
Especial referencia a la mediación intercultural sanitaria

PID_00255463

Joaquín Cayón de las Cuevas

Tiempo mínimo de dedicación recomendado: 2 horas



Índice

1. La mediación intercultural.....	5
1.1. Definición de mediación intercultural	5
1.2. Clasificación de la mediación intercultural	5
1.3. El proceso de mediación intercultural	6
2. Peculiaridades de la mediación intercultural en las organizaciones sanitarias.....	8
2.1. Principales problemas que plantea el ámbito sanitario para la población extranjera	8
2.2. Figura del mediador intercultural en el ámbito sanitario	9
2.3. Concepción de la salud en los principales grupos étnicos presentes en España	11

1. La mediación intercultural

Siendo clara la apuesta por la interculturalidad como modo de concebir la interacción entre las distintas culturas, y ante la diversidad creciente en la estructura social de nuestro país, surge la necesidad de lo que se conoce como mediación intercultural.

1.1. Definición de mediación intercultural

Podemos definir la mediación intercultural como un proceso que, con la intervención de un tercero, busca facilitar las relaciones, la comunicación, el entendimiento, la comprensión mutua y la integración entre personas o grupos pertenecientes a una o varias culturas.

Giménez define la mediación intercultural como

«una modalidad de intervención de terceras partes, en y sobre situaciones sociales de multiculturalidad significativa, orientada hacia la consecución del reconocimiento del otro y el acercamiento de las partes, la comunicación y comprensión mutua, el aprendizaje y desarrollo de la convivencia, la regulación de los conflictos y la adecuación institucional, entre actores sociales o institucionales etnoculturalmente diferenciados».

C. Giménez (1997). «La naturaleza de la mediación intercultural». *Revista Migraciones* (n.º 2, pág. 142). Madrid: Instituto Universitario de Migraciones, Universidad Pontificia de Comillas.

Es preciso distinguir la mediación intercultural de la traducción e interpretación en servicios públicos y de la mediación en conflictos.

En relación con la traducción e interpretación en servicios públicos, cabe señalar que la mediación intercultural conlleva una labor más ambiciosa que aquella. Más allá de la mera conversión lingüística, pretende el reconocimiento social de las personas extranjeras en el territorio en que se encuentran. El mediador es algo más que un traductor/intérprete, pues la traducción/interpretación es solo un aspecto de la mediación.

En relación con la mediación en conflictos, cabe señalar que la mediación intercultural no busca la solución del conflicto, sino que busca con carácter preventivo evitar su aparición a través principalmente de la comunicación.

1.2. Clasificación de la mediación intercultural

La mediación intercultural se puede clasificar atendiendo a diversos factores:

- Según quién la realice (mediación natural o profesional). La mediación natural tiene lugar entre personas que tienen confianza, no traspasando

los límites de lo personal o familiar. La mediación intercultural presupone una cierta especialización o profesionalización.

- Según el tipo de mediación intercultural que se requiera (mediación lingüística, conversacional, cultural o normativa).
- Según cuándo se realice, es decir, con carácter previo o posterior a la aparición del conflicto (mediación preventiva o rehabilitadora).
- Según a cuántos vaya dirigida (mediación comunitaria o de casos individuales).
- Según para qué se realice (solución coyuntural o transformación estructural de las relaciones sociales).
- Según a quién vaya dirigida (a población extranjera, a población autóctona, a profesionales autóctonos, o multilateral).
- Según dónde tenga lugar (en los servicios públicos, ya sea en general o por áreas específicas, los barrios o las familias).

La clasificación con mayor influencia en el ámbito de la mediación intercultural es la de **Cohen Emerique**, que distingue tres tipos de mediación intercultural, según se persiga:

a) El acercamiento, la comunicación y la comprensión entre personas o grupos con códigos culturales diferentes (**mediación preventiva**). El mediador intercultural actúa como un intérprete lingüístico y/o sociocultural, con el objeto de facilitar la traducción y/o comprensión de la información y/o facilitar la comprensión de los elementos culturales y sociales presentes en la situación.

b) Resolver conflictos y tensiones culturales (**mediación rehabilitadora**). El mediador intercultural facilita la negociación entre las partes con el objeto de resolver el conflicto de valores surgido entre el usuario del servicio y el profesional, buscando satisfacer el interés de ambos.

c) Crear nuevas normas y modos de relación entre los diferentes colectivos (**mediación transformadora**). El objeto del mediador intercultural es transformar las formas habituales de actuación en relación con la población inmigrada a fin de hallar nuevas soluciones a los problemas que se vayan planteando.

