

Equidad en Salud y Comunidad Gitana

Salud y Comunidad Gitana



MINISTERIO
DE SANIDAD
Y CONSUMO



MINISTERIO
DE SANIDAD
Y CONSUMO



SALUD Y COMUNIDAD GITANA

Análisis de propuestas para la actuación

Dirección General de Salud Pública
Ministerio de Sanidad y Consumo

Área de Salud
Fundación Secretariado Gitano

Edita y distribuye:

© MINISTERIO DE SANIDAD Y CONSUMO
CENTRO DE PUBLICACIONES
Paseo del Prado, 18. 28014 Madrid

NIPO: 351-05-022-3

Depósito Legal: BI-2.071-05

Imprime: GRAFO, S.A.

Impreso en España

ÍNDICE

I.	INTRODUCCIÓN	5
II.	SALUD, EQUIDAD EN SALUD Y PROMOCIÓN DE LA SALUD	9
	2.1. Concepto biopsicosocial de la salud	9
	2.2. Salud y desigualdad	9
	2.3. Equidad y salud para todos	10
	2.4. Promoción de la salud	10
III.	LA COMUNIDAD GITANA Y LA SALUD: Diagnóstico para la acción	13
	3.1. Debilidades	13
	- <i>La percepción de la salud de la población gitana</i>	13
	- <i>La situación de la comunidad gitana en relación con la salud</i>	14
	- <i>Aspectos culturales de la comunidad gitana implicados en el binomio salud-comunidad gitana</i>	16
	- <i>El abordaje de la salud en la comunidad gitana desde el sistema sanitario</i>	17
	3.2. Amenazas	19
	- <i>La relevancia de otros grupos minoritarios</i>	20
	- <i>El diseño de programas de intervención en el binomio salud-comunidad gitana</i>	21
	- <i>El desarrollo de programas de intervención en el binomio salud-comunidad gitana</i>	22
	- <i>Las repercusiones de los programas de intervención en el binomio salud-comunidad gitana</i>	22
	3.3. Fortalezas	24
	- <i>La identidad cultural y apoyo comunitario</i>	24
	- <i>Algunas normas, costumbres y hábitos tradicionales de la población gitana</i>	24
	- <i>Algunas características actuales de la comunidad gitana española</i> ...	25
	- <i>El movimiento asociativo gitano y la mediación intercultural</i>	28

- <i>La sensibilización de algunos profesionales socio-sanitarios y la legislación sobre salud</i>	30
3.4. Oportunidades	30
- <i>El contexto político y social actual</i>	30
- <i>La respuesta institucional ante el binomio salud-comunidad gitana</i>	31
- <i>Aspectos relacionados con la propia comunidad gitana</i>	31
IV. LA COMUNIDAD GITANA Y LA SALUD: Recomendaciones para la actuación	33
4.1. Introducción	33
4.2. La actuación del colectivo de profesionales del ámbito sanitario	34
- <i>El trabajo con la red familiar</i>	34
- <i>El trabajo grupal</i>	34
- <i>La comunicación y la relación empática</i>	34
- <i>El abordaje del conflicto y el desarrollo de actitudes mediadoras</i>	35
4.3. La formación del colectivo de profesionales del ámbito sanitario	35
4.4. La organización del sistema sanitario	37
4.5. La mediación intercultural	38
- <i>Los beneficios de la mediación intercultural en el ámbito socio-sanitario</i>	40
- <i>Los retos de la mediación intercultural</i>	42
4.6. La necesaria capacitación para la salud de la comunidad gitana	42
4.7. Los programas de intervención sobre el binomio salud-comunidad gitana	43
4.8. Los estudios sobre el binomio salud-comunidad gitana	45
- <i>Criterios generales a tener en cuenta para la realización de estudios e investigaciones</i>	45
- <i>Registro de la etnia</i>	45
V. BIBLIOGRAFÍA	51
VI. ANEXOS	53

I. INTRODUCCIÓN

El presente documento hace referencia a las conclusiones obtenidas a partir del análisis cualitativo realizado por el "Grupo de Expertos/as sobre Salud y Comunidad Gitana" en el marco del convenio de colaboración entre el Ministerio de Sanidad y Consumo y la Fundación Secretariado Gitano en el año 2004.

El objetivo de este grupo de trabajo ha sido realizar un diagnóstico inicial sobre la situación socio-sanitaria de la población gitana española para determinar cuáles son sus principales necesidades y así contribuir a la eliminación de las desigualdades existentes en salud de este colectivo. La premisa de partida de este trabajo ha sido la constatación de la escasez de datos que nos permitan intervenir más ajustadamente con la comunidad gitana. Hasta poder contar con investigaciones *ad hoc*, son las personas expertas que trabajan y atienden a población gitana (tanto del ámbito sanitario como del ámbito de la acción social) las que pueden ayudar a conocer la situación, a priorizar actuaciones y a adaptar las metodologías.

Conscientes de esta situación, el Ministerio de Sanidad y Consumo (Dirección General de Salud Pública) y la Fundación Secretariado Gitano (FSG), han establecido una línea de colaboración conjunta dirigida a promover la equidad en salud de la población gitana de nuestro país. A nivel europeo la FSG lidera un proyecto financiado por la Unión Europea y apoyado por el Ministerio de Sanidad y Consumo con los mismos objetivos.

Siguiendo esta línea, una de las primeras propuestas de trabajo ha sido la puesta en marcha de un grupo de trabajo orientado a realizar un diagnóstico inicial y una serie de propuestas de intervención. El grupo, que contó con la participación de 18 profesionales¹, mantuvo 4 sesiones de trabajo en los meses de abril y mayo.

Este documento es el producto final de este grupo de trabajo y de las aportaciones realizadas en el seminario sobre "Equidad en Salud y Comunidad Gitana" que tuvo lugar en la sede del Ministerio de Sanidad y Consumo el 11 de

¹En el Anexo 1 aparece un listado de las personas que participaron en el Grupo.

noviembre de 2004². Sus contenidos, para cuya elaboración también hemos consultado otras fuentes secundarias que hacen referencia a estudios existentes en este campo, se estructuran en torno a los siguientes apartados:

– II. Salud, Equidad en Salud y Promoción de la Salud

Este apartado supone la presentación del marco teórico que ha servido como referencia para las reflexiones y propuestas del documento. Un marco teórico que sitúa a la Promoción de la Salud como su eje principal.

– III. La Comunidad Gitana y la salud: un diagnóstico para la acción

Este epígrafe recoge el diagnóstico realizado por el grupo a partir de sus reflexiones y el análisis de los estudios existentes. Un diagnóstico que no se ha detenido únicamente en el análisis de las debilidades, sino que también pretende señalar fortalezas, amenazas y oportunidades de la comunidad gitana.

Es imprescindible resaltar dos elementos que van a influir en todas las reflexiones que se expondrán posteriormente ya que son premisas básicas para abordar la cuestión salud y comunidad gitana: en primer lugar, la diversidad interna de la comunidad gitana, siendo éste un fenómeno que se acrecienta cada día más. Las mismas variables que marcan las diferencias internas en la sociedad mayoritaria, inciden también en la conformación de la diversidad gitana: la edad, el sexo, los condicionantes de género, la zona de residencia, el nivel económico, el tipo de trabajo, el nivel cultural y académico...etc. Por lo tanto, es difícil llegar a conclusiones que sean válidas y generalizables para todos los gitanos y gitanas. Y en segundo lugar, apenas se cuenta con información científica que aporte datos sobre percepciones, demandas, epidemiología... etc., relacionada con la comunidad gitana y la salud³.

Por lo tanto, las reflexiones que se exponen tienen que ver con las experiencias de los participantes en el grupo de expertos/as y por algunos estudios de carácter local. La siguiente cita es muy representativa de lo que ocurre en este campo de la investigación: "como anécdota referida al escaso número de estudios realizados sobre la salud de los gitanos, en un editorial del *British Medical Journal* se señalaba que bajo el término *gipsy* en la base de datos *Medline* aparecen muchos más artículos referidos a la variedad así denominada de la mosca

²Ver Programa, Objetivos y Participantes del Seminario en Anexo I

³F. Ferrer realizó una revisión de la bibliografía publicada en los últimos 20 años sobre Comunidad Gitana y salud. Se puede encontrar una presentación de este estudio en el siguiente artículo: Ferrer, F. "El estado de salud del pueblo gitano en España. Una revisión de la bibliografía". *Gaceta Sanitaria*, vol. 17. 2.003.

de la fruta (*Drosophila melanobaster, gipsy variant*) que a la salud de este grupo cultural"⁴.

- IV. La Comunidad Gitana y la salud: recomendaciones para la actuación

En este apartado se presentan las propuestas y recomendaciones para la acción a partir del diagnóstico de necesidades realizado. Para comprender la formulación de las propuestas que se detallan es necesario tener en cuenta dos premisas básicas:

- Por un lado, incidir en la idea de que no se trata tanto de que el Sistema Sanitario "*se adapte*" a la Comunidad Gitana, implantando itinerarios paralelos, sino de que INCLUYA en su funcionamiento las necesidades y características de sectores⁵ que, en determinados aspectos⁶, se diferencian de la sociedad mayoritaria. En este proceso de inclusión será necesario poner en marcha medidas o estrategias excepcionales, pero siempre con un carácter provisional, para evitar paternalismos y estigmatizaciones.
- Y por otro lado, hay que tener en consideración que no se busca la inclusión con un afán asimilacionista, sino para que nuestra sociedad se construya, no a partir de una única identidad cultural, sino a partir del diálogo y la negociación entre todas las culturas.

La puesta en marcha de estas recomendaciones supondría una importante contribución para corregir las debilidades, reforzar las fortalezas, prevenir las amenazas y aprovechar las oportunidades. Esta propuesta se estructura en torno a los diferentes agentes implicados en el binomio Salud-Comunidad Gitana:

- La actuación del colectivo de profesionales del ámbito socio-sanitario.
- La formación del colectivo de profesionales del ámbito socio-sanitario.
- La organización del Sistema Sanitario.
- La mediación intercultural.
- La capacitación *para la salud* de la comunidad gitana.
- Los programas de intervención en salud con la comunidad gitana.
- Los estudios e investigaciones sobre salud y comunidad gitana.

⁴CABEDO GARCÍA, V. R., *et al.* "Cómo son y de qué padecen los gitanos". *Revista Atención Primaria*, vol. 26. n.º. 1. 2.000.

⁵La Comunidad Gitana sería uno de ellos, pero paulatinamente nuestra sociedad está incrementando su perfil heterogéneo.

⁶Y en otros muchos no, por lo que reafirmamos que no se trata de crear itinerarios paralelos, como si estuviéramos hablando de sectores absolutamente diferentes e irreconciliables.

II. SALUD, EQUIDAD EN SALUD Y PROMOCIÓN DE LA SALUD

2.1. Concepto biopsicosocial de la salud

Cada vez más es aceptada la salud como un concepto amplio que afecta a los distintos aspectos de la vida humana: físicos, psicológicos y socioculturales, y no sólo como ausencia de enfermedad. La constitución de la OMS de 1948 define la salud como "un estado de completo bienestar físico, mental y social y no únicamente la ausencia de afecciones o enfermedad". La OMS considera que la salud es un **derecho humano fundamental** y, en consecuencia, todas las personas deben tener acceso a los recursos sanitarios básicos.

Por lo tanto, al hablar de salud, nos referimos al proceso de interacción entre los seres humanos y su entorno social y natural y por el que éstos mantienen un bienestar físico y psíquico que les permite contribuir plenamente a la vida social de su comunidad⁷. La salud se concibe como el resultado de todos los factores que intervienen sobre la vida de los individuos, tanto los que son escasamente modificables (sexo, edad o genética) como aquellos que son potencialmente modificables (conductas, medios de vida, aspectos culturales y socioeconómicos...etc). La salud, por tanto, no es un fenómeno exclusivamente biológico.

2.2. Salud y Desigualdad

Las carencias en vivienda, educación, ingresos...etc, influyen de manera importante sobre la salud, siendo factores esenciales que determinan el estado de bienestar y calidad de vida de una población en un entorno determinado. Los procesos de exclusión y marginación social limitan el acceso o la utilización que las personas hacen de los servicios sanitarios. Por ello, las intervenciones

⁷"La población gitana en Andalucía: un estudio exploratorio de sus condiciones de vida". Junta de Andalucía. Sevilla, 1.996.

dirigidas a mejorar las condiciones de vida (reducción de la contaminación ambiental, acceso y calidad de los alimentos, agua potable, eliminación de núcleos chabolistas o de infravivienda...etc) contribuyen a mejorar la salud de las personas a la vez que favorecen su integración.

En este sentido, los grupos socioeconómicos más desfavorecidos presentan características que los hacen susceptibles de una salud deficitaria. Otras variables como el género, la edad, la etnia, la clase social o el área geográfica son también **factores de riesgo** sobre la salud.

Parece evidente el hecho de que pertenecer a grupos étnicos minoritarios influye en la aparición de desigualdades específicas en salud. Estas desigualdades se derivan, no sólo de las variables socio-económicas, sino también de las barreras de acceso a los servicios sanitarios y la utilización poco efectiva de los mismos por falta de adaptación o incluso por discriminación.

Los procesos de exclusión social y marginación social tienen mayor incidencia en aquellos grupos, que por su condición de minoría, no participan activamente en los distintos espacios y ámbitos de la vida pública.

2.3. Equidad y salud para todos

Según la OMS, desigualdad hace referencia a las diferencias en materia de salud que son innecesarias, evitables e injustas. Frente a ella, la OMS propone el concepto de equidad en salud. La equidad en salud no hace referencia a un estado de salud igual para todos, sino al objetivo de facilitar las mismas oportunidades a todas las personas para que puedan disfrutar de todo su potencial de salud. En este sentido, la estrategia global de la OMS para lograr *Salud para Todos* está dirigida fundamentalmente a la consecución de una mayor equidad en salud entre y dentro de las poblaciones y entre los países. Esto conlleva que todas las personas disfruten de igualdad de oportunidades para desarrollar y mantener su salud, a través de un acceso justo a los recursos sanitarios. En este sentido, las desigualdades en cuanto al estado de salud de las personas surgen como consecuencia de la falta de equidad en materia de oportunidades en la vida.

2.4. Promoción de la salud

La Promoción de la Salud, enmarcada dentro de la disciplina de Salud Pública, "es el proceso que proporciona a las poblaciones los medios necesarios para ejercer un mayor control sobre su propia salud y así poder mejorarla"⁸. La

⁸"Conferencia Internacional sobre Promoción de la Salud". Carta de Ottawa, 1.986.

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

Se trata de un conjunto de estrategias que deben poner en marcha las administraciones públicas y con carácter interdisciplinar para conseguir una mayor calidad de vida y equidad en el ámbito de la salud, siendo la participación un elemento esencial para sostener este tipo de acciones.

Las principales áreas de acción de la promoción de la salud son: la definición de políticas públicas, la creación de entornos favorables a la salud, el reforzamiento de la acción comunitaria, el desarrollo de habilidades personales y la reorientación de los servicios de salud.

De entre sus principios elementales cabe destacar la implicación de la población como un todo, y el abordaje de las desigualdades. Comprende acciones dirigidas a informar sobre las posibilidades de decisión individual y familiar, así como a fomentar la participación responsable de los ciudadanos en actividades comunitarias decisivas encaminadas a proteger su derecho a la salud.

La Declaración de Yakarta (Julio 1997) identifica cinco prioridades de cara a guiar la promoción de la salud en el siglo XXI:

- Promover la responsabilidad social para la salud.
- Incrementar las inversiones para el desarrollo de la salud.
- Expandir la colaboración para la promoción de la salud.
- Incrementar la capacidad de la comunidad y el empoderamiento de los individuos.
- Garantizar una infraestructura para la promoción de la salud.

III. LA COMUNIDAD GITANA Y LA SALUD. Diagnóstico para la acción

3.1. Debilidades

Se trata de los elementos que en el momento actual no funcionan correctamente o tienen alguna repercusión negativa sobre el binomio salud-comunidad gitana.

La percepción de la salud de la población gitana⁹

En algunos sectores de la comunidad gitana, la salud no es percibida como una de las necesidades más prioritarias. Por delante de ella, la vivienda, la situación económica o el trabajo, ocupan los primeros puestos entre las necesidades percibidas por este colectivo.

Un gran porcentaje de los gitanos y gitanas conciben 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 resolutiva, por la relación directa que establecen entre enfermedad y muerte.

⁹Aunque está basado en el análisis de un colectivo pequeño y muy concreto de población gitana, David Lagunas publicó un artículo sobre estas cuestiones en el año 1.999: "Resolviendo la salud. Los gitanos catalanes". *Gazeta de Antropología*. nº. 15.

- El diagnóstico supone "*poner nombre a lo que se tiene*". Por ello, la actitud ante él es ambivalente, siendo 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).
- 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.

- **La situación de la Comunidad Gitana en relación con la salud**¹⁰

El estrecho vínculo entre desigualdades sociales (económicas, educativas, de vivienda...etc) y desigualdades en salud, es claramente señalado desde los principales organismos de salud supraestatales (OMS, Comisión Europea..., etc.)¹¹. En este sentido, si tenemos en cuenta que un porcentaje elevado de la población gitana se encuentra en situación de exclusión o vulnerabilidad social¹², podremos entender que el porcentaje de población gitana afectada por la falta de equidad en salud sea también muy relevante.

En términos generales, la situación sanitaria de la Comunidad Gitana puede resumirse en:

- La mortalidad infantil es 1.4 veces mayor que la media nacional y la esperanza de vida para la población gitana es de 8 a 9 años por debajo de la media¹³. En situaciones de marginalidad acentuada se estima que la esperanza de vida es 10 años menor a la media.
- Mayor incidencia de enfermedades infectocontagiosas¹⁴, principalmente hepatitis B y C. Se observa que la vía vertical o maternofilial es un medio importante de transmisión para estas enfermedades¹⁵. También se observa una mayor incidencia del VIH, principalmente en personas consumidoras de drogas por vía intravenosa.

¹⁰Como ya señalamos en la "Nota previa" a este capítulo, la escasez de estudios en el campo de la Salud y el Pueblo Gitano, es una de las principales debilidades detectadas. Los estudios consultados (todos ellos recogidos en la bibliografía), y en los que en gran parte nos hemos basado para reflejar la situación de la Comunidad Gitana en relación con la salud, utilizan muestras muy reducidas y localizadas geográficamente. Por lo tanto, la posibilidad de generalizar sus resultados es arriesgada.

¹¹Comisión Europea. "Conclusiones y recomendaciones de la Comisión de Estudios de las desigualdades sociales en salud en España", 1996.

¹²El Plan Nacional de Acción para la Inclusión Nacional 2.001-2.003 calcula que más del 30% de la población gitana se encuentra en situación de exclusión o vulnerabilidad social.

¹³Las claves del racismo contemporáneo. Montoya, 1994.

¹⁴Cabedo, V.R., et al. "Cómo son y de qué padecen los gitanos". *Revista Atención Primaria*, Vol. 26. Nº. 1. 2.000; Fos, E., et al. "Elevado riesgo de infección por el virus de la hepatitis B en la población de raza gitana". *Revista Medicina Clínica*, Vol. 89, Nº. 13, 1.987.

¹⁵Delgado, A. "Resultados y análisis de la investigación de AgHBs en las embarazadas de un centro de salud durante 4 años". *Revista Atención Primaria*, vol. 7, Nº. 8, 1990.

- Vacunación infantil deficitaria¹⁶ y, en general, inadecuado seguimiento de los programas del "Niño/a sano/a", especialmente en las zonas con nivel socioeconómico precario¹⁷.
- Deficiente alimentación y nutrición, principalmente en los menores (lo que afecta, entre otras cosas, a su salud bucodental)¹⁸. En los adultos se caracteriza por un consumo excesivo de café y grasas.
- Uso abusivo de los medicamentos: esta tendencia está directamente relacionada con el uso del "modelo científico"¹⁹ de curación de la población gitana (que se explica posteriormente) y con la actitud de "resolver el problema de forma inmediata".
- Existe un mayor nivel de accidentes o de lesiones involuntarias²⁰ tales como: quemaduras, caídas, atropellos, fracturas, heridas, intoxicaciones..., etc.
- Grupo de riesgo para las malformaciones congénitas. En los estudios consultados se habla de factores genéticos y culturales (la endogamia)²¹.

Analizando específicamente la salud de las mujeres gitanas, hay que señalar la incidencia de determinadas enfermedades derivadas del rol de madres y esposas que tradicionalmente tienen asignado. Como algunas características relevantes cabe destacar:

- Elevada tasa de fecundidad con embarazos y partos a edades muy tempranas y hasta edades avanzadas²².
- Escasa información, en ocasiones, con respecto a la planificación familiar. Algunos métodos anticonceptivos no son utilizados porque no se conocen y persisten algunos mitos e ideas equivocadas²³.
- Escasa prevención de las enfermedades ginecológicas²⁴.
- Envejecimiento prematuro con incidencia de enfermedades que no son

¹⁶Junta de Andalucía. *La población Gitana en Andalucía*, 1996.

¹⁷Sastre, E., et al. "Situación de salud entre niños gitanos y no gitanos de una comarca granadina". *Revista Anales Españoles de Pediatría*, vol. 53, n.º 3, 2000. Sánchez, F.J., et al. "Diferencia étnica en la actividad asistencial de urgencias. Aproximación a la realidad gitana". *Revista Anales Españoles de Pediatría*, vol. 56, n.º 1, 2002.

