

## Promoción de la salud en poblaciones de distinta etnia o cultura a la mayoritaria: revisión de las intervenciones y recomendaciones

### *Health promotion in minority groups: a review of interventions and recommendations*

Cabe preguntarse si las intervenciones de prevención y promoción de la salud sirven para reducir las desigualdades en salud o, por el contrario, siguen una ley de cuidados inversos<sup>1</sup>, siendo un factor más de desigualdad y contribuyendo a aumentar la brecha con algunos grupos, como son las poblaciones de distinta etnia o cultura a la mayoritaria.

En este contexto, hemos realizado una revisión de la literatura con el objetivo de identificar intervenciones efectivas en promoción de la salud en estas poblaciones. La búsqueda se realizó en abril de 2012, en MedLine (PubMed), usando diversos términos del tesoro para localizar la bibliografía sobre promoción de la salud en poblaciones de distinta etnia o cultura a la mayoritaria, y limitando a revisiones y metaanálisis. De los 142 artículos resultantes se seleccionaron ocho que respondían al objetivo de la revisión. De éstos, seis eran revisiones sistemáticas y dos revisiones narrativas (cinco de ellos están referenciados en la bibliografía<sup>2–6</sup>, y el resto está disponible a petición a los autores). Dentro de sus análisis, incluyeron entre 10 y 29 artículos. Los estudios incluidos en estas revisiones habían sido realizados mayoritariamente en Estados Unidos y Reino Unido, y se trataba de publicaciones recientes (de 2008 en adelante). En su mayoría, los estudios estadounidenses se centraban en población afroamericana e hispana, y los de Reino Unido en etnias no blancas. Los participantes eran generalmente adultos sanos o con algún factor de riesgo, si bien algunos artículos no presentaron estos datos. El tipo de intervención más estudiada fue la promoción de la actividad física y de la alimentación equilibrada, sea con un enfoque individual, familiar o colectivo. Generalmente realizaban una adaptación a la cultura o etnia y la duración era variada (entre 1 mes y 2 años).

Las revisiones mencionan que, en general, los artículos estudiados tuvieron un margen de mejora en su metodología. Se observó que la efectividad de las intervenciones fue mayor en las que consideraban un marco teórico para su elaboración. La efectividad estuvo asociada a no considerar sólo los aspectos biológicos sino también los sociales, culturales, económicos, laborales, etc. Asimismo, la duración de la intervención tuvo impacto en su efectividad a largo plazo. El número de estudios no fue elevado, con lo que se deduce la existencia de pocas intervenciones realizadas en estos grupos.

Basándonos en estos hallazgos pueden sugerirse algunas recomendaciones para el desarrollo y la implementación de las intervenciones de promoción de la salud en poblaciones de distinta etnia o cultura a la mayoritaria:

- 1) Partir de un marco teórico que contemple las actitudes, los comportamientos y los hábitos de la población objetivo (como la teoría cognitiva social) para elaborar la estrategia de intervención.
- 2) Conocer la cultura, la religión, las creencias, el lenguaje, los subgrupos y su grado de integración, considerando los recursos y el contexto en que viven.

- 3) Hacer partícipe de la estrategia (elaboración, ejecución y evaluación) a las personas de ese mismo grupo.
- 4) Dirigir las intervenciones al ámbito individual, familiar y colectivo, considerando también los aspectos relacionados con el género, así como los ambientales y socioeconómicos.
- 5) Realizar intervenciones de por lo menos 6 meses de duración, con objeto de lograr efectos duraderos en el tiempo.
- 6) Evaluar el impacto de la intervención.

Es importante tener en cuenta estas recomendaciones a la hora de planificar actuaciones de promoción de la salud; sin embargo, podría ser interesante preguntarse sobre la mejor manera de contemplar a estas poblaciones: si a través de la elaboración de un plan específico que recoja las diferentes líneas de actuación, o mejor aún estableciendo líneas transversales de actuación para estos colectivos en los distintos planes y programas de salud, y de ser necesario complementarlo con actuaciones específicas en los más desfavorecidos.

### Declaraciones de autoría

S. Márquez-Calderón y J. Muñoz-Bellerín participaron en la concepción y la planificación del estudio, en la supervisión de todas sus fases y en la redacción del texto final. O. Boggio participó en la planificación del estudio, la extracción de la información y la discusión de los resultados, y redactó la primera versión del texto. Todos los autores revisaron y aprobaron la versión final.

### Financiación

Ninguna.

### Conflictos de intereses

Ninguno.

### Agradecimientos

A Sole, por su gentil y sincera tutoría, y a Jesús por permitirnos participar en el PAFAE.

### Bibliografía

1. Hart JT. The inverse care law. *Lancet*. 1971;ii:405–12.
2. Fitzgibbon ML, Tussing-Humphreys LM, Porter JS, et al. Weight loss and African-American women: a systematic review of the behavioural weight loss intervention literature. *Obes Rev*. 2012;13:193–213.
3. Siddiqi Z, Tiro JA, Shuval K. Understanding impediments and enablers to physical activity among African American adults: a systematic review of qualitative studies. *Health Educ Res*. 2011;26:1010–24.
4. Osei-Assibey G, Kyrou I, Adi Y, et al. Dietary and lifestyle interventions for weight management in adults from minority ethnic/non-white groups: a systematic review. *Obes Rev*. 2010;11:769–76.
5. Netto G, Bhopal R, Lederle N, et al. How can health promotion interventions be adapted for minority ethnic communities? Five principles for guiding the development of behavioural interventions. *Health Promot Int*. 2010;25:248–57.
6. Casagrande SS, Whitt-Glover MC, Lancaster KJ, et al. Built environment and health behaviors among African Americans: a systematic review. *Am J Prev Med*. 2009;36:174–81.