1.3. El proceso de mediación intercultural

Atendiendo a la propuesta metodológica del Grupo Triángulo, el proceso de mediación intercultural consta de cuatro fases:

1) Fase primera. El primer contacto y/o inicio. El mediador realiza la presentación de sí mismo, su figura profesional y los servicios que ofrece. Es en este momento cuando el mediador recibe la demanda y contacta con las partes a mediar y los profesionales con quienes trabajará en equipo.

2) Fase segunda. Diseño y enfoque de la intervención. Esta fase incluye todas aquellas actuaciones que el mediador lleve a cabo con el fin de obtener información sobre las partes, al objeto de determinar la necesidad o no de mediación intercultural. Una vez recogida la información inicial, el mediador debe identificar las limitaciones y potencialidades que ofrece el supuesto planteado a la mediación, los intereses de cada parte y lo que les hace perseverar en esa situación. Una visión panorámica de la situación permitirá al mediador decidir qué tipo de intervención realizar.

3) Fase tercera. La intervención en mediación intercultural. El mediador actúa como tercero para acercar a las partes y ayudarlas a encontrar un marco y un código común para el diálogo, la cooperación o la resolución del conflicto. El cierre de la mediación se hará a través de acuerdo.

4) Fase cuarta. Acciones posteriores al acuerdo. El objeto de esta fase es atender a la adecuación de los resultados a los objetivos del acuerdo, la efectividad de la aplicación del mismo y su permanencia.

2. Peculiaridades de la mediación intercultural en las organizaciones sanitarias

La presencia, cada vez más frecuente, de usuarios pertenecientes a otras culturas o etnias, en el ámbito de los centros sanitarios, hace necesaria la adaptación de los servicios asistenciales a estas circunstancias, a fin de poder garantizar la efectiva comunicación entre el personal sanitario y los pacientes, con el objeto de prestar una asistencia sanitaria de calidad.

La comunicación es clave para un diagnóstico preciso y un tratamiento eficaz. El error en la interpretación de la información suministrada por los profesionales o la dificultad en la comunicación son factores que pueden influir en el resultado asistencial. La comunicación se ve afectada por los estereotipos y prejuicios que los grupos tienen uno del otro, así como por el escaso dominio de la lengua en las personas inmigrantes. La vulnerabilidad que padecen personas de colectivos culturales minoritarios requiere una adaptación de las metodologías de intervención social a las especificidades de estos grupos en el acceso a los recursos y la cobertura de las necesidades básicas. De ahí la necesidad de implantar mecanismos que tengan por objeto prevenir o, en su caso, resolver los conflictos que esta creciente multiculturalidad pueda generar, lo que hace deseable la incorporación de mediadores interculturales en ámbitos tan complejos como puede ser el ámbito sanitario.

2.1. Principales problemas que plantea el ámbito sanitario para la población extranjera

Los problemas comunicativos que se plantean en el ámbito sanitario, en relación con la población inmigrante, tienen su origen en las siguientes circunstancias:

a) La salud, el origen y la naturaleza de las enfermedades, así como las prácticas sanitarias indicadas para el mantenimiento o la recuperación de la salud, el cuerpo humano y su funcionamiento, se conciben de forma distinta en unas u otras culturas. El desconocimiento de la existencia de distintas concepciones sobre la salud y la imposición de las prácticas de la cultura sanitaria autóctona sobre la extranjera son fuente de conflicto.

b) Burocratización de la sanidad pública española, desconocida en la mayor parte de los países de origen de los inmigrantes. La burocracia española, especialmente en lo respectivo a listas de espera, turnos, horarios, documentación escrita, genera problemas entre la población inmigrante, los pacientes españoles y los profesionales sanitarios.

c) El cumplimiento de las normas de convivencia instauradas en los centros son la causa de conflictos relacionados con la oración, la prohibición de consumo de determinados alimentos en algunas religiones, etc.

d) Problemas en la relación médico-paciente originados en el desconocimiento de los valores culturales. Problema que se acentúa cuando el profesional sanitario y el paciente son de distinto sexo.

e) Problemas lingüísticos, por desconocimiento de la lengua o falta de comprensión debido a la diferente terminología utilizada por profesionales sanitarios y usuarios.

