben tomar una orientación sensible a las necesidades culturales de los individuos respetándolas así como crear vías de comunicación entre sector sanitario y los sectores sociales.

Realmente es poco conocida la relación de la comunidad gitana con los servicios sanitarios. En la población gitana se aúnan los principales ejes de desigualdad en salud.

En todas las sociedades se da el hecho de que a medida que descendemos por la escala social, se va acortando la esperanza de vida y se vuelven más comunes la mayoría de las enfermedades.²

Los determinantes de la salud incluyen aquellos que están bajo el control del individuo, como las conductas individuales orientadas a la salud y el uso de los servicios sanitarios y otros que están fuera del control de la persona e incluyen las condiciones sociales, económicas y del entorno, así como la prestación de servicios sanitarios. Así las acciones que apoyan a las personas para que adopten y mantengan estilos de vida saludables, y que crean condiciones de vida (entornos) que apoyan la salud, constituyen elementos clave de una promoción de la salud eficaz.³ Los procesos de exclusión y marginación social limitan el acceso o la utilización que las personas hacen de los servicios sanitarios.

A su vez el uso de los servicios sanitarios contribuye a mejorar la salud de las personas y favorece su integración.⁴ Aunque en el III Plan Andaluz de Salud aparecen principios, valores y objetivos en relación con las desigualdades en salud no se traducen en propuestas de intervención encaminadas hacia su control, ni siquiera sus actuales sistemas de información recogen variables sociales que permitan explotar esos datos para realizar estudios.⁵

Los estudios dedicados a las desigualdades sociales en salud han proliferado en las últimas décadas, y han puesto de manifiesto que las mujeres, la población de menor nivel socioeconómico o las áreas con mayor privación material presentan unos indicadores de salud que denotan una peor situación.⁶

Los sistemas de estratificación social que más afectan a la salud en Andalucía son la clase social, el género y la etnia, que condicionan a través de la educación, la ocupación y el salario el acceso a recursos materiales, conductuales y psicosociales que a su vez determinan la salud de los individuos.⁵

El London Observatory of Health⁷ nos indica como el género, zona geográfica, edad y pertenencia a un grupo étnico y/o socioeconómico constituyen los principales ejes del espectro de inequidad en salud que tendrán como traducción en términos de resultados en salud el incremento o reducción de la mortalidad, morbilidad, percepción de mala salud y discapacidad.

1.2.1 Género y salud.

En los últimos tiempos se ha demostrado como el género produce desigualdades en salud entre hombres y mujeres.^{5,6} El género es un constructo social que asigna diferentes roles sociales y de relaciones de poder entre hombres y mujeres, esto se

traduce en distintos riesgos, estilos de vida y prácticas distintas en hombres y en mujeres. Además influye en el acceso a los sistemas sanitarios y en la respuesta a estos sistemas.^{5,8}

En Andalucía las mujeres tienen peor salud percibida (especialmente entre los 45-54 años y de clase social poco privilegiada) y calidad de vida, se encargan preferentemente de los servicios domésticos y cuidados de las personas dependientes y utilizan de manera diferente los servicios sanitarios.

El trabajo sin contrato se asocia a malas condiciones del puesto y a puestos de baja cualificación, así como a exposiciones a mayores riesgos.

Con respecto al consumo de alcohol y tabaco las mujeres con menores niveles de estudios tienen un consumo mayor.

En el uso de los servicios sanitarios resaltar los servicios bucodentales y el uso de la consulta ginecológica y detección precoz del cáncer, donde se aprecia un mayor uso por parte de las mujeres con nivel educativo más alto y con menor dificultad económica.

Como aspecto positivo decir que no hay patrones de desigualdad en el uso de servicios de hospitalización, urgencias, medicamentos, algunas medidas preventivas y el uso de la consulta médica (las clases más desfavorecidas la usan más).⁵

1.2.2 Envejecimiento y salud.

La Organización Mundial de la Salud (OMS) ha reconocido el papel fundamental que los centros de atención primaria de la salud desempeñan en la salud de las personas de edad en todos los países y la necesidad de estos centros para ser accesibles y adaptados a las necesidades de la población de edad.⁹

El envejecimiento supone además de un proceso biológico una construcción social. La forma de vivir el envejecimiento está influenciada por factores socioeconómicos.

