

Cita bibliográfica: Arza Porras, J. y Rodríguez Camacho, M. F. (2019). Competencia intercultural profesional en la atención socio-sanitaria a la población gitana en España. [Professional intercultural competence in social and health care to the Roma population in Spain]. *Alternativas. Cuadernos de Trabajo Social*, 26, 59-82. <https://doi.org/10.14198/ALTERN2019.26.03>

COMPETENCIA INTERCULTURAL PROFESIONAL EN LA ATENCIÓN SOCIO-SANITARIA A LA POBLACIÓN GITANA EN ESPAÑA

PROFESSIONAL INTERCULTURAL COMPETENCE IN SOCIAL AND HEALTH CARE TO THE ROMA POPULATION IN SPAIN

JAVIER ARZA-PORRAS* 

Departamento de Sociología y Trabajo Social de la Universidad Pública de Navarra

M.ª FÉLIX RODRÍGUEZ-CAMACHO

Área de Salud de la Federación FAGA de Asociaciones Gitanas de Alicante

Resumen

El Pueblo Gitano es uno de los sectores de las sociedades europeas más afectados por la exclusión social y las desigualdades en salud. En este estudio cualitativo se han analizado las claves para mejorar las competencias interculturales en la atención a la población gitana desde los servicios de salud. Se han realizado 29 entrevistas semiestructuradas a profesionales sociales y sanitarios y 67 a pacientes de etnia gitana. En los resultados se vislumbran dos modelos contrapuestos (modelo de apertura *versus* modelo de bloqueo), hilvanados en torno a discursos y prácticas como la conciencia intercultural, *la mirada* integral, las actitudes empáticas, la humanización de la atención, la construcción de alianzas o la proactividad. Las claves para el desarrollo de la competencia intercultural, presentadas en este artículo, pueden ser de utilidad para el diseño de actuaciones formativas y de adaptación intercultural de los recursos.

Palabras clave: competencia cultural, pueblo gitano, discriminación, determinantes sociales, interculturalidad.

Abstract

Among European societies, the Roma people are one of the segments most affected by social exclusion and health inequalities. This qualitative study focuses on the keys to improve the intercultural competencies of health services when attending the Roma population. A total of 29 semi-structured interviews were conducted with social and health professionals and 67 with Roma patients. The results revealed two opposing models (opening model versus blocking model) of discourse and practices relating to intercultural awareness, integral vision, empathic attitudes, humanising of attention, building alliances or proactivity. The keys to the development of intercultural competence presented in this article can be useful to design training activities and for the intercultural adaptation of resources.

Keywords: cultural competence, Romani people, discrimination, social determinants, interculturality.

Información de becas, ayudas o soporte financiero

Este artículo ha sido realizado a partir de una investigación financiada en el año 2018 por la Cátedra de Cultura Gitana de la Universidad de Alicante: «Investigación sobre competencias interculturales y población gitana en el ámbito sociosanitario». La investigación también contó con el apoyo económico de la asociación UNGA, a través de una subvención del Ministerio de Sanidad, Servicios Sociales e Igualdad de España.

* Departamento de Sociología y Trabajo Social de la Universidad Pública de Navarra. Campus Arrosadía, s/n. 31006 Pamplona (Navarra). Correo: javier.arza@unavarra.es



Extended abstract

Introduction

Studies conducted by the Ministry of Health clearly reflect the seriousness of the situation suffered by the Roma population regarding health inequality. This inequality is explained by social determinants of health, and especially by the Roma community's social exclusion in other important areas such as education, employment, housing, participation or income, as well as by historical discrimination.

Spain's National Strategy for the Social Inclusion of Roma (2012-2020) lists health as a priority area for action and proposes among other initiatives the promotion of training in intercultural competence and the cultural adaptation of resources where necessary.

Intercultural competence is a comprehensive model that aims to create a meeting point between the health system and different cultural identities. It also simultaneously addresses, however, the structural factors of inequality. This approach integrates a cognitive dimension, an affective dimension and an instrumental dimension, though in reality, all three dimensions constantly interact and can hardly be separated. Within this model of analysis, we sought to establish the main lines around which intercultural competence could be built as well as the relationships between social and health professionals and their patients from the Spanish Roma community.

Method

A phenomenological qualitative study was carried out, mainly through 29 semi-structured interviews with social and health professionals and 67 Roma patients. Nevertheless, the analysis in this article refers primarily to the interviews held with professionals, since the objective was to analyse professional discourse and practices relating to Roma patients.

The fieldwork was conducted in 9 Spanish provinces, between May and November 2018. Roma associations actively participated throughout the process. The two main criteria for selecting professionals were as follows: prior experience working with Roma patients and reaching a balance in the types of profession that were represented. Roma patients were selected mainly according to age and sex criteria.

Results

According to the objective set out, seven main lines were determined around which intercultural professional competence could be built during encounters with patients belonging to the Roma community: intercultural awareness; the way of looking or interpretation; empathy and adaptation; rule-instruction versus relationship-listening; humanisation of attention; mediation and alliances with the Roma community; and fatalism/short-termism versus perseverance-proactivity. Opposing discourses and practices that could either block or facilitate intercultural competence were observed.

Discussion and conclusions

The results revealed two opposing models, based on the seven main lines described. In the first model, called «model of openness towards intercultural competence»,

professionals are aware of the importance of interculturalism and constantly ask questions and question themselves, to understand and be understood. These professionals try to broaden their outlook and contextualise situations. This comprehensive perspective allows them to enhance their empathic attitudes, which in turn are essential to provide accurate responses when needed and to create a bond by listening, embracing, creating intimacy and, ultimately, to provide more humanised care. These professionals are constantly trying to build alliances with the Roma community. They regard intercultural mediation as a two-way path, allowing professionals and the health system to thrive. These workers are also characterised by proactivity, their participation in the community and being closer to «others». They build alliances within the community using further resources to respond together to the social determinants of health. All this allows them to leave fatalistic attitudes behind them, understanding that any achievement relies on perseverance, i.e. through ongoing medium to long-term efforts. By contrast, the «blocking model» of intercultural competence included a second type of professional. These latter professionals hold a discourse that was culturally «blind» or that exploit culturalist explanations to respond to any kind of situation. As a result, these professionals' global understanding of the situations encountered during consultations was limited, making it difficult for them to empathise. They focus their attention on correcting their patients so that they respect the rules of the health system. Their vision of their work is confined to the boundaries of their health centre, and they are thus not sufficiently sensitive to the idea of cooperating with the Roma community (beyond a unidirectional conception of mediation) or community networking. All the above produces a large amount of frustration among professionals, generating fatalistic attitudes that can lead to a self-fulfilling prophecy.

The study also resulted in a series of key areas to be addressed to improve intercultural professional competence in the social and health care services provided to the Roma population. Therefore, the present work could be useful for designing training activities and for the intercultural adaptation of resources, as stated in the National Strategy for Social Inclusion of Roma (2012-2020).

Several main lines identified have also been mentioned in other studies in the field. Thus, a number of areas of transformation of professional discourse are proposed (avoiding culturalism or anti-Gypsism and moving towards intercultural awareness), as well as other areas related to methodological proposals entirely present in the latest initiatives to improve health systems: humanisation of care, community work or person-centred care.

At least two study limitations were detected. The first is related to the selection of health facilities. The selected centres were located in neighbourhoods where Roma families were particularly concentrated and where Roma associations are collaborating with programmes that combat social exclusion. In that sense, a selection bias existed, common to virtually all studies on Roma people, as social and health care administered to other Romani people with different socioeconomic profiles were not assessed. Second, almost all professionals interviewed had over 20 years of experience. It would have been interesting to address a broader range of profiles that included more recent professionals, and thus be able to explore possible differences in discourse.