2.2. Figura del mediador intercultural en el ámbito sanitario

La figura del mediador intercultural en el ámbito sanitario todavía no está formalizada, motivo por el cual encontrar su sitio dentro del hospital o cualquier otro centro sanitario es una tarea complicada. Se encuentra en una fase emergente, con límites difusos en relación con otras profesiones, como puede ser la de intérprete o trabajador social. Junto con el reconocimiento institucional, se requiere capacitación y profesionalización de la figura de mediador. Las carencias actuales en este sentido motivan que en muchas ocasiones terminen haciendo de mediadores familiares o amistades de los inmigrantes que necesitan de la ayuda de un enlace, con la falta de preparación y la tensión personal que eso puede conllevar.

La función principal del mediador intercultural en el ámbito sanitario es ayudar a la comunicación entre el profesional sanitario y el paciente, configurándose como un instrumento capaz de garantizar la comunicación lingüística y cultural en la relación asistencial con el fin último de asegurar a los usuarios de los servicios de salud una asistencia de calidad con independencia de su pertenencia a uno u otro grupo étnico o cultural, convirtiéndose a su vez la mediación intercultural en la herramienta necesaria para la resolución de estos conflictos lingüísticos y culturales. En muchas ocasiones, su función consistirá en trabajar la educación sanitaria de los pacientes inmigrantes.

La labor de mediación dependerá de las características de las dos partes en juego en el proceso de la comunicación. Puede suceder que los dos, profesional sanitario y usuario, compartan el mismo idioma, y sin embargo la comunicación no sea adecuada a causa de los diferentes códigos culturales, que no haya problema con los códigos culturales pero sí con el idioma, o puede ocurrir que haya problemas con los dos, idioma y códigos culturales.

Dado que la asistencia médica depende de la comunicación, la mediación ha de ser absolutamente fiable. Aspectos como la interpretación, por ejemplo, requieren una total garantía. Se debe interpretar todo, sin omitir ni añadir nada.

En definitiva, son funciones del mediador intercultural en el ámbito sanitario:

- Facilitar la comunicación entre profesionales y usuarios de diversas culturas.
- Mediar al objeto de facilitar la negociación ante el surgimiento de un conflicto entre profesionales y usuarios de diversas culturas.
- Mejorar las relaciones que se establecen entre profesionales y usuarios de diversas culturas.
- Fomentar la cohesión social.
- Promover la autonomía e inserción social de las minorías.

De las limitaciones y críticas que se pueden hacer a la mediación intercultural, nombramos las siguientes:

- a) El mediador es miembro de uno de los colectivos socioculturales; del suyo propio se espera de él cierta simpatía y comprensión y del otro se espera imparcialidad.
- b) Determinados mediadores confunden su papel mediador con un papel de representante del colectivo de origen.
- c) El mediador desarrolla su trabajo profesional desde una institución, lo que le obliga a seguir la línea de actuación de dicha institución. A veces tiene que mediar entre la propia institución/entidad donde trabaja y sus usuarios, con lo cual la objetividad y la imparcialidad quedan mermadas.

En definitiva, el mediador intercultural en el ámbito sanitario deberá contar con el siguiente perfil:

- Habrá de dominar la lengua del grupo cultural con el que interactúa, así como el de la sociedad receptora.
- Poseer aptitudes personales ajustadas al trabajo a desempeñar, tales como sensibilidad, empatía o dotes de comunicación.
- Contar con formación en procesos y metodología de intermediación cultural.
- Conocer los modos de resolución extrajudicial de conflictos.
- Formación específica en el ámbito sanitario.

Así, el mediador intercultural en el ámbito sanitario debe contar con una serie de competencias transversales, comunes a la mediación intercultural en cualquier sector de la realidad social y, además, con un cierto conocimiento del ámbito en el que va a desempeñar su labor. En este sentido, resultará necesario tener conocimientos básicos sobre los siguientes extremos:

- Sistema sanitario: normativa básica, modelo sanitario existente en España y organización.
- Derecho de los extranjeros a asistencia sanitaria pública.
- Características de la concepción de la salud por parte de los principales grupos étnicos presentes en España.

En los siguientes apartados trataremos cada uno de estos aspectos de la formación específica de un mediador intercultural en el ámbito sanitario.

