

Introducción

La importante afluencia de personas procedentes de distintas culturas a los servicios sanitarios del área de Barcelona y cercanías (ya desde la última década del siglo xx) está planteando nuevos retos de asistencia médico-farmacéutica, tanto en los aspectos de diagnóstico (enfermedades exóticas en nuestro entorno o manifestaciones más floridas de afecciones ya conocidas) como de tratamientos adaptados a las necesidades concretas de esta población, no siempre superponibles a las autóctonas.

Por razones de cercanía geográfica, una parte importante de las culturas que, por causa preferente de su migración hacia Europa, comparten hoy día nuestro suelo, proceden del norte africano (Magreb). De todas formas, otras procedencias son tanto o más numerosas, como Latinoamérica, y en algunas zonas la presencia de paquistaníes y subsaharianos es también muy significativa.

Estas personas, sobre todo en las primeras épocas de contacto con nuestra cultura, es decir, durante ese tiempo que transcurre desde su llegada hasta su progresiva adaptación a su nuevo entorno, necesitan un grado de comprensión de sus circunstancias y particularidades, por parte de la población autóctona, que favorezca su proceso de aculturación e integración progresivas. Como no es difícil observar, las segundas y posteriores generaciones de los inmigrantes iniciales presentan ya un nivel tal de adaptación lingüística y de hábitos a su nuevo entorno que, incluso de forma natural, hacen de traductores o mediadores entre sus padres o abuelos (propia-mente inmigrantes) y su nueva tierra.

Por otra parte, todo ser humano tiene derecho a sus creencias, afectos, identidad y res-

peto aunque se encuentre en entornos donde una mayoría de los habitantes practiquen otras costumbres. En ese sentido consideramos que integración no es sinónimo de mimetización camaleónica, abjuración religiosa, militancia en las opiniones más extendidas, etc. La integración se basa en el respeto, pero eso sí, mutuo.

En un trabajo de las características del presente, por razones obvias no es posible abarcar todas las implicaciones de este complejo asunto. Nuestro propósito concreto es un acercamiento a un aspecto determinado del ámbito sanitario, que está relacionado con las particularidades y costumbres de una cultura en particular, en este caso la del Magreb.

El mantenimiento de hábitos tradicionales en lo que respecta a los tratamientos de enfermedades, como es el uso de la medicina popular del país de origen (a menudo mediante el empleo de plantas medicinales), es una práctica que subyace, en mayor o menor medida, según su arraigo en la cultura de procedencia.

Además, en nuestro país se está asistiendo a un incremento significativo del uso de “remedios alternativos”, que pueden provenir de nuestra propia tradición herbolaria reavivada (tradición que otros países europeos como Alemania o Francia venían conservando en mayor medida) o bien de la introducción más reciente de prácticas curativas o remedios exóticos (chinos, ayurvédicos, etc.). En conjunto, la presencia de “remedios no convencionales” en la población de nuestro entorno es ahora mucho más habitual que hace unas décadas¹.

Generalmente, en la entrevista con el médico convencional, los pacientes inmigrantes (y los

¹Según el Boletín de Información Terapéutica del Sistema Nacional de Salud, Vol 27, Nº6, 2003, el mercado de plantas medicinales en el ámbito europeo ya alcanza el 25% del mercado de medicamentos sin receta médica. Según un estudio observacional realizado en trece centros de la Comunidad de Valencia, uno de cada cinco pacientes en tratamiento con medicamentos consumía, además, hierbas medicinales por automedicación.

autóctonos) no suelen mencionar el consumo de remedios alternativos, sea porque los consideran inocuos, de uso corriente o por vergüenza o cierto reparo en ofender al médico y que éste manifieste una disconformidad sobre tales prácticas. A su vez, el médico no suele preguntar por el consumo de remedios alternativos simplemente por no ser una información que se haya incorporado a la sistemática de la entrevista. Por otra parte, de poco sirve este dato si no va acompañado de la valoración en una fuente contrastada en la cual se puedan consultar las características demostradas con respecto a los remedios alternativos.

Esta situación puede dar lugar a dificultades para que el médico pueda realizar un diagnóstico adecuado, si desconoce que el paciente ya se está tratando con algún remedio tradicional. A ello hay que añadir la posible aparición de interacciones entre los distintos principios activos prescritos por el médico convencional y el consumo concomitante de remedios tradicionales de otras culturas.