Introducción

El Pueblo Gitano es la minoría étnica más numerosa en Europa. Sin embargo, no se conoce con precisión su tamaño exacto. En el caso del Estado español, al utilizarse diferentes métodos de cálculo, la horquilla puede variar entre 500.000 y 1.000.000 de personas (Laparra et al., 2011), aunque los datos manejados por las instituciones públicas oscilan entre las 725.000 y las 750.000 personas (MSSSI, 2012).

El Ministerio de Sanidad español inició en el año 2006 una línea longitudinal de investigación que compara los resultados de la encuesta nacional de salud respecto a los obtenidos en una encuesta aplicada específicamente a población gitana (FSG/MSPS, 2009; MSSSI, 2016). Esta encuesta ha sido realizada en el año 2006 y en el año 2014, y aporta datos de gran interés para conocer la evolución de la salud en esta población. Sus resultados son contundentes al reflejar una clara situación de desigualdad en salud en la población gitana, tanto en salud percibida como en estilos de vida o en el acceso a determinados servicios de salud, incluso cuando se compara con las clases sociales ocupacionales en peor situación en la población general de España (La Parra, Gil y de la Torre, 2016).

En el informe de la encuesta 2014 se afirma que esta situación de desigualdad se explica por el impacto de los determinantes sociales de la salud (MSSSI, 2016), y principalmente por la situación de desigualdad que la comunidad gitana sufre en otros importantes ámbitos de la inclusión social como la educación, el empleo, la vivienda, la participación o los ingresos económicos (Damonti y Arza, 2015). Como otro determinante social de la salud, debemos tener en cuenta el impacto de la discriminación, que influye notablemente en las oportunidades de incorporación social en general, pero que también puede afectar a las posibilidades de acceso y adecuado aprovechamiento de los servicios de salud. La persistencia de profundos prejuicios negativos en la población española provoca que los gitanos y las gitanas sean el sector de la sociedad que más prácticas discriminatorias percibe en su vida cotidiana (Arza, 2015). Una de cada dos personas gitanas se ha sentido discriminada alguna vez, mientras que en el conjunto de la población la proporción es de una de cada ocho (Damonti y Arza, 2015).

El Gobierno de España aprobó en el año 2012 la Estrategia Nacional para la Inclusión Social de la Población Gitana (2012-2020) (MSSSI, 2012), como consecuencia del Marco Europeo de Estrategias Nacionales ratificado por la Comisión Europea en abril de 2011. Ese documento institucional contempla la salud como uno de los ámbitos prioritarios de intervención, y propone dos grandes líneas estratégicas en este ámbito. La primera plantea la necesidad de

incrementar la accesibilidad, el uso y la eficacia de los servicios sanitarios. En ella se propone la reducción de la desigualdad en salud de la población gitana, reorientando los servicios hacia la equidad e impulsando la promoción de la salud a lo largo del ciclo vital. La segunda propone el reforzamiento de la cooperación administrativa, buscando la acción intersectorial, y la promoción de la participación de la población gitana y su tejido asociativo. En clara sintonía con el objeto de esta investigación, se apuesta también por el impulso de la formación en competencia intercultural y la adaptación cultural de los recursos, cuando sea necesario (MSSSI, 2012).

Precisamente la competencia intercultural es uno de los modelos más integrales para facilitar el encuentro entre el sistema sanitario y las diferentes identidades culturales. En primer lugar, porque no centra su atención en los cambios que deben realizar los diferentes grupos culturales, sino que se orienta fundamentalmente hacia las transformaciones sociales, institucionales y profesionales que el sistema debe desarrollar para facilitar un constructivo encuentro intercultural (Kirmayer, 2012). Además, los posibles cambios introducidos no benefician únicamente a los distintos grupos culturales, sino que redundan en una mejora global del propio sistema. Por otro lado, desde el modelo de competencia intercultural se propone, no un estado a alcanzar, sino un proceso permanente, adaptado y flexible en el que los y las profesionales se esfuerzan por conseguir trabajar de una manera lo más aproximada posible al contexto cultural de cada familia, cada individuo o cada comunidad con la que interaccione (Bacote-Campinha, 1999). Esta visión dinámica es fundamental para evitar una concepción rígida, reificada y esencialista de la cultura, es decir, una visión que encierre a cada individuo, grupo o comunidad en un conjunto de características más o menos fijas que pueden describirse independientemente de cada historia de vida o de cada contexto social específico (Kirmayer, 2012).

La competencia intercultural integra conocimientos, actitudes y habilidades (Lillo et al., 2004), es decir, que posee una dimensión cognitiva, una dimensión afectiva y una dimensión instrumental. Aunque las tres interactúan constantemente en la realidad, y difícilmente pueden ser separadas, se indicarán a continuación las principales características de cada una. En primer lugar, la dimensión cognitiva supone conocer la influencia que la cultura tiene en el modo en que las personas pensamos y actuamos. Exige que reconozcamos nuestros propios valores, creencias y costumbres, para poder ser conscientes de la influencia que tienen en la percepción y la valoración de las creencias, las costumbres y los valores de otras personas o grupos, e incluso en la conformación de prejuicios hacia otras identidades culturales. Implica conocer varias perspectivas culturales y experimentar las interpretaciones

alternativas que se pueden dar ante una misma realidad. Esta dimensión es denominada también conciencia intercultural (Malik, 2009; Chen y Starosta, 2000). Asimismo, desde el enfoque de la *cultural safety* (Papps y Ramsden, 1996), manejado especialmente desde el ámbito de los derechos de los pueblos indígenas u aborígenes, se añade la necesidad de conocer y reconocer las circunstancias sociales, históricas, políticas y económicas que crean diferencias de poder e influyen en la generación de desigualdades en salud (Kirmayer, 2012). En cuanto a la dimensión afectiva, o sensibilidad intercultural (Malik, 2009; Vilà, 2006; Boladeras, 2007), hace «referencia a aquellas capacidades de emitir respuestas emocionales positivas y controlar aquellas emociones que pueden perjudicar el proceso comunicativo intercultural» (Vilà, 2006). Esta dimensión se identifica con actitudes como la curiosidad, la apertura y la pasión por el encuentro con otras identidades, el interés por aprender y cambiar en el contacto intercultural o la apertura y la comodidad ante lo inesperado y/o diferente (Vilà, 2006). Finalmente, la dimensión instrumental es el conjunto de habilidades, acciones y destrezas verbales y no verbales que permiten a los individuos adaptar su comportamiento a la situación y al contexto para lograr una comunicación efectiva y apropiada en las interacciones interculturales (Chen y Starosta, 2000).

En el marco de este modelo de competencias interculturales, en el análisis realizado para este artículo se han pretendido establecer los ejes fundamentales en torno a los que puede construirse la competencia intercultural de los y las profesionales sociales y sanitarios en su relación con pacientes de la comunidad gitana española.

Método

Diseño

El análisis ha sido realizado en base a un estudio cualitativo de carácter fenomenológico, sustentado fundamentalmente en la realización de entrevistas semi-estructuradas a profesionales sociales y sanitarios, y a pacientes de etnia gitana. El trabajo de campo fue realizado, en 9 provincias del Estado español, entre mayo y noviembre de 2018. Desde la fase del diseño, pero también en las posteriores, ha sido fundamental la participación de la red Equi-Sastipen-Rroma, que agrupa aproximadamente a 20 asociaciones y federaciones de asociaciones gitanas que desarrollan proyectos de salud en la mayor parte de las comunidades autónomas del Estado español.