2.3. Concepción de la salud en los principales grupos étnicos presentes en España

El comportamiento y la relación que se establece con el sistema sanitario están influidos por los distintos conceptos de salud y de enfermedad y las prácticas preventivas y curativas usadas con anterioridad, a lo que hay que añadir las diferencias en el funcionamiento del sistema sanitario del territorio de origen. La diversidad lingüística y cultural afecta a la comunicación. Incluso hablando el mismo idioma, las expresiones coloquiales, el tono de voz o el comportamiento no verbal pueden suscitar distorsiones en la comunicación.

En este sentido, resulta de gran utilidad contar con un conocimiento básico sobre las principales características de la concepción de la salud por parte de los principales grupos étnicos presentes en España.

1) Concepción de la salud por la población de Europa del Este

La inmigración de Europa del Este (rumana, búlgara, rusa, checa, serbia, ucraniana, etc.) tiene como punto de arranque la desarticulación del bloque socialista. Dentro de los países del Este, los dos grupos con mayor peso en lo que a inmigración se refiere son Rumania y Rusia. Con carácter general, se pueden mencionar las características generales de su concepción de la salud que se mencionan a continuación.

En general, en los países de Europa del Este no hay una cultura de hábitos saludables, del cuidado del propio cuerpo a largo plazo. Cuestiones como una alimentación equilibrada, la necesidad de dieta en algunos casos, el ejercicio saludable habitual, la reducción o eliminación del consumo de tabaco y alcohol, etc. pueden ser ajenas a la concepción de la salud en dichos países. Se considera que la responsabilidad sanitaria recae casi exclusivamente en los

médicos y se desconfía o no se valoran, simplemente porque no son un valor para estas sociedades, los tratamientos o pruebas médicas basadas en una cultura preventiva de la salud y del cuidado del propio cuerpo.

Pueden no seguir en algún caso el tratamiento propuesto. Los pacientes de origen eslavo tienden a esperar de su médico resultados inmediatos y tratamientos rotundos. Si algunos de estos pacientes llegaran a considerar que estas condiciones no se cumplen, podrían buscar el consejo de otros médicos, de familiares y amigos, o seguir sus propias ideas sobre el mejor tratamiento para su enfermedad. En algunos casos, podrían abandonar o mezclar el tratamiento propuesto por el médico con otros fármacos o remedios.

Suelen acudir al médico solo cuando tienen problemas de salud serios; piensan que solo hay enfermedad si se constata un desarreglo grave y continuado del cuerpo.

No suelen acudir a los servicios de salud mental; en las sociedades eslavas, el problema de un individuo es el problema de la familia, y los trastornos mentales llegaron a ser considerados como una vergüenza, algo casi deshonesto. Podría ser recomendable que, ante pacientes eslavos que pudieran presentar este tipo de trastornos, los médicos en nuestro país utilizaran una estrategia de aproximación progresiva e indirecta al problema, con un lenguaje eufemístico (por ejemplo, mejor hablar de «depresión», o «agotamiento por estrés», que de problemas mentales).

En general, la educación sexual en los países de Europa del Este es insuficiente. Por ello, se debe informar a estos pacientes de los métodos habituales de prevención e higiene sexual. Puede darse un abuso del aborto como método de interrupción del embarazo, pues en buena parte de los países de Europa del Este el método anticonceptivo más utilizado ha sido el aborto.

En los países eslavos, se suele aconsejar por regla general a la mujer que camine durante las contracciones para facilitar la dilatación de la manera más natural posible, en principio sin más medicación. En algunas mujeres, existe la convicción de que no pueden tomar medicación contra el dolor durante el parto porque podría dañar al bebé. Por tanto, puede haber reparos en aceptar la anestesia epidural u otro tipo de anestésicos.

2) Concepción de la salud por la población de origen magrebí

El Magreb se compone de cuatro países: Marruecos, Argelia, Túnez y Mauritania. El grupo cultural más extenso es el árabe y la principal religión, el islam. Se trata de una sociedad fundamentalmente agrícola, en la que los vínculos familiares son muy sólidos.

El magrebí confía en el sistema de medicina occidental. Al igual que ocurre en su país de origen, cuando se puede elegir entre la medicina tradicional y la medicina occidental se opta por la segunda.