Así mismo supone un continuo de independencia, dependencia e interdependencia, ya que podemos encontrar personas mayores independientes y que son autosuficientes para su vida cotidiana, personas que necesitan algo de ayuda y personas totalmente dependientes.

Es importante subrayar que una persona mayor con 60 años seguramente sea muy distinta a otra persona mayor de 85 años.

Dentro del marco para el envejecimiento activo de la OMS se apela a los proveedores de servicios, entre otros, para que se actúe en tres pilares: Participación, salud y seguridad. Con respecto al pilar

“Salud”, para el determinante que hace referencia a los servicios sanitarios propone como investigación **¿Cuál es el mejor modo de poner en práctica los criterios sensibles a edad y género?**

1.2.3 El caso de la Comunidad Gitana

La población gitana es la principal minoría étnica europea. Se calcula que en la actualidad viven en

Europa entre siete y nueve millones de personas gitanas. En España hay más de 650.000 gitanos y gitanas.¹⁰ Andalucía es la Comunidad Autónoma donde viven casi la mitad de los gitanos españoles, cerca de 270.000 personas.

Según la Fundación Secretariado Gitano (FSG) la situación social de los gitanos que viven en Andalucía es muy diversa y sujeta a un fuerte proceso de transformación. En las últimas décadas, se ha producido una sensible mejora en sus condiciones de vida, propiciada por el acceso de los gitanos a los sistemas de protección social, a la vivienda pública y a los sistemas de salud y educación.¹¹

En la comunidad gitana se añan muchas de estas variables generadoras y a la vez sinérgicas de desigualdades en salud.

1.2.3.1 Escasez de literatura.

No obstante, que la comunidad gitana es poco conocida y se sabe poco de ella es algo

fácil de observar. Por citar un ejemplo cercano podemos ver como el sistema de búsqueda PubMed¹² (consultado 14/05/09) contiene más de 18 millones de referencias bibliográficas e incluye el descriptor “gypsies” al que define como grupo étnico originario de la India que entra en el Europa en siglo XIV ó XV. Éste descriptor se incluye en el año 1.979, sin embargo solo aparecen 558 citas relacionadas con éste descriptor lo que representa un 0.0029% del total de las referencias. Aunque es cierto que se está hablando de una minoría étnica y por extensión representan un escaso porcentaje de población.

A diferencia de otras poblaciones europeas de comunidad gitana que sólo reciben cuidados fragmentados¹³ en España la situación es distinta y no se estaría tan lejos de dar unos mejores cuidados integrales.

En una revisión realizada en 2004 se encontró que, a pesar de diversos roles y funciones, la evidencia indica que los trabajadores comunitarios de salud son eficaces para aumentar el acceso a los servicios de salud, aumentar el conocimiento, y promover un cambio de comportamiento entre las mujeres de minorías étnicas. Otras ventajas de la utilización de trabajadores comunitarios de salud serían proporcionar apoyo social y culturalmente competente, y eficaz en función de los costos de la atención.¹⁴

A su vez recomienda la mejora de la conceptualización del papel de los trabajadores de la salud comunitarios, marcos teóricos para diseños de investigación, el mejoramiento de los métodos para evaluar la eficacia y el aumento de la participación comunitaria.

En el documento de la OMS “Envejecimiento activo, hacia una Atención Primaria adaptada a los mayores”¹⁵; se recomienda:

Proporcionar formación básica en relación con las prácticas sensibles a problemas culturales, etarios y de género, abordando los conocimientos, actitudes y aptitudes de todo el personal de atención primaria.

Proporcionar información adecuada desde el punto de vista cultural, etario y de género, acerca de la promoción de la salud, el tratamiento de las enfermedades y las medicaciones, tanto a las personas mayores como a quienes cuidan de ellas.