Participantes

Han sido realizadas 95 entrevistas válidas: 67 a personas gitanas y 29 a profesionales sociales y sanitarios. No obstante, el análisis realizado para este artículo se refiere fundamentalmente a las entrevistas desarrolladas con profesionales sociales y sanitarios, ya que se han pretendido analizar los discursos y las prácticas profesionales en el encuentro con pacientes de etnia gitana.

Tabla 1. Entrevistas a profesionales sanitarios¹

	Profesión	Sexo	Años de experiencia
PS1	Trabajo Social	Mujer	30
PS2	Medicina	Mujer	31
PS3	Enfermería	Mujer	25
PS4	Enfermería	Mujer	30
PS5	Enfermería	Mujer	25
PS6	Enfermería	Mujer	19
PS7	Enfermería	Mujer	24
PS8	Trabajo Social	Mujer	34
PS9	Medicina	Mujer	25
PS10	Enfermería	Mujer	40
PS11	Medicina	Mujer	32
PS12	Medicina	Mujer	32
PS13	Medicina	Hombre	29
PS14	Trabajo Social	Mujer	32
PS15	Trabajo Social	Mujer	5
PS16	Medicina	Hombre	27
PS17	Enfermería	Mujer	16
PS18	Trabajo Social	Mujer	12
PS19	Medicina	Mujer	30

1. Tanto en esta tabla, como en la de pacientes, únicamente incluimos información de las entrevistas que son mencionadas con citas literales en el análisis.

Tabla 2. Entrevistas a pacientes de etnia gitana

	Sexo	Edad	Familia
PG1	Mujer	67	Hijos-as mayores de edad
PG2	Mujer	30	Hijos-as menores de edad
PG3	Hombre	38	Hijos-as menores de edad
PG4	Mujer	68	Hijos-as mayores de edad
PG5	Hombre	39	Hijos-as menores de edad
PG6	Mujer	36	Hijos-as mayores de edad
PG7	Mujer	40	Sin hijos-as
PG8	Hombre	34	Sin hijos-as
PG9	Hombre	62	Hijos-as mayores de edad
PG10	Hombre	38	Hijos-as menores de edad

En la selección se siguió un procedimiento multietápico. En primer lugar, el equipo investigador seleccionó 9 provincias, y dentro de cada una de ellas 2 municipios (o 2 barrios en el caso de ser una ciudad) (Tabla 3), teniendo en cuenta criterios de diversidad geográfica y de tipología de municipios (tamaño poblacional, ámbito rural-urbano, etc.). Posteriormente se contactó con asociaciones gitanas de cada una de las zonas. En colaboración con ellas, se seleccionaron 2 centros de salud en cada una de las zonas, teniendo en cuenta que fuesen centros con presencia de pacientes de la comunidad gitana. Finalmente, y también en colaboración con las respectivas asociaciones gitanas, en cada uno de los centros de salud se planificó la realización de 4 entrevistas a pacientes de etnia gitana y 2 a profesionales sociales y sanitarios. En la selección de los y las profesionales se utilizaron como principales criterios los siguientes: experiencia de relación con pacientes de etnia gitana y el logro de un equilibrio final en cuanto al tipo de profesión. Respecto a la selección de pacientes de etnia gitana, se utilizaron principalmente criterios de edad y sexo.

Tabla 3. Territorios definidos para la realización del estudio

<ul style="list-style-type: none"> - Alicante. - Jerez de la Frontera (Cádiz). - Córdoba. - Jaén. - Dos Hermanas y San Juan de Aznalfarache (Sevilla). - Oviedo y Avilés (Asturias). - Madrid. - San Adrián y Lodosa (Navarra). - Bilbao y Alonsotegi (Vizcaya).

Procedimiento

El equipo que ha realizado las entrevistas ha estado compuesto, prácticamente en su totalidad, por personas gitanas vinculadas al asociacionismo gitano. De esta manera, se ha facilitado el contacto con las personas gitanas entrevistadas y se ha contribuido a crear un clima de mayor confianza en las entrevistas. Una de las autoras del presente artículo también participó como entrevistadora.

Se realizó un guión para la realización de las entrevistas a pacientes de etnia gitana y otro para las entrevistas a profesionales sociales y sanitarios (Tabla 4). Además, se entregó a cada persona entrevistadora un documento con orientaciones técnicas y éticas para el manejo de la entrevista. Asimismo, las personas entrevistadoras contaron con el apoyo y la orientación permanente de los equipos técnicos de cada asociación, así como del equipo investigador.

Las entrevistas con profesionales sociales y sanitarios fueron realizadas en los respectivos centros de salud, mientras que en el caso de pacientes fue más variable (centro de salud, asociación gitana, su propio domicilio, etc.). Tuvieron una duración media de 50 minutos, en el caso de profesionales, y de 30 minutos en el caso de pacientes. Todas ellas fueron grabadas en audio, tras la correspondiente firma del consentimiento informado por parte de cada persona entrevistada.

Tabla 4. Guion de temas tratados en las entrevistas a profesionales sanitarios²

<p>Utilización de servicios:</p> <ul style="list-style-type: none"> - ¿Qué servicios utilizan más? - ¿Cómo suele ser su experiencia de relación con los servicios sanitarios? - Diferencias con el resto de la población. - Valoración sobre el impacto de los servicios sanitarios en la comunidad gitana. - Evolución observada. - Valoración de la experiencia profesional de relación con la población gitana: aspectos que la facilitan o que la favorecen, mejoras que se podrían introducir, necesidades percibidas para mejorarla, etc. <p>Pregunta final:</p> <ul style="list-style-type: none"> - Cuando las personas gitanas se sienten satisfechas con la atención ¿en qué crees que se fijan más?

2. Tanto en este caso, como en el guion para personas gitanas, el guion era más amplio, pero en este caso únicamente hacemos referencia al bloque de preguntas que hemos analizado para este artículo.

Tabla 5. Guion de temas tratados en las entrevistas a pacientes de etnia gitana

Utilización de servicios: <ul style="list-style-type: none">- ¿Qué servicios sanitarios has utilizado en el último año? ¿Y las personas de tu familia?- ¿Cómo ha sido la experiencia? ¿Y la de otras personas de tu familia=- ¿Cómo podrían mejorar?- ¿Has utilizado alguna asociación gitana como apoyo en tu relación con los servicios sanitarios? Diferencias con el resto de la población. Pregunta final: <ul style="list-style-type: none">- ¿Cómo es, qué cosas hace un buen profesional sanitario, un profesional que recomendarías a cualquier familiar?

Análisis de datos

Todas las entrevistas fueron transcritas literalmente. El autor y la autora del artículo realizaron una lectura repetida de los textos y, a través de varias sesiones de trabajo, fueron poniendo en común sus valoraciones y construyendo una primera codificación compartida. Tras una inicial agrupación por categorías, se trataron de vincular los datos obtenidos con las conclusiones extraídas del análisis bibliográfico previo. En el caso del análisis realizado para este artículo, fue especialmente relevante el contraste entre los discursos observados en las entrevistas y las diferentes dimensiones planteadas desde el modelo de competencia intercultural.

Un primer borrador del informe de la investigación fue debatido en un grupo de trabajo compuesto por representantes de la Red Equi-Sastipen-Roma, del Ministerio de Sanidad, Consumo y Bienestar Social, de la Universidad de Pública de Navarra y de la Universidad de Alicante.