Los magrebíes valoran positivamente la atención sanitaria pública en España; tienen conciencia de que los servicios sanitarios públicos suponen una mejora respecto a los de su país de origen. Suelen tener muchas dificultades con los procedimientos administrativos, posiblemente porque muchos magrebíes no tienen experiencia como usuarios de la sanidad pública, especialmente los que provienen del medio rural. En Marruecos, solo el 41 % de los habitantes que vive en las zonas rurales va a la consulta médica.

Pueden tener problemas con el lenguaje escrito por el alto porcentaje de analfabetismo. Se ha constatado que a los usuarios no familiarizados con la grafía latina les resulta útil la utilización de dibujos para comprender el horario de la toma de las medicinas.

En el islam se considera que la curación depende de Dios; así, ante determinadas enfermedades, se reacciona con resignación.

Es muy frecuente la automedicación y el recurso a los remedios caseros transmitidos por la gente mayor.

Destacan, en este colectivo, los hábitos alimentarios, en los que juega un papel central las prescripciones del islam sobre alimentos que son o no permitidos. Así, por ejemplo, la sangre de los animales no se consume, y la carne de cerdo y sus derivados están prohibidos.

La sexualidad y la reproducción son temas tabú, que pertenecen al ámbito privado, por lo que todos los temas relacionados con la sexualidad deben ser abordados con mucho tacto y en un contexto de máxima confidencialidad.

Pueden solicitar la circuncisión masculina; prácticamente a todos los hombres musulmanes se les practica durante la infancia. Este acto es motivo de fiesta y celebración.

Se constata una falta de conciencia respecto a la necesidad del seguimiento del embarazo. No es costumbre la presencia de familiares en el parto y no suele aplicarse tratamiento para el dolor.

La cara de los difuntos debe mirar hacia La Meca. Si un paciente está en coma o en fase terminal, es preferible que la cara del paciente mire hacia allí. Cuando es necesario comunicar a la familia una mala noticia, como es la muerte de alguien, suelen hacerlo a un miembro de la familia no directo, generalmente hombre y de cierta edad.

3) Concepción de la salud por la población de origen chino

La República Popular de China es uno de los países más grandes del mundo y el más poblado. Su régimen político está inspirado en el comunismo soviético pero abierto a la economía de mercado. Es la segunda economía y la potencia comercial mayor del mundo. El idioma oficial es el mandarín y la escritura, en forma de caracteres o pictogramas, es única para todos; en ella, cada carácter es una palabra.

La forma de comunicación de los chinos está influenciada por el confucionismo; así, la sumisión ha dado paso a una conducta pasiva, un comportamiento de efusividad es mal tolerado y evitan la confrontación en público. No cuestionan las posturas de terceros (suelen contestar «sí» a todo) y evitan la mirada directa, pues en la cultura china es una muestra de respeto al interlocutor. Las necesidades del grupo tienen prioridad por encima de los individuos.

De este modo, la barrera idiomática y de comunicación es el principal obstáculo en la relación médico-paciente. Se recomienda evitar expresiones médicas complejas y asegurarse de que el paciente ha comprendido correctamente lo explicado.

La población china no suele acudir muy a menudo a la sanidad española. Gozan en general de un buen estado de salud al presentar una media de edad notablemente inferior a la de la población autóctona. Pero el principal motivo hay que buscarlo en el importante peso específico de la medicina tradicional china. Solo se visita al médico cuando se está muy grave. El 80 % de las enfermedades se tratan en el ámbito familiar, con un muy elevado índice de automedicación.

Los tratamientos de la medicina tradicional china se basan, en gran medida, en el consumo de infusiones o cociones de mezclas de plantas medicinales. Este tipo de tratamientos suele ser bastante prolongado y de acción lenta. Así, debe tenerse en cuenta que las medicinas pueden interactuar con hierbas medicinales.

Suelen esperar un tratamiento que actúe de inmediato, especialmente a través de inyecciones. En general, consideran que la medicina tradicional actúa de una manera más lenta, pero con menos efectos secundarios nocivos, y que la medicina occidental tiene más efectos secundarios, pero es más rápida en sus resultados.

Los inmigrantes de origen chino no acuden prácticamente nunca a los servicios de salud mental en los países de acogida pese a que, como el resto de la población inmigrante, están sujetos a graves presiones anímicas, culturales, sociales y económicas, así como a una fuerte sensación de duelo. La medicina china tiene un concepto íntegro de la relación cuerpo-mente: tanto las enfermedades físicas como las mentales se atribuyen a un desequilibrio orgánico.