¹⁸Mora, L., et al. "Prevalencia de caries y factores asociados en niños de 2-5 años de los Centros de Salud Almanjáyar y Cartuja de Granada capital". *Revista Atención Primaria*, vol. 26, n.º 6, 2000.

¹⁹El representado por el médico (privado en ocasiones) y el farmacéutico.

²⁰Sánchez, F.J. "Diferencia étnica en la actividad asistencial de urgencias. Aproximación a la realidad gitana". *Revista Anales Españoles de Pediatría*, vol. 56, n.º 1, 2002.

²¹Martínez-Frías, M.L. "Análisis del riesgo que para defectos congénitos tienen diferentes grupos étnicos de nuestro país". *Revista Anales Españoles de Pediatría*, vol. 48n n.º 4, 1998; Martínez-Frías, M.L., et al. "Síndrome de Fraser: frecuencia en nuestro medio y aspectos clínico-epidemiológicos de una serie consecutiva de casos". *Revista Anales Españoles de Pediatría*, vol. 48, n.º 6, 1998.

²²Dueñas, R.M., et al. "Influencia de factores socioeconómicos en la evolución y seguimiento del embarazo". *Revista Atención Primaria*, vol. 19, n.º 4, 1997.

²³Reig, S., et al. "Anticoncepción : gitanas frente a payas ". *Revista Atención Primaria*, vol. 23. n.º 2, 1999.

²⁴Dueñas, R.M., et al. "Influencia de factores socioeconómicos en la evolución y seguimiento del embarazo". *Revista Atención Primaria*, vol. 19, n.º 4, 1997.

propias de la edad como diabetes, afecciones óseas, problemas cardiovasculares..., etc.

- Exceso de responsabilidades dentro y fuera del hogar, con la consiguiente aparición de síntomas de depresión, angustia y ansiedad en algunos casos.

En conclusión, y teniendo en cuenta los indicadores comúnmente utilizados por la comunidad científica internacional para medir las desigualdades en salud²⁵, podríamos decir que la situación sanitaria de la población gitana es claramente deficiente. No obstante, tanto la opinión del Grupo de Expertos/as como de la literatura científica consultada, se inclina a afirmar que esta situación sanitaria tiene más relación con la falta de equidad en materia de oportunidades para la vida y para el acceso y uso de los recursos que con factores genéticos intrínsecos a la minoría gitana (salvo en el caso de las malformaciones congénitas)²⁶.

- Aspectos culturales de la comunidad gitana implicados en el binomio salud-comunidad gitana

El binomio salud/enfermedad trasciende lo individual e interacciona activamente con lo grupal y lo comunitario (sobretudo con la familia extensa). Esta característica, que posteriormente veremos cómo tiene efectos positivos, también conlleva algunas debilidades ya que:

- Las decisiones que el individuo adopta en relación con su salud están poderosamente condicionadas por su familia extensa. Por ello, la relación con el sistema sanitario es más compleja, pues no se trata de una relación entre el sistema sanitario y el individuo, sino entre el sistema sanitario, el individuo y su grupo familiar extenso. Esta característica tiene efectos muy visibles y llamativos como es la presencia de muchos familiares en las consultas, las urgencias o los hospitales lo que en ocasiones provoca problemas de convivencia. Otros efectos son menos visibles en un primer momento, pero de consecuencias muy claras: lo que el profesional habla o pacta con el paciente, puede verse trastocado posteriormente en el seno de la familia extensa.
- El concepto de salud y enfermedad extendido entre un importante sector de la población gitana, junto con esta interacción entre lo individual y lo familiar, implica que muchas enfermedades sean atendidas en la familia y

²⁵Los indicadores más utilizados son los siguientes: mortalidad, morbilidad, salud percibida, conductas relacionadas con la salud, limitaciones de la actividad y acceso y uso de los servicios de salud.

²⁶Martínez-Frías, M.L. "Análisis del riesgo que para defectos congénitos tienen diferentes grupos étnicos de nuestro país". *Revista Anales Españoles de Pediatría*, vol. 48, n.º 4. 1.998.

no lleguen al sistema sanitario hasta que los síntomas y las consecuencias sean muy alarmantes. En este sentido, la detección precoz se ve muy dificultada.

La función del cuidado de la salud es asignada a la mujer. Sin embargo, "¿quién cuida de la cuidadora?". La salud de la mujer suele ser relegada al último lugar. Algunas situaciones relacionadas con esta característica pueden ser que:

- La hospitalización domiciliaria de una mujer suele ser muy difícil, además de porque se exigen unas condiciones determinadas en la vivienda, porque es complicado que la mujer asuma el papel de "cuidada" en la casa.
- En salud mental suelen abandonar los tratamientos tempranamente.

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/a profesional que diagnostique la levedad o gravedad del problema.

El concepto de salud y enfermedad extendido entre un importante sector de la minoría gitana, al que ya nos referimos anteriormente, tiene como otra de sus consecuencias la inadecuada utilización de algunos recursos:

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

Desde las familias extensas gitanas se suelen señalar proyectos de vida muy determinados para sus miembros. Si estos proyectos son muy rígidos y alguna persona no quiere y/o no puede seguirlos, las consecuencias para la salud social, mental e, incluso, física de la persona, pueden ser muy negativos.

- El abordaje de la salud en la comunidad gitana desde el sistema sanitario

En primer lugar, debemos recordar la escasez de estudios, desarrollados o apoyados por las autoridades sanitarias, en el campo de la salud y la comunidad gitana.

En segundo lugar, viene siendo habitual que planificadores y gestores en el campo de la salud no suelen tener en cuenta la diversidad interna de la comunidad gitana. En este sentido, se observa un escaso conocimiento sobre las características y cultura de esta minoría entre los profesionales sanitarios lo que

da lugar, en numerosas ocasiones, a la aparición de prejuicios y estereotipos preconcebidos. En general se aprecia que no se sabe diferenciar entre aspectos específicamente culturales y otros más bien relacionados con la situación socioeconómica en la que se encuentran muchas familias gitanas. Es decir, que no se diferencia entre lo que es cultura gitana y lo que es "cultura de la marginación".

La existencia de una importante barrera comunicativa en la relación entre el sistema sanitario y un importante sector de los gitanos y gitanas, es insistentemente señalada por el Grupo de Expertos/as. Esta barrera comunicativa puede estar cimentada en diversos factores:

- Falta de adaptación en los mensajes que se ofrecen a la población gitana. Esa falta de adaptación tiene relación con el tipo de palabras empleadas²⁷, pero también con el código más reforzado o prestigiado, que en el caso de los profesionales sanitarios es el escrito, mientras que en la comunidad gitana es el oral.
- Divergencia en los criterios para valorar la calidad en la atención. En el caso de la minoría gitana, la calidad en la atención se basa sobretodo en el tiempo de atención, en la calidad del trato, en la empatía percibida, en determinados mensajes no verbales...etc. Estos criterios son difíciles de cumplir en el Sistema Sanitario público actual.
- Los prejuicios mutuos, que en muchos casos provocan una relación de autodefensa y desconfianza. Estos prejuicios, con un fuerte componente afectivo (y, por lo tanto, tremendamente difíciles de modificar), están contruidos a partir de diferentes circunstancias:
 - Los prejuicios históricos en los que se ha cimentado la relación entre la comunidad gitana y el resto de la sociedad.
 - Las malas experiencias propias, que retroalimentan el prejuicio, mientras que las experiencias positivas no lo alteran sino que son vividas como excepciones.
 - La construcción de las posiciones propias a partir de la difusión (en forma de "bola de nieve") de rumores negativos: "me han dicho que una familia gitana pegó a los médicos del Hospital X"; "me han contado que un niño gitano murió de neumonía y en las urgencias le habían dicho a su familia que no tenía nada"... , etc.

Todo lo señalado hasta el momento, tiene relación con dos grandes debilidades existentes en el afrontamiento de esta temática por parte del Sistema Sanitario:

²⁷Sobretodo teniendo en cuenta el escaso nivel académico de un importante sector de la comunidad gitana.

- Existen grandes dificultades para que los servicios se flexibilicen ante "la diferencia". La falta de protocolos adaptados es una de ellas. Mientras no existan, muchos profesionales seguirán refugiándose en el cumplimiento de los protocolos generales ("yo cumplo"), mientras que la atención adaptada a la comunidad gitana (o a otros grupos minoritarios) seguirá siendo percibida como algo voluntario, de "profesional sensible".
- La escasa presencia de habilidades que potencien la relación empática y "*lo cultural*" en el currículum universitario. En general, se percibe la necesidad de una formación de los profesionales en habilidades mediadoras para la atención a grupos minoritarios o con características especiales.

Los escasos programas puestos en marcha (salvo excepciones) se caracterizan por su fragmentación, discontinuidad y ausencia de evaluación. Esta reflexión no se refiere únicamente a los programas puestos en marcha desde las administraciones públicas, sino también desde el mundo asociativo.

Existen, además, diferentes temas de carácter emergente que pueden tener una gran relación con la salud y sin embargo, se observa que apenas existe preparación ni respuesta organizada. Cabe destacar los siguientes:

- Atención a la adolescencia, una etapa evolutiva apenas existente en la población gitana hasta no hace mucho tiempo.
- La perspectiva de género, considerando aquellas necesidades específicas de salud de las mujeres que pertenecen además a una minoría étnica.
- El fanatismo religioso.
- Los accidentes de tráfico y las conductas de riesgo asociadas como el consumo de alcohol u otras sustancias.
- La violencia contra las mujeres por condicionantes de género.

Existe también una escasa extensión de la figura profesionalizada del mediador o mediadora gitano y escaso conocimiento de la misma por parte del Sistema Sanitario.

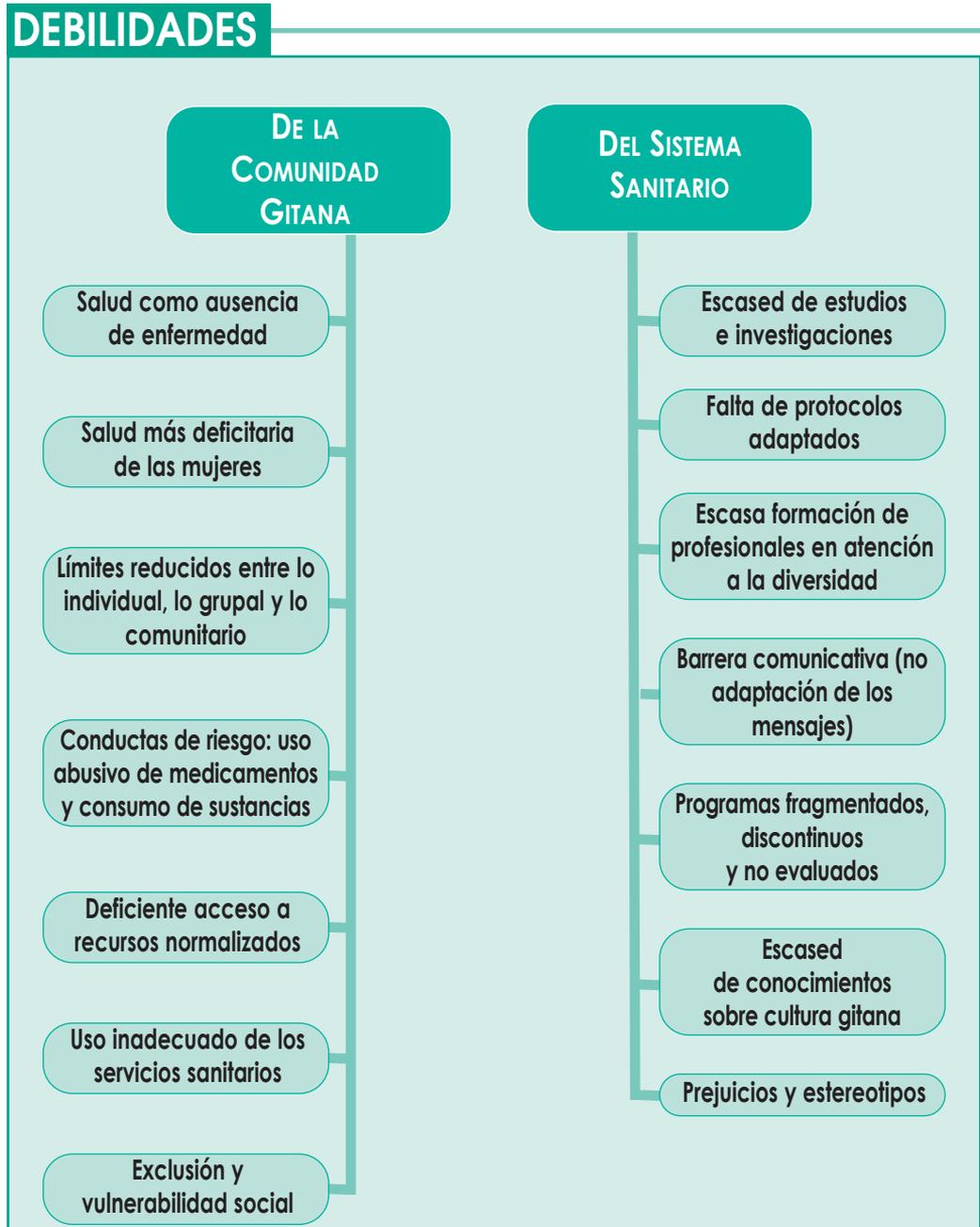
En algunos programas de promoción de la salud se han establecido contraprestaciones económicas a las personas usuarias con la intención de favorecer su asistencia y/o su continuidad en los mismos. Sin embargo, ésta no es considerada una estrategia adecuada ya que a largo plazo genera relaciones de dependencia respecto a las instituciones públicas sin favorecer el desarrollo de actitudes positivas en relación con el cuidado de la propia salud.

3.2. Amenazas

Se trata de los elementos del binomio Salud-Comunidad Gitana que son susceptibles de empeorar o provocar repercusiones negativas en el futuro. Entre ellos, cabe destacar los siguientes aspectos:

- La relevancia de otros grupos minoritarios

Ésta es una de las amenazas que suele surgir en foros de debate sobre intervención con población gitana. Se trata de la posibilidad de que la comunidad gitana vuelva a quedar "relegada" y "olvidada" ante las necesidades de otras



minorías emergentes (inmigrantes especialmente) que compiten en prestaciones y en "nichos" de empleo tradicionales para los gitanos y gitanas.

– El diseño de programas de intervención en el binomio salud-comunidad gitana

Ya hemos señalado la heterogeneidad interna de los miembros de la comunidad gitana. En este sentido, si las personas planificadoras y gestoras no tienen en cuenta este hecho, la amenaza consiste en que el programa fracase en la puesta en marcha al no emplearse estrategias adaptadas.

Otro error que puede cometerse, consiste en centrarse únicamente en las debilidades existentes, sin considerar sus muchas fortalezas y oportunidades. En este caso, la amenaza consiste en crear programas asistencialistas, jerárquicos y paternalistas, en los que unas personas (las no gitanas) "salvan" a las personas gitanas de sus debilidades, pero sin darles protagonismo, ya que no se considera que exista ninguna fortaleza que puede optimizarse.

En esta misma línea del protagonismo, si no se busca la participación de los gitanos y gitanas en el diseño de los programas, surge también la amenaza de que se generen programas que no respondan a las necesidades y expectativas de la población destinataria, que no respeten sus ritmos, sus códigos, sus valores..., etc., en definitiva, programas que fracasen.

Asimismo, si estos programas no cuentan también con las expectativas y necesidades de otros sectores (profesionales del ámbito sanitario, por ejemplo), así como con su participación en el diseño, la amenaza de fracaso también estará presente.

También relacionado con lo anterior, si estos programas no adaptan su lenguaje al propio del sector sanitario, es posible que "no se den por aludidos" y no participen en su desarrollo.

En relación con el modelo teórico de este tipo de programas, si se opta por modelos "biologicistas", será imposible poder responder eficazmente a una realidad multidimensional como la desigualdad en salud de la comunidad gitana. Asimismo, el modelo "biologicista" impediría el necesario trabajo interdisciplinar.

Por último, una importante amenaza consiste en delegar en la figura del mediador o mediadora todo el peso de la intervención. Como siempre, la delegación en una parte (el mediador/a en este caso) puede suponer el desentendimiento de las otras (el resto de profesionales del Sistema Sanitario en este caso). La mediación puede ser una estrategia importante, pero indudablemente no la única.

- El desarrollo de programas de intervención en el binomio salud-comunidad gitana

En muchos sectores de la sociedad mayoritaria, está presente una idea de la igualdad más cercana al "igualitarismo" del "café para todos" y poco respetuosa con "la diferencia" y la diversidad. Este tipo de concepción de la igualdad, tan ajeno a la equidad en salud propuesta por la OMS, es una de las amenazas más importantes para la puesta en marcha de políticas y programas que pretenden la flexibilidad y la adaptación a las minorías y a los colectivos con necesidades específicas.

En el apartado de debilidades se han señalado ya la escasez de conocimientos sobre cultura gitana que posee la mayor parte del colectivo de profesionales sanitarios así como la ausencia de protocolos o programas adaptados. Sin embargo, el Grupo de Expertos/as señaló que, ante futuras iniciativas de formación o programas adaptados, se deben tener en cuenta varias amenazas:

- La escasa sensibilización y, por lo tanto, insuficiente demanda profesional ante este tipo de iniciativas.
- Este tipo de programas si no van precedidos de sensibilización previa y se incluyen en las actividades sanitarias cotidianas pueden ser percibidas por el colectivo de profesionales como extras de trabajo y no como recursos para incrementar la eficacia de la intervención con la población gitana. En este sentido, la amenaza consistiría en no integrar estas intervenciones o programas en la rutina, es decir, en las herramientas de gestión del sistema sanitario.
- El colectivo de profesionales del ámbito sanitario recibe una gran cantidad de demandas por parte de la sociedad. En algunos momentos, los profesionales se sienten saturados y perciben que se les demanda "*que sepan y hagan de todo*". En este sentido, la amenaza consiste en que no se concrete cuál debe ser la actuación específica de los profesionales y que además no se cuente con suficientes recursos.

Es importante señalar también que la precariedad en la que desarrollan su actividad profesional algunos mediadores y mediadoras (en cuanto a la escasa clarificación de sus funciones y condiciones laborales) puede influir en que fracasen en su labor y en que este fracaso sea asignado a la estrategia de la mediación y no a la precariedad de condiciones en que se aplica en muchos casos esta estrategia.

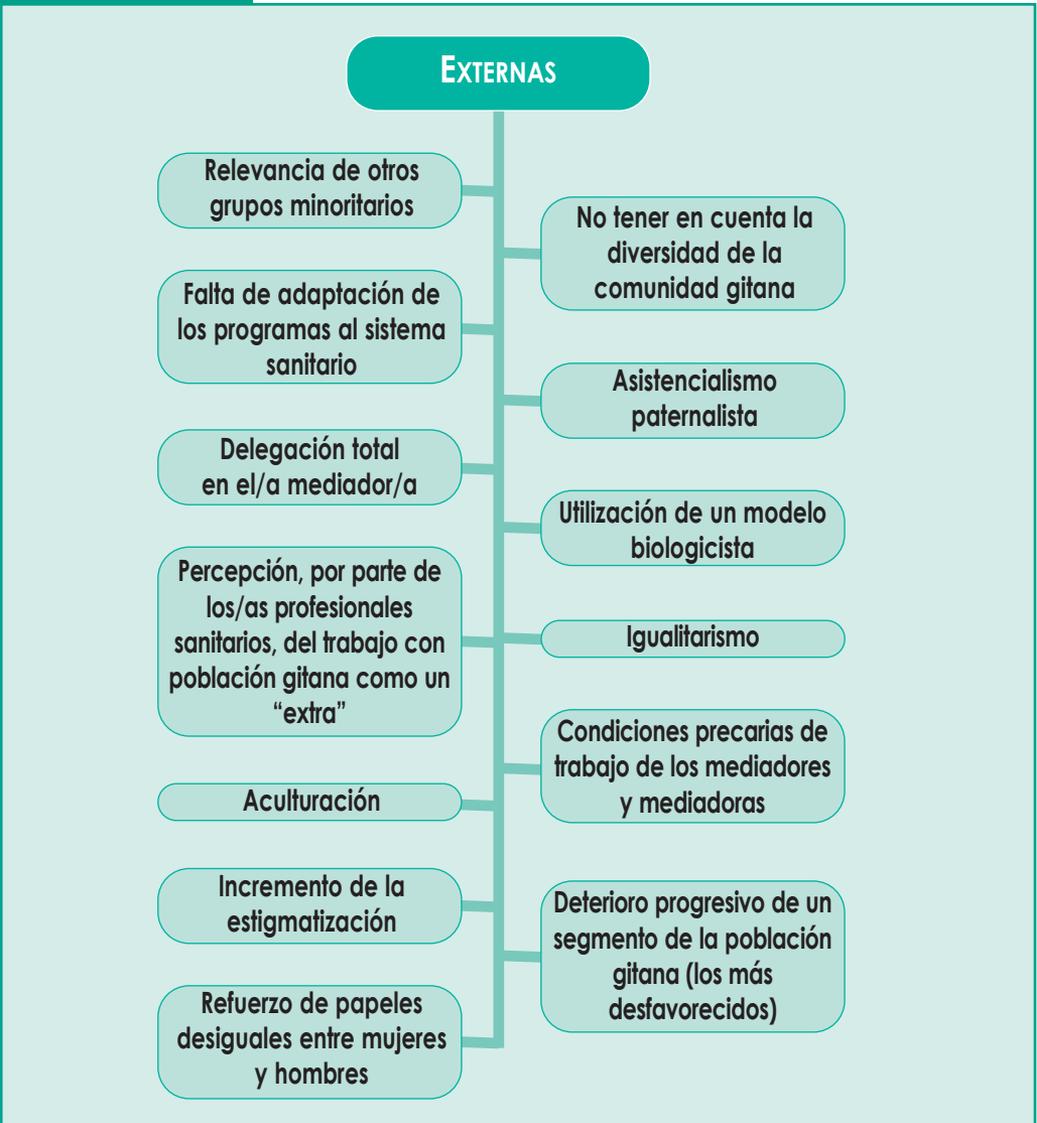
- Las repercusiones de los programas de intervención en el binomio salud-comunidad gitana

Si, como ya señalamos anteriormente, se diseñan y desarrollan programas sin promover el protagonismo de los miembros de la comunidad gitana, la ame-

naza está en que se fomente la aculturación, al no poderse controlar adecuadamente efectos indeseados como, por ejemplo, la asunción de hábitos y valores de la sociedad mayoritaria, sin que sean interiorizados adecuadamente por la cultura propia.