Ferrer¹⁶ realiza una revisión de la salud del pueblo gitano en España sobre los últimos 20 años encontrando tan solo 96 artículos, 62 de ellos en los 6 años anteriores a la publicación del artículo. Solo 33 trabajos tenían relación con la Atención Primaria o con la salud pública.

En otros trabajos se apoya además la idea de la falta de focalización de estudios sobre la población gitana.⁴

Es difícil llegar a conclusiones válidas y generalizables para toda la población gitana por ese motivo se focaliza el presente diseño de intervención en la atención a una sección de una población concreta y en un ámbito local que es la población de Linares, que posee un núcleo importante de comunidad gitana. Se estima que en Linares viven 1.800 personas gitanas de las cuales mujeres de 54 años o más son alrededor del 7%.

En las mujeres gitanas se produce un envejecimiento prematuro y padecen enfermedades no correspondientes a su edad.¹⁷

Un estudio concluye que el conocimiento de las características y acomodaciones a las diferencias culturas son importantes en los cuidados de salud.¹⁸

No obstante existen una serie de moduladores socioculturales que pueden determinar las expectativas relacionadas con los Servicios Sanitarios en las mujeres gitanas.

Debemos tener en cuenta que:

La mujer gitana comparte con su comunidad una pobre valoración de la prevención de las enfermedades. Esto se traduce en una demanda orientada a la atención inmediata y puntual, a la solución más rápida posible. Por lo general, la mujer gitana, entiende la salud, solo como ausencia de enfermedad, y sobre todo cuando se trata de ellas mismas, no hacen uso de la medicina preventiva, y la vigilancia de la salud.¹⁷

Los itinerarios terapéuticos de los gitanos no son especialmente distintos a los de los

payos.¹⁹

Existe una relación directa entre los gitanos que han estudiado y la incorporación de la idea de la Prevención.¹⁰

La Iglesia Evangelista (culto) también es un modulador cultural de la etnia gitana que influye en el constructo del concepto de salud y enfermedad. La construcción sociocultural de la enfermedad mental se incluye en el contexto social de las experiencias de la vida. Se entiende el "Culto" como un espacio alternativo para el apoyo grupal y la resolución de conflicto actuando como factor de protección para la población que participa en ellas ya que son emisoras de normas y conductas relacionadas con el cuidado de la salud. Destaca la función rehabilitadora y asistencial en el tratamiento de las drogodependencias, o la prevención del consumo de tabaco y alcohol en las mujeres gitanas.¹⁰

Podemos observar como el colectivo al que va dirigido el estudio aún las principales causas de desigualdad en salud. Queda patente como es necesario el conocer la opinión y expectativas de éste grupo concreto, para poder realizar una adaptación cultural que ponga criterios sensibles a la edad, género y etnia en la práctica clínica asistencial.

BIBLIOGRAFÍA

1. Carta de Ottawa para la promoción de la salud. Ginebra 1.986 [Consultado abril 2.009]

Disponible en: <http://www.paho.org/spanish/HPP/OttawaCharterSp.pdf>

2. Los determinantes sociales de salud. Los hechos probados. OMS. 2.006. [consultado octubre 2.009] Disponible en: <http://www.msc.es/profesionales/saludPublica/prevPromocion/promocion/desigualdadSalud/docs/hechosProbados.pdf>

3. La evidencia de la eficacia de la Promoción de la Salud. Configurando la Salud Pública en una Nueva Europa. Parte dos. Libro de Evidencia. Ministerio de Sanidad y Consumo. 2.003.