Resultados

De acuerdo con el objetivo planteado, en el análisis se han definido siete ejes en torno a los que se podría construir la competencia intercultural profesional en el encuentro con pacientes de la comunidad gitana. En cada uno de los ejes se han observado, de manera contrapuesta, discursos y prácticas que pueden bloquear la competencia intercultural y discursos que la facilitan. La comparación entre los distintos perfiles de personas entrevistadas no refleja diferencias por sexo, disciplina o ubicación geográfica.

Conciencia intercultural

La dimensión cognitiva constituye uno de los pilares de la competencia intercultural. Difícilmente se puede construir ésta si no se manejan algunas informaciones básicas sobre las referencias culturales de la población con la que se trabaja, o no se muestra al menos interés hacia las mismas (PS2). Tampoco si no se reflexiona o investiga acerca de los factores (incluyendo los culturales) que explican el estado de salud, el comportamiento o las actitudes de la población usuaria (PS1). Y, por supuesto, si no se considera la cultura como un elemento fundamental en el desarrollo vital de cualquier individuo, grupo o comunidad (PS3). Para avanzar en la conciencia intercultural es imprescindible una actitud positiva hacia la formación intercultural permanente. Una formación que no se debe producir únicamente a través de la realización de cursos sino que también puede haber otras vías: la lectura personal, tener la curiosidad y el interés por preguntar sobre la cultura de las personas que se atiende, aprender a través del trabajo compartido con profesionales de la mediación intercultural, etc. (PS12, PS15 y PS16).

<p>«...porque por ejemplo cuando viene alguno de ellos que tiene poder... pues el, el... ¿cómo se llama? el que...» PS2</p> <p>«Nunca me habían preguntado nada así» (ante la pregunta sobre qué factores influyen en la salud de la población gitana). PS1.</p> <p>«Quiero decir, son cuestiones culturales que, en el momento que hablamos de sanidad..., de permitir que el personal haga bien su trabajo, son cosas que incordian». PS3.</p>	<p>«Yo he leído muchos libros, después de estar aquí, para ver un poco, para entender un poco y entenderos por qué sois como sois, ¿no? Y... ver qué puedo yo hacer para que me entendáis mejor...» PS12</p> <p>«...pero creo que es necesaria la formación a profesionales en interculturalidad... preguntar e interesarte por la cultura..., yo aprendo mucho de las mediadoras y de, yo creo que el nutrirnos unas a otras es fundamental». PS15.</p> <p>«Tenemos que aprender mucho de la etnia gitana, muchísimas virtudes y muchísimas cosas buenas. Y es verdad que, bueno, pues la información que nos viene de vosotras, nos hace ver, entender y comprender muchos aspectos que, bueno, pues que... pues que la ignorancia no... no nos muestra, ¿no?» PS16.</p>
--	--

La mirada

La ausencia de conciencia intercultural puede dar lugar a visiones descontextualizadas sobre la realidad de la población gitana, a interpretaciones simplistas

sobre lo que les pasa, lo que hacen, lo que opinan (PS2A). Como ejemplo de interpretación simplista, podemos referirnos al sobredimensionamiento del factor cultural, es decir, a una explicación culturalista que atribuye a supuestas herencias y costumbres ancestrales todos los comportamientos y las actitudes que generan desajuste en la actualidad (PS11). Este tipo de interpretación simplista llega al extremo cuando esa atribución a la herencia se materializa en una explicación genética sobre el estado de salud de la población gitana (PS9). De hecho, en varias de las entrevistas a profesionales, las primeras explicaciones sobre el estado de salud se centraban especialmente en una interpretación genética ligada a la endogamia. Sin embargo, paradójicamente, todas las problemáticas de salud que señalaban posteriormente estos mismos profesionales, tenían en realidad un marcado componente social: alimentación, obesidad, hipertensión, diabetes, etc.

Los prejuicios influyen en que *nuestra mirada* sea más descontextualizada, más simplista. A la vez, esa *mirada* limitada hace que nuestros prejuicios se vean reafirmados e incrementados. Hasta tal punto ocurre con la población gitana, que se podría sugerir una nueva metáfora, la *gitanopía*, que actúa como *una lesión en la vista* (como la miopía) e influye en que veamos a las personas gitanas de *manera borrosa*, de manera distorsionada, y que incluso en algunos casos no veamos a determinadas personas gitanas (que no cumplen con nuestros prejuicios), y a otras sí (a las que los cumplen de manera visible) (PS2B y PS7).

Avanzar en la conciencia intercultural es imprescindible para la reducción de prejuicios, para lograr que el o la profesional pueda observar y entender lo que ocurre en su consulta más allá del paciente individual que recibe y de sus síntomas o comportamientos (PS12). Esto es fundamental en la atención a cualquier tipo de persona o población, pero lo es aún más en el caso de una comunidad, como la gitana, en la que los vínculos de familia extensa son tan relevantes y los determinantes sociales tienen una incidencia tan intensa en su salud (PS16).

La competencia intercultural implica hacerse preguntas, no conformarse con asumir pasivamente una realidad sino interrogarse permanentemente: ¿por qué algunas personas gitanas no acuden a revisiones?, ¿por qué algunas personas gitanas llegan tarde a las citas?, etc. (PS6)

<p>«Ellos utilizan la urgencia porque es más fácil, y bueno pues eso..., mas cómodo, vienen cuando quieren y demás». PS2A.</p> <p>«...yo creo que por sus características étnicas,...por las costumbres que han heredado ancestrales de todo... tienen una alimentación muy mala». PS11</p> <p>«Pero es que eso no depende de ellos ni de la forma de vivir ni nada, es una cosa genética. PS9</p> <p>«...ahora vienen muchísimo, muchos a sus revisiones y sus cosas porque tienen muy claro que si no acuden a las revisiones, si no van al cole, pues las...las subvenciones,... porque si no...no vendrían eso está claro...» PS2B.</p> <p>«Hombre si, los vemos, pero los vemos por urgencias sobre todo por temas de medicación de ansiolíticos y de ese tipo...por curas, curas a nivel de heridas punzantes, puñetazos...y el programa de metadona». PS7</p>	<p>«...que no es sólo un paciente que viene a pedir una consulta, sino que ese paciente pertenece a una familia, pertenece a una red social, pertenece a...» PS12</p> <p>«Pero es verdad que tienen una serie de condicionantes sociales, a nivel alimenticio, a nivel de vivienda, a nivel de situación de barrio y a otros niveles, que bueno, que condicionan un poco su estado de salud». PS16</p> <p>«Es que es fundamental, –¿Por qué tú no vienes a las revisiones?– es que a mí me gustaría saberlo» PS6</p>
--	--

Empatía y adaptación

La mirada descontextualizada, los prejuicios, imposibilitan que surja la empatía, una actitud imprescindible para construir relaciones basadas en la comprensión, la cercanía y la confianza. En varias entrevistas se han podido observar las dificultades para entender el comportamiento de la otra persona desde su contexto y trayectoria, y no desde las circunstancias del o de la profesional (PS2 y PS10). Entender la globalidad de las personas con las que se trabaja, es imprescindible para generar empatía, y ésta supone un paso previo para la adaptación (PS15 y PS16). Sin embargo, es necesario tener en cuenta si se trata de una adaptación o flexibilización particular de un o una profesional, o forma parte de un protocolo adoptado por la institución. Es muy distinta la generación de derechos que ofrece una u otra opción (PS17 y PS18).