Si el desarrollo de programas específicos no es contemplado como una estrategia intermedia, sino que se contemplan como alternativas permanentes, la amenaza consiste en reforzar la percepción estigmatizadora hacia esta comunidad.

AMENAZAS



Es importante tener en cuenta que las mujeres gitanas son especialmente permeables y colaboradoras en estas temáticas. Además, la mujer gitana asume tradicionalmente todo lo relacionado con la salud en la familia. Si desde este tipo de programas se sigue reforzando únicamente la responsabilidad e implicación de las mujeres, habrá que ser consciente que se puede contribuir con ello a consolidar los papeles desiguales de hombres y mujeres en relación con la salud.

3.3 . Fortalezas

Se describen a continuación los elementos que en el momento actual funcionan adecuadamente o tienen alguna repercusión positiva en el binomio salud-comunidad Gitana.

- *La identidad cultural y el apoyo comunitario*

La identidad cultural, tan presente en la comunidad gitana, provoca un fuerte sentimiento de orgullo y de autoestima comunitaria. Tal y como aparece reflejado en la literatura científica, la autoestima comunitaria es un importante factor de protección ante todo tipo de problemáticas biopsicosociales.

El apoyo comunitario, tan vinculado en este caso al sentimiento de identidad cultural, tiene también importantes efectos protectores respecto al individuo. Especialmente el apoyo de la familia extensa (al margen de los posibles efectos negativos ya señalados en el apartado de debilidades) ofrece recursos materiales y cuidados físicos y emocionales compensadores de los importantes factores de riesgo a los que se enfrentan amplios sectores de la minoría gitana. Un indicador al respecto es el escaso número de casos de institucionalización de personas gitanas mayores y/o de personas con discapacidad física o enfermedad mental que se producen.

- *Algunas normas, costumbres y hábitos tradicionales de la población gitana*

Determinadas normas tradicionales, como la prohibición del uso del tabaco y el alcohol en las mujeres o la limitación de las relaciones sexuales (especialmente entre las mujeres) al seno del matrimonio, son factores de protección en relación con la salud (al margen de planteamientos éticos).

Tradicionalmente, la población gitana ha mantenido determinados hábitos higiénicos a pesar de las difíciles condiciones ambientales como por ejemplo el uso bastante extendido de la lejía como desinfectante, la diferenciación de objetos y zonas contaminadas de las limpias..., etc.

Como también se ha señalado anteriormente, las familias extensas gitanas suelen señalar proyectos de vida muy determinados para sus miembros. Si estos proyectos son suficientemente flexibles y pueden y quieren ser seguidos, pueden aportar seguridad y actuar como factores de protección para el individuo.

- Algunas características actuales de la comunidad gitana española

La realidad de la población gitana de nuestro país sigue siendo una cuestión pendiente en nuestra sociedad ya que "la cuestión gitana" sigue sin ocupar un papel prioritario en la agenda de las políticas sociales nacionales. Se mantiene una lenta tendencia hacia la mejora de sus condiciones de vida pero todavía existen numerosas barreras que frenan su proceso de incorporación a los distintos ámbitos de la vida pública.

Sin embargo, la comunidad gitana no está siendo ajena al proceso de transformación de la sociedad siendo las mujeres gitanas y la juventud los grupos que abanderan este proceso de promoción.

Las mujeres gitanas, desarrollan un papel clave dentro de su comunidad. Son las educadoras, las cuidadoras de niños y mayores y las transmisoras de las normas y valores de la cultura gitana. Presentan una mayor permeabilidad hacia los cambios en general y específicamente en los relacionados con la salud. Ello debe, en gran medida, a que ha sido el grupo hacia el que más programas educativos, sociales y sanitarios se han dirigido desde las instituciones y asociaciones.

En la actualidad las mujeres gitanas están adquiriendo un protagonismo progresivo no sólo en el seno de su comunidad sino también en los distintos espacios de la vida pública. Cada vez son más las que han pasado de realizar única y exclusivamente las tareas del hogar y el cuidado de los hijos, a trabajar en el mercado laboral normalizado o a realizar cursos de formación.

No se debe perder de vista además, que siendo las mujeres gitanas las que tradicionalmente se encargan del cuidado de la salud, todo lo que se trabaje con ellas genera un efecto multiplicador que repercute en el resto de los miembros de la familia. Sin embargo se debe ir avanzando en la corresponsabilidad doméstica y familiar de los hombres gitanos así como en la responsabilidad del cuidado de su propia salud. En este sentido, existen algunos problemas emergentes como los accidentes de tráfico derivados del consumo de distintas sustancias.

Los jóvenes y las jóvenes gitanas constituyen también un motor de cambio que está contribuyendo a transformar el modelo de vida de la comunidad gitana, a hacer evolucionar sus valores de referencia y a redefinir su identidad. El

incremento de su formación académica y su convencimiento de ir participando activamente en los espacios de la sociedad influyen en que también son un grupo más permeable en relación con la promoción de la salud.

En relación con el acceso al empleo, paulatinamente se va produciendo la incorporación de los gitanos y gitanas al mercado de trabajo normalizado y el progresivo abandono de algunos oficios tradicionales (chatarreros, por ejemplo), que conllevaban diversos riesgos para la salud.

Las iglesias evangélicas (denominadas popularmente "El culto") han ido teniendo en los últimos tiempos una presencia creciente en la comunidad gitana y se han constituido como un espacio alternativo para el apoyo grupal y la resolución de conflictos. En relación con la salud, estos espacios actúan como factor de protección para la población gitana que participa en ellas ya que son emisoras de normas y conductas relacionadas con el cuidado de la salud.

Algunos de los **rasgos culturales** más característicos de los gitanos y necesarios para comprender su relación con la salud y la enfermedad son:

- Organización social fundamentada en **la familia** entendida en sentido extenso, como núcleo esencial en torno al que desarrollan las relaciones sociales y personales. Es por ello que ante la enfermedad de un familiar se unen todos los miembros, y no sólo 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 y valorada 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 es tratada con un gran respeto por los gitanos y gitanas que están vivos. Es importante tener en cuenta las manifestaciones que pueden surgir cuando se confirma la muerte de algún ser allegado y/o cuando los médicos deben realizar el levantamiento del cadáver y/o autopsia.
- La **Iglesia Evangélica de Filadelfia**: la mayoría de la población gitana de España (aunque no toda) se encuentra adherida a esta iglesia que tiene

como base las reformas del cristianismo implantadas por Lutero en el siglo XVI. A lo largo de la historia el pueblo gitano ha mantenido una intensa relación con lo trascendental que se ha manifestado en su cultura de diversas maneras como: el profundo respeto a los muertos, práctica de distintas artes adivinatorias, la creencia en maldiciones...etc. La comunidad gitana, a causa de su peculiaridad vivencia de lo religioso, nunca se ha incorporado plenamente a la religión católica implantada en España. Sin embargo, esta iglesia ha permitido a los gitanos y gitanas manifestar su religiosidad de una forma más acorde con su cultura. En las celebraciones evangélicas las personas gitanas pueden expresarse con libertad sin estar sujetos a pautas regladas de comportamiento; los pastores son gitanos; en el culto pueden dar rienda suelta a su expresividad con palmas, cantos y alabanzas...y en definitiva pueden participar activamente del rito. Todos estos factores han hecho que en esta iglesia la población gitana se sienta a gusto y que la reconozcan como propia.

Como algunas influencias de esta iglesia en la dinámica social de la comunidad gitana podemos destacar que: ha motivado a muchas personas gitanas a aprender a leer y a escribir para poder leer la biblia, ha favorecido la creación de una identidad colectiva y cohesión social, permite que las mujeres participen en otros ámbitos además del doméstico, y funciona como una forma de control social. Sin embargo, hay que señalar que cada iglesia tiene un pastor y que éstos tienen una influencia distinta entre los feligreses.

- El **papel de la mujer**: son quienes sintetizan los saberes y tratamientos relacionados con las enfermedades y dolencias.
- **Sobreprotección de las mozas**, 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.

Se observa la existencia de diferentes modelos médicos que coexisten:

- **Modelo tradicional**: aún vigente pero con una importante pérdida de reconocimiento. En muchos casos sólo se utiliza para el tratamiento de ciertas patologías populares principalmente infantiles. Los terapeutas tradicionales que han tenido a su cargo durante muchos años el diagnóstico, la prevención y tratamiento de muchas enfermedades han ido quedando relegados al tratamiento de aquellos daños vinculados con las "dolencias de antes" o con las enfermedades no reconocidas por la medicina científica tales como "el mal de ojo", "el golpe de sol" o "el ligamento".

- **Modelo científico:** representado por el médico y el farmacéutico. Los gitanos acuden al médico cuando se trata de dolencias no muy graves pero cuando son problemas "más fuertes" acuden a los servicios sanitarios de urgencias. En muchas ocasiones acuden a médicos privados. Existe una gran flexibilidad en el uso combinado de instituciones médicas públicas y privadas.
- **Iglesia evangélica:** la iglesia trata todas aquellas patologías en las que la medicina no tiene eficacia de curación tales como las enfermedades terminales o sociales (cáncer, adicciones, VIH...) y curarse a través de la fe es el principal recurso. Un elemento importante a tener en cuenta es que el culto pentecostal resalta en su discurso ideológico pautas de educación para la salud, como la prohibición del consumo de drogas, sirviendo de esta forma para apoyar el discurso médico científico y constituyéndose como una vía para la prevención.
- **La autoatención:** es una práctica de atención sanitaria también de gran importancia y que viene representada por las mujeres gitanas (madres y abuelas). En ellas se sintetizan todos los saberes médicos (medicina científica, tradicional...etc) y es en el ámbito doméstico donde se aprecia con mayor claridad la vinculación entre las distintas prácticas de atención a la salud.

Aunque en ocasiones estos aspectos puedan crear ciertas dificultades, es importante optimizar los rasgos culturales más positivos y adaptar los mensajes que se transmiten al marco cultural gitano.

En general, se ha evidenciado que si la población gitana percibe un trato de calidad por parte del o de la profesional (tal y como fue definido en el apartado de debilidades), responde muy adecuadamente a él, teniendo este aspecto una influencia enorme en la adherencia al tratamiento. Asimismo, si se ha establecido una buena relación con el o la profesional y se entienden bien las pautas que propone, la respuesta al tratamiento suele ser muy buena.

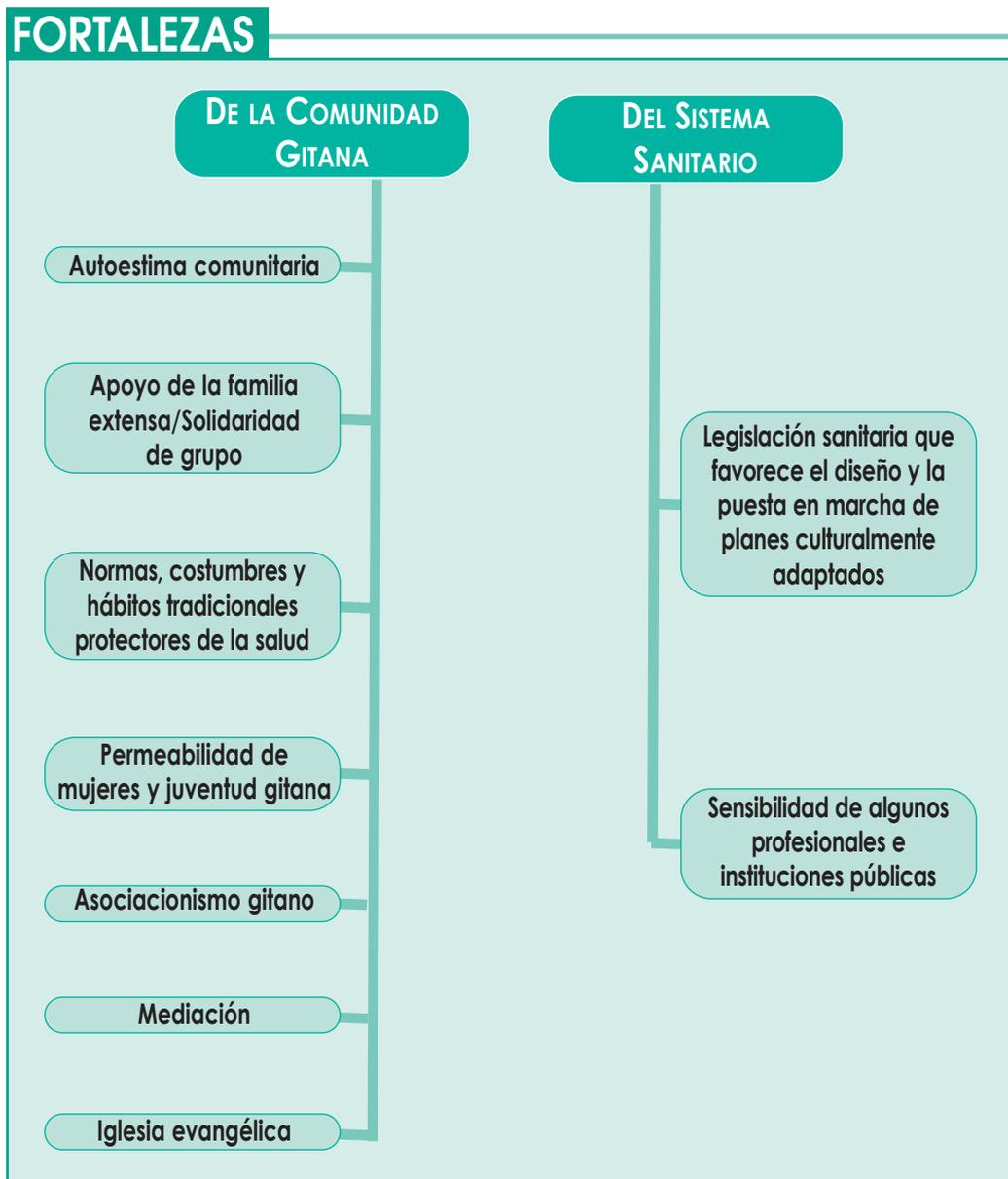
- **El movimiento asociativo gitano y la mediación intercultural**

La propia existencia del movimiento asociativo gitano es un importante elemento de fortaleza que debe rentabilizarse ya que desde éstas pueden ejecutarse actuaciones que proporcionan a la población gitana modelos de referencia con los que se identifican. La prevención desde esta organización es un elemento clave para avanzar en la promoción de la salud y en la capacitación de esta población para el cuidado de su propia salud.

Por otro lado, la existencia de mediadores y mediadoras gitanas capacitados profesionalmente y con experiencia de trabajo en el campo de la salud, es otro

elemento de fortaleza sobre el que apoyarse. Su función, como nexo entre la comunidad gitana y los recursos sanitarios normalizados es también un elemento que debe optimizarse.

Asimismo, el contenido de gran parte de la legislación sobre salud permite fundamentar (teórica y legalmente) la puesta en marcha de programas de intervención con minorías y grupos excluidos.



- *La sensibilización de algunos profesionales socio-sanitarios y la legislación sobre salud*

El actual sistema sanitario también cuenta con numerosas fortalezas entre las que cabe destacar las siguientes:

- La Ley General de Sanidad 14/1986 de 25 de abril que regula de forma general todas las acciones que permitan hacer efectivo el derecho a la protección de la salud reconocido en el artículo 43 de la Constitución.
- La sensibilidad ante la situación del pueblo gitano de algunos colectivos de profesionales del ámbito sanitario y de algunas instituciones públicas.

3.4. Oportunidades

Al hablar de oportunidades hacemos referencia aquellos elementos del binomio salud-comunidad gitana que son susceptibles de mejorar o provocar repercusiones positivas en el futuro.

- *El contexto político y social actual*

El contexto político de España es particularmente sensible en este momento a las diversidades identitarias y culturales, por los diferentes debates y las tensiones que se están produciendo entre los distintos territorios que conforman el Estado. En ese contexto, las referencias a la identidad y las peculiaridades culturales gitanas, podrían ser mejor entendidas (al menos por algunos sectores).

Por otro lado, el fenómeno de la inmigración puede facilitar el interés por "*lo cultural*" como variable a tener en cuenta en la intervención, puede incrementar la sensibilización profesional hacia la intervención culturalmente adaptada.

En el contexto europeo es destacable, por un lado, la incorporación de varios países que cuentan con una gran presencia de población gitana en su seno.

Por otro lado, la nueva **Directiva Europea 2000/43/CE** establece un nuevo marco legislativo entre los países miembros en relación con la aplicación del principio de igualdad de trato de las personas independientemente de su origen étnico o racial. Exige que los estados miembros designen, al menos, un organismo específico que promueva activamente el principio de igualdad de trato. Esta directiva, que significa una oportunidad para la fundamentación de estrategias de intervención encaminadas a disminuir las desigualdades en salud de la minoría gitana, debería haber sido transpuesta a nuestro ordenamiento jurídico antes del 19 de Julio de 2003 Sin embargo, se transpuso a nuestro ordenamiento jurídico, de forma no satisfactoria para las organizaciones afectadas, a través de la ley 62/2003 Ley de 30 de diciembre de medidas fiscales, administrativas y

de orden social ("ley de acompañamiento"). Hay que esperar su efectiva aplicación para comprobar los resultados de la misma en la práctica, así como a la publicación del Real Decreto para la constitución del organismo específico sobre igualdad de trato. Este organismo debe contar con la independencia y los recursos necesarios para que tenga efectividad ante la demanda de posibles víctimas de discriminación en cualquiera de los ámbitos que establece la directiva europea: educación, empleo, salud, acceso a bienes y servicios..., etc.

La transposición de esta directiva ha de tener una singular importancia y alcance para los miembros de la comunidad gitana ya que éstos han sido víctimas de una discriminación histórica plasmada durante siglos en normas legales. Aún hoy, tras veinticinco años de la derogación de cualquier norma discriminatoria con la llegada de la Constitución democrática la población gitana, víctima de estereotipos y prejuicios, siguen sufriendo tanto discriminación directa (cuando son tratados desfavorablemente por su origen étnico en comparación a como sería tratada otra persona en circunstancias similares), como indirecta (cuando una práctica o criterio aparentemente neutral coloca a un grupo étnico en situación de desventaja social en función de sus características como grupo). Es por ello, que la igualdad de trato significa una apuesta por avanzar hacia una sociedad más justa a través de mayores garantías del derecho a la no discriminación de los grupos étnicos minoritarios.

- La respuesta institucional ante el binomio salud-comunidad gitana

La existencia de programas con un amplio recorrido y, en algún caso, evaluados, como por ejemplo el Programa Promoción de la Salud de Minorías Étnicas (Instituto de Salud Pública del Gobierno de Navarra), puede suponer una oportunidad para la sensibilización profesional y de otras administraciones. Dichos programas han generado un colectivo de profesionales formado y sensibilizado, que también supone una importante oportunidad para la extensión actuaciones específicas en materia de salud.

Existen además numerosos instrumentos de evaluación que pueden ser utilizados para demostrar la viabilidad de este tipo de programas y avanzar en la mejora de su eficacia.

