

DESIGUALTATS SOCIOECONÒMIQUES I DIFERÈNCIA CULTURAL A L'ÀMBIT DE LA SALUT EN BARRIS D'ACTUACIÓ PRIORITÀRIA DE CATALUNYA.

Directora:

Dra. Teresa San Román

GITANES, GITANOS I SALUT

Autora d'aquest informe:

Carme Méndez,

amb la col·laboració de Pedro Casermeiro, Ainhoa Carbonell, Manuel Cortés,
Mari Cortés, Emilia Heredia, Francisca Maya, Sonsoles Platas, Saray Rodríguez,
Soledad Soto i Maria Valentí.

Fundació Secretariat Gitano

“Querida humanidad en femenino
asusta a veces esa
extraña debilidad del hombre
que bebe separado y ama junto
y bajo un árbol deshojado e imposible en el desierto.
Asusta ver cómo crecen las ciudades
del lado del suburbio sobre todo,
del lado dolorido, Este del Edén”.

Norte inútil

José Heredia Maya (1983): *Charol*

“Los pueblos de tradición oral no tienen historia, sólo recuerdos, y los recuerdos no suelen remontar más allá de dos o tres generaciones. Sabemos también que la pretendida *historia* de una minoría como ésta no es otra cosa que nuestra propia historia, un vistazo a la evolución de las mentalidades en una región de Europa, desde los últimos años de la Edad Media hasta nuestros días

los gitanos son el espejo donde nos miramos
casi siempre con asco, a veces con escalofríos de horror.”

Historia General de los Gitanos.

Bernard Leblon (1998) Ponència UIMP

1. DOS INTRODUCCIONS NECESSÀRIES

1.1 Gitanes, gitanos i salut: Què s'ha dit

Parlar del binomi salut i comunitat gitana en aquests moments, és fer referència a diferents premisses o prèvies que cal posar sobre la taula.

La primera d'elles és saber que **no són tantes les informacions i investigacions que s'han portat a terme sobre gitanos, però si són poques, menys encara, són les referides a gitanos i salut.** Escassíssimes diria. I no bastaria amb dir només escassíssimes, sinó que cal afegir que la gran majoria d'elles es refereixen a les situacions marginals dels gitanos i les gitanes. Després entrarem en què s'ha dit.

La segona d'elles i molt vinculada a la primera, és el no contemplar la diversitat i variabilitat interna de la comunitat gitana, del Poble Gitano. Històricament i encara avui, la cultura gitana i la cultura de la marginalitat es presenten gairebé sempre lligades, confoses i, fins i tot, com si únicament els trets de la cultura marginal fossin els que prevalen o es caracteritzen com els "culturalment gitanos". La darrera enquesta del CIS 2007, en l'apartat referit a salut, és aclaridora en aquest sentit: **"La salud de la comunidad gitana no ha sido un tema de análisis hasta fechas relativamente recientes.** La mayor parte de los estudios sobre comunidades gitanas habían tratado de manera somera, centrándose básicamente en medir el nivel de cobertura y catalogar las afecciones más frecuentes en las poblaciones, frecuentemente marginales, analizadas. Sin embargo, los temas relacionados con la salud cobran interés en los últimos años al imponerse la evidencia de las profundas desigualdades que siguen penalizando a amplios sectores de la población gitana en el marco de una sociedad desarrollada que ha generalizado el acceso a la asistencia sanitaria".

Així, ens trobem amb una **manca de dades**, i una associació-**vinculació directa entre cultura gitana i cultura marginal**, i també una manca de contemplació de la **diversitat dins dels gitanos i gitanes**. No es tenen en compte els diferents grups per procedències, per estatus, per nivells de formació, per adscripció religiosa, etc. Sovint no es contempen, altres vegades no es coneixen, i cal fer-ho i saber-ho, conèixer i contemplar aquestes diferències.