[Consultado septiembre 2.008] Disponible en: http://www.msc.es/profesionales/saludPublica/prevPromocion/docs/Parte_2.pdf

4. Ministerio de Sanidad y Consumo. Salud y comunidad gitana. Análisis de propuestas para la actuación. 2.005 pagina 10 [Consultado abril 2.009] Disponible en web:

<http://www.msc.es/profesionales/saludPublica/prevPromocion/promocion/desigualdadSalud/desigualdades.htm>

5. Asociación para la defensa de la Sanidad Pública de Andalucía. Primer informe sobre desigualdades y salud en Andalucía. Cádiz. 2.008. [Consultado abril 2.009] Disponible en: http://www.fadsp.org/pdf/INDESAN_1.pdf

6. Borrella C, García Calvente M, Martí-Boscac J. La salud pública desde la perspectiva de género y clase social. Gaceta Sanitaria 2004; 18 (Supl 1):2-6 Disponible en: <http://external.doyma.es/pdf/138/138v18nSupl.1a13062243pdf001.pdf>

7. London Observatory of Health. [Consultado abril 2.009] Disponible en: http://www.lho.org.uk/HEALTH_INEQUALITIES/HealthInequalities.aspx

8. WHO. Women, Ageing and Health: A Framework for Action. Focus on Gender. Geneva, WHO 2.007. [Consultado abril 2.009] Disponible en: <http://www.who.int/ageing/publications/Women-ageing-health-lowres.pdf>

9. WHO. AGE-FRIENDLY PRIMARY HEALTH CARE CENTRES TOOLKIT. 2.008. [Consultado abril 2.009] Disponible en: http://www.who.int/ageing/publications/AF_PHC_Centretoolkit.pdf

10. García García, C. Guía para la actuación con la comunidad Gitana en los Servicios Sanitarios. Ed: FSG. 2.006. [Consultado abril 2.009] Disponible en: <http://www.gitanos.org/publicaciones/guiasalud/index>

11. Fundación Secretariado Gitano. [Consultado abril 2.009] Disponible en:

<http://www.gitanos.org/areas/salud/cgitana.html>

12. U.S. National Library of Medicine [Consultado abril 2.009] Disponible en: <http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/>

13. Lynch E. Traveller's Tales. Nurs Stand. 2.006. Vol 20. 41:20-21.

14. Andrews J, Felton G, Wewers ME, Heath J. Use of community health workers in research with ethnic minority women. J Nurs Scholarsh. 2.004; 36:4, 358-365

15. OMS. Envejecimiento activo, hacia una Atención Primaria adaptada a los mayores. [Consultado abril 2.009] Disponible en: http://www.who.int/ageing/projects/age_friendly_standards/en/al_afs_es.pdf

16. Ferrer Caro F. El estado de salud del pueblo gitano en España. Una revisión de la bibliografía. Gaceta Sanitaria 2003; 17 (Supl 3):2-8

17. Fundación Secretariado Gitano. Proyecto de promoción de la salud en la comunidad gitana. 2.007 [consultado abril 2.009] Disponible en: <http://www.fundacionebropuleva.es/descargas/FundacionSecretariadoGitano.pdf>

18. Vivian C, Dundes L. The crossroads of culture and Health among the roma (Gypsies). J Nurs Scholarsh, 2004; 36(1):86-91

19. Méndez López, Ramírez Hita. Gitanos: contextos, trayectorias y salud. 1999. Volumen 6 - Número 4 p. 213

HIPÓTESIS Y OBJETIVOS

Aunque no es necesaria la realización de una hipótesis, el equipo investigador sí que considera que en líneas generales la pregunta de investigación sería: "¿Cuáles son las expectativas de las mujeres gitanas mayores de Linares ante los servicios de Atención Primaria?"

- Objetivo General:

- Conocer la opinión y expectativas de las mujeres gitanas mayores de Linares ante los servicios sanitarios de Atención primaria.

- Objetivos Específicos:

- Identificar las necesidades en salud percibidas por éste grupo de población.
- Obtener información sobre las necesidades percibidas por parte de éste grupo de población, así como una priorización de las mismas.
- Obtener información sobre cómo se puede atender a sus necesidades y expectativas, desde los Servicios de Atención Primaria.
- Obtener información sobre cómo adaptar, para ésta población las recomendaciones que nos describan para los Servicios Sanitarios de Atención Primaria.

METODOLOGÍA

Diseño: Estudio cualitativo exploratorio. La elección del diseño se debe al objeto de la investigación, ya que busca conocer y comprender las opiniones y expectativas percibidas por este grupo de población en el contexto social en el que se producen.