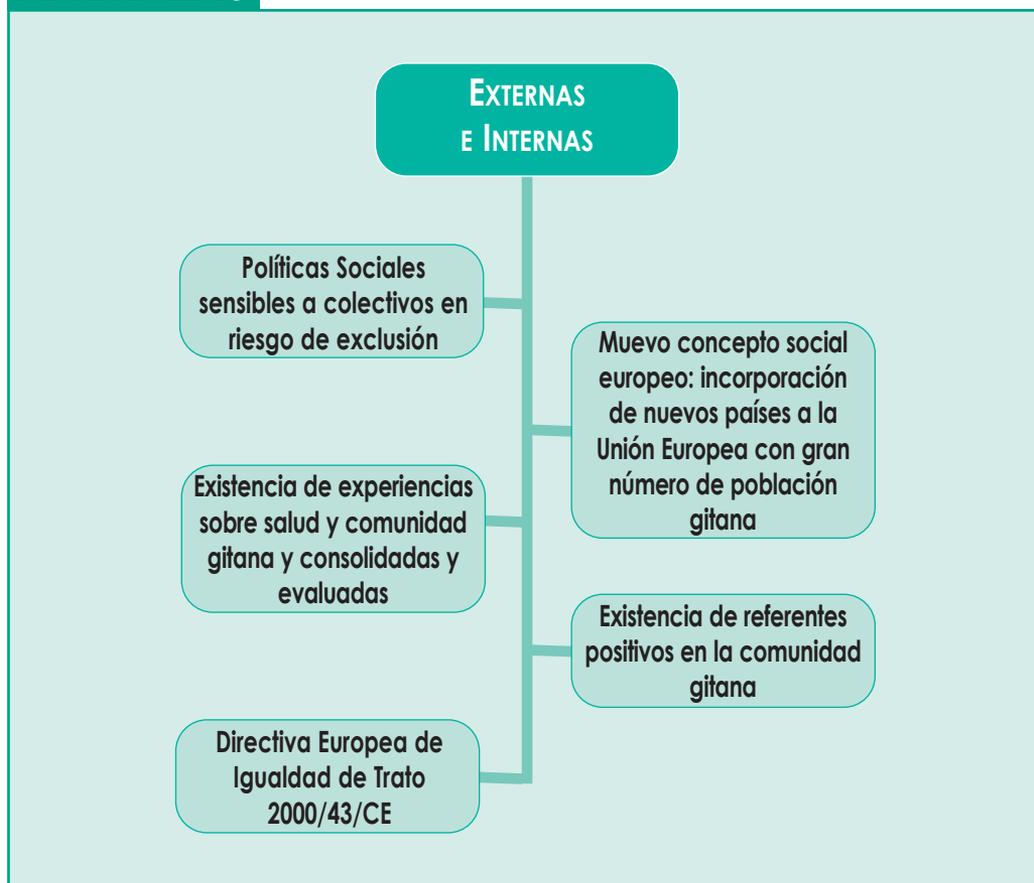
- Aspectos relacionados con la propia comunidad gitana

Ya se ha señalado el proceso de transformación en el que se encuentra inmersa la comunidad gitana en nuestros días. Ello conlleva la flexibilización de algunas normas presentes en las familias gitanas, lo que puede facilitar un mayor y mejor acercamiento de las mujeres y la juventud gitana a los recursos. Por tanto,

mujeres y juventud han de considerarse los principales grupos destinatarios de los programas de promoción de la salud.

Los cambios en la comunidad gitana son generados, en gran parte, a través de modelos internos de referencia. En este sentido, la presencia de gitanos y gitanas mediadores o que trabajan en otras profesiones vinculadas de manera más o menos directa a la salud (medicina, trabajo social, enfermería,...), se convierte en una oportunidad para la generación de procesos de "bola de nieve" que contribuyan a la disminución de las desigualdades en materia de salud.

AMENAZAS



IV. LA COMUNIDAD GITANA Y LA SALUD. Recomendaciones para la actuación

4.1. Introducción

Una propuesta de recomendaciones que contribuya a la eliminación de las desigualdades en salud de la población gitana exige determinar quienes son los actores implicados en el binomio salud-comunidad gitana, y cuáles son las responsabilidades de cada uno de ellos.

Si tomamos como referencia de partida nuestro ordenamiento jurídico, en el artículo 9 de la Constitución Española se establece que "corresponde a los poderes públicos promover las condiciones para que la libertad y la igualdad del individuo y de los grupos en que se integra sean reales y efectivas; remover los obstáculos que impidan o dificulten su plenitud y facilitar la participación de todos los ciudadanos en la vida política, económica, cultural y social".

Debe tenerse en cuenta que los profesionales socio-sanitarios son meramente prestadores de servicios a la ciudadanía, de manera que sus posibilidades reales de cambiar o modificar estructuras están muy limitadas.

De esta manera, se deduce que corresponde a los siguientes organismos las responsabilidades de:

- Equidad en salud: sistema sanitario.
- Formación inicial y especializada de profesionales socio-sanitarios: Universidades, Ministerio de Educación y Ciencia y Ministerio de Sanidad y Consumo.
- Formación continuada: Ministerio de Sanidad y Consumo y sistema sanitario.

No debe perderse de vista que la población gitana en su conjunto ha de ser el colectivo diana para el desarrollo de acciones de educación para la salud que

favorezcan la adquisición de habilidades y capacidades dirigidas al cuidado de su propia salud así como al cumplimiento de sus obligaciones en el uso adecuado de los recursos sanitarios.

4.2. La actuación del colectivo de profesionales del ámbito sanitario

Las herramientas esenciales que debe utilizar el o la profesional del ámbito sanitario, son las siguientes:

– *El trabajo con la red familiar*

Teniendo en consideración la estrecha relación entre la familia gitana extensa y los miembros que pertenecen a ella, al hablar de la salud debemos tener presente que la relación que se establece no suele ser entre el individuo y el Sistema Sanitario, sino que es entre la persona gitana enferma, su familia extensa y el Sistema Sanitario.

Es imprescindible afrontar este hecho como una oportunidad y aplicar las aportaciones que las teorías y metodologías del trabajo con redes sociales y familiares nos ofrecen.

– *El trabajo grupal*

El grupo debe ser el espacio privilegiado para trabajar con la comunidad gitana²⁸ sus percepciones, sus hábitos, sus conocimientos, sus actitudes sobre la salud. Por otro lado, el trabajo grupal participativo debe ser la metodología priorizada. El trabajo en grupo, y con una metodología participativa, al facilitar la reflexión, la creatividad, el protagonismo de los participantes,... dificulta el adoctrinamiento externo, actuando así como "filtro" frente a los riesgos de aculturación.

– *La comunicación y la relación empática*

Se recogía en el diagnóstico cómo la calidad en el trato, la empatía percibida, el sentirse escuchados y comprendidos, se encuentran entre los principales criterios que la población gitana maneja a la hora de valorar la calidad en la atención sanitaria. Por ello, es esencial que los profesionales del ámbito sanitario cuiden con especial atención estos aspectos principalmente en los primeros momentos en los que se establece la relación con los distintos miembros de la comunidad gitana²⁹.

²⁸Evidentemente, esto no excluye que también sea necesario trabajar individualmente, o que en determinados casos sea necesario trabajar sobre todo individualmente.

²⁹Aunque, por supuesto, debe ser algo a tener en cuenta en la atención a cualquier tipo de usuario.

– El abordaje del conflicto y el desarrollo de actitudes mediadoras

Los prejuicios mutuos, la influencia de las diferencias culturales a la hora de valorar una misma situación o a la hora de interpretar determinados códigos pueden ser el origen de importantes conflictos. Si el o la profesional sanitario conoce y sabe aplicar las pautas adecuadas para prevenir conflictos y/o para afrontarlos de manera adecuada, y si además posee actitudes mediadoras para afrontar conflictos en los que no esté implicado directamente, su aportación será fundamental.

4.3. La formación del colectivo de profesionales del ámbito sanitario

El sistema educativo obligatorio ha desarrollado escasamente las habilidades de comunicación necesarias para una vida saludable, lo que produce un déficit personal más acusado en el caso de ciertas actividades profesionales. En el currículum sanitario tampoco se han primado las habilidades de comunicación, ni los conocimientos de antropología médica necesarios para prestar servicios eficaces a poblaciones multiculturales.

Una de las estrategias fundamentales para reorientar los servicios sanitarios con criterios de promoción de la salud consiste en fortalecer el componente de promoción de salud en los programas de formación de recursos humanos, tanto en las instituciones de enseñanza como en la formación continua de los profesionales de la salud³⁰.

Se ha de tener en cuenta que la formación es un elemento esencial para el desempeño, correcto y eficaz de un ejercicio profesional de calidad. Sin ella, difícilmente se podrán conseguir los objetivos planteados y menos, la satisfacción de necesidades. En este sentido, y teniendo en cuenta la escasez de conocimientos de los profesionales socio-sanitarios sobre la comunidad gitana, resulta prioritario incluir en las ofertas formativas contenidos relativos a:

- Conocimientos generales sobre la cultura gitana.
- Conocimiento del tipo de percepciones que la comunidad gitana maneja en torno a la salud.
- Conocimiento de los elementos culturales implicados en la relación de los gitanos y gitanas con la salud.
- Acercamiento a la situación sanitaria de la población gitana.
- Aproximación a la diversidad interna de la comunidad gitana.
- Análisis de las experiencias de intervención ante el binomio salud-comunidad gitana.

³⁰Formación en Promoción y Educación para la Salud. Ministerio de Sanidad y Consumo. 2003.

Estos contenidos deben incluirse en los distintos niveles de formación:

- Formación Inicial o pregrado: principalmente en las diplomaturas y licenciaturas relacionadas con las Ciencias Sociales, especialmente las Ciencias de la Salud y la Educación, dentro de los contenidos curriculares.
- Formación especializada o de postgrado: en los master o títulos propios de las universidades.
- Formación continuada: en las ofertas formativas de las administraciones competentes en materia de salud.

No obstante, es necesario tener en cuenta algunos *"aspectos amenazantes"* en relación con la formación de profesionales y que ya indicábamos: la sensibilización ante esta temática no es muy grande; los y las profesionales pueden percibir que se les demanda un *"extra"* de trabajo y *"que sepan hacer de todo"*. Por ello, en todas las iniciativas de formación, deben estar permanentemente presentes mensajes del siguiente tipo:

- No se trata de trabajar más, sino de incorporar nuevos conceptos, formas diferentes de observar la realidad, nuevas metodologías de intervención...etc, que les permitan cumplir mejor sus funciones, obteniendo mejores resultados en su trabajo cotidiano y reduciendo la posibilidad de la aparición de conflictos.
- La formación les servirá para mejorar el trabajo con la comunidad gitana, contribuirá a reducir las desigualdades existentes así como a mejorar su calidad de vida pero también será útil para mejorar su trabajo ante *"la diferencia"* en general, es decir, para avanzar hacia una mayor individualización de la atención. En definitiva, no se trata de hacer un curso para saber atender a cada *"colectivo diferente"*, sino que (al margen de algunos contenidos específicos) herramientas como la comunicación empática, las actitudes mediadoras, el afrontamiento de conflictos...etc, son universalmente válidas.

En cuanto a la metodología de la formación, tratándose de una temática en la que están muy presentes prejuicios históricos con un fuerte componente afectivo, sería necesario priorizar técnicas vivenciales (juegos de roles, por ejemplo). Por otro lado, experiencias de reflexión conjunta entre personas gitanas y no gitanas (como es el caso del Grupo de Expertos/as) demuestran una gran capacidad para la modificación de prejuicios y estereotipos, por lo que sería muy adecuado incorporarlas.

Finalmente, como complemento a la formación presencial (o como estrategia alternativa a la misma), sería de gran utilidad el mantenimiento y la ampliación de la línea de elaboración de manuales para la autoformación profesional, guías didácticas y materiales audiovisuales para el trabajo con grupos.

Actualmente la LOPS (Ley de ordenación de las profesiones sanitarias) crea un marco que permite incorporar la formación en estas habilidades y conocimientos. El programa de Medicina Familiar y Comunitaria ya ha incluido ciertos contenidos que entraran en vigor en el 2005 y la Conferencia de Decanos, dentro de la revisión y ordenamiento del pregrado, está valorando las capacidades y actitudes de los profesionales sanitarios para que una nueva propuesta entre en vigor en el 2006. Además, dentro del ordenamiento europeo (proceso llamado de Bolonia) para la creación de un espacio de enseñanza único existe una oportunidad estratégica para introducir modificaciones en los currículos sociosanitarios antes del 2010. Dada la importancia del colectivo gitano en Europa, los aspectos formativos contemplados en este apartado deben ser presentados a las instancias europeas pertinentes y ser refrendados dentro del proyecto europea liderado por la FSG a fin de que formen parte de los currículos de las profesiones sanitarias en todos los países europeos.

4.4. La organización del Sistema Sanitario

El reto esencial consiste en la inclusión "*de la diferencia*" en la organización y funcionamiento del Sistema Sanitario. Así, como en las legislaciones y normativas de desarrollo o aplicación de las actividades sanitarias.

En primer lugar, cabe destacar que los protocolos deben incluir "*Sistemas de Alarma*" que alerten sobre desigualdades que se produzcan en el seno de la población atendida (diferencias en el porcentaje de vacunaciones, o en la incidencia de determinadas enfermedades, o en las revisiones ginecológicas, o en los conflictos que se produzcan en los centros...etc). Una vez detectada una situación de desigualdad, las herramientas de gestión del sistema sanitario deben contemplar distintas respuestas:

- "*Captación activa*".
- Adaptación de horarios.
- Estrategias informativas adaptadas (utilización de materiales didácticos específicos, organización de grupos educativos...etc).
- Aplicación de contraprestaciones ante los comportamientos saludables.
- Colaboración intersectorial: con el centro de servicios sociales, con la escuela, con profesionales de la mediación intercultural, con asociaciones gitanas, con otro tipo de asociaciones...etc.

La inclusión de estas actuaciones en los protocolos y en las herramientas de gestión del sistema sanitario³¹, facilitará también el afrontamiento de una acti-

³¹No obstante, es importante resaltar que estas actuaciones tan solo pueden y deben ser concretadas en "lo micro".

tud (ya señalada anteriormente) muy presente en algunas personas del colectivo de profesionales: *"se nos exige un extra de trabajo"*.

Estos *"Sistemas de Alarma"* deben ser elaborados en *"lo micro"*, pero también en *"lo macro"*. Una de las funciones que estos sistemas tendrían en *"lo macro"*, es que facilitarían la elaboración de *"mapas"* en los que se pudieran observar las zonas más afectadas por las desigualdades en salud. Una vez elaborados estos "mapas", se podrían utilizar para que la incidencia de las desigualdades por zonas sirva como criterio a la hora de confeccionar la *"ratio"* de población atendida por cada centro. El grado de individualización que requiere una adecuada atención a la población afectada por desigualdades en salud, exige que el número de usuarios atendidos por cada profesional sea menor.

La línea de *"Humanización de la Asistencia"*, ya iniciada en algunos centros hospitalarios, tendría un efecto muy positivo en la atención a la población afectada por desigualdades en salud. En concreto, y pensando en la comunidad gitana, las propuestas son las siguientes:

- Que en cada centro hospitalario se puedan diseñar estrategias *"ad-hoc"* para permitir las expresiones de apoyo familiar, pero sin que incidan negativamente en la dinámica del centro.
- Formación de las personas responsables de *"Humanización de la Asistencia"* de centros hospitalarios, en la misma línea señalada en el apartado 4.3.
- Iniciar *"experiencias piloto"* de inclusión de la figura del mediador/a intercultural en aquellos hospitales que acojan porcentajes importantes de población gitana.

Actualmente se esta revisando el Reglamento de policía sanitaria mortuoria (Decreto 2263/1974 de 20 de Julio) y es posible incluir las modificaciones necesarias para que esta normativa sea sensible con las diferencias culturales de la minoría gitana

4.5. La mediación intercultural

*"La mediación intercultural es un recurso al alcance de personas de culturas diversas, que actúa como puente con el fin de promover un cambio constructivo en las relaciones entre ellas. La mediación en las relaciones entre personas culturalmente diversas, actúa preferentemente para la prevención de conflictos culturales, favoreciendo el reconocimiento del otro diferente, el acercamiento entre las partes, la comunicación y la comprensión mutua, el aprendizaje y desarrollo de la convivencia, la búsqueda de estrategias alternativas para la resolución de conflictos culturales y la participación comunitaria"*³².

³²Varios autores. "La mediación intercultural: un puente para el diálogo". Desenvolupament Comunitari. Barcelona, 2000.

La mediación, entendida de forma profesionalizada, es un recurso que actúa como puente entre la comunidad gitana y la sociedad mayoritaria para promover un cambio constructivo en las relaciones entre ambas. Es por tanto un proceso, y no una herramienta "para apagar fuegos" cuando se producen conflictos.

La mediación en el ámbito de la salud con la comunidad gitana tendría entre sus funciones:

- Facilitar la comunicación entre los profesionales de los recursos sanitarios y la comunidad gitana promoviendo su acceso a dichos recursos en igualdad de oportunidades.
- Asesorar a las personas gitanas usuarias en relación con los profesionales de los servicios sanitarios.
- Asesorar a los profesionales sanitarios para una atención adecuada a las necesidades e intereses de la población gitana.
- Promover la dinamización comunitaria.
- Apoyar personalmente a las personas gitanas usuarias.

De entrada, es necesario señalar que a esta labor de mediación intercultural debemos contribuir todos y todas, es decir, desde todos los sectores de la comunidad se deben realizar labores mediadoras, todo el colectivo de profesionales sanitarios (en nuestro caso) se debería formar en actitudes y capacidades mediadoras.

En ocasiones es necesaria la presencia de una figura mediadora específica. En el trabajo con población gitana una persona perteneciente a esta etnia y con una formación y cualificación específica en mediación intercultural sería un buen referente para la propia comunidad pero, no obstante, no es imprescindible pertenecer a esta minoría. Un/a profesional con conocimientos de cultura gitana y sensibilidad para el trabajo con esta comunidad también puede desarrollar las funciones de mediación.

La figura del mediador/a tiene grandes potencialidades. Además de todo lo señalado, la mediación también contribuye a avanzar en la capacitación para la salud de la población gitana ya que permite concienciar y capacitar sobre el autocuidado.

Sin embargo, en su concreción actual se observan numerosas limitaciones que será necesario resolver:

La formación de los mediadores/as es extremadamente desigual. Algunos/as cuentan con una amplia formación previa a su incorporación laboral, mientras que en otros casos apenas han acudido a breves cursos de capacitación. Asimismo, el temario de las diferentes iniciativas formativas tampoco cuenta con la necesaria homogeneidad. Muchos de ellos/as además trabajan en condi-

ciones laborales precarias (jornadas muy reducidas, temporalidad...etc), lo que influye negativamente en la calidad de su trabajo.

También debe tenerse en cuenta que muchos profesionales desconocen esta figura, por lo que no pueden aprovecharla. Otros profesionales tienen un conocimiento erróneo sobre sus características, por lo que hacen una inadecuada utilización de la figura del mediador/a tal como:

- Ofrecerle hacer *"lo que le sobra a otras profesiones"*: trabajo de calle, visitas domiciliarias...etc.
- Llamarle únicamente cuando hay un conflicto que se encuentra en la fase de crisis, olvidando que el mediador/a puede y debe trabajar en otras fases previas del conflicto o en otras funciones más preventivas.
- Destinarle las familias o los casos más conflictivos e incómodos.

Por lo tanto, aprovechar las potencialidades de la figura del mediador/a supone:

- Garantizar que los mediadores/as tengan una formación básica, potenciando la formación continua.
- Mejorar las condiciones laborales en las que trabajan algunos mediadores/as, con la implementación de programas de continuidad.
- Incrementar la información que los profesionales tienen sobre esta figura para que se pueda realizar una intervención socio-sanitaria y multidisciplinar.

En definitiva, se trataría de lograr que el mediador/a encontrara su espacio adecuado, un espacio en el que:

- No sustituye a ninguna figura profesional, sino que actúa como puente para facilitar el encuentro entre la comunidad gitana y los recursos comunitarios.
- No contribuye a crear itinerarios alternativos permanentes para determinados casos, sino que trabaja en equipo con el resto de profesionales para mejorar la atención que desde los recursos comunitarios se ofrece a estos casos.

– **Los beneficios de la mediación intercultural en el ámbito socio-sanitario**

Los beneficios de esta actuación profesional repercuten tanto en los profesionales del sistema socio-sanitario como en la población gitana usuaria:

▪ **Para el personal profesional:**

- Favorece las relaciones interpersonales reduciendo las barreras de la comunicación.

- Permite descifrar y comprender algunas pautas culturales. Por ejemplo, en la atención a mozas gitanas o a mujeres viudas.
- Evita la aparición de conflictos, por ejemplo, cuando se produce un fallecimiento.
- Favorece el mejor uso de los servicios sanitarios.
- Permite obtener mejores resultados en los tratamientos médicos.

- **Para la población gitana:**

- Favorece una mejor comprensión de los diagnósticos y tratamientos médicos aumentando el éxito en la curación de las enfermedades.
- Permite una mayor integración de los gitanos y gitanas en el sistema sanitario.
- Favorece que la población gitana se sienta "más segura" y confiada.

Además de estos beneficios particulares, es evidente que todos ellos contribuyen a la mejora de la calidad de vida y la reducción de las desigualdades en salud de la comunidad gitana.

- **Los retos de la mediación intercultural**

La mediación intercultural en España como profesión naciente, se caracteriza en la actualidad por el desorden a todos los niveles. Faltan normas y procedimientos que regulen la formación y la práctica. Las líneas de trabajo que deben abrirse en el ámbito de la mediación pueden resumirse en las siguientes:

- Proporcionar una formación básica y continuada a los mediadores/as interculturales.
- Adecuación de la formación a nuevas necesidades y problemáticas existentes.
- Avanzar en los esfuerzos de homologación de la formación a escala nacional y europea.
- Reflexionar y evaluar la práctica profesional de la mediación mediante la investigación y la acción participativa.
- Apoyo y supervisión a mediadoras y mediadores en su trabajo.
- Apoyo a iniciativas de asociacionismo profesional.
- Sensibilización al resto de profesionales sobre este nuevo recurso de intervención social.
- Diálogo con instituciones y servicios públicos a escala local, autonómica y nacional en torno al reconocimiento y la viabilidad de la figura mediadora con recurso de intervención social.