Dits els dèficits anteriors, ha de quedar clar que tot anàlisi sobre la salut en la comunitat gitana ha de fer front a algunes **limitacions fonamentals** entre les que cal destacar: la **carència de dades estadístiques** sobre aquesta minoria, la **absència de dades específiques** sobre els seus problemes i necessitats sanitàries, **el caràcter puntual, localista i dispers** en el temps de la informació disponible i **el biaix marginal** de gran part de la informació disponible. Amb aquest plantejament es barregen condicions de vida, conductes anomenades de risc, barreres d'accés i, a més, i de vegades, es traslladen directament a la cultura gitana, sense cap tipus de separació entre les desigualtats que es produeixen per raons econòmiques, de vulnerabilitat social i exclusió, i les que tenen a veure amb la cultura, en aquest cas, amb la cultura gitana i les seves diversitats. Amb algunes excepcions sembla que no hi hagi interès en estudis seriosos i fidedignes a la realitat, també a la no marginal. Sovint, i possiblement sense cap intencionalitat negativa, els estudis tornen a incidir en el prejudici i en aquells aspectes de la salut que fan suposar una "mala vida" dels gitanos i les gitanes, i les culpabilitza i despabilitza novament. Tot seguit veurem les temàtiques tractades que per si mateixes són un exemple del que ara plantejàvem.

Entrem al que s'ha dit sobre gitanos i salut i a quins àmbits o àrees ha estat associat. Si repassem la bibliografia que parla de salut i gitanos ens trobem amb consums de drogues i alcohol, VIH, psicopatologies de les dones gitanes, malformacions congènites suposadament associades a l'endogàmia, i els diferents àmbits que van connectats a: manca de vacunacions infantils, manca de salut bucodental, manca de salut visual, manca de visites ginecològiques, manca de coneixement dels serveis i el seu ús, entre d'altres. A més d'assenyalar la menor esperança de vida, inferior 8-9 anys, a la de la resta de la població, arribant a 10 anys en

casos de marginalitat social extrema (MSC-FSG 2005) i la major taxa de mortalitat (1'4% més)¹. Si tenim en compte aquestes dades, l'esperança de vida de la comunitat gitana de tot l'Estat espanyol entre el 2000-2005 seria similar a la de països com Perú, Nicaragua, Egipte, Marroc, Turquia, o Cabo Verde durant el mateix període i inferior a la del conjunt de la població espanyola al 1975 (PNUD 2005, INE 2005). Igualment s'assenyala el menor seguiment de les vacunes infantils; la deficient alimentació i nutrició, i derivada d'aquesta la major presència de problemes com l'obesitat, la mala salut bucodental, diabetis,...; la major accidentalitat (accidents domèstics, de tràfic,...); la major presència en les persones adultes de malalties cardiovasculars i afeccions articulars; i en el cas de les dones: problemes derivats de l'alta taxa de fecunditat i dels embarços precoços i tardans, menors hàbits de prevenció ginecològica i problemes de salut derivats de la sobrecàrrega per la seva posició a la família. Novament s'ha d'insistir en les limitacions d'aquest llistat i **la necessitat de prendre amb cura aquestes dades.**

Fet aquest breu repàs sobre el que s'ha dit, anem a veure com hem tractat de compensar aquestes deficiències i **incloure tant la participació dels gitans i les gitanes, com un plantejament metodològic i tècnic que inclogui les màximes diversitats i distingeixi les qüestions marginals del gruix cultural gitano**, i contempli d'aquesta manera les desigualtats socioeconòmiques en l'ús i accés a les cures de salut i les diferències culturals.

¹ És una dada suficientment escandalosa per tenir-la en compte, i probablement no s'està prenent com a tal. Cal plantejar-se si seria així parlant d'un altre grup!

1.2 Aquest informe: Què inclou, com s'ha fet i quina metodologia ha emprat

Aquest informe *Gitanes, gitanos i salut* es planteja parlar de les desigualtats en salut i de la capacitat d'accés i ús dels serveis sanitaris públics, però també de les diferències culturals i les diversitats internes a la comunitat gitana. I fruit d'aquest plantejament, no podíem deixar de contemplar aquells gitanos i gitanes que no es troben en una situació vulnerable i econòmicament precària, però sí plantegen la seva diversitat en tant en quant a la manera de concebre la salut i la malaltia, l'ús que fan dels serveis sanitaris privats i no només públics o les demandes culturals que tenen i les seves propostes. Per tant, **aquest informe incorpora el que anomenem entrevistes de contrast** per pal·liar la manca d'informació en aquest sentit. Entrevistes fetes a gitanos i gitanes en una situació d'integració social plena, i que no estan en una situació de vulnerabilitat, precisament per discernir aquells aspectes que tenen a veure amb la marginalitat i aquells que fan referència als conceptes culturals.