<p>«...viene una chica y digo –¿Tu trabajas?– –No– y le digo –¿Por qué?– –Tengo dos hijos– –Ya, yo también y no he dejado nunca de trabajar–». PS2.</p> <p>«...mis hijos han hecho deporte los dos. ¿Es más incordio?, claro que es más incordio... Muchas veces coger el niño de aquí, llevarlo allí, esperarle ahora no sé qué, el sábado deporte... Estás más pendiente de ellos, pero es que tener hijos no es una cosa que es gratificante y ya está, exige un sacrificio, y un sacrificio muchos años». PS10.</p>	<p>«Claro, por eso una persona que llega media hora tarde a la consulta no es porque estuviera en el sofá seguramente, habrá personas que sí, no digo que no, pero que tienes que entender muchas veces cuál es la situación de esa persona» PS15.</p> <p>«Comer pescado, eh... dos veces a la semana, pues como me dijo una señora una vez, qué más quisiera yo...» PS16.</p> <p>«Pues a lo mejor si sabes que a la una y media te tienes que ir pues no cites a esa persona a la una y cuarto, o sea, tener un poco de, claro, de sensibilidad...» PS17</p> <p>«Mira Laura necesito que me hagas un hueco que voy con dos familias para allá que sabes que tenemos el problema, que no querían, que he conseguido que quieran hoy...» PS18</p>
---	--

Norma-Instrucción versus Relación-Escucha

En varias entrevistas se ha observado que, en la construcción de la relación, desde el ámbito profesional se pone mucho el acento en lo normativo, en el cumplimiento de horarios y procedimientos (PS9A y PS11A). Por otro lado, y en coherencia con la preocupación por lo normativo, parece priorizarse un estilo educativo centrado en la instrucción, e incluso *el regaño* (PS3, PS9B y PS11B). Un estilo que pretende corregir hasta lograr que los y las pacientes cumplan, de manera «autónoma», las normas definidas desde el sistema (PS, 19). Un estilo que en general no es muy eficaz, pero que aún parece serlo menos con la población gitana, ya que contrasta extraordinariamente con la manera en la que se aprende-enseña dentro de esta comunidad, más desde el modelaje y la conversación (PG4 y PG5). Por el contrario, la escucha aparece como una de las claves para la construcción de una buena relación, de un buen vínculo. La escucha es imprescindible para comprender a la persona y para entender la globalidad de su situación, pero también es un medio para que pueda desahogarse y sentirse acogida y comprendida. Asimismo, mediante las preguntas que el o la profesional realiza durante el acto de escucha, la persona puede ordenar sus pensamientos, aclararse e incluso llegar así a sus propias conclusiones (PS15 y PS17). La escucha es también lo contrario a la imposición, a la instrucción, que como anteriormente decíamos es uno de los elementos que dificulta el encuentro intercultural (PS16). Finalmente, y siguiendo con la comunicación, las personas gitanas entrevistadas reclaman un estilo comunicacional cercano,

claro, que muestre preocupación por ser comprendido (PG1 y PG2). Asimismo, se refleja la importancia que tiene el entender, dependiendo de la cultura, los significados que pueden tener los distintos códigos de comunicación (PG3).

<p>«Vienen siempre tarde, tienes que tener con ellos mucha paciencia porque les das a las nueve y no vienen, que –yo después de la una porque trabajo en el mercado– Ese tipo de cosas». PS9A.</p> <p>«...y notar ¡pom, pom, pom! –¡Es que tengo cita...!– Diez minutos de demora... ¡Chico, que no estoy tomando café, estoy trabajando!» PS11A.</p> <p>«Yo intento trabajar mucho la autonomía para que ellos puedan saber cuándo hay que consultar; cuándo no, cuándo tienen que venir, cuándo hay que esperar, cuándo...». PS</p> <p>«-No te voy a atender como no me pierdas peso...-... entonces se enfadan». PS3.</p> <p>«...pero a mí no me... me hace caso uno de cada... veinte. ¡No me hacen caso!» PS9B.</p> <p>«Además, saben, yo... yo les he chillado mucho y les he reñido, ¿eh?» PS11B</p> <p>«Yo lo que he visto en casa de mi madre lo he hecho yo, y de mí lo ha aprendido mi hija. Eso es una cadena». PG4.</p> <p>«Nosotros somos una cultura que nos enseñan a través de hacer y de, de, de conversaciones...» PG5.</p>	<p>«Yo creo que el no sentirse juzgadas, y el empatizar, el escuchar... No sé, ha habido muchas veces que me han dicho –Ay, muchas gracias, me has ayudado mucho–, y te aseguro que no he abierto la boca, o sea que...» PS15</p> <p>«Ser escuchados sobre todo, ¿no?, ser escuchados, el permitirle que ellos hablen y se expongan. Y entonces ahí actuar» PS17</p> <p>«No ahí una imposición cultural de decir es que yo soy payo, médico, súper listo y te voy a decir a ti lo que tienes que hacer en tu vida». PS16.</p> <p>«Entonces ahí está la sabiduría del que sabe leer y escribir y tiene una carrera, el ponerse en mi lugar para que yo lo entienda ¿no? Digo yo». PG1.</p> <p>«Pues eso, también que es muy clara hablando y... y... muy familiar, habla así como que no habla con esa seriedad que a lo mejor te da miedo explicarle o responder... o corte...» PG2.</p> <p>«... mi tono de voz es un poquito más bajo, pero tengo tíos, tengo hermanos, tengo primos, pues que hablan de otra forma. No ofenden, pero el código de comunicación es diferente al que un profesional de otra raza u otra etnia está acostumbrado». PG3.</p>
--	--

Humanización de la atención

Durante el encuentro en la consulta, la acogida, la relación de confianza, el trato cercano, son elementos enormemente valorados por las personas gitanas. Lógicamente, cualquier ser humano lo agradece, pero en el caso de comunidades discriminadas, como la gitana, el trato es fundamental para romper la actitud de desconfianza con la que pueden acudir (PS4). En ese sentido, se destaca que los y las pacientes de la comunidad gitana son especialmente sensibles al detectar expresiones verbales o no verbales de rechazo o distancia (PS5). Por el contrario, también captan y valoran extraordinariamente los esfuerzos por generar relaciones desde la cercanía y el respeto (PS15). Uno de

los aspectos hacia los que más sensibilidad muestran las personas gitanas es la percepción de un trato prepotente en el o la profesional, que refleje creerse superior a la persona gitana (PG6 y PG7). Por el contrario, lo que se demanda es un trato personal, familiar, *de tú a tú*, que sean vistos *como personas*, más allá del problema concreto de salud con el que hayan acudido a la consulta (PG8, PG9 y PG10). En definitiva, la demanda es hacia una humanización de la atención sanitaria.