4.6. La necesaria capacitación para la salud de la comunidad gitana

La educación para la salud y la adquisición de habilidades relacionadas con el desarrollo de hábitos de vida saludables y preventivos, así como el aprendizaje del uso adecuado y racional de los servicios sanitarios han de ser objetivos básicos para una capacitación real y efectiva de la población gitana respecto al cuidado de su propia salud.

Una de las principales amenazas consiste en actuar de manera paternalista y asistencialista, evitando la necesaria participación y el protagonismo de los gitanos y gitanas en su propio desarrollo. Este tipo de actitudes y comportamientos pueden conducir al fracaso³³, pues se generarían programas que no respondan a las necesidades y expectativas de la población destinataria, que no respeten sus ritmos, sus códigos, sus valores y que puedan acarrear aculturación. Para evitarlo, señalamos las siguientes propuestas:

La **participación y protagonismo de la comunidad gitana** debe producirse en todas las fases de la planificación:

- En el diagnóstico de necesidades.
- En la definición de los objetivos y los métodos.
- En la puesta en marcha.
- En la evaluación.

Esta participación debe producirse en todos los niveles:

- En el nivel macro, a la hora de definir las líneas estratégicas.
- En el nivel micro, a la hora de concretar esas líneas estratégicas en zonas y con poblaciones concretas.

Los interlocutores deben ser muy diversificados, tanto como diversificada es la realidad de los gitanos y gitanas:

- Las asociaciones, que pueden representar a un sector de la comunidad Gitana (y no a otros) y con las que se pueden establecer alianzas para trabajar determinados aspectos (y no otros).
- Las iglesias evangelistas, que pueden representar a un sector de la comunidad gitana (y no a otros) y con las que se pueden establecer alianzas para trabajar determinados aspectos (y no otros).
- Los mediadores gitanos y gitanas, por su amplio y cercano conocimiento de la realidad.
- Miembros de la Comunidad Gitana (que no pertenezcan a ninguno de los sectores anteriores) y que, por su formación y sensibilidad, puedan hacer importantes aportaciones.

³³Y lo que es peor, puede influir negativamente en el futuro, con un efecto de "tierra quemada" para posteriores programas.

- Las propias personas usuarias de los programas que, a través de la relación con el personal sanitario y/o los mediadores/as, pueden colaborar en todas las fases de la planificación. En relación con ello, volvemos a incidir en la importancia del trabajo grupal para facilitar la participación y el protagonismo.

4.7. Los programas de intervención sobre el binomio salud-comunidad gitana

En relación con los programas de intervención ante el binomio Salud-Comunidad Gitana, ya se han señalado dos ideas fundamentales: por un lado, se calificaban muchos de estos programas como fragmentarios, discontinuos y carentes de evaluación; por el otro, se ha afirmado también que existen algunos programas con un amplio recorrido, e incluso evaluados, que podrían suponer un importante recurso para sensibilizar y comprometer a otros profesionales y a otras administraciones. Las propuestas que se presentan a continuación están relacionadas con estas ideas.

Ante una realidad tan compleja, no se pueden plantear iniciativas de breve recorrido e intermitentes. Se precisan programas estables, con una perspectiva temporal suficiente. Sin embargo, siempre que se trate de actuaciones específica (es decir, dirigidas exclusivamente a población gitana), debe evitarse que se conviertan en actuaciones permanentes, para evitar el riesgo de incremento en la estigmatización que esto podría suponer.

Por consiguiente, la tendencia de los programas debe ser la **normalización**, es decir, que la población gitana pueda ser atendida por los mismos profesionales y en los mismos recursos que el resto de la población. Ese debe ser el objetivo de los programas estables a los que nos referíamos en primer lugar: garantizar que las necesidades específicas y las peculiaridades de la comunidad gitana, puedan ser incluidas en el funcionamiento de esos recursos normalizados y en las actuaciones de sus profesionales.

La perspectiva temporal suficiente, tiene también relación con que los programas dediquen el tiempo necesario a la reflexión, y no solo a la reflexión interna del equipo, sino también a la reflexión y a la negociación con la propia población objetivo, con otros equipos, con asociaciones..., etc. Ese tiempo debe existir antes de la intervención, durante la intervención y al finalizar la misma. La reflexión y la negociación son las herramientas fundamentales para evitar la mayor parte de las amenazas recogidas en el diagnóstico.

Si no se cumplen todos los requisitos mencionados hasta el momento, la **evaluación** se ve dificultada. Dificilmente se puede evaluar un programa inestable

e intermitente; difícilmente se puede evaluar un programa si no se dedica tiempo a la reflexión. Además, para poder ser evaluado, un programa debe contar con un adecuado diagnóstico, con un diseño de objetivos evaluables y con una suficiente coherencia entre diagnóstico, objetivos, metodología y actuaciones.

También resulta prioritario *"romper"* los límites temáticos y sectoriales, es decir, favorecer la transversalidad de los programas, incluyendo *"lo gitano"* en marcos no específicos (por ejemplo: Plan de Inclusión³⁴, planes para la igualdad de oportunidades, planes en los que se trate la diversidad cultural en general...), incluyendo *"la salud"* en programas que trabajen otras temáticas con población gitana. Para ello, se hace imprescindible la colaboración intersectorial. El trabajo multidisciplinar es un requisito imprescindible tanto en el interior del Sistema Sanitario como al desarrollar intervenciones intersectoriales.

En cuanto al **contenido de los programas**, se señala la necesidad de tener en cuenta tres temáticas de gran importancia relacionadas con tres grupos poblacionales dentro de la comunidad gitana:

- La inclusión de la perspectiva de género en todas las actividades y programas, contemplando las necesidades específicas de salud de las mujeres gitanas relacionadas con el rol que desempeñan dentro de su comunidad (*"¿quién cuida de las cuidadoras?"*).
- Al mismo tiempo, es necesario esforzarse por encontrar nuevas estrategias y temáticas que conecten con los intereses de los adultos varones gitanos (prevención de accidentes laborales, prevención de ETS...).
- La juventud gitana, como grupo prioritario de promoción de la comunidad gitana y con actitudes permeables.

Finalmente, algunas **propuestas relacionadas con las oportunidades** descritas en el diagnóstico son:

- Desarrollar iniciativas que difundan las *"buenas prácticas"* ya existentes en este campo, como el ya mencionado "Programa de Promoción de la Salud de Minorías Étnicas" del Instituto de Salud Pública del Gobierno de Navarra, que se presentó en el seminario sobre "Equidad en Salud y Comunidad Gitana" del 11 de noviembre.
- Seguir desarrollando iniciativas que difundan las fortalezas de la Comunidad Gitana y reflejen su carácter heterogéneo.
- Aprovechar las oportunidades que para el desarrollo de nuevas iniciativas suponen, en el contexto del Estado Español, el convenio de colaboración entre el Ministerio de Sanidad y la FSG, y en el contexto Europeo, la Directiva Europea sobre la igualdad de trato.

³⁴Entre otras cosas, no debemos olvidar la estrecha relación que en muchos casos existe entre desigualdades sociales y desigualdades en salud.

4.8. Los estudios sobre el binomio salud-comunidad gitana

La escasez de estudios e investigaciones sobre la salud de la población gitana es un factor que dificulta en gran medida la planificación de programas específicos que se adapten a la realidad y necesidades de este colectivo. Es importante tener en cuenta las siguientes consideraciones:

- **Criterios generales a tener en cuenta para la realización de estudios e investigaciones:**

- Se deben evitar estudios que "*invadan*" la intimidad de las personas, esforzándose por buscar técnicas alternativas que lo impidan.
- Siempre que se solicite la colaboración de la población gitana en un estudio, es necesario "*devolverle*" los resultados del mismo.
- Cada vez que se vaya a iniciar un estudio, es necesario hacerse algunas preguntas previas: ¿los resultados previsibles del estudio van a ser significativos, es decir, lo que pretendemos saber es necesario para avanzar en ese sector?; si la respuesta a la anterior pregunta es afirmativa ¿tenemos los recursos necesarios para realizar el estudio con la rigurosidad y calidad necesaria?. Si contestamos negativamente a una o a las dos preguntas, es preferible que dediquemos nuestros esfuerzos y recursos a otros fines.

En cuanto a la temática de los estudios e investigaciones, se sugieren algunas ideas útiles que facilitarían el posterior diseño de programas de promoción de la salud:

- Estudio sobre factores determinantes de la salud en la comunidad gitana.
- Estudio sobre la esperanza de vida de la población gitana.
- Estudio sobre las prácticas tradicionales de "sanación" en la comunidad gitana.

- **Registro de la etnia**

La conveniencia o no de registrar el origen étnico en la documentación de los distintos recursos sanitarios y sociales es un aspecto que genera múltiples polémicas.

Si nos remitimos al ordenamiento jurídico español, el artículo **14 de la Constitución Española** consagra que todos los españoles "son iguales ante la ley, sin que pueda prevalecer discriminación alguna por razón de nacimiento, raza, sexo, religión, opinión o cualquier otra condición o circunstancia personal o social". El **artículo 16.2** del mismo texto establece que "nadie podrá ser obligado a declarar sobre su ideología, religión o creencias".

La Ley Orgánica 15/1999 de 13 de diciembre de Protección de Datos de Carácter Personal establece lo siguiente:

- *Artículo 5. Derecho de información en la recogida de datos:* "Los interesados a los que se soliciten datos personales deberán ser previamente informados de modo expreso:
 - De la existencia de un fichero o tratamiento de datos de carácter personal, del finalidad de la recogida de éstos y de los destinatarios de la información.
 - Del carácter obligatorio o facultativo de su respuesta a las preguntas que les sean planteadas.
 - De las consecuencias de la obtención de los datos o de la negativa a suministrarlos.
 - De la identidad y dirección del responsable del tratamiento o, en su caso, de su representante.

- *Artículo 7.3. Datos especialmente protegidos:* "Los datos de carácter personal que hagan referencia al origen racial, a la salud y a la vida sexual sólo podrán ser recabados, tratados y cedidos cuando, por razones de interés general, así lo disponga una ley o el afectado consienta expresamente".

- *Artículo 7.4:* "Quedan prohibidos los ficheros creados con la finalidad exclusiva de almacenar datos de carácter personal que revelen la ideología, afiliación sindical, religión, creencias, **origen racial o étnico**, o vida sexual."

- *Artículo 7.6:* "No obstante lo dispuesto en los apartados anteriores, podrán ser objeto de tratamiento los datos de carácter personal a que se refieren los apartados 2 y 3 (origen racial, salud y vida sexual) cuando dicho tratamiento resulte necesario para la prevención o para el diagnóstico de médicos, la prestación de asistencia sanitaria o tratamientos médicos o la gestión de servicios sanitarios, siempre que dicho tratamiento de datos se realice por un profesional sanitario sujeto al secreto profesional o por otra persona sujeta así mismo a una obligación equivalente de secreto."

De todo esto, y según el tema que nos ocupa en este documento, se deduce que se considera legítimo recoger información sobre la identidad étnica de las personas siempre que el objetivo sea la puesta en marcha de medidas tendentes a la eliminación de las desigualdades en salud, siempre con la información y consentimiento de las personas afectadas y teniendo en consideración lo que establece la legislación vigente en relación con la confidencialidad y el tratamiento de dichos datos.

No obstante, y a modo de reflexión pueden tenerse en cuenta las siguientes consideraciones:

- Aunque el o la profesional que lo recoja lo haga con buena intención, es fácil perder el control sobre lo que otras personas hagan posteriormente con esa información.
- En muchas ocasiones, el origen étnico no aporta información significativa e incluso, a veces, puede desinformar. En el caso de la comunidad gitana, dada su heterogeneidad interna, si un profesional lee en un informe que una persona es gitana, es posible que saque conclusiones sobre ese caso relacionadas con los estereotipos que la sociedad maneja sobre los gitanos, pero quizás resulten equivocadas en ese caso concreto.
- En lugar de recoger en un informe el origen étnico, pretendiendo que este dato informe sobre las características de una persona, es mejor describir esas características, que no serán iguales en todos los casos.
- Es importante, además, buscar el compromiso de los y las profesionales con la protección de datos.

RESUMEN

PROPUESTAS DE BUENAS PRÁCTICAS

LÍNEAS DE ACTUACIÓN

1. FORMACIÓN DE PROFESIONALES DEL ÁMBITO SOCIO-SANITARIO

- ✓ Inclusión de contenidos sobre cultura y comunidad gitana en los distintos niveles de formación:
 - Formación inicial o de pregrado en diplomaturas y licenciaturas de ciencias sociales, ciencias de la salud y educación.
 - Formación especializada o de postgrado.
 - Formación continuada de profesionales.
- ✓ Creación de espacios de reflexión y debate entre profesionales del ámbito socio-sanitario que trabajan con población gitana para la revisión de la práctica profesional?
- ✓ Formación y capacitación de mediadores/as gitanos/as en promoción de la salud.

2. ELABORACIÓN DE MATERIALES ADAPTADOS

- ✓ Manuales y guías didácticas y documentos de referencia para la autoformación de profesionales.
- ✓ Folletos y carteles informativos adaptados culturalmente a la población gitana (lenguaje sencillo, claro, visual..., etc.).
- ✓ Materiales audiovisuales para el trabajo con grupos.

3. INCLUSIÓN DE LA DIFERENCIA EN LA ORGANIZACIÓN DEL SISTEMA SANITARIO

- ✓ Creación de sistemas de alarma de identificación de desigualdades en salud.
- ✓ Elaboración de mapas que identifiquen zonas con mayores desigualdades en salud.
- ✓ Actuaciones de respuesta de la "cartera de servicios".
- ✓ Adaptación y flexibilización de protocolos y procedimientos (adaptación de horarios, captación activa de usuarios/as..., etc.).
- ✓ Inclusión de la figura profesionalizada de la mediación intercultural en centros hospitalarios.
- ✓ Humanización de la asistencia.

4. CAPACITACIÓN DE LA COMUNIDAD GITANA

- ✓ Participación y protagonismo de la comunidad gitana en las distintas fases de planificación y ejecución de los programas de promoción de la salud?
- ✓ Sensibilización para el cuidado de la propia salud, la prevención de enfermedades y el uso adecuado de los recursos sanitarios de todos y cada uno de los miembros de la comunidad gitana.

5. DISEÑO, IMPLANTACIÓN Y DESARROLLO DE PROGRAMAS DE PROMOCIÓN DE LA SALUD Y COMUNIDAD GITANA

- ✓ Inclusión de la promoción de la salud como elemento transversal en otros programas y actividades que se dirigen a la población gitana.
- ✓ Incorporación de la perspectiva de género, contemplando las necesidades específicas de las mujeres gitanas (ginecología, planificación familiar, salud mental..., etc.), en todos los programas de promoción de la salud.
- ✓ Introducción del "tema gitano", haciendo especial hincapié en las desigualdades en salud, en otros marcos políticos de referencia como por ejemplo los Planes de Inclusión o los Planes de Igualdad de Oportunidades entre Hombres y Mujeres de las distintas administraciones.
- ✓ Diseño de programas adaptados a las necesidades reales de la población gitana, estables y con perspectiva temporal suficiente que permita la evaluación de resultados y el impacto.
- ✓ Diseño de objetivos operativos en los programas que puedan ser evaluados.
- ✓ Diseño y desarrollo de programas específicos para los colectivos prioritarios de atención en salud: juventud y mujeres.
- ✓ Diseño y desarrollo de programas específicos para hombres gitanos para el desarrollo de la responsabilidad del cuidado de la propia salud así como en problemas emergentes como los accidentes de tráfico, accidentes laborales o el consumo de sustancias.
- ✓ Diseño y desarrollo de programas y actividades que permitan la difusión de las buenas prácticas de intervención y las experiencias desarrolladas en las distintas localidades.

6. DESARROLLO DE ESTUDIOS E INVESTIGACIONES SOBRE SALUD Y COMUNIDAD GITANA

- ✓ Sobre factores determinantes en la salud de la población gitana.
- ✓ Sobre la esperanza de vida de la población gitana.
- ✓ Sobre las prácticas de sanación tradicionales.

CRITERIOS GENERALES DE ACTUACIÓN PARA PROFESIONALES

1. Tendencia a la normalización: uso de la población gitana de la red general de recursos sanitarios.
2. Considerar a los grupos prioritarios de atención en salud de la comunidad gitana: mujer y juventud.
3. Optimizar las funciones de la mediación intercultural y apostar por su incorporación a los recursos sanitarios.
4. Colaboración intersectorial y multidisciplinar.
5. Visibilizar y optimizar las fortalezas de la comunidad gitana.

V. BIBLIOGRAFÍA

- "Actuar con la comunidad gitana. Orientaciones para la intervención en drogodependencias desde los servicios asistenciales". Asociación Secretariado General Gitano. Madrid, 1997.
- "Guía de salud para mujeres gitanas". Fundación Secretariado General Gitano. Madrid, 2000.
- AUTORES VARIOS. "La mediación intercultural: un puente para el diálogo". Desenvolupament Comunitari. Barcelona, 2.000.
- AUTORES VARIOS. "La población gitana en Andalucía: un estudio exploratorio de sus condiciones de vida". Junta de Andalucía. Sevilla, 1996.
- AUTORES VARIOS. Comisión Europea. "Conclusiones y recomendaciones de la Comisión de Estudios de las desigualdades sociales en salud en España". 1996.
- AUTORES VARIOS. "Conferencia Internacional sobre Promoción de la Salud". Carta de Ottawa, 1986.
- CABEDO, V.R., *et alt.* "Cómo son y de qué padecen los gitanos". *Revista Atención Primaria*, vol. 26, n.º 1, 2000.
- DELGADO SÁNCHEZ, A., *et alt.* "Resultados y análisis de la investigación de AgHBs en las embarazadas de un centro de salud durante 4 años". *Revista Atención Primaria*, vol. 7, n.º 8, 1990.
- DÍEZ, I., *et alt.* "Influencia de la étnia gitana en el ingreso hospitalario de lactantes y su patología prevalente". *Revista Anales Españoles de Pediatría*, vol. 57, n.º 3, 2002.
- DUEÑAS HERRERO, R.M., *et alt.* "Influencia de factores socioeconómicos en la evolución y seguimiento del embarazo". *Revista Atención Primaria*, vol. 19, n.º 4, 1997.
- FERRER, F. "El estado de salud del pueblo gitano en España. Una revisión de la bibliografía". *Gaceta Sanitaria* 17 (supl. 3), 2003.
- Herrera, J.A., *et alt.* " Riesgo biopsicosocial prenatal y preclampsia ". *Revista Atención Primaria*, vol. 16, n.º 9, 1995.
- LAGUNAS, D. "Resolviendo la salud. Los gitanos catalanes". *Gazeta de Antropología* n.º 15, 1999.

- MARTÍN SÁNCHEZ, V. (COORD.), *et alt.* "Seroprevalencia de infección por virus C de la hepatitis en población reclusa del noroeste de España a su ingreso en prisión". *Revista Española Salud Pública*, vol. 72, n.º 1, 1998.
- MARTÍNEZ-FRÍAS, M.L. "Análisis del riesgo que para defectos congénitos tienen diferentes grupos étnicos de nuestro país". *Revista Anales Españoles de Pediatría*, vol. 48, n.º 4, 1998.
- MARTÍNEZ-FRÍAS, M.L. "Síndrome de Fraser: frecuencia en nuestro medio y aspectos clínico-epidemiológicos de una serie consecutiva de casos". *Revista Anales Españoles de Pediatría*, vol. 48, n.º 6, 1998.
- MONTURIOL, F., y DE SILVA, A. "Los usos de drogas y su impacto en la cultura (el caso gitano)". Asociación Secretariado General Gitano. Madrid, 1998.
- MORA LEÓN, L., *et alt.* "Prevalencia de caries y factores asociados en niños de 2-5 años de los Centros de Salud Almanjáyar y Cartuja de Granada capital". *Revista Atención Primaria*, vol. 26, n.º 6, 2000.
- NEBOT, M., *et alt.* "Maternidad en adolescentes de alto riesgo social". *Revista Atención Primaria*, vol. 11, n.º 5, 1993.
- OLIVÁN, G. "Niños gitanos maltratados: factores de riesgo sociosanitarios y necesidades sanitarias prioritarias". *Revista Anales Españoles de Pediatría*, vol. 60, n.º 1, 2004.
- OMS. "Promoción de la salud. Glosario". Ministerio de Sanidad y Consumo. Madrid, 1999.
- PAC, M^a.R., *et alt.* "Brote epidémico de hepatitis B por tatuaje en familias de étnia gitana". *Revista Española Salud Pública*, vol. 70, n.º 1, 1996.
- REIG MAYORAL, S., *et alt.* "Anticoncepción: gitanas frente a payas". *Revista Atención Primaria*, vol. 23, n.º 2, 1990.
- SÁNCHEZ, F.J., *et alt.* "Diferencia étnica en la actividad asistencial de urgencias. Aproximación a la realidad gitana". *Revista Anales Españoles de Pediatría*, vol. 56, n.º 1, 2002.
- SASTRE, E., *et alt.* "Situación de salud entre niños gitanos y no gitanos de una comarca granadina". *Revista Anales Españoles de Pediatría*, vol. 53, n.º 3, 2000.
- VIRTO, M.T., *et alt.* "Hepatitis B endémica en dos minorías étnicas marginales. Estudio comparativo". *Revista Medicina Clínica*, vol. 101, n.º 7, 1993.