Ámbito de estudio: Atención Primaria de Salud de la ciudad de Linares (Jaén).

Sujetos de estudio, criterios de inclusión: Teniendo en cuenta la bibliografía consultada se establece que el patrón oro (criterios de inclusión) del perfil en nuestro estudio es: Mujer de etnia gitana, mayor de 50 años, con una adecuada capacidad para transmitir lo que desea expresar, con una permanencia en la ciudad de Linares como residencia de al menos un año y que hayan utilizado los servicios de Atención Primaria en el último año. El estudio se llevará a cabo en el 2.010.

Muestreo: Se trata de un muestreo intencional dirigiéndose a mujeres que

preferentemente cumplan el patrón oro a través de líderes comunitarios contándose con un número entre 6 y 12 mujeres por cada grupo focal.

Como una excesiva homogeneidad inhibe al grupo, según Ibáñez, han de establecerse criterios de heterogeneidad. El equipo investigador solo establece como criterios de heterogeneidad la edad y la zona de residencia. Se pretende que en los grupos existan mujeres con edad cercana a los 50 años y con edades lo más lejanas posibles a los 50 años diferenciándose así entre: mujeres entre 50 y 65 años y mayores de 65 años.

Captación y selección de participantes.

La selección de las mujeres participantes se realizará teniendo en cuenta las 3 grandes agrupaciones geográficas de comunidad gitana dentro de la ciudad de Linares: Arrayanes, el Cerro y Masegosas y la edad, ya que eran los criterios de heterogeneidad contemplados en el diseño de la investigación.

Para la captación se tendrá una reunión con líderes comunitarios de mujeres gitanas para explicarles la finalidad del estudio. A través de ellas se realizará un muestreo intencional dirigido a mujeres que preferentemente cumplan el patrón oro. En cada grupo de discusión deberá haber entre 6 y 12 mujeres. Posteriormente se acordará la fecha, lugar y hora de realización de los grupos. Se mantendrá una reunión previa con los líderes comunitarios para tratar la comprensión y adecuación de las preguntas que se realizarán en los posteriores grupos de discusión.

Los/as investigadores/as elaborarán un contrato comunicativo, el cual leerán al comienzo de los grupos de discusión, en el que se establecerá la información que deberá aportarse durante la reunión con el objetivo de que todas las participantes obtengan la misma información (cuadro 2, ver anexos).

Técnicas de recogida de información

La recogida de información se basará en principio en la realización de 3 grupos focales. El número de grupos focales a realizar dependerá del criterio de saturación. En principio los investigadores proponemos como punto de partida 3 grupos por el perfil tan concreto de la población a estudiar. Los grupos se formaran con mujeres preferentemente acorde al patrón oro establecido anteriormente. La moderación de los grupos correrá a cargo del mismo investigador. Se parte de un guión de preguntas (cuadro 1, ver anexos).

Las reuniones de los grupos serán realizadas en lugares conocidos por las mujeres no estando vinculados al ámbito de la salud (Centros Sociales). En dichos lugares deberá existir un acomode térmico y acústico que permita que las mujeres participantes se sientan cómodas, y también que permita una adecuada audición y grabación grupo. El tiempo previsto para la realización de cada grupo será entre 90 y 120 minutos.

La información que se obtenga será grabada previo consentimiento de las participantes, y transcrita literalmente por profesionales.

Análisis de la información:

El grupo investigador ha previsto un primer nivel de categorías básicas, aunque el diseño del estudio queda abierto al análisis de la posible aparición de nuevas categorías (categorías emergentes).

Primer nivel de categorías básicas:

- Expectativas: situaciones, relaciones o servicios que las mujeres participantes en los grupos de discusión esperan de los Servicios de Atención Primaria.
- Necesidades: demanda o problema identificada por las mujeres participantes relacionada con los Servicios de Atención Primaria.
- Propuestas: referencias de las mujeres participantes acerca de lo que para ellas debe ser una óptima atención, en relación a los Servicios de Atención Primaria.