<p>«...quizás acuden con cierta desconfianza, aunque tú intentas eh...ser cercana y...dar esa confianza que parece que a veces falta» PS4.</p> <p>«...en vez de pediatra...parece que sea la presidenta, que tiene que vigilar, como que fuera la dueña de mis hijos...No, hija, que porque sea gitana no tengo que tener yo un nivel bajo para saber cómo hay que educar a mis hijos, si se bañan o no, que gracias a Dios, he tenido una madre, que me la tenga en el cielo, que nos ha aprendido a lavarnos y a ducharnos perfectamente». PG6.</p> <p>«...hay algunos que te atienden bien y otros que te tratan ahí como si no fueras nadie... mucho postín, se piensan ellos que son más que tú, entonces no, somos todos igual». PG7.</p>	<p>«...entonces lo notan, cuando alguien le tira un desprecio por su propia cultura ¿no?...Una vez que ganas la confianza eso... confían en lo que tú les digas, incluso algunas veces te da miedo, confían tanto en mí,...» PS5.</p> <p>«Pero la persona que se sienta a gusto, que en un momento dado se pueda desahogar contigo yo creo que es importante...Y es algo que siempre en la población gitana agradecen, es mucho más agradecida que la población no gitana ¿eh?» PS15.</p> <p>«... me habla con mucha confianza que es una cosa que a mí me gusta que me traten de tú a tú, de confianza...» PG8.</p> <p>«...yo gracias a Dios a esta doctora la conozco y pues me pregunta, –¿Qué tal está usted?– Igual voy solo y me pregunta –qué tal está la mujer, cómo están los hijos-...o sea...hay un interés» PG9.</p> <p>«...no es porque, a lo mejor, sea un profesional de muchos galardones, pero sí es una persona que... que tiene empatía, que te mira como un ser humano, que observa las dificultades, que escucha...que mucha gente lo que necesita cuando se acerca al médico, no es que le traten como una máquina, ni que el médico sea una máquina, sino que le escuchen, que opinen, que le auscultan, que lo... lo vean». PG10.</p>
---	---

Mediación y alianzas con la comunidad gitana

La mediación intercultural surge como una estrategia de gran utilidad para mejorar el encuentro entre el sistema sanitario y la comunidad gitana. Sin embargo, una institución, o un/una profesional, debe manejar un concepto bidireccional de la mediación. Las personas mediadoras no son «enviadas»

de los y las profesionales del centro de salud (PS10) sino que su trabajo debe ir en las dos direcciones, con la población gitana y con el sistema sanitario (PS15 y PS16). Además, debe ser un trabajo continuo, procesual, y no activado únicamente cuando aparece «el problema». (PS14). Asimismo, debe ser una labor complementaria y no sustitutoria de lo que se hace en consulta, un trabajo no periférico sino integrado dentro del sistema sanitario (PS13A). Por otro lado, las potencialidades de la mediación crecen si se suma a otras vías de interlocución con la comunidad gitana. Un centro de salud, un o una profesional que conoce y establece alianzas con personas interlocutoras o referentes de la comunidad gitana en su zona, desde luego que incrementa enormemente su competencia intercultural. Todos estos canales de intermediación pueden cumplir múltiples objetivos: incrementar el conocimiento que se tiene sobre las necesidades de la población gitana, confirmar si los mensajes están llegando y cómo, facilitar el acceso a la población gitana, adaptar las estrategias o metodologías de trabajo, si es preciso, etc. (PS13B).

«...la mejor manera de que esto funcione es siendo vosotras las que a vuestras compañeras y de la misma etnia, vayáis dando la información que os parezca más correcta de lo que decimos nosotras» PS10

«Pero la realidad es que cuando falla un poco nuestro sistema de captación y a nosotros no nos hacen todo el caso que debieran, yo acudo a nuestros mediadores». PS14.

«Y también el mediador social, vuestro mediador social y ese tipo de cosas, también forman parte muy importante del engranaje del sistema...» PS13A

«La mediadora, el...el guiar, el hacer ver a una parte y a otra los puntos en común, el acercamiento...yo creo que es un papel súper importante y muy necesario, vamos». PS15

«Pero bidireccionalmente significa que la mediadora también nos transmite el mensaje que quiere darnos la población» PS16

«Y también porque si nosotros no recibimos, nosotros estamos aquí en nuestra torre de marfil encerrados, en nuestras cuatro habitaciones, y yo lo sé todo, y yo soy el que manejo todo y soy el que lo controlo todo, yo no me entero si te está llegando o no llegando. Porque si yo no contacto contigo, no sé qué necesidades tienes tú o qué es lo que tú piensas o qué es lo que tú sientes ...» PS13A.

Fatalismo-Cortoplacismo versus Perseverancia-Proactividad

La mirada descontextualizada y simplista a la que nos referíamos (la *gitanopía*), así como el intento de lograr cambios únicamente desde lo normativo y la instrucción, genera mucha frustración en los y las profesionales. En varias de las entrevistas a profesionales se observa una actitud fatalista que incluso puede tener un efecto de profecía autocumplidora (PS2, PS3, PS7, PS8A y PS10). Sin embargo, frente al fatalismo, en otras entrevistas hemos observado narraciones vinculadas a la confianza en el cambio, narraciones en las que se percibe una gran capacidad para detectar evolución, mejoras, potencialidades, puntos fuertes, etc. Los y las profesionales que tienen ese tipo de conciencia, coinciden en aportar una serie de condiciones que deben confluir para que los avances se logren. La primera a la que nos queremos referir es el trabajo a medio-largo plazo. Se insiste en que los cambios comienzan a verse cuando se ha realizado un trabajo constante a lo largo del tiempo (PS5A y PS16A). Por otro lado, también se hace alusión a la falta de continuidad en muchas de las iniciativas que se desarrollan con la población gitana (PS8B), como factor que dificulta el logro de resultados. La proactividad es la segunda condición a la que nos referiremos. También en este caso es una buena respuesta ante el fatalismo, es decir, facilita que la institución o los y las profesionales no se limiten a lamentarse de una situación (no acuden a las citas, por ejemplo) o a tranquilizarse con expresiones tipo: «aquí se les trata igual y tienen disponibles todos los recursos, como el resto de las personas». Desde la proactividad se plantea salir a la comunidad, acercarse al terreno «del otro», no esperar pasivamente (PS5B, PS6 y PS14). La tercera y última condición es el trabajo con toda la red de recursos que pueden contribuir a mejorar la situación de la población gitana. Siguiendo la metáfora que aporta una de las personas entrevistadas, un centro de salud con competencia intercultural se asemejaría a «un pulpo» que trata de llegar, con la colaboración de otros recursos, a todos los determinantes sociales de la salud (PS16B, PS5C y PS16C).

<p>«Porque ellos no quieren integrarse, no quieren,...» PS2.</p> <p>«Tampoco ha habido mucho cambio. Yo creo que cuando vine abusaban del servicio de urgencias y en eso mucho no ha cambiado, la verdad». PS3.</p> <p>«...vuelven a las andadas, vuelven a las andadas otra vez...» PS7.</p> <p>«...pronto me jubilo. Yo he visto, paseo por zonas de transformación social o de necesidad de transformación,...por este lado, por el otro, y te digo...esto...sigue siendo lo mismo...». PS8A.</p> <p>«Que yo creo, sinceramente, creo que no sirve para nada, ¿eh?» PS10</p> <p>«Pero es que cuando la gente se ha adherido ya a un proyecto y tienen una confianza en una persona que les está transmitiendo unos valores y la quitas y le pones otra, es una locura». PS8B.</p>	<p>«Y ese mensaje, pues ha cambiado un poco al cabo de los catorce años que lleva el centro abierto...Son metas cortitas, pero constantes» PS5A.</p> <p>«El tema de la prevención y las motivaciones al cambio, es un trabajo de gotita a gotita... Entonces, gotita a gotita, va calando». PS16A.</p> <p>«Nosotros no pudimos...no podíamos esperar a que vinieran aquí, lo teníamos claro, clarísimo era. Tuvimos que salir a la calle, ir a la calle,...tienes que ir a la casa» PS5B.</p> <p>«Es decir, yo creo que el centro de salud no solamente está en el centro de salud, no debe de estar solamente en ese edificio, tiene que estar fuera de ese edificio, entonces los profesionales tenemos que movernos, un poquito más» PS6</p> <p>«Yo personalmente me gusta salir a ver las madres de mi colegio y de mis niños de mi zona a la hora de salida del colegio y observo cómo pues parada obligatoria es la tienda de chuches antes de subir a casa». PS14.</p> <p>«Y luego tenemos toda una labor, también, de... bueno, de salir al barrio, ¿no?, de hacer actividades comunitarias». PS16B.</p> <p>«Entonces nosotros lo que hacemos, hacemos reuniones en las que invitamos a todos los agentes sociales de la zona, a los profesores, directores de instituto, directores de colegios, trabajadores sociales del Ayuntamiento,... todo. Entonces en esa mesa planteamos los problemas...» PS5C.</p> <p>«Como un pulpo, intentar a ver ahí entre todos, ¿no?» PS16C.</p>
--	--