ANEXO I

METODOLOGÍA DE TRABAJO PARA LA ELABORACIÓN DEL DOCUMENTO DE REFERENCIA. SALUD Y COMUNIDAD GITANA: Análisis de propuestas para la actuación

Para la elaboración de este Documento de Referencia, se ha utilizado una adaptación de un método cualitativo de diagnóstico muy utilizado en Desarrollo Organizacional y Marketing: **Análisis DAFO** (*)³⁵.

La dinámica de esta técnica consiste en reunir a un grupo de expertos en determinada materia y estructurar su reflexión y debate en torno a los 4 ejes formados por las palabras con cuyas iniciales se construye el acrónimo DAFO:

- ❖ Debilidades.
- ❖ Amenazas.
- ❖ Fortalezas.
- ❖ Oportunidades.

El valor añadido de esta técnica consiste en que, además de permitir un debate participativo y estructurado, facilita que el grupo tenga en cuenta dos dimensiones que en ocasiones son olvidadas:

1. *La dimensión temporal.* Se analiza el presente en las categorías "Debilidades" y "Fortalezas" (lo que ocurre en estos momentos) y el futuro en las categorías "Amenazas" y "Oportunidades" (lo que nos espera). Es la introducción del futuro lo que aporta un poder dinámico y de anticipación al análisis.
2. *La dimensión positivo/negativo.* Se analizan los aspectos que deben ser reforzados ("Fortalezas") o aprovechados ("Oportunidades"), pero también los

³⁵Varios autores (2.002). *Guía para la Gestión del Ciclo del Proyecto*. Comisión Europea. EuropeAID Oficina de Cooperación.

Varios autores (2001). *Programa integral de desarrollo educativo. PIDE (ámbito comunitario)*. Ed. FAD.

Varios autores (1998). *La gestión de las organizaciones no lucrativas*. Ed. Deusto.

Igor Ansoff, h. (1965). *Corporate Strategy: an analytic approach policy for growth and expansion*. Ed. McGraw Hill.

que deben ser remediados ("Debilidades") o minimizados ("Amenazas"). Se evita así que el grupo (si se encuentra en un momento anímico depresivo) se centre únicamente en los aspectos negativos, pero también se evita que un grupo muy entusiasta se olvide de los puntos débiles.

El proceso específico que hemos seguido para la aplicación de esta técnica, y para la elaboración del Documento de Referencia, ha sido el siguiente:

- A. Elaboración de un Documento de Base a partir de la consulta bibliográfica y documental.
- B. Diseño de un Grupo compuesto por personas Expertas en Salud Pública y/o intervención con el Pueblo Gitano (Se adjunta el listado de integrantes del Grupo en un Anexo).
- C. Envío de este Documento de Base a las personas seleccionadas para el Grupo.
- D. Convocatoria y desarrollo de una primera sesión de trabajo de 2 días. En esta sesión, el Grupo realizó el análisis DAFO.
- E. Elaboración de un Informe de la reunión y envío de este Informe a las personas integrantes del Grupo.
- F. Convocatoria y desarrollo de una segunda sesión de trabajo de 2 días. En esta sesión, el Grupo acordó las recomendaciones para afrontar las conclusiones del análisis DAFO.
- G. Elaboración de un Informe de la reunión y envío de este Informe a las personas integrantes del Grupo.
- H. A partir de los informes de las sesiones de trabajo del Grupo, elaboración de un primer borrador del Documento de Referencia, incorporando nuevas referencias bibliográficas y documentales.
- I. Envío del borrador a las personas integrantes del Grupo y a otros profesionales del Ministerio de Sanidad y la FSG.
- J. Incorporación de las aportaciones a sucesivos borradores del Documento de Referencia.
- K. Presentación del Documento de Referencia en una Jornada de Trabajo celebrada en el Ministerio de Sanidad y Consumo y dirigida principalmente a los Directores de Salud de las Comunidades Autónomas, técnicos del ministerio y otros profesionales que trabajan en Salud Pública y/o la comunidad gitana.
- L. Incorporación de las principales aportaciones de esta Jornada de Trabajo al Documento de Referencia.

ANEXO II

PARTICIPANTES GRUPO DE EXPERTOS/AS "SALUD Y COMUNIDAD GITANA"

NOMBRE Y APELLIDOS	ESPECIALIDAD	SERVICIO
Begoña Merino	Salud Pública	Consejera Técnica. Coordinadora Área Promoción de la Salud. Dirección Gral de Salud Pública. Subdirección General de Promoción de la Salud y Epidemiología. MSC
Mariví Librada	Salud Pública	Jefa de Sección Promoción de la Salud
Angeloi Goia	Salud y Minorías Étnicas	Coordinadora Programas Promoción de la Salud de Minorías Étnicas. Instituto de Salud Pública Gobierno Comunidad Foral de Navarra
Lucía San Juan	Investigación	Universidad Autónoma Barcelona
Pilar Bermejo	Drogodependencias	Directora Unidad de Drogodependencias Ayuntamiento de Santiago de Compostela. Galicia
Hervé Bertevas	Atención Primaria Investigación	Médico
Fernando García	Mediación	Mediador. Área de Salud FSGG. Madrid
Nadia Rodríguez	Trabajo Social	Centro de Atención Primaria "Buenos Aires". Madrid
Fernando García	Mediación	Mediador. Área de Salud FSGG. Madrid
Mª Pepa Arcas	Ginecología. Matrona	Hospital de Granada
Mª Dolores Calvo Navarro	Forense	Instituto de Medicina Legal de Málaga. Consejería de Justicia y Administración Pública. Junta de Andalucía
Isabel Blázquez Jiménez	Enfermera	Cardiología. Hospital Doce de Octubre de Madrid
Mª Carmen Bravo	Enfermera. Urgencias	Hospital Gregorio Marañón de Madrid

NOMBRE Y APELLIDOS	ESPECIALIDAD	SERVICIO
Lorenzo Fernández Barriales	Psiquiatra	Centro de Salud Mental Teatinos. Oviedo. Asturias
Enrique Negueruela	Psiquiatra	Centro Salud Mental Palencia
Dovirgen Fernández Cortés	Mediadora Salud	Barcelona
Gracia Jiménez Lérida	Médico	Servicio Andaluz de Salud
Javier Arza	Trabajador Social	Universidad de Navarra
Cristina García	Trabajadora Social	Responsable del Área de Salud y Mujer FSG.

ANEXO III

SEMINARIO EQUIDAD EN SALUD Y COMUNIDAD GITANA

INTRODUCCIÓN

Reducir las desigualdades sociales en materia de salud es un requisito esencial para el logro del bienestar y el progreso de las personas, los grupos y las sociedades. En este sentido, la evidencia demuestra que, la implementación de programas integrados y desarrollados a nivel de la comunidad, en los que se implique a una amplia gama de sectores y organismos, y que estén adaptados a las características específicas del grupo al que van dirigidos resultan altamente positivos.

La comunidad gitana española se sitúa entre los colectivos más vulnerables de padecer una salud deficitaria debido a su situación socio-económica desfavorecida. Partiendo de esta realidad social, el presente seminario responde a la voluntad de la **Dirección General de Salud Pública del Ministerio de Sanidad y Consumo junto con la Fundación Secretariado Gitano** de avanzar en la eliminación de las desigualdades en salud de la población gitana española.

Los objetivos del seminario son:

- La elaboración de un documento operativo y consensado que proporcione estrategias y claves de intervención con población gitana desde los servicios normalizados de salud.
- Contribuir al impulso de políticas activas que, desde las Comunidades Autónomas, contribuyan a mejorar la igualdad de oportunidades de los gitanos y gitanas en relación con la salud y el uso y disfrute de los bienes y servicios de la comunidad.

Para ello, los contenidos del seminario se abordarán a partir del documento "**Salud y Comunidad Gitana**", resultado del trabajo de análisis y reflexión de un grupo de profesionales del ámbito socio-sanitario con experiencia en el trabajo con población gitana.

PROGRAMA

10.30 H INAUGURACIÓN

- FERNANDO LAMATA COTANDA. Secretario General de Sanidad. Ministerio de Sanidad y Consumo.
- JOSÉ MANUEL FRESNO. Director FSG.

11.00 H COMUNICACIÓN INTRODUCTORIA Y DEBATE

"La situación sanitaria de la población gitana en España: aspectos culturales implicados".

Ponente: GRACIA JIMÉNEZ LÉRIDA. Médico Servicio Andaluz de Salud. Málaga.

12.30 H COMUNICACIÓN Y DEBATE

"Fortalezas, debilidades, amenazas y oportunidades en el binomio salud-comunidad gitana".

Ponente: LUCÍA SAN JUAN. Universidad Autónoma de Barcelona.

13.30 H COMUNICACIÓN Y DEBATE

"La mediación profesional como estrategia para el acceso de población gitana a la red normalizada de recursos sanitarios".

Ponentes:

- DOVIRGEN FERNÁNDEZ CORTÉS. Mediadora en Salud. Barcelona
- FERNANDO GARCÍA GARCÍA. Mediador en Salud. Madrid.

14.30 H COMIDA

16.00 H COMUNICACIÓN Y DEBATE

"Programa de Promoción de la Salud de Minorías Étnicas". Instituto de Salud Pública. Gobierno Comunidad Foral de Navarra.

Ponentes:

- ANGELOI GOIA. Coordinadora Programa del Programa de Promoción de la salud de Minorías Étnicas. Gobierno Comunidad Foral de Navarra.
- FERMÍN CASTIELLA LAFUENTE. Director del Plan Foral de Drogodependencias. Navarra.
- ANA HERNANDEZ. Mediadora en Salud. Navarra.

17.00 H COMUNICACIÓN

"Propuestas y recomendaciones para fomentar la equidad en salud de la comunidad gitana".

Ponentes:

- BEGOÑA MERINO. Consejera Técnica. Coordinadora del Área de Promoción de la Salud. Ministerio de Sanidad y Consumo.
- PATRICIA BEZUNARTEA. Directora Departamento de Acción Social. FSG.

18.00 H CLAUSURA

ANEXO IV

PARTICIPANTES SEMINARIO "EQUIDAD EN SALUD Y COMUNIDAD GITANA"

NOMBRE Y APELLIDOS	ENTIDAD	CARGO
Ana Hernández	PLAN FLORAL DE DROGODEPENDENCIAS DE NAVARRA	Mediadora en Salud
Angeloi Goia	PROGRAMA SALUD Y MINORÍAS ÉTNICAS. GOBIERNO DE NAVARRA	Coordinadora Prog. Promoción de la Salud de Minorías Étnicas
Antolina Expósito Alburquerque	CONSEJERÍA DE SALUD PÚBLICA. JUNTA DE ANDALUCÍA	Técnica Salud Pública
Begoña Merino	MINISTERIO DE SANIDAD Y CONSUMO	Consejera Técnica. Coordinadora Área Promoción de la Salud.
Carmen Bravo	HOSPITAL GREGORIO MARAÑÓN	Enfermera
Cristina García	FSG	Coordinadora Área Mujer y Salud
Dovirgen Fernández Cortés		Mediadora en Salud
Elena Buceta		FSG Coordinadora Proyectos Europeos
Enrique Negueruela	CENTRO DE SALUD MENTAL DE PALENCIA	Psiquiatra
Estibaliz Ramos Díaz	ASOCIACIÓN GAO LACHO DROM DE VITORIA	Psicóloga
Fermín Castiella	PLAN FLORAL DE DROGODEPENDENCIAS DE NAVARRA	Director Técnico del Departamento
Fernando García	FSG	Mediador Salud

NOMBRE Y APELLIDOS	ENTIDAD	CARGO
Francisco Javier Rubio Rodríguez	MINISTERIO DE SANIDAD Y CONSUMO	Subdirector General de Ordenación Profesional.
Gracia Jiménez Lérida	SERVICIO ANDALUZ DE SALUD	Médico
Guillermo Domenech Muñoz	CONSEJERÍA DE SANIDAD CASTILLA Y LEÓN	Jefe del Serv. de Prom. de la Salud y Progr. Preventivos
Herbé Bertevas	MÁLAGA	Médico
Inés Palanca	DIRECCIÓN DE SALUD PÚBLICA, ALIMENTACIÓN Y CONSUMO	Médico
Isidro Rodríguez	FSG	Subdirector de Programas
Javier Blanco Aguilar	CONSEJERIA DE SALUD Y PARTICIPACIÓN JUNTA ANDALUCIA	Asesor Técnico
Jesús Loza	FSG	Médico. Patrono FSG.
José Alfonso Cortés Rubio	MINISTERIO DE SANIDAD Y CONSUMO	Subdirector General de Cartera de Serv. y Nuev. Tecnologías
Jose Antonio Jiménez Jiménez	ASOCIACIÓN GITANA UNGA DE ASTURIAS	Presidente
José Manuel Freno	FSG	Director-Gerente
José Miguel Mata de la Torre	DELEGACIÓN DEL GOBIERNO PLAN NACIONAL SOBRE DROGAS	
Juan Antonio López Blanco	MINISTERIO DE SANIDAD Y CONSUMO	Consejero Técnico Subdirección General Ordenación Profesionales
Juan Iván Cruz	GERENCIA SERVICIO EXTREMEÑO DE SALUD	Director de Enfermería de Atención Primaria
Julio Zarco Rodríguez	SOCIEDAD ESPAÑOLA DE MEDICINA RURAL	Presidente
Lorenzo Fernández Barriales	CENTRO DE SALUD MENTAL TEATINOS DE OVIEDO	Psiquiatra
Lucía San Juan	UNIVERSIDAD AUTÓNOMA DE BARCELONA	Investigación

NOMBRE Y APELLIDOS	ENTIDAD	CARGO
Luis Ignacio Gómez López	DEPARTAMENTO DE SALUD Y CONSUMO GOBIERNO DE ARAGON	Director General de Salud Pública
Luz María Fernández Regatillo Ruiz	CONSEJERIA SALUD Y PARTICIPACIÓN JUNTA ANDALUCIA	Jefa de Sección de Promoción y Educación para la Salud
Luz María Fernández Regatillo Ruiz	CONSEJERIA SALUD Y PARTICIPACIÓN JUNTA ANDALUCIA	Jefa de Sección de Promoción y Educación para la Salud
Mª Rosa Munugarren	ESCUELA NAC. DE SAND.INST. DE SALUD CARLOS III	Jefa de Sección
Manuel Moya Mir	SEMES-MADRID	Presidente
María Luisa Martínez Blanco	INSTITUTO SALUD PÚBLICA. CONSEJERIA SANIDAD MADRID	Técnica. Salud Pública. Programa Colectivos Desfavorecidos
María Luisa Rodríguez Monroy	CONSEJERÍA DE SALUD Y SERVICIOS SOCIALES LA RIOJA	Jefa de Sección de Promoción y Educación de la Salud
Marina Pollán	CENTRO NACIONAL DE EPIDEMIOLOGÍA MADRID (SESPA)	
Mariví Librada	MINISTERIO DE SANIDAD Y CONSUMO	Jefa de Sección Promoción de la Salud
Marlen Menéndez Menéndez	ASOCIACIÓN GITANA UNGA	Mediadora
Mayte Abaurrea	FEDERACIÓN DE ASOC. GITANAS DE NAVARRA GAZ KALÓ	Programa de Salud
Miguel Dávila	MINISTERIO DE SANIDAD Y CONSUMO	Subdirección General de Salud Exterior
Nadia Rodríguez	INSALUD DE MADRID	Trabajadora Social
Patricia Bezunartea	FSG	Coordinadora Departamento Acción Social
Pilar Bermejo González	UNIDAD MUNICIPAL DE ATENCIÓN A DROGODEPENDIENTES AYUNTAMIENTO SANTIAGO COMPOSTELA	Directora de UMAD

NOMBRE Y APELLIDOS	ENTIDAD	CARGO
Rafaela Jiménez Jiménez	ASOCIACIÓN GAO LACHO DROM	Trabajadora Social
Ramón Repullo Labrador	SOCIEDAD ESPAÑOLA SALUD PÚBLICA	Presidente
Ricardo Hernández	FEDERACIÓN DE ASOC. GITANAS DE NAVARRA GAZ KALÓ	Mediador
Rosa Aranguren Balerde	CONSEJERIA DE SANIDAD Y CONSUMO ISLAS BALEARES	Médico. Directora del Centro Comarcal INCA
Rosa Munugarren	ESCUELA NACIONAL DE SANIDAD	Jefa de Sección
Sonsoles Garabato González	INSTITUTO SALUD PÚBLICA	Técnica. Salud Pública. Programa Colectivos Desfavorecidos

Directiva 2000/43/CE del Consejo, de 29 de junio de 2000, relativa a la aplicación del principio de igualdad de trato de las personas independientemente de su origen racial o étnico

Diario Oficial n° L 180 de 19/07/2000 p. 0022 - 0026

EL CONSEJO DE LA UNIÓN EUROPEA,

Visto el Tratado constitutivo de la Comunidad Europea y, en particular, su artículo 13,

Vista la propuesta de la Comisión (1),

Visto el dictamen del Parlamento Europeo (2),

Visto el dictamen del Comité Económico y Social (3),

Visto el dictamen del Comité de las Regiones (4),

Considerando lo siguiente:

(1) El Tratado de la Unión Europea constituye una nueva etapa en el proceso creador de una unión cada vez más estrecha entre los pueblos de Europa.

(2) De conformidad con el artículo 6 del Tratado de la Unión Europea, la Unión Europea se basa en los principios de libertad, democracia, respeto de los derechos humanos y de las libertades fundamentales y el Estado de Derecho, principios que son comunes a los Estados miembros y respeta los derechos fundamentales tal y como se garantizan en el Convenio Europeo para la Protección de los Derechos Humanos y de las Libertades Fundamentales tal como resultan de las tradiciones constitucionales comunes a los Estados miembros, como principios generales del Derecho comunitario.

(3) El derecho a la igualdad ante la ley y a que toda persona esté protegida contra la discriminación constituye un derecho universal reconocido en la Declaración Universal de Derechos Humanos, la Convención de las Naciones Unidas sobre la eliminación de todas las formas de discriminación contra la mujer, la Convención internacional sobre la eliminación de todas las formas de discriminación racial y los

Pactos de las Naciones Unidas de Derechos Civiles y Políticos y sobre Derechos Económicos, Sociales y Culturales, así como en el Convenio Europeo para la Protección de los Derechos Humanos y de las Libertades Fundamentales, de los que son signatarios todos los Estados miembros.

(4) Es importante respetar estos derechos y libertades fundamentales, incluido el derecho a la libertad de asociación. En el contexto del acceso al suministro de bienes y servicios y la oferta de los mismos, es asimismo importante respetar la protección de la intimidad y de la vida familiar y las transacciones realizadas en dicho contexto.

(5) El Parlamento Europeo ha adoptado varias resoluciones relativas a la lucha contra el racismo en la Unión Europea.

(6) La Unión Europea rechaza las teorías que tratan de establecer la existencia de las razas humanas. El uso, en la presente Directiva, del término "origen racial" no implica el reconocimiento de dichas teorías.

(7) El Consejo Europeo, en Tampere los días 15 y 16 de octubre de 1999, invitó a la Comisión a presentar cuanto antes propuestas para dar cumplimiento a lo dispuesto en el artículo 13 del Tratado CE en materia de lucha contra el racismo y la xenofobia.

(8) Las Directrices para el empleo de 2000 aprobadas por el Consejo Europeo de Helsinki los días 10 y 11 de diciembre de 1999 subrayan la necesidad de promover las condiciones para un mercado de trabajo que propicie la integración social mediante la formulación de una serie coherente de políticas dirigidas a combatir la discriminación contra grupos tales como las minorías étnicas.

(9) La discriminación basada en el origen racial o étnico puede poner en peligro la consecución de los objetivos del Tratado CE, en particular la consecución de un alto nivel de empleo y de protección social, la elevación del nivel y la calidad de vida, la cohesión económica y social y la solidaridad, y también puede hipotecar el objetivo de desarrollar la Unión Europea como un espacio de libertad, seguridad y justicia.

(10) La Comisión presentó una Comunicación sobre el racismo, la xenofobia y el antisemitismo en diciembre de 1995.

(11) El Consejo adoptó el 15 de julio de 1996 la Acción común 96/443/JAI relativa a la acción contra el racismo y la xenofobia (5) que contiene el compromiso de los Estados miembros de garantizar una cooperación judicial efectiva en lo que respecta a las infracciones basadas en comportamientos racistas y xenófobos.

(12) Para garantizar el desarrollo de sociedades democráticas y tolerantes en las que toda persona pueda participar, con independencia de su origen racial o étnico, la actuación específica en el ámbito de la discriminación por estos motivos debe ir más allá del acceso a la actividad por cuenta propia o ajena y abarcar ámbitos como la educación, la protección social, incluida la seguridad social y la asistencia sanitaria, las ventajas sociales, la oferta de bienes y servicios y el acceso a los mismos.

(13) A tal fin, se deberá prohibir en toda la Comunidad cualquier discriminación, directa o indirecta, por motivos de origen racial o étnico en los ámbitos a que se refiere la presente Directiva. Esta prohibición de discriminación se aplicará asimismo a los nacionales de terceros países, pero no se refiere a las diferencias de trato basadas en la nacionalidad y se entiende sin perjuicio de las disposiciones que regulan la entrada y la residencia de los nacionales de terceros países y su acceso al empleo y al ejercicio profesional.