Por ello, los trastornos mentales no se tratan por separado de sus síntomas físicos. Esto provoca que los pacientes con trastornos mentales prefieran acudir al médico de cabecera para tratar las manifestaciones de su somatización que a los servicios de salud mental.

Las embarazadas no suelen acudir a las revisiones durante el embarazo. En la sociedad china sigue existiendo mucho secretismo en torno a los temas sexuales. Existen muchos tabúes a la hora de tratar temas relacionados, directa o indirectamente, con el sexo, y apenas hay educación sexual, especialmente en las zonas rurales. A esto hay que unir el hecho de que, a diferencia de lo que ocurre en la cultura occidental, en la cultura china el embarazo está muy poco medicalizado.

Las embarazadas suelen tomar una dieta especial durante el embarazo y después del parto. La medicina tradicional china se basa en gran medida en el concepto de equilibrio. Se considera que, mientras está embarazada, el cuerpo de la mujer permanece en un estado yin, «frío», y que, por tanto, debe evitar comer alimentos yin, como alubias, plátanos o melón, o bebidas frías (en el sentido térmico de la palabra). La dieta yang, rica en carne y huevos, se mantiene durante varias semanas después del parto, hasta que se recupera el equilibrio entre yin y yang, ya que se piensa que la pérdida de sangre durante el parto provoca un estado yin, frío.

4) Concepción de la salud por la población de países latinoamericanos

La mayoría de los países latinoamericanos emplean el español como idioma oficial, lo que facilita sus posibilidades de comunicación y adaptación a España. Sin embargo, aun teniendo el mismo idioma, se observan diferencias en la cultura y la terminología, en el concepto de salud-enfermedad o en la expresión de síntomas, que pueden llevar a dificultades de diagnóstico.

La población latinoamericana valora muy positivamente el sistema sanitario español, apreciando la proximidad, la tecnología y la gratuidad. Existe una idealización de la atención especializada que fomenta la minusvaloración del médico de familia y la atención primaria. Las urgencias son el sistema más valorado; acuden a él por su rapidez, su flexibilidad de horarios y la presencia de especialistas.

El curanderismo deja de tener importancia para el latinoamericano al venir a España, sobre todo por el fácil acceso que tiene ahora a la medicina clásica; la práctica del curanderismo la asocian más a la falta de dinero y de cultura de su país.

Tradicionalmente, y desde el punto de vista cultural y social, Latinoamérica ha funcionado bajo principios de patriarcado. Bajo esta estructura social, las funciones que cumplen hombres y mujeres se encuentran muy definidas. Las mujeres latinas son generalmente educadas para cumplir roles tradicionales

asociados al cuidado de la casa y de los hijos, con actitudes de sumisión y sacrificio por la familia. Por otro lado, los hombres son tradicionalmente educados para cumplir el rol del «hombre de la casa», protector y figura de autoridad que disfruta además de ciertos privilegios y libertades en detrimento de la mujer. Estas diferencias socioculturales con España han sido descritas como potencialmente originarias de conflictos familiares y responsables del aumento de la violencia contra la mujer latina por parte de su pareja.

El modelo familiar predominante es el de «familia ampliada»; los lazos familiares y de amistad adquieren una importancia crucial, especialmente en la acogida del inmigrante. En este sentido, predominan los valores tradicionales, como el respeto a la voluntad de los mayores.

Otra diferencia cultural queda presente en la forma de expresarse; el estilo directo se contrapone con el estilo indirecto o rebuscado de las personas latinas. Por tanto, el profesional puede orientar y sugerir al inmigrante que sea más directo en sus peticiones, evitando dar circunlocuciones a las cosas. Otro rasgo diferencial es la forma de expresar y tomar las críticas y desacuerdos entre las personas; el inmigrante debe saber que una crítica o desacuerdo tienen aquí mucha menos relevancia que en Latinoamérica, ya que se perciben de forma menos amenazante o descalificadora, por lo que se suele criticar más abiertamente. El profesional puede hacerle ver al inmigrante latino que no tiene que sentirse agredido o violentado por una crítica o desacuerdo, ni tampoco por el hecho de que la gente no se manifieste de forma amable, se tutee mucho más y el reconocimiento del estatus sea relativamente menos importante en las interacciones personales.