DISCUSIÓN Y CONCLUSIONES

Modelo de bloqueo versus modelo de apertura

Como resultado de este análisis se han podido vislumbrar dos modelos contrapuestos, hilvanados a través de los siete ejes descritos. El primero puede ser definido como modelo de apertura hacia la competencia intercultural. En

él se sitúan profesionales con conciencia sobre la importancia de la interculturalidad, que preguntan y se preguntan permanentemente, para entender y entenderse. Profesionales que, de esta manera, pueden ampliar su mirada y comprender de manera contextualizada las situaciones que se encuentran en la consulta. Esa mirada integral les permite avanzar en actitudes empáticas, necesarias para aportar respuestas adaptadas cuando sea preciso e imprescindible para la construcción de vínculos desde la escucha, la acogida, la cercanía y, en definitiva, desde una atención más humana. Son profesionales que tratan de construir permanentemente alianzas de colaboración con la comunidad gitana, y que conciben la mediación intercultural como una vía bidireccional de la que profesionales y sistema sanitario también se nutren. Se caracterizan también por la proactividad, por salir a la comunidad y aproximarse al terreno «del otro». Es ahí, en la comunidad, donde construyen alianzas con el resto de recursos para poder responder conjuntamente a los determinantes sociales de la salud. Todo lo anterior permite que puedan alejarse de actitudes fatalistas, aunque tienen claro que cualquier logro únicamente podrá ser alcanzado desde la perseverancia, es decir, a través de un trabajo constante y a medio-largo plazo. Por el contrario, se ha definido el segundo tipo como modelo de bloqueo frente a la competencia intercultural. Se trata de un discurso «ciego» a lo cultural o que abusa de la explicación culturalista como respuesta ante cualquier situación. Como consecuencia, son profesionales con una mirada limitada para comprender la globalidad de las situaciones que se encuentran en la consulta, por lo que tienen dificultades para empatizar. Focalizan su atención en corregir a sus pacientes para que cumplan las normas del sistema sanitario. No conciben su trabajo más allá de la puerta de su centro de salud, por lo que no son suficientemente sensibles a las alianzas con la comunidad gitana (más allá de una concepción unidireccional de la mediación) o al trabajo comunitario en red. Todo lo anterior genera mucha frustración en los y las profesionales, que se transforma en una actitud fatalista que puede llegar a actuar como profecía autocumplidora.

Ejes para la mejora de la competencia intercultural profesional

En los resultados de este estudio se explicitan una serie de ejes que deben ser abordados para mejorar la competencia intercultural profesional en la atención socio-sanitaria a la población gitana. Por ello, puede ser de utilidad para el diseño de actuaciones formativas y de adaptación intercultural de los recursos, tal y como recoge la Estrategia Nacional para la Incorporación Social de la Población Gitana (MSSSI, 2012). En ese sentido, se trata de una investigación aplicada y orientada hacia la mejora de la intervención. En un análisis de la

literatura publicada sobre la salud de la población gitana (Fernández, Pesquera y Prieto, 2017), se subrayaba precisamente la escasez de este tipo de publicaciones que no se centran únicamente en analizar la salud de la población gitana, sino que orientan el foco hacia el funcionamiento de los programas y los modelos profesionales.

Aunque el modelo de competencia cultural ha recibido diferentes críticas en la literatura científica, se considera que sigue siendo de gran utilidad para el abordaje de las desigualdades en salud (Kirmayer, 2012), siempre y cuando se tengan en cuenta algunas cuestiones ya referidas en la introducción, como evitar una concepción esencialista de la cultura (Jenks, 2011) o no desviar la atención del resto de determinantes sociales de la salud (Fassin, 2011). En definitiva, la combinación del reconocimiento de la diversidad cultural junto con el análisis de los factores estructurales de desigualdad, es la mejor forma de comprender y corregir las inequidades (Fraser y Honneth, 2003).

Varios de los ejes identificados han sido señalados también en otras investigaciones del ámbito. Así, autoras como Stolcke (1995) plantean el concepto de culturalismo como un ingrediente fundamental del nuevo racismo, ya que promueve la exacerbación de las diferencias culturales y las presenta como insuperables. Briones, La Parra y Vives (2018) afirman que los y las profesionales de la salud, como parte de la sociedad, pueden reproducir narrativas prejuiciosas y estereotipadas sobre las personas gitanas (narrativas dominantes, según su terminología), pero también pueden utilizar narrativas liberadoras (identificamos las primeras con los modelos de bloqueo a los que nos hemos referido, mientras que las segundas se enmarcarían en los modelos de apertura). Escobar et al. (2018) detectaron también «adaptaciones no institucionalizadas» en profesionales de centros de salud que atienden altos porcentajes de mujeres gitanas, proponiendo su puesta en valor y visibilización como única vía para que puedan ser evaluadas y en su caso transferidas como buenas prácticas. Asimismo, Aragón (2017) en la investigación para su tesis doctoral observa cómo la relación de los y las profesionales con las personas gitanas se focaliza extraordinariamente en lo normativo. Según la investigadora, desde el discurso de estos profesionales se identifica a las personas gitanas como «malos pacientes», como «individuos a ser corregidos». La autora vincula este discurso con el concepto de «reasonable anti-gypsyism» (Van Baar, 2014), refiriéndose al convencimiento social respecto a que es legítimo, razonable y compartido considerar que las personas gitanas son incumplidoras y conflictivas. Es una ideología que contribuye a legitimar y normalizar la expresión de discursos antigitanos en cualquier tipo de espacio. De hecho, en el estudio que ha fundamentado este artículo, al decidir que las entrevistas iban a ser realizadas por

personas gitanas, se pensó que podría suponer un sesgo al condicionar el discurso de los y las profesionales. Sin embargo, en la lectura de las transcripciones se pudo observar que muchas opiniones eran expresadas con total crudeza, incluso cuando delante tenían a una persona gitana. Finalmente, el Ministerio de Sanidad, en su Marco Estratégico para la Atención Primaria (MSCBS, 2019), sitúa el trabajo comunitario como una de las estrategias fundamentales para abordar los determinantes sociales. Asimismo, y aunque no habla expresamente de humanización, sitúa como objetivos fundamentales el fortalecimiento de las alianzas con la población, la mejora en la toma de decisiones compartidas con los y las pacientes o el desarrollo de una atención centrada en la persona.

Limitaciones de la investigación

En cuanto a las limitaciones de la investigación, se han detectado al menos dos. La primera se refiere a la selección de los centros de salud. Han sido centros situados en barrios donde se produce una especial concentración de familias gitanas y en los que las asociaciones gitanas colaboradoras tienen presencia con programas vinculados a la lucha contra la exclusión social. En ese sentido, se produce un sesgo de selección, común a la práctica totalidad de los estudios sobre población gitana, al no valorar en el estudio la atención sanitaria a otro sector de personas gitanas con perfiles socioeconómicos diferentes. En segundo lugar, el perfil de las personas entrevistadas ha estado representado prácticamente en su totalidad por profesionales con más de 20 años de experiencia. Habría sido de interés un mayor acceso a profesionales de más reciente incorporación, para poder analizar posibles diferenciaciones en los discursos.