(14) En la aplicación del principio de igualdad de trato con independencia del origen racial o étnico, la Comunidad, en virtud del apartado 2 del artículo 3 del Tratado CE, debe proponerse

la eliminación de las desigualdades y fomentar la igualdad entre hombres y mujeres, máxime considerando que, a menudo, las mujeres son víctimas de discriminaciones múltiples.

(15) La estimación de los hechos de los que pueda resultar la presunción de haberse producido una discriminación directa o indirecta corresponde a los órganos judiciales u otros órganos competentes nacionales, con arreglo a las legislaciones o prácticas nacionales. Estas normas podrán disponer que la discriminación indirecta se establezca por cualquier medio, incluso basándose en pruebas estadísticas.

(16) Es importante proteger a todas las personas físicas de toda discriminación por su origen racial o étnico. Los Estados miembros también deben proteger, de conformidad con sus respectivas tradiciones y prácticas nacionales, a las personas jurídicas en aquellos casos en los que sean discriminadas por el origen racial o étnico de sus miembros.

(17) La prohibición de discriminación no debe obstar al mantenimiento o la adopción de medidas concebidas para prevenir o compensar las desventajas sufridas por un grupo de personas con un origen racial o étnico determinado y dichas medidas pueden permitir la existencia de organizaciones de personas de un origen racial o étnico concreto cuando su finalidad principal sea promover las necesidades específicas de esas personas.

(18) En muy contadas circunstancias, una diferencia de trato puede estar justificada cuando una característica vinculada al origen racial o étnico constituya un requisito profesional esencial y determinante, siempre y cuando el objetivo sea legítimo y el requisito, proporcionado. Dichas circunstancias deberán figurar en la información que facilitarán los Estados miembros a la Comisión.

(19) Las personas que hayan sido objeto de discriminación basada en el origen racial o étnico deben disponer de medios de protección jurídica adecuados. A fin de asegurar un nivel de protección más efectivo, también se debe facultar a las asociaciones o personas jurídicas

para que puedan iniciar procedimientos, con arreglo a lo que dispongan los Estados miembros, en nombre de cualquier víctima o en su apoyo, sin perjuicio de la normativa nacional de procedimiento respecto a la representación y defensa ante los tribunales.

(20) La aplicación efectiva del principio de igualdad exige una protección judicial adecuada contra las represalias.

(21) Las normas relativas a la carga de la prueba deben modificarse cuando exista a primera vista un caso de presunta discriminación. Para la aplicación efectiva del principio de igualdad de trato, la carga de la prueba debe recaer en la parte demandada cuando se aporten indicios de dicha discriminación.

(22) Los Estados miembros no estarán obligados a aplicar las normas sobre la carga de la prueba a los procedimientos en los que corresponda a los tribunales o a otro órgano competente investigar los hechos. Se considerarán procedimientos de esta índole aquellos en que el demandante no está obligado a probar sus alegaciones, sino que corresponde al tribunal o al órgano competente investigarlas.

(23) Los Estados miembros deben fomentar el diálogo entre los interlocutores sociales y con las organizaciones no gubernamentales para estudiar las distintas formas de discriminación y combatirlas.

(24) La protección contra la discriminación basada en el origen racial o étnico se vería reforzada con la existencia de uno o más organismos independientes en cada Estado miembro, con competencias para analizar los problemas existentes, estudiar las soluciones posibles y proporcionar asistencia específica a las víctimas.

(25) La presente Directiva establece requisitos mínimos, reconociendo a los Estados miembros la facultad de introducir o mantener disposiciones más favorables. La aplicación de la presente Directiva no debe servir para justificar retroceso alguno con respecto a la situación ya existente en cada Estado miembro.

(26) Los Estados miembros deben prever sanciones efectivas, proporcionadas y disuasorias apli-

cables en caso de que se contravengan las obligaciones impuestas por la presente Directiva.

(27) Los Estados miembros podrán confiar la aplicación de la presente Directiva a los interlocutores sociales, a petición conjunta de éstos, en lo relativo a las disposiciones que entran en el ámbito de los convenios colectivos, siempre y cuando los Estados miembros tomen todas las disposiciones necesarias para poder garantizar en todo momento los resultados establecidos por la presente Directiva.

(28) De conformidad con el principio de subsidiariedad y el principio de proporcionalidad contemplados en el artículo 5 del Tratado CE, el objetivo de la presente Directiva, consistente en garantizar un nivel elevado de protección contra la discriminación igual en todos los Estados miembros, no puede ser alcanzado de manera suficiente por los Estados miembros. Por consiguiente, puede lograrse mejor, debido a la dimensión y repercusión de la acción propuesta, en el ámbito comunitario. La presente Directiva se limita a lo estrictamente necesario para alcanzar dichos objetivos y no excede de lo necesario para ese propósito.

HA ADOPTADO LA PRESENTE DIRECTIVA:

CAPÍTULO I

DISPOSICIONES GENERALES

Artículo 1

Objeto

La presente Directiva tiene por objeto establecer un marco para luchar contra la discriminación por motivos de origen racial o étnico, con el fin de que se aplique en los Estados miembros el principio de igualdad de trato.

Artículo 2

Concepto de discriminación

1. A efectos de la presente Directiva, se entenderá por "principio de igualdad de trato" la ausencia de toda discriminación, tanto directa como indirecta, basada en el origen racial o étnico.

2. A efectos del apartado 1:

- a) existirá discriminación directa cuando, por motivos de origen racial o étnico, una persona sea tratada de manera menos favorable de lo que sea, haya sido o vaya a ser tratada otra en situación comparable;
- b) existirá discriminación indirecta cuando una disposición, criterio o práctica aparentemente neutros sitúe a personas de un origen racial o étnico concreto en desventaja particular con respecto a otras personas, salvo que dicha disposición, criterio o práctica pueda justificarse objetivamente con una finalidad legítima y salvo que los medios para la consecución de esta finalidad sean adecuados y necesarios.

3. El acoso constituirá discriminación a efectos de lo dispuesto en el apartado 1 cuando se produzca un comportamiento no deseado relacionado con el origen racial o étnico que tenga como objetivo o consecuencia atentar contra la dignidad de la persona y crear un entorno intimidatorio, hostil, degradante, humillante, u ofensivo. A este respecto, podrá definirse el concepto de acoso de conformidad con las normativas y prácticas nacionales de cada Estado miembro.

4. Toda orden de discriminar a personas por motivos de su origen racial o étnico se considerará discriminación con arreglo a lo dispuesto en el apartado 1.

Artículo 3

Ámbito de aplicación

1. Dentro de los límites de las competencias atribuidas a la Comunidad la presente Directiva se aplicará a todas las personas, por lo que respecta tanto al sector público como al privado, incluidos los organismos públicos, en relación con:

- a) las condiciones de acceso al empleo, a la actividad por cuenta propia y al ejercicio profesional, incluidos los criterios de selección y las condiciones de contratación y promoción, independientemente de la rama de actividad y en todos los niveles de la clasificación profesional;

- b) el acceso a todos los tipos y niveles de orientación profesional, formación profesional, formación profesional superior y reciclaje, incluida la experiencia laboral práctica;
- c) las condiciones de empleo y trabajo, incluidas las de despido y remuneración;
- d) la afiliación y participación en una organización de trabajadores o de empresarios, o en cualquier organización cuyos miembros desempeñen una profesión concreta, incluidas las prestaciones concedidas por las mismas;
- e) la protección social, incluida la seguridad social y la asistencia sanitaria;
- f) las ventajas sociales;
- g) la educación;
- h) el acceso a bienes y servicios disponibles para el público y la oferta de los mismos, incluida la vivienda.

2. La presente Directiva no afecta a la diferencia de trato por motivos de nacionalidad y se entiende sin perjuicio de las disposiciones y condiciones por las que se regulan la entrada y residencia de nacionales de terceros países y de apátridas en el territorio de los Estados miembros y de cualquier tratamiento derivado de la situación jurídica de los nacionales de terceros países y de los apátridas.

Artículo 4

Requisitos profesionales esenciales y determinantes

No obstante lo dispuesto en los apartados 1 y 2 del artículo 2, los Estados miembros podrán disponer que una diferencia de trato basada en una característica relacionada con el origen racial o étnico no tendrá carácter discriminatorio cuando, debido a la naturaleza de las actividades profesionales concretas o al contexto en que se lleven a cabo, dicha característica constituya un requisito profesional esencial y determinante, siempre y cuando el objetivo sea legítimo y el requisito, proporcionado.

Artículo 5

Acción positiva

Con el fin de garantizar la plena igualdad en la práctica, el principio de igualdad de trato no impedirá que un Estado miembro mantenga o adopte medidas específicas para prevenir o compensar las desventajas que afecten a personas de un origen racial o étnico concreto.

Artículo 6

Requisitos mínimos

1. Los Estados miembros podrán adoptar o mantener disposiciones más favorables para la protección del principio de igualdad de trato que las previstas en la presente Directiva.

2. La aplicación de la presente Directiva no constituirá en ningún caso motivo para reducir el nivel de protección contra la discriminación ya garantizado por los Estados miembros en los ámbitos cubiertos por la misma.

CAPÍTULO II

RECURSOS Y CUMPLIMIENTO

Artículo 7

Defensa de derechos

1. Los Estados miembros velarán por la existencia de procedimientos judiciales y administrativos, e incluso, cuando lo consideren oportuno, procedimientos de conciliación, para exigir el cumplimiento de las obligaciones establecidas con arreglo a la presente Directiva, para todas las personas que se consideren perjudicadas por la no aplicación, en lo que a ellas se refiere, del principio de igualdad de trato, incluso tras la conclusión de la relación en la que supuestamente se ha producido la discriminación.

2. Los Estados miembros velarán por que las asociaciones, organizaciones u otras personas jurídicas que, de conformidad con los criterios establecidos en el Derecho nacional, tengan un interés legítimo en velar por el cumplimiento de lo dispuesto en la presente Directiva, puedan iniciar, en nombre del demandante o en su apoyo, y con su autorización, cualquier procedimiento judicial o administrativo previsto para

exigir el cumplimiento de las obligaciones de la presente Directiva.

3. Los apartados 1 y 2 se entenderán sin perjuicio de las normas nacionales en materia de plazos de interposición de recursos en relación con el principio de igualdad de trato.

Artículo 8

Carga de la prueba

1. Los Estados miembros adoptarán, con arreglo a su ordenamiento jurídico nacional, las medidas necesarias para garantizar que corresponda a la parte demandada demostrar que no ha habido vulneración del principio de igualdad de trato cuando una persona que se considere perjudicada por la no aplicación, en lo que a ella se refiere, de dicho principio alegue, ante un tribunal u otro órgano competente, hechos que permitan presumir la existencia de discriminación directa o indirecta.

2. Lo dispuesto en el apartado 1 se entenderá sin perjuicio de que los Estados miembros adopten normas sobre la prueba más favorables a la parte demandante.

3. Lo dispuesto en el apartado 1 no se aplicará a los procedimientos penales.

4. Lo dispuesto en los apartados 1, 2 y 3 se aplicará asimismo a todo procedimiento tramitado de conformidad con el apartado 2 del artículo 7.

5. Los Estados miembros no estarán obligados a aplicar lo dispuesto en el apartado 1 a los procedimientos en los que la instrucción de los hechos relativos al caso corresponda a los órganos jurisdiccionales o a otro órgano competente.

Artículo 9

Protección contra las represalias

Los Estados miembros adoptarán en sus ordenamientos jurídicos las medidas que resulten necesarias para proteger a las personas contra cualquier trato adverso o consecuencia negativa que pueda producirse como reacción ante una reclamación o ante un procedimiento destinado a exigir el cumplimiento del principio de igualdad de trato.

Artículo 10

Divulgación de información

Los Estados miembros velarán por que las disposiciones adoptadas en virtud de la presente Directiva, además de las disposiciones correspondientes ya en vigor, sean puestas en conocimiento de las personas a las que sea aplicable, por todos los medios adecuados, en todo su territorio, junto con otras disposiciones vigentes ya adoptadas.

Artículo 11

Diálogo social

1. Los Estados miembros, con arreglo a sus respectivas tradiciones y prácticas, adoptarán las medidas adecuadas para fomentar el diálogo social entre los interlocutores sociales, a fin de promover la igualdad de trato entre otras vías mediante el control de las prácticas en el lugar de trabajo, convenios colectivos, códigos de conducta, la investigación o el intercambio de experiencias y buenas prácticas.

2. Siempre que ello sea coherente con sus respectivas tradiciones y prácticas nacionales, los Estados miembros fomentarán entre empresarios y trabajadores, sin perjuicio de su autonomía, la celebración en el nivel correspondiente de convenios que establezcan normas antidiscriminatorias en los ámbitos mencionados en el artículo 3 que entren dentro de las competencias de la negociación colectiva. Estos convenios respetarán los requisitos mínimos establecidos en la presente Directiva y las correspondientes medidas nacionales de desarrollo.

Artículo 12

Diálogo con las organizaciones no gubernamentales

Los Estados miembros fomentarán el diálogo con las correspondientes organizaciones no gubernamentales que tengan, con arreglo a su legislación y práctica nacionales, un interés legítimo en contribuir a la lucha contra la discriminación por motivos de origen racial y étnico, con el fin de promover el principio de igualdad de trato.

CAPÍTULO III

ORGANISMOS DE PROMOCIÓN DE LA IGUALDAD DE TRATO

Artículo 13

1. Cada Estado miembro designará uno o más organismos responsables de la promoción de la igualdad de trato entre todas las personas sin discriminación por motivo de su origen racial o étnico. Dichos organismos podrán formar parte de los servicios responsables a nivel nacional de la defensa de los derechos humanos o de la salvaguardia de los derechos individuales.

2. Los Estados miembros velarán por que entre las competencias de estos organismos figuren las siguientes:

- sin perjuicio del derecho de víctimas y asociaciones, organizaciones u otras personas jurídicas contempladas en el apartado 2 del artículo 7, prestar asistencia independiente a las víctimas de discriminación a la hora de tramitar sus reclamaciones por discriminación,
- realizar estudios independientes sobre la discriminación,
- publicar informes independientes y formular recomendaciones sobre cualquier cuestión relacionada con dicha discriminación.

CAPÍTULO IV

DISPOSICIONES FINALES

Artículo 14

Cumplimiento

Los Estados miembros adoptarán las medidas necesarias para velar por que:

- a) se deroguen las disposiciones legales, reglamentarias y administrativas contrarias al principio de igualdad de trato;
- b) se declaren o puedan declararse nulas o se modifiquen todas las disposiciones contrarias al principio de igualdad de trato que figuren en los contratos individuales o en los convenios colectivos, en los reglamentos internos de las empresas, en las normas que rijan las asociaciones con

o sin ánimo de lucro, así como en los estatutos de las profesiones independientes y de las organizaciones sindicales y empresariales.

Artículo 15

Sanciones

Los Estados miembros establecerán el régimen de sanciones aplicables en caso de incumplimiento de las disposiciones nacionales adoptadas en aplicación de la presente Directiva y adoptarán todas las medidas necesarias para garantizar su cumplimiento. Dichas sanciones, que podrán incluir la indemnización a la víctima, serán efectivas, proporcionadas y disuasorias. Los Estados miembros comunicarán dichas disposiciones a la Comisión a más tardar el 19 de julio de 2003 y le notificarán sin demora cualquier modificación de aquéllas.

Artículo 16

Aplicación

Los Estados miembros adoptarán las disposiciones legales, reglamentarias y administrativas necesarias para dar cumplimiento a lo establecido en la presente Directiva a más tardar el 19 de julio de 2003, o bien podrán confiar su aplicación a los interlocutores sociales, a petición conjunta de éstos, por lo que respecta a las disposiciones que corresponden al ámbito de los convenios colectivos. En tal caso, los Estados miembros se asegurarán de que, a más tardar el 19 de julio de 2003, los interlocutores sociales hayan establecido de mutuo acuerdo las disposiciones necesarias, debiendo los Estados miembros interesados tomar todas las disposiciones necesarias para poder garantizar, en todo momento, los resultados fijados por la presente Directiva. Informarán inmediatamente de ello a la Comisión.

Cuando los Estados miembros adopten dichas disposiciones, éstas harán referencia a la presente Directiva o irán acompañadas de dicha referencia en su publicación oficial. Los Estados miembros establecerán las modalidades de la mencionada referencia.

Artículo 17

Informe

1. Los Estados miembros comunicarán a la Comisión, a más tardar el 19 de julio de 2005 y, a continuación, cada cinco años, toda la información necesaria para que la Comisión elabore un informe sobre su aplicación dirigido al Parlamento Europeo y al Consejo.

2. El informe de la Comisión tendrá en cuenta, cuando proceda, la opinión del Observatorio Europeo del Racismo y la Xenofobia, así como los puntos de vista de los interlocutores sociales y de las organizaciones no gubernamentales correspondientes. Con arreglo al principio de la integración de la igualdad entre los sexos, dicho informe facilitará, entre otras cosas, una evaluación de la incidencia de las medidas tomadas sobre las mujeres y los hombres. A la vista de la información recibida, el informe incluirá, en caso necesario, propuestas de revisión y actualización de la presente Directiva.

Artículo 18

Entrada en vigor

La presente Directiva entrará en vigor el día de su publicación en el Diario Oficial de las Comunidades Europeas.

Artículo 19

Destinatarios

Los destinatarios de la presente Directiva serán los Estados miembros.

Hecho en Luxemburgo, el 29 de junio de 2000.

Por el Consejo

El Presidente

M. ARCANJO

(1) No publicado aún en el Diario Oficial.

(2) Dictamen emitido el 18 de mayo de 2000 (no publicado aún en el Diario Oficial).

(3) Dictamen emitido el 12 de abril de 2000 (no publicado aún en el Diario Oficial).

(4) Dictamen emitido el 31 de mayo de 2000 (no publicado aún en el Diario Oficial).

(5) DO L 185 de 24.7.1996, p. 5.

LEY 62/2003, de 30 de diciembre, de medidas fiscales, administrativas y del orden social.

(BOE número 313, de 31 de diciembre de 2003)

JUAN CARLOS I REY DE ESPAÑA

A todos los que la presente vieren y entendieren.

Sabed: Que las Cortes Generales han aprobado y Yo vengo en sancionar la siguiente ley.

EXPOSICIÓN DE MOTIVOS

I

La Ley de Presupuestos Generales del Estado para el año 2004 establece determinados objetivos de política económica, cuya consecución hace necesario o conveniente la aprobación de diversas medidas normativas que permiten una mejor y más eficaz ejecución del programa del Gobierno, en los distintos ámbitos en que aquél desenvuelve su acción.

Este es el fin perseguido por esta ley que, al igual que en años anteriores, recoge distintas medidas referentes a aspectos tributarios, sociales, de personal al servicio de las Administraciones públicas, de gestión y organización administrativa, y de acción administrativa en diferentes ámbitos sectoriales.

(...)

III

El título II de la ley tiene por objeto el establecimiento de medidas relacionadas con el orden social.

Comienza el título con la inclusión de reformas en el texto refundido de la Ley General de la Seguridad Social, aprobado por el Real Decreto Legislativo 1/1994, de 20 de junio.

Así, se recoge expresamente la mención al subsidio de riesgo durante el embarazo para su cómputo a efectos de los distintos períodos pre-

vios de cotización exigidos para el derecho a las prestaciones. Se modifica la limitación a la posibilidad de acumular pensiones de viudedad y orfandad, que en la actualidad únicamente opera en relación con la concurrencia de pensiones de viudedad y orfandad, pero no así respecto de las pensiones a favor de otros familiares, estableciendo un único límite a todo el conjunto de las pensiones correspondientes, si bien estableciendo unas prioridades o preferencias respecto de ellas, con excepción de la pensión de viudedad.

En lo referente a los regímenes especiales de Seguridad Social, se modifica el texto refundido de la Ley sobre Seguridad Social de las Fuerzas Armadas, aprobado por Real Decreto Legislativo 1/2000, de 9 de junio. Se reduce de cinco a cuatro años el plazo para el derecho a devolución de cuotas indebidamente ingresadas al Instituto Social de las Fuerzas Armadas y se regula la obligación de comunicación de datos al ISFAS, a fin de garantizar el obligado control respecto a los afiliados y las repercusiones que, en orden a su cotización a este instituto, tienen las modificaciones de sus situaciones administrativas.

Dentro del título II, mediante un capítulo específico, se establecen diversas medidas para la aplicación del principio de igualdad de trato, medidas que vienen a reforzar y complementar las numerosas normas que ya conforman nuestro ordenamiento jurídico en todos los ámbitos en materia de no discriminación por todas las causas amparadas por el artículo 14 de la Constitución.

Con la base jurídica del artículo 13 del Tratado de la Comunidad Europea, se aprobaron en

2000 dos directivas: en primer lugar, la Directiva 2000/43/CE del Consejo, de 29 de junio de 2000, relativa a la aplicación del principio de igualdad de trato de las personas independientemente de su origen racial o étnico, que aborda tal principio en diversos ámbitos; en segundo lugar, la Directiva 2000/78/CE del Consejo, de 27 de noviembre de 2000, relativa al establecimiento de un marco general para la igualdad de trato en el empleo y la ocupación, que pretende luchar contra las discriminaciones basadas en la religión o convicciones, la discapacidad, la edad y la orientación sexual.