Las mujeres latinas conciben su salud sexual y reproductiva como cuestiones íntimas, casi como un secreto. Ejemplos de ello es la utilización de términos como *cuidarse* cuando estas mujeres se refieren al uso de métodos anticonceptivos o *enfermar* cuando se refieren a la llegada de la menstruación. Existe un desconocimiento por parte de gran parte de estas mujeres de su cuerpo y una falta de información sobre el uso de anticonceptivos. Otros factores que se señalan como determinantes de la planificación familiar serían: el miedo a los efectos secundarios de los anticonceptivos, la oposición de la pareja o la postura de la Iglesia frente a algunos métodos.

5) Concepción de la salud por la población de origen subsahariano

Como es sabido, el término África subsahariana hace referencia a todos los países del continente africano, a excepción de los que limitan con el mar Mediterráneo. De todos ellos, el mayor número de emigrantes en España proceden de Senegal y Nigeria.

Estos países cuentan con dos modelos paralelos, la medicina moderna y la medicina tradicional. La sanidad tradicional del país de origen de estos pacientes, como en general la de cualquier lugar del mundo, carece de cualquier tipo

de procedimiento administrativo; pueden acudir sin problemas, prácticamente las veinticuatro horas del día, a las consultas de los sanadores. También la sanidad occidental en su país de origen presenta un muy bajo grado de burocratización. Acuden al centro de salud u hospital, comunican al personal administrativo su dolencia, y este los deriva, previo pago, a la consulta correspondiente, donde cogen turno y esperan a ser llamados. Por ello, suelen tener muchas dificultades con los procedimientos administrativos.

Pueden ofrecer descripciones de su estado de salud o enfermedad basadas en términos como flujos, humores, aires o vientos. La concepción holista del funcionamiento del cuerpo humano, propia de la sanidad tradicional, implica, entre otras cosas, la especial relevancia de los canales o conductos energéticos que conectan orgánicamente las diferentes partes del cuerpo y por los que circulan flujos y humores.

En materia de salud mental, suelen ser especialmente receptivos a terapias de grupo, y terapias de carácter comunicativo en general. Los centros de salud mental en el África subsahariana (en los que se da un elevado grado de colaboración entre sanidad tradicional y occidental) se caracterizan por el importante papel que juegan las terapias de grupo.

Las mujeres no suelen acudir a los servicios de planificación familiar ni a los controles periódicos del embarazo. En el África subsahariana, el principal objetivo del matrimonio consiste en tener hijos, que, entre otras cosas, colaboren con su trabajo al sustento de la familia y que cuando sean adultos se ocupen del cuidado de los ancianos. Las mujeres del África subsahariana presentan los más altos niveles de natalidad; Nigeria, por ejemplo, cuenta con el nivel más alto, con una media de unos ocho hijos por mujer. La infertilidad (atribuida tradicionalmente a la mujer) suele ser causa de divorcio. Además, todavía existe cierta desconfianza hacia los servicios de planificación familiar occidentales.

Es habitual que los pacientes hospitalizados reciban muchas y abundantes visitas, y que estas se encarguen de tareas propias del personal sanitario. En el África subsahariana no está enfermo el individuo, está enferma toda la familia a la que pertenece, y es a la familia a quien corresponde cuidar del enfermo y tomar las decisiones oportunas para su curación.

Suelen negarse a quitarse los amuletos o a que los toque otra persona. Un muy elevado tanto por ciento de senegaleses lleva consigo algún tipo de amuleto, denominado gri-gri. Estos amuletos suelen consistir en una pequeña bolsita de piel (aunque en algunos casos el gri-gri puede ser bastante grande) en cuyo interior hay algún papelito con un versículo del Corán, y se llevan colgando de la muñeca, del cuello o de la cintura, siempre en contacto directo con el cuerpo

En general, se suelen registrar bastantes reticencias a las autopsias y a la incineración. Los niños muertos durante el parto o antes de que se les haya dado nombre no suelen considerarse como miembros de la familia o de la sociedad, lo que lleva, en algunos casos, a que reciban un tipo de ritos funerarios especiales.

6) Concepción de la salud por la población de etnia gitana

La comunidad gitana está presente en nuestro país desde comienzos del siglo XV. En la actualidad, se calcula que la población gitana española es de unas 650.000 personas aproximadamente. La región con mayor número de gitanos es Andalucía (con una población estimada de 270.000), seguida de otras regiones como Cataluña (con 80.000), Madrid (con 60.000) o la Comunidad Valenciana (con una estimación de 52.000 personas gitanas).