Óscar R. Boggio Nieto<sup>a,\*</sup>, Soledad Márquez-Calderón<sup>b</sup>  
y Jesús Muñoz-Bellerín<sup>b</sup>

<sup>a</sup> Unidad Docente de Medicina Preventiva y Salud Pública de Andalucía, Sevilla, España

<sup>b</sup> Secretaría General de Salud Pública y Participación, Consejería de Salud y Bienestar Social de la Junta de Andalucía, Sevilla, España

\* Autor para correspondencia.

Correo electrónico: [oscarboggio@yahoo.es](mailto:oscarboggio@yahoo.es) (Ó.R. Boggio Nieto).

<http://dx.doi.org/10.1016/j.gaceta.2012.07.009>

## Satisfacción de los usuarios de las urgencias hospitalarias

### User satisfaction with hospital emergency services

Sra. directora:

El trabajo de Parra Hidalgo et al.<sup>1</sup> arroja interesantes resultados sobre el grado de satisfacción y los factores que condicionan la calidad percibida de los pacientes que acuden a los servicios de urgencias hospitalarios (SUH). La metodología empleada, de fácil reproducibilidad, permite conocer sus variaciones temporales<sup>1</sup>. Además, los trabajos sobre satisfacción y calidad que presentan en la bibliografía tienen una antigüedad de una década, lo que confiere más valor al estudio, pues los pocos recientes que hay sobre calidad en los SUH se centran en su mayoría en los aspectos de seguridad clínica<sup>2,3</sup>.

En cuanto a los parámetros de satisfacción de los usuarios de los SUH, éstos son superponibles a los del Barómetro Sanitario 2010 elaborado por el Ministerio de Sanidad, con una muestra de 7800 encuestas, sólo el doble de la serie de Parra Hidalgo et al., a pesar de incluir población de toda España. En él, además, el 30,1% de los encuestados manifestaron haber acudido en los últimos 12 meses a un servicio de urgencias de un centro sanitario público o privado. Para 8 de cada 10 de las personas atendidas en un servicio de urgencias de atención primaria o de un hospital (77,8%), la atención que recibieron fue muy buena o buena, y donde menos errores de asistencia percibió el ciudadano que se producían era precisamente en urgencias (8%). El 84,3% manifestó que tenían mucha o bastante confianza en la labor de los médicos, e idéntico nivel de confianza respecto a los profesionales de enfermería<sup>4</sup>.

Sin embargo, a pesar de su extensión y excelente metodología, echamos de menos un análisis pormenorizado del grado de satisfacción en función del nivel del hospital (comarcal o de referencia), del tipo de urgencias atendidas (pediátricas, adultas o ambas) y del número de urgencias de cada centro, parámetros que pueden modular la interpretación de los resultados, por ejemplo a la hora de valorar la relativa juventud de la muestra (38,96 años), lejos del creciente volumen de ancianos que utilizan los SUH y que originan parte de los problemas de saturación de éstos<sup>5</sup>.

En línea con los ajustes necesarios apuntados por los autores, la opinión de los usuarios debería compararse en futuros trabajos y encuestas con su forma de acceso (remisión desde atención primaria o acceso por propia iniciativa), nivel de prioridad inicial (triaje), destino del paciente (ingreso o alta) y revisita en los días posteriores, entre otros parámetros de calidad. Quizás con ello podría identificarse por qué se obtiene menos grado de satisfacción en los pacientes jóvenes y los de mayor nivel socioeconómico.

En cualquier caso, es importante recalcar la excelente valoración que, encuesta tras encuesta, tienen los ciudadanos de los SUH, a pesar de la falta de espacio, medios y personal, que en nuestra opinión secularmente padecemos. Sin duda, el trabajo en equipo de todos los profesionales implicados en la atención urgente contribuye a ello.

### Contribuciones de autoría

Todos los autores han contribuido de igual forma en la idea y la redacción del manuscrito.

### Financiación

Ninguna.

### Conflicto de intereses

Ninguno.

### Bibliografía

1. Parra Hidalgo P, Bermejo Alegría RM, Más Castillo A, et al. Factores relacionados con la satisfacción del paciente en los servicios de urgencias hospitalarios. *Gac Sanit.* 2012;26:159-65.
2. Clemente Rodríguez C, Arabda Cárdenas D, Puiggali Ballart M, et al. Indicadores de calidad en urgencias. *Emergencias.* 2011;23:497-8.
3. Tomás S, Chanovas M, Roqueta F, et al. EVADUR: eventos adversos ligados a la asistencia en los servicios de urgencias de hospitales españoles. *Emergencias.* 2010;22:415-28.
4. Instituto de Información Sanitaria. Barómetro Sanitario, 2010. Madrid: Ministerio de Sanidad, Política Social e Igualdad. 2011. Disponible en: <http://www.mspsi.gob.es/estadEstudios/estadisticas/sisInfSanSNS/informeAnual.htm>
5. Letham K, Gray A. El objetivo de las 4 horas (4-hour target) en los servicios de urgencias del National Health Service: un comentario crítico. *Emergencias.* 2012;24:69-72.

Guillermo Burillo-Putze<sup>a,\*</sup>, Marcos Expósito-Rodríguez<sup>a</sup>, César Cinesi-Gómez<sup>a</sup> y Pascual Piñera-Salmerón<sup>b</sup>

<sup>a</sup> Servicio de Urgencias, Hospital Universitario de Canarias, Tenerife, España

<sup>b</sup> Servicio de Urgencias, Hospital Universitario Reina Sofía, Murcia, España

\* Autor para correspondencia.

Correo electrónico: [gburillo@telefonica.net](mailto:gburillo@telefonica.net) (G. Burillo-Putze).

<http://dx.doi.org/10.1016/j.gaceta.2012.06.004>