Mediante las medidas incluidas en este Capítulo se adecua la legislación española a estas dos directivas procediendo a su transposición a nuestro derecho. Además, se establece un marco legal general para combatir la discriminación por el origen racial o étnico de las personas en todos los ámbitos, se aborda la definición legal de la discriminación, directa e indirecta, y se moderniza la regulación de la igualdad de trato y la no discriminación en el trabajo, modificándose, entre otros, determinados preceptos del Estatuto de los Trabajadores, de la Ley de Integración Social de los Minusválidos, de la Ley de Procedimiento Laboral, de la Ley sobre Infracciones y Sanciones en el Orden Social y de la legislación en materia de función pública, si bien estas últimas modificaciones por razones sistemáticas se integran en el título III.

Además se aprueba el programa de fomento del empleo para el año 2004 y se introducen diversas modificaciones en el texto refundido de la Ley sobre Infracciones y Sanciones en el Orden Social aprobado por el Real Decreto Legislativo 5/2000, de 4 de agosto, y se modifica un precepto de naturaleza no orgánica de la Ley Orgánica 1/2002, de 22 de marzo, reguladora del Derecho de Asociación, incluyendo entre las asociaciones de utilidad pública las de promoción y protección de la familia.

En lo atinente a las ayudas a los afectados por

delitos de terrorismo, se amplía el ámbito temporal de aplicación de la Ley 31/1999, de 8 de octubre, de Solidaridad con las Víctimas del Terrorismo, hasta el 31 de diciembre de 2004.

(...)

TÍTULO II

De lo Social

(...)

CAPÍTULO III

Medidas para la aplicación del principio de igualdad de trato

SECCIÓN 1.ª DISPOSICIONES GENERALES

Artículo 27. *Objeto y ámbito de aplicación de este capítulo.*

1. Este capítulo tiene por objeto establecer medidas para la aplicación real y efectiva del principio de igualdad de trato y no discriminación, en particular por razón de origen racial o étnico, religión o convicciones, discapacidad, edad u orientación sexual, en los términos que en cada una de sus secciones se establecen.

2. Este capítulo será de aplicación a todas las personas, tanto en el sector público como en el sector privado.

Artículo 28. *Definiciones.*

1. A los efectos de este capítulo se entenderá por:

- a) Principio de igualdad de trato: la ausencia de toda discriminación directa o indirecta por razón del origen racial o étnico, la religión o convicciones, la discapacidad, la edad o la orientación sexual de una persona.
- b) Discriminación directa: cuando una persona sea tratada de manera menos favorable que otra en situación análoga por razón de origen racial o étnico, religión o convicciones, discapacidad, edad u orientación sexual.
- c) Discriminación indirecta: cuando una disposición legal o reglamentaria, una cláusula convencional o contractual, un pacto

individual o una decisión unilateral, aparentemente neutros, puedan ocasionar una desventaja particular a una persona respecto de otras por razón de origen racial o étnico, religión o convicciones, discapacidad, edad u orientación sexual, siempre que objetivamente no respondan a una finalidad legítima y que los medios para la consecución de esta finalidad no sean adecuados y necesarios.

d) Acoso: toda conducta no deseada relacionada con el origen racial o étnico, la religión o convicciones, la discapacidad, la edad o la orientación sexual de una persona, que tenga como objetivo o consecuencia atentar contra su dignidad y crear un entorno intimidatorio, humillante u ofensivo.

2. Cualquier orden de discriminar a las personas por razón de origen racial o étnico, religión o convicciones, discapacidad, edad u orientación sexual se considerará en todo caso discriminación.

El acoso por razón de origen racial o étnico, religión o convicciones, discapacidad, edad u orientación sexual se consideran en todo caso actos discriminatorios.

SECCIÓN 2.ª MEDIDAS EN MATERIA DE IGUALDAD DE TRATO Y NO DISCRIMINACIÓN POR EL ORIGEN RACIAL O ÉTNICO DE LAS PERSONAS

Artículo 29. *Ámbito de aplicación de la Sección 2.a*

1. Esta sección tiene por objeto establecer medidas para que el principio de igualdad de trato y no discriminación por razón del origen racial o étnico de las personas sea real y efectivo en la educación, la sanidad, las prestaciones y los servicios sociales, la vivienda y, en general, la oferta y el acceso a cualesquiera bienes y servicios.

El principio de igualdad de trato y no discriminación por razón del origen racial o étnico de las personas en el acceso al empleo, a la actividad por cuenta propia y al ejercicio profesional, la

afiliación y la participación en las organizaciones sindicales y empresariales, las condiciones de trabajo, la promoción profesional y la formación profesional ocupacional y continua se regirá por lo establecido en la sección 3.a de este capítulo.

2. A efectos de lo dispuesto en el apartado anterior, el principio de igualdad de trato supone la ausencia de toda discriminación directa o indirecta por razón del origen racial o étnico de las personas.

Artículo 30. *Medidas de acción positiva en relación con el origen racial o étnico.*

Para garantizar en la práctica la plena igualdad por razón de origen racial o étnico, el principio de igualdad de trato no impedirá que se mantengan o se adopten medidas específicas a favor de determinados colectivos destinadas a prevenir o compensar las desventajas que les afecten por razón de su origen racial o étnico.

Artículo 31. *Legitimación de las personas jurídicas en relación con el origen racial o étnico.*

Las personas jurídicas que estén legalmente habilitadas para la defensa de los derechos e intereses legítimos colectivos podrán actuar en los procesos judiciales en nombre del demandante que así lo autorice con la finalidad de hacer efectivo el principio de igualdad de trato de las personas por su origen racial o étnico.

Artículo 32. *Carga de la prueba en relación con el origen racial o étnico.*

En aquellos procesos del orden jurisdiccional civil y del orden jurisdiccional contencioso-administrativo en que de las alegaciones de la parte actora se deduzca la existencia de indicios fundados de discriminación por razón del origen racial o étnico de las personas, corresponderá al demandado la aportación de una justificación objetiva y razonable, suficientemente probada, de las medidas adoptadas y de su proporcionalidad.

Artículo 33. *Creación del Consejo para la promoción de la igualdad de trato y no discriminación de las personas por el origen racial o étnico.*

1. Se crea el Consejo para la promoción de la igualdad de trato y no discriminación de las personas por el origen racial o étnico en la educación, la sanidad, las prestaciones y los servicios sociales, la vivienda y, en general, la oferta y el acceso a cualesquiera bienes y servicios, así como el acceso al empleo, a la actividad por cuenta propia y al ejercicio profesional, la afiliación y la participación en las organizaciones sindicales y empresariales, las condiciones de trabajo, la promoción profesional y la formación profesional ocupacional y continua.

El consejo se configura como un órgano colegiado de los previstos en el apartado 2 del artículo 22 de la Ley 30/1992, de 26 de noviembre, de Régimen Jurídico de las Administraciones Públicas y del Procedimiento Administrativo Común, y estará adscrito al Ministerio de Trabajo y Asuntos Sociales.

2. El Consejo a que se refiere el apartado anterior tendrá las siguientes competencias:

- a) Prestar asistencia a las víctimas de discriminación por su origen racial o étnico a la hora de tramitar sus reclamaciones.
- b) Realizar estudios y publicar informes sobre la discriminación de las personas por el origen racial o étnico.
- c) Promover medidas que contribuyan a eliminar la discriminación de las personas por el origen racial o étnico, formulando, en su caso, recomendaciones sobre cualquier cuestión relacionada con dicha discriminación.

3. Formarán parte del Consejo los Ministerios con competencias en las materias a que se refiere el apartado 1. Asimismo, deberá asegurarse la participación de las comunidades autónomas, de las entidades locales, de las organizaciones empresariales y sindicales más representativas, así como de otras organizaciones que representen intereses relacionados con el origen racial o étnico de las personas.

4. La composición y funcionamiento del Consejo para la promoción de la igualdad de trato y no discriminación de las personas por el

origen racial o étnico se regulará mediante real decreto, que será aprobado por el Consejo de Ministros en el plazo de tres meses desde la entrada en vigor de esta ley.

5. El Instituto de Migraciones y Servicios Sociales prestará al Consejo para la promoción de la igualdad de trato y no discriminación de las personas por el origen racial o étnico el apoyo necesario para el desempeño de sus funciones.

6. Lo dispuesto en este artículo se entiende sin perjuicio de las competencias del Defensor del Pueblo establecidas por la Ley Orgánica 3/1981, de 6 de abril.

El Defensor del Pueblo podrá establecer con el Consejo para la promoción de la igualdad de trato y no discriminación de las personas por el origen racial o étnico los mecanismos de cooperación y colaboración que se consideren oportunos.

SECCIÓN 3.ª MEDIDAS EN MATERIA DE IGUALDAD DE TRATO Y NO DISCRIMINACIÓN EN EL TRABAJO

Artículo 34. *Ámbito de aplicación de la Sección 3.ª*

1. Esta sección tiene por objeto establecer medidas para que el principio de igualdad de trato y no discriminación sea real y efectivo en el acceso al empleo, la afiliación y la participación en las organizaciones sindicales y empresariales, las condiciones de trabajo, la promoción profesional y la formación profesional ocupacional y continua, así como en el acceso a la actividad por cuenta propia y al ejercicio profesional y la incorporación y participación en cualquier organización cuyos miembros desempeñen una profesión concreta.

2. A efectos de lo dispuesto en el apartado anterior, el principio de igualdad de trato supone la ausencia de toda discriminación directa o indirecta por razón del origen racial o étnico, la religión o convicciones, la discapacidad, la edad o la orientación sexual de una persona.

Las diferencias de trato basadas en una característica relacionada con cualquiera de las cau-

sas a que se refiere el párrafo anterior no supondrán discriminación cuando, debido a la naturaleza de la actividad profesional concreta de que se trate o al contexto en que se lleve a cabo, dicha característica constituya un requisito profesional esencial y determinante, siempre que el objetivo sea legítimo y el requisito proporcionado.

Artículo 35. Medidas de acción positiva.

Para garantizar en la práctica la plena igualdad por razón de origen racial o étnico, religión o convicciones, discapacidad, edad y orientación sexual, el principio de igualdad de trato no impedirá que se mantengan o se adopten medidas específicas a favor de determinados colectivos destinadas a prevenir o compensar las desventajas que les afecten relativas a las materias incluidas en el ámbito de aplicación de esta sección.

Artículo 36. Carga de la prueba.

En aquellos procesos del orden jurisdiccional civil y del orden jurisdiccional contencioso-administrativo en que de las alegaciones de la parte actora se deduzca la existencia de indicios fundados de discriminación por razón del origen racial o étnico, la religión o convicciones, la discapacidad, la edad o la orientación sexual de las personas respecto de las materias incluidas en el ámbito de aplicación de esta sección, corresponderá al demandado la aportación de una justificación objetiva y razonable, suficientemente probada, de las medidas adoptadas y de su proporcionalidad.

Artículo 37. Modificaciones del texto refundido de la Ley del Estatuto de los Trabajadores, aprobado por el Real Decreto Legislativo 1/1995, de 24 de marzo.

Uno. El párrafo c) del apartado 2 del artículo 4 del texto refundido de la Ley del Estatuto de los Trabajadores queda redactado de la siguiente forma:

"c) A no ser discriminados directa o indirectamente para el empleo, o una vez empleados, por razones de sexo, estado civil,

edad dentro de los límites marcados por esta ley, origen racial o étnico, condición social, religión o convicciones, ideas políticas, orientación sexual, afiliación o no a un sindicato, así como por razón de lengua, dentro del Estado español.

Tampoco podrán ser discriminados por razón de discapacidad, siempre que se hallasen en condiciones de aptitud para desempeñar el trabajo o empleo de que se trate."

Dos. El párrafo e) del apartado 2 del artículo 4 del texto refundido de la Ley del Estatuto de los Trabajadores queda redactado en los siguientes términos:

"e) Al respeto de su intimidad y a la consideración debida a su dignidad, comprendida la protección frente a ofensas verbales y físicas de naturaleza sexual y frente al acoso por razón de origen racial o étnico, religión o convicciones, discapacidad, edad u orientación sexual. "

Tres. El apartado 2 del artículo 16 del texto refundido de la Ley del Estatuto de los Trabajadores queda redactado de la siguiente forma:

"2. Se prohíbe la existencia de agencias de colocación con fines lucrativos. El servicio público de empleo podrá autorizar, en las condiciones que se determinen en el correspondiente convenio de colaboración y previo informe del Consejo General del Instituto Nacional de Empleo, la existencia de agencias de colocación sin fines lucrativos, siempre que la remuneración que reciban del empresario o del trabajador se limite exclusivamente a los gastos ocasionados por los servicios prestados. Dichas agencias deberán garantizar, en su ámbito de actuación, el principio de igualdad en el acceso al empleo, no pudiendo establecer discriminación alguna basada en motivos de origen, incluido el racial o étnico, sexo, edad, estado civil, religión o convicciones, opinión política, orientación sexual, afiliación sindical, condición social, lengua dentro del Estado y discapacidad, siempre que los trabajadores se hallasen en condiciones de aptitud para desempeñar el

trabajo o empleo de que se trate."

Cuatro. El apartado 1 del artículo 17 del texto refundido de la Ley del Estatuto de los Trabajadores queda modificado de la siguiente manera:

"1. Se entenderán nulos y sin efecto los preceptos reglamentarios, las cláusulas de los convenios colectivos, los pactos individuales y las decisiones unilaterales del empresario que contengan discriminaciones directas o indirectas desfavorables por razón de edad o discapacidad o favorables o adversas en el empleo, así como en materia de retribuciones, jornada y demás condiciones de trabajo por circunstancias de sexo, origen, incluido el racial o étnico, estado civil, condición social, religión o convicciones, ideas políticas, orientación sexual, adhesión o no a sindicatos y a sus acuerdos, vínculos de parentesco con otros trabajadores en la empresa y lengua dentro del Estado español.

Serán igualmente nulas las decisiones del empresario que supongan un trato desfavorable de los trabajadores como reacción ante una reclamación efectuada en la empresa o ante una acción judicial destinada a exigir el cumplimiento del principio de igualdad de trato y no discriminación."

Cinco. Se introduce un nuevo párrafo g) en el apartado 2 del artículo 54 del texto refundido de la Ley del Estatuto de los Trabajadores con la siguiente redacción:

"g) El acoso por razón de origen racial o étnico, religión o convicciones, discapacidad, edad u orientación sexual al empresario o a las personas que trabajan en la empresa."

Artículo 38. *Modificaciones de la Ley 13/1982, de 7 de abril, de Integración Social de los Minusválidos.*

Uno. El artículo 37 de la Ley 13/1982, de 7 de abril, queda redactado de la siguiente forma:

"1. Será finalidad primordial de la política de empleo de trabajadores con discapacidad su integración, en condiciones que garanticen la aplicación del principio de igualdad de trato,

en el sistema ordinario de trabajo o, en su defecto, su incorporación al sistema productivo mediante la fórmula especial de trabajo protegido que se menciona en el artículo 41.

2. A efectos de lo dispuesto en el apartado anterior, se entenderá por principio de igualdad de trato la ausencia de toda discriminación directa e indirecta basada en la discapacidad.

3. Existirá discriminación directa cuando una persona sea tratada de manera menos favorable que otra en situación análoga por motivo de su discapacidad.

Existirá discriminación indirecta cuando una disposición legal o reglamentaria, una cláusula convencional o contractual, un pacto individual o una decisión unilateral del empresario, aparentemente neutros, puedan ocasionar una desventaja particular a las personas con discapacidad respecto de otras personas, siempre que objetivamente no respondan a una finalidad legítima y que los medios para la consecución de esta finalidad no sean adecuados y necesarios, o salvo que el empresario venga obligado a adoptar medidas adecuadas, en función de las necesidades de cada situación concreta y de acuerdo con el artículo 37 bis de esta ley, para eliminar las desventajas que supone esa disposición, cláusula, pacto o decisión."

Dos. Se introduce un nuevo artículo 37 bis en la Ley 13/1982, de 7 de abril, con la siguiente redacción:

"1. Para garantizar la plena igualdad en el trabajo, el principio de igualdad de trato no impedirá que se mantengan o adopten medidas específicas destinadas a prevenir o compensar las desventajas ocasionadas por motivo de discapacidad.

2. Los empresarios están obligados a adoptar las medidas adecuadas para la adaptación del puesto de trabajo y la accesibilidad de la empresa, en función de las necesidades de cada situación concreta, con el fin de permitir a las personas con discapacidad acceder al empleo, desempeñar su trabajo, progresar profesionalmente y acceder a la formación, salvo

que esas medidas supongan una carga excesiva para el empresario.

Para determinar si una carga es excesiva se tendrá en cuenta si es paliada en grado suficiente mediante las medidas, ayudas o subvenciones públicas para personas con discapacidad, así como los costes financieros y de otro tipo que las medidas impliquen y el tamaño y el volumen de negocios total de la organización o empresa."

Artículo 39. *Modificaciones de la Ley 45/1999, de 29 de noviembre, sobre el desplazamiento de trabajadores en el marco de una prestación de servicios transnacional.*

El párrafo c) del apartado 1 del artículo 3 de la Ley 45/1999, de 29 de noviembre, queda redactado de la siguiente forma:

"c) La igualdad de trato y la no discriminación directa o indirecta por razón de sexo, origen, incluido el racial o étnico, estado civil, edad dentro de los límites legalmente marcados, condición social, religión o convicciones, ideas políticas, orientación sexual, afiliación o no a un sindicato y a sus acuerdos, vínculos de parentesco con otros trabajadores en la empresa, lengua o discapacidad, siempre que los trabajadores se hallasen en condiciones de aptitud para desempeñar el trabajo o empleo de que se trate."

Artículo 40. *Modificaciones del texto refundido de la Ley de Procedimiento Laboral, aprobado por el Real Decreto Legislativo 2/1995, de 7 de abril.*

Uno. El artículo 96 del texto refundido de la Ley de Procedimiento Laboral queda redactado de la siguiente forma:

"Artículo 96.

En aquellos procesos en que de las alegaciones de la parte actora se deduzca la existencia de indicios fundados de discriminación por razón de sexo, origen racial o étnico, religión o convicciones, discapacidad, edad u orientación sexual, corresponderá al demandado la aportación de una justificación objetiva y razonable, suficientemente probada, de las medidas adoptadas y de su proporcionalidad. "

Dos. El artículo 181 del texto refundido de la Ley de Procedimiento Laboral queda redactado de la siguiente forma:

"Artículo 181.

Las demandas de tutela de los demás derechos fundamentales y libertades públicas, incluida la prohibición de tratamiento discriminatorio y del acoso, que se susciten en el ámbito de las relaciones jurídicas atribuidas al conocimiento del orden jurisdiccional social, se tramitarán conforme a las disposiciones establecidas en este capítulo. En dichas demandas se expresarán el derecho o derechos fundamentales que se estimen infringidos. "

Artículo 41. *Modificaciones del texto refundido de la Ley sobre Infracciones y Sanciones en el Orden Social, aprobado por el Real Decreto legislativo 5/2000, de 4 de agosto.*

Uno. El apartado 12 del artículo 8 de la Ley sobre Infracciones y Sanciones en el Orden Social queda redactado de la siguiente forma:

"12. Las decisiones unilaterales del empresario que impliquen discriminaciones directas o indirectas desfavorables por razón de edad o discapacidad o favorables o adversas en materia de retribuciones, jornadas, formación, promoción y demás condiciones de trabajo, por circunstancias de sexo, origen, incluido el racial o étnico, estado civil, condición social, religión o convicciones, ideas políticas, orientación sexual, adhesión o no a sindicatos y a sus acuerdos, vínculos de parentesco con otros trabajadores en la empresa o lengua dentro del Estado español, así como las decisiones del empresario que supongan un trato desfavorable de los trabajadores como reacción ante una reclamación efectuada en la empresa o ante una acción judicial destinada a exigir el cumplimiento del principio de igualdad de trato y no discriminación. "

Dos. Se añade un apartado 13 bis al artículo 8 de la Ley sobre Infracciones y Sanciones en el Orden Social que queda redactado de la siguiente forma:

"13 bis. El acoso por razón de origen racial o étnico, religión o convicciones, discapacidad, edad y orientación sexual, cuando se produzcan dentro del ámbito a que alcanzan las facultades de dirección empresarial, cualquiera que sea el sujeto activo del mismo, siempre que, conocido por el empresario, éste no hubiera adoptado las medidas necesarias para impedirlo. "

Tres. El apartado 2 del artículo 16 de la Ley sobre Infracciones y Sanciones en el Orden Social queda redactado en los siguientes términos:

"2. Establecer condiciones, mediante la publicidad, difusión o por cualquier otro medio, que constituyan discriminaciones favorables o adversas para el acceso al empleo por motivos de sexo, origen, incluido el racial o étnico, edad, estado civil, discapacidad, religión o convicciones, opinión política, orientación

sexual, afiliación sindical, condición social y lengua dentro del Estado. "

Artículo 42. *Fomento de la igualdad en la negociación colectiva.*

Los convenios colectivos podrán incluir medidas dirigidas a combatir todo tipo de discriminación en el trabajo, a favorecer la igualdad de oportunidades y a prevenir el acoso por razón de origen racial o étnico, religión o convicciones, discapacidad, edad u orientación sexual.

Artículo 43. *Fomento de planes de igualdad.*

Los poderes públicos fomentarán la adopción por las empresas y por las organizaciones sindicales y empresariales de planes de igualdad a favor de las personas con discapacidad, mediante los incentivos y medidas de apoyo establecidos para ello.