Entre los rasgos culturales más característicos de los gitanos y necesarios para comprender su relación con la salud y la enfermedad, debemos destacar los siguientes:

- Organización social fundamentada en la familia entendida en sentido extenso, como núcleo esencial en torno al que desarrollan las relaciones sociales y personales. Por ello, ante la enfermedad de un familiar se unen todos los miembros y no solo los más allegados para acompañar a enfermos y afectados.
- Prevalencia del grupo frente a la individualidad de cada persona.
- Gran valor a la palabra dada que prevalece frente a lo escrito.
- El respeto a los ancianos. Su figura es muy representativa en la comunidad y se cuidan en casa.
- La influencia de los gitanos mayores en los más jóvenes. Es importante buscar la influencia de aquellos gitanos de respeto que tienen capacidad para aceptar los nuevos aspectos en la vida de la comunidad que favorecen su desarrollo.
- El luto frena las actividades sociales y laborales y condiciona la estética personal (vestimenta negra y pañuelo en mujeres, barba en hombres...) y la vida comunitaria en cuanto a manifestaciones de alegría o actividades lúdicas.
- La figura de los difuntos tiene una gran relevancia. Es importante tener en cuenta las manifestaciones que pueden surgir cuando se confirma la muerte de algún ser allegado o cuando los médicos deben realizar el levantamiento del cadáver o autopsia.

- El culto: cada iglesia y cada pastor tiene una influencia diferente entre los feligreses.
- El papel de la mujer: son quienes sintetizan los saberes y tratamientos relacionados con las enfermedades y dolencias.
- Sobreprotección de las jóvenes: desde edades tempranas se las prepara para el matrimonio y para asumir las funciones reproductivas. El sexo en ocasiones aparece como un elemento tabú, por lo que es un factor a tener en cuenta en todo lo relacionado con la educación sexual, la planificación familiar y la prevención de enfermedades ginecológicas.

Así, deben tenerse en cuenta las siguientes consideraciones relativas a la concepción de la salud de la población de etnia gitana:

a) En algunos sectores de la comunidad gitana, la salud no es percibida como una de las necesidades más prioritarias. Por delante de ella, existen otras prioridades no cubiertas como son la vivienda, la situación económica o el trabajo.

b) Un gran porcentaje de los gitanos concibe la salud como la ausencia de enfermedad y la enfermedad como una situación invalidante ligada a la muerte. Esta determinada visión de la salud y la enfermedad tiene varias consecuencias:

- La preocupación por la salud comienza cuando aparecen síntomas y consecuencias muy llamativas e invalidantes, por lo que el concepto de prevención es difícil de trabajar.
- Una vez que la persona y su entorno familiar perciben que ha aparecido la enfermedad, la actuación debe ser inmediata y resolutive, por la relación directa que establecen entre enfermedad y muerte.
- El diagnóstico supone «poner nombre a lo que se tiene». Por ello, la actitud ante él es normalmente de clara evitación cuando aún no han aparecido síntomas y consecuencias invalidantes (en esos casos, el diagnóstico puede ser percibido como una forma de poner de manifiesto una enfermedad que previamente no existía).
- El médico es una figura ambivalente: por un lado, posee los conocimientos para curar las enfermedades, pero por otro es quien diagnostica y descubre los males. Por ello, es común la reticencia a acudir a ellos y, consecuentemente, el escaso sentido de prevención.
- Si gracias al tratamiento desaparecen los síntomas, suelen ser abandonadas las pautas terapéuticas, pues desde esa determinada concepción de la salud ha desaparecido la enfermedad.

c) La inmediatez, o la necesidad de curar los males de la forma más rápida posible, se corresponde con la fuerte asociación que tienen entre enfermedad y muerte. Ello hace que necesiten con urgencia un profesional que diagnostique la levedad o gravedad del problema. En múltiples ocasiones, la consecuencia es la inadecuada utilización de algunos recursos sanitarios:

- Excesiva utilización de los servicios de urgencias.
- Escasa utilización de los servicios de ambulancias, ya que suele ser la propia familia la que realiza el traslado.
- Escasa utilización del servicio de cita previa.

d) La relación individuo-enfermedad se traslada al grupo familiar. Debido a la gran importancia de la familia, en sentido extenso, cuando una persona gitana tiene una enfermedad se considera un problema de toda la familia. El apoyo comunitario funciona como un factor de protección respecto al individuo enfermo.