En otras ocasiones, este consumo alternativo puede estar contraindicado en la enfermedad que se pretende tratar o en las condiciones concretas del paciente (insuficiencia renal, embarazo, estado de la coagulación, etc.). También es especialmente necesario tener en cuenta los efectos adversos producidos por esos remedios, muchas veces desconocidos por la cultura general, que considera a los vegetales como inocuos por ser “naturales”. Tales efectos adversos podrían confundir al médico sobre su origen y achacarlos, erróneamente, a los medicamentos convencionales, retrasando el diagnóstico adecuado y la solución.

Por tanto, es preciso que el médico pueda conocer y valorar si su paciente debe dejar la administración de un tratamiento “natural” o puede continuar con él. Sin embargo, resulta bien difícil para el paciente inmigrante (y para el sanitario que le asiste) identificar la planta o “droga vegetal”² alternativa que el paciente está empleando o desea emplear, en orden a prever sus efectos adversos e interacciones con los medicamen-

tos. Los distintos idiomas, denominaciones populares, etc., dificultan enormemente esta labor. Por ello, en este trabajo hemos considerado apropiado incluir sinónimos y equivalencias de las denominaciones de las drogas vegetales en árabe estándar y en amazigh (bereber), pues hay que considerar que un gran porcentaje de la inmigración procedente del Magreb usa este idioma cotidianamente³. También se han incluido los nombres comunes o populares de las plantas en las cuatro lenguas oficiales de España, así como en francés, de importante raigambre en muchos países africanos, y en inglés, lengua ampliamente extendida y reconocida internacionalmente, incluido el mundo científico.

Hemos considerado como *lingua franca*, científicamente internacional, el latín de la clasificación botánica de Linné.

La ya citada falsa percepción de inocuidad de los productos a base de plantas medicinales e incluso de sus ventajas por su consideración de “naturales”, se suma al hecho de que, actualmente, se dispone de una información incompleta y dispersa sobre los efectos adversos de este tipo de remedios, al igual que sobre las interacciones de una planta o droga vegetal y un medicamento convencional (como no sean tratados muy especializados).

Si bien es cierto que existe una literatura de amplia divulgación en revistas y manuales (que se pueden encontrar fácilmente en los quioscos callejeros) sobre “vida sana”, “medicina popular”, “medicinas alternativas”, etc., este tipo de información raramente presenta bibliografía científicamente avalada. Son escasas las publicaciones serias, contrastadas científicamente y apoyadas por la evidencia, que llevan a cabo una crítica ecuánime y razonada de los remedios populares. Esto se debe a varias razones:

- 1) Dificultades para la correcta identificación y caracterización de los principios productores de la acción farmacológica.
- 2) Falta de estandarización de los principios activos.

²El término “droga” designa al material de origen natural que tiene los principios activos que permiten su empleo como remedio terapéutico (véase Glosario).

³La población de Marruecos está formada en un 80% por etnia Bereber.

- 3) Ausencia de estudios formales sobre interacciones.
- 4) Falta de incorporación sistemática de la observación de las plantas medicinales en los programas de farmacovigilancia, en cuanto a detección de sus efectos adversos.
- 5) Falta de la atención adecuada, por parte de los médicos, sobre el consumo de estos productos.

Los consumidores también tienen su parte de responsabilidad, ya que muy a menudo las personas que se tratan con remedios de origen vegetal no les atribuyen los malestares que éstos les puedan ocasionar porque los conside-

rans seguros, como ya se ha comentado. Así, para la población en general, la seguridad de la mayoría de las plantas medicinales se basa más en la tradición que en evidencias procedentes de estudios sistemáticos de evaluación. En estas circunstancias, sólo aquellos efectos adversos evidentes, muy frecuentes o de aparición prácticamente inmediata, llegan a ser conocidos por el sistema sanitario. Además, en los casos en que se estén realizando tratamientos simultáneos con especialidades farmacéuticas y remedios alternativos, raramente el paciente (o el médico) piensan en una posible interacción de las dos o más sustancias coincidentes, por lo que esa posibilidad puede no quedar de manifiesto.