Con la información recogida se realizará análisis de contenido utilizando como apoyo el software NUDIST. En el proceso de análisis se asignarán fragmentos de texto a las categorías. Posteriormente se triangulará la codificación: 3 miembros del equipo codificarán la información buscando el consenso en los párrafos que presenten codificaciones distintas.

A su vez una vez redactados los informes se triangularán con las propias mujeres e informantes clave. Apartado éste que será tenido en cuenta para la emisión posterior del informe final.

Dificultades y Limitaciones del estudio

- Dificultad para integrarse en este grupo de población e identificar a los líderes. Por el puesto de trabajo desarrollado por el investigador principal, ésta dificultad está en principio subsanada ya que trabaja con ésta población y conoce el tejido asociativo de asociaciones gitanas.

- Dificultades para seleccionar a las mujeres que vayan a participar en los grupos focales. El número de mujeres y el perfil buscado es concreto, pero el equipo investigador entiende que es posible.

- Dificultades en la lectura, escritura y lenguaje. En población de comunidad gitana y mayores el analfabetismo es habitual y frecuente. Ésta limitación hará que el patrón oro sea difícil de encontrar.

RELEVANCIA CIENTÍFICA Y SOCIOSANITARIA DEL ESTUDIO:

Con este estudio se pretende obtener información para que en su componente aplicado en nuestra práctica clínica sea posible tener en cuenta criterios específicos para la atención a este grupo vulnerable. Persigue por tanto aportar información con respecto a:

- Conocimiento de las opiniones y expectativas que tienen las mujeres gitanas mayores ante los Servicios Sanitarios de Atención Primaria.
- Conocimiento sobre la adaptación cultural de los servicios de Atención Primaria a sus necesidades específicas.
- Conocimiento sobre éste grupo en el que confluyen los principales ejes de desigualdad en relación con los Servicios Sanitarios de Atención Primaria.
- Adaptación de los Servicios de Atención Primaria en el ámbito local de Linares.

CRONOGRAMA

En el Mes de Enero se realizará una reunión del Equipo investigador para diseñar el plan de trabajo, reparto de tareas, procedimientos, se resolverán dudas y preguntas. Además, el Equipo Investigador contactará con los líderes comunitarios y colaborará en la selección de las mujeres participantes, utilizando también, el Mes de Febrero, si fuera necesario.

Durante los Meses de Marzo y Abril los Investigadores realizarán grupos focales y transcribir en la información

Durante los Meses de Abril a Diciembre se llevará a cabo el análisis de la información, la codificación de las categorías, elaboración de los resultados y las conclusiones.

Durante el Mes de Diciembre se emitirá el informe final.

AÑO 1	MES 1	MES 2	MES 3	MES 4	MES 5	MES 6	MES 7	MES 8	MES 9	MES 10	MES 11	MES 12
Reunión Equipo Investigador												
Reunión líderes comunitarios												
Selección Participantes												
Realización Grupos de discusión												
Transcripción												
Análisis de la Información												
Resultados y Conclusiones												
Resultados finales												
INFORME FINAL												
	Asignado Investigador Principal											
	Asignado Investigadores Colaboradores											
	Asignado Grupo de Investigación											
	Transcripción de información											

MEDIOS, RECURSOS Y PRESUPUESTO DISPONIBLE Y SOLICITADO

Material Inventariable: Para la realización del proyecto de investigación se cuenta con los recursos materiales del Distrito Sanitario Jaén Norte al que pertenece el investigador principal. El Distrito posee grabadora de video.

Material Bibliográfico: Se utilizarán los recursos documentales de las bibliotecas de los Centros Participantes (Biblioteca de la Empresa Pública Hospital Alto Guadalquivir), así como el acceso a la Biblioteca Virtual del Sistema Sanitario Público de Andalucía.

Para la documentación no disponible en la Biblioteca Virtual se utilizarán los recursos interbibliotecarios de la Empresa Pública Hospital Alto Guadalquivir.