Agradecimientos

Este artículo ha sido realizado a partir de una investigación financiada en el año 2018 por la Cátedra de Cultura Gitana de la Universidad de Alicante: «Investigación sobre competencias interculturales y población gitana en el ámbito sociosanitario». La investigación también contó con el apoyo económico de la asociación UNGA, a través de una subvención del Ministerio de Sanidad, Servicios Sociales e Igualdad de España. Igualmente, agradecemos la imprescindible colaboración de las asociaciones gitanas de la Red Equi-Sastipen-Rroma, y especialmente a: Barró, Diversia Romí, FAGA Alicante, FAGIC, Fakali, Gaz Kalo, Kamira, Nevipen, UNGA y Sinando Kalí.

Bibliografía

- ARAGÓN, B. (2017). *Ill-timed patients: gitanos, cultural difference and primary health care in a time of crisis*. Tesis doctoral no publicada. UCL Anthropology Department, London. Recuperado de http://discovery.ucl.ac.uk/10033930/1/Aragon_ID_PhD-thesis.pdf
- ARZA, J. (2015). Comunidad gitana: la persistencia de una discriminación histórica. *OBETS. Revista de Ciencias Sociales*. 10(2), 275-299. <https://doi.org/10.14198/OBETS2015.10.2.01>
- BACOTE-CAMPINHA J. (1999) A model and instrumental for addressing cultural competence in health care. *Journal of Nursing Education*. 38(5), 203-207. <https://doi.org/10.3928/0148-4834-19990501-06>
- BOLADERAS, M. et al. (2007). *Orientaciones sobre la diversidad cultural y la salud*. Barcelona: Generalitat de Catalunya. Recuperado de <https://www.ffomc.org/CursosCampus/Intercultural/Modulo3/curso/03/pdf/anexo4.pdf>
- BRIONES, E., LA PARRA, D. y VIVES, C. (2018). Health providers narratives on intimate partner violence against Roma women in Spain. *Am J Community Psychol*, 61, 411-420. <https://doi.org/10.1002/ajcp.12235>
- CHEN, G.M. y STAROSTA, W. (2000). The development and validation of the Intercultural Sensitivity Scale. *Human Communication*, 3(1), 3-14. Recuperado de https://digitalcommons.uri.edu/com_facpubs/36/
- DAMONTI, P. y ARZA, J. (2015). *Exclusión social en la comunidad gitana. Una brecha que persiste y se agrava. VII Informe FOESSA sobre exclusión y desarrollo social en España*. Madrid: Fundación FOESSA. Recuperado de https://www.foessa2014.es/informe/uploaded/documentos_trabajo/15102014151523_8331.pdf
- ESCOBAR, M. GARCÍA, M., ALBAR, M.^aJ. y PALOMA, V. (2018). Salud sexual y reproductiva en mujeres gitanas: el programa de planificación familiar del Polígono Sur. *Gaceta Sanitaria*, 33(3), 222-228. <https://doi.org/10.1016/j.gaceta.2017.12.006>
- FASSIN, D. (2011). Racialization: How To Do Races With Bodies. En F.E. Marcia-Lees (ed.), *A Companion to the Anthropology of the Body and Embodiment*. Malden (MA): Blackwell Publishing. <https://doi.org/10.1002/9781444340488.ch24>
- FERNÁNDEZ, A., PESQUERA, R. y PRIETO, M.^aD. (2017). What do we know about the health of spanish Roma people and what been done to improve it? A scoping review. *Ethnicity and Health*, 24(2), 224-243. <https://doi.org/10.1080/13557858.2017.1315373>
- FRASER, N., & HONNETH, A. (2003). *Redistribution or recognition? A political-philosophical exchange*. New York, NY: Verso.
- FSG/MSPS (2009). *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. Recuperado de https://ec.europa.eu/health/sites/health/files/social_determinants/docs/spain_rd03_en.pdf
- JENKS, A. C. (2011). From «Lists of Traits» to «Open-Mindedness»: Emerging Issues in Cultural Competence Education. *Culture, Medicine, and Psychiatry*, 35(2), 209-35. <https://doi.org/10.1007/s11013-011-9212-4>
- KIRMAYER, L.J. (2012). Rethinking Cultural Competence. *Transcultural Psychiatry*, 49(2), 149-64. <https://doi.org/10.1177/1363461512444673>
- LA PARRA, D., GIL, D. y DE LA TORRE, M. (2016). The social class gradient in health in Spain and the health status of the Spanish Roma, *Ethnicity and Health*, 21(5), 468-479. <https://doi.org/10.1080/13557858.2015.1093096>
- LAPARRA, M., ARZA, J., FERNÁNDEZ, A., GARCÍA, A., ITURBIDE, R., LÓPEZ DE LA NIETA, M. y SÁNCHEZ, B. (2011). *Diagnóstico social de la comunidad gitana en España*. Madrid: Ministerio de Sanidad, Política Social e Igualdad. Recuperado de https://www.msbs.gob.es/ssi/familiasInfancia/PoblacionGitana/docs/diagnosticosocial_autores.pdf
- LILLO, M. et al., (2004) Investigación cualitativa en enfermería y competencia cultural. *Index Enfermería*, 13 (44-45), 47-50. <https://doi.org/10.4321/S1132-12962004000100010>
- MALIK, B. (2009). *Desarrollo de competencias interculturales en orientación. Proyecto docente*. Madrid: UNED. Recuperado de https://www2.uned.es/grupointer/compet_inter_profe.html
- MSCBS (2019). *Marco estratégico para la atención primaria y comunitaria*. Madrid: Ministerio de Sanidad, Consumo y Bienestar Social. Recuperado de https://www.msbs.gob.es/profesionales/proyectosActividades/docs/Marco_Estrategico_APS_25Abril_2019.pdf
- MSSSI (2016). *Segunda encuesta nacional de salud a población gitana*. Madrid: Ministerio de Sanidad, Servicios Sociales e Igualdad. Recuperado de <https://www.msbs.gob.es/profesionales/saludPublica/prevPromocion/promocion/desigualdadSalud/docs/ENS2014PG.pdf>
- MSSSI (2012). *Estrategia Nacional para la Inclusión Social de la Población Gitana (2012-2020)*. Madrid: Ministerio Sanidad, Servicios Sociales e Igualdad. Recuperado de https://www.msbs.gob.es/ssi/familiasInfancia/PoblacionGitana/docs/WEB_POBLACION_GITANA_2012.pdf
- PAPPS, E., & RAMSDEN, I. (1996). Cultural safety in nursing: The New Zealand experience. *International Journal of Quality in Health Care*, 8(5), 491-497. <https://doi.org/10.1093/intqhc/8.5.491>
- STOLCKE, V. (1995). Talking Culture: New Boundaries, New Rhetorics of Exclusion in Europe. *Current Anthropology*, 36(1), 1-24. <https://doi.org/10.1086/204339>
- VAN BAAR, H. 2014. The Emergence of a Reasonable Anti-Gypsyism in Europe. En Agarín, T., editors. *When Stereotype Meets Prejudice: Antiziganism in European Societies*. Stuttgart:

Ibidem-Verlag. Recuperado de https://www.academia.edu/8170981/The_Emergence_of_a_Reasonable_Anti-Gypsyism_in_Europe_2014_

VILÀ, R. (2006). La dimensión afectiva de la competencia comunicativa intercultural en la educación secundaria obligatoria: escala de sensibilidad intercultural. *Revista de Investigación Educativa*, 24(2), 353-372. Recuperado de <https://revistas.um.es/rie/article/view/96891>