Personal: Asesorías y consultas con la Unidad de la FIBAO del Complejo Hospitalario de Jaén, así como el Responsable de Proyectos de Investigación de la Empresa Pública Hospital Alto Guadalquivir

Recursos humanos: Se contará con los investigadores.

Recursos materiales y presupuesto: Será necesario material fungible (folios, bolígrafos, cuaderno, tóner, soportes almacenamiento, etc.), se necesitará un ordenador portátil, una impresora, dos grabadoras, un software NUDIST. Así como viajes y dietas y gastos para la transcripción de la información recogida de al menos 3 grupos de discusión. El presupuesto total solicitado asciende a 5.996 € y el disponible es de 4.751€.

ASPECTOS ÉTICOS

Este estudio no representa ningún riesgo, ni perjuicio, para las mujeres participantes ni para su seguridad, se limita a recoger y analizar su discurso, esto no supone intervención sobre las participantes. No existe ninguna influencia para las participantes o la actividad asistencial posterior. No debemos olvidar que la actividad es ajena a los servicios sanitarios en el sentido de que es realizada fuera de los mismos. Así mismo la realización de los grupos es en horario fuera del laboral con lo que no se entorpece

en ningún momento la labor asistencial de los investigadores.

Para garantizar la confidencialidad de la información de todos los datos recogidos en este proyecto los mismos serán registrados de forma anónima, siguiendo estrictamente las leyes y normas de protección de datos en vigor (Ley 41/2002 de 14 de noviembre; Ley 15/1999 de 15 de diciembre).

Por las particularidades de la metodología de la investigación no es necesario recoger ningún dato de filiación de las personas participantes.

Los investigadores realizarán un contrato comunicativo que será comunicado a las mujeres participantes antes del comienzo de los grupos de discusión.

Respecto de la confidencialidad de la información recogida se tomarán las siguientes medidas:

- Toda la información que puede afectar a las participantes se mantendrá codificada en formato electrónico bajo contraseña.
- El análisis de la información se hará siempre de forma agregada y nunca individual.
- Todos los investigadores implicados en el proyecto se comprometen a cumplir las normas necesarias para preservar la confidencialidad de la información facilitada por las participantes.
- Todas las bases de datos del proyecto estarán protegidas electrónicamente con códigos que limiten el acceso únicamente a los investigadores del proyecto.
- Antes de la recogida de datos, se obtendrá permiso de la institución, comisión de investigación / ética, según corresponda

ANEXOS

CUADRO 1

GUIÓN DE ENTREVISTA Y GRUPOS

Me gustaría que habláramos de los motivos por los que acudís al Centro de Salud
¿Por qué vais?
¿Iráis al Centro de Salud por otras causas que no fueran las que habéis comentado?
Cuando habéis tenido que usar el Centro de Salud ¿Qué esperabais?
Me gustaría que hablarais del funcionamiento del Centro de Salud, ¿Qué os parece?
¿Pensáis que hay cosas que no funcionan bien? ¿Cómo las arreglaríais?
Con todo lo que me habéis dicho, ¿por dónde creéis que deberíamos empezar?

CUADRO 2

CONTRATO COMUNICATIVO

Buenas tardes, mi nombre es ...
Estamos realizando la evaluación del proyecto...
Queremos saber vuestra opinión acerca de ...
Este es el primer grupo que vamos a realizar.
Se trata de que aportéis vuestras opiniones. Me gustaría dejar claro que todas las opiniones son válidas, así que os animo a que participéis e informaros de que lo vais a decir es absolutamente confidencial.
Nos interesa conocer vuestra experiencia, su relación y opinión pero de manera espontánea, entre vosotras, pero les pediría que conversen en grupo, que la tertulia sea colectiva y no se formen pequeños grupos sino que hablen y se escuchen y vayamos entre todos llegando a unas conclusiones ¿De acuerdo?...
Lo primero que me gustaría es que nos presentemos, después haremos una ronda donde diremos los nombres (reales o inventados).
Ahora "Hablemos de... podéis empezar por donde queráis...