Tanmateix, aquest informe respon a la informació obtinguda a través dels molts anys de recerca etnogràfica amb gitanos, però també a **50 entrevistes en profunditat i dos grups focals** amb dones gitanes en el marc de la intervenció duta a terme per la Fundació Secretariat Gitano². I alhora, també té en compte, per alguns aspectes concrets, la informació obtinguda de l'Enquesta de Salut Pública (ENSE, 2006) que la Fundació va passar a 147 persones gitanes a Catalunya, i a un total de 1.500 a tot l'Estat. I s'ha de dir, que en el cas de Catalunya, van ser elaborades per les mateixes persones que han fet les 50 entrevistes en profunditat. Així, es pot afirmar que l'ENSE ha estat un complement comparatiu amb la població general i un complement alhora per aquest informe.

² Aquest estudi ha estat elaborat per la Fundació Secretariat Gitano en el marc del Conveni entre el Departament de Salut i el GRAFO de la Universitat Autònoma.

Gitanos i gitanes de l'entitat van ser entrevistats amb el guió general³, responen al que personalment pensaven, però també al que creien pensaven de manera familiar i comunitària. Set persones van respondre a l'entrevista detallada, i cal dir que varies d'elles van durar aproximadament entre set i vuit hores. Feta l'entrevista personal i de percepció grupal, i comentat el guió d'aquesta, elles i ells mateixos van ser també entrevistadors i entrevistadores. **Entrevistadors i entrevistadores de les realitats individuals i les realitats que es viuen comunitàriament entorn a la salut i la malaltia**⁴. A totes i tots ells l'agraïment per la seva tasca i participació⁵.

En aquest sentit, estem parlant d'un **informe qualitatiu** i en profunditat, que no pretén donar percentatges, però sí entrar en molta informació que sovint no tenen els i les professionals sanitaris i que culturalment no es verbalitza, informació com el concepte de salut i malaltia, les nocions de gravetat, el rol de les dones i les repercussions en la salut, el paper de l'Església Evangèlica de Filadelfia en la comunitat gitana i com actua o interpreta les qüestions sanitàries, els models sanitaris aplicats, etc.

Un informe que **no pretén generalitzar**, però sí ha contemplat les diversitats internes de gitanos i gitanes per procedències, per estatus, per edats, per sexe i per nivell d'integració i aculturació com anomenàvem anteriorment quan ens referíem a les entrevistes de contrast. Un informe que s'emmarca dins del projecte *Desigualtats socioeconòmiques o diferència cultural a l'àmbit de la salut en barris d'actuació prioritària de Catalunya*, i que situa **la necessitat de conèixer el Poble gitano al nostre país i la seva relació amb l'àmbit de la salut** per donar eines i coneixement al personal sanitari, als gestors i gestores, i als polítics

³ Guió elaborat per tot l'equip de l'estudi, no només de gitanos, i que en aquest cas es va adaptar tenint en compte aquells aspectes que no tenien sentit per aquest grup ètnic: migracions, possessió de la Targeta Sanitària, etc.

⁴ Els i les professionals gitanos i gitanes de la FSG van respondre personalment a les preguntes i també contestant allò que creien pensaven els gitanos i les gitanes de manera generalista. Per poder contrastar també el que eren opinions individuals i el que es creu i es construeix col·lectivament.

⁵ Pedro Casermeiro, Ainhoa Carbonell, Manuel Cortés, Mari Cortés, Emilia Heredia, Francisca Maya, Sonsoles Platas, Saray Rodríguez, Soledad Soto, i Maria Valentí.

també del sistema sanitari, com també **l'elaboració de propostes** que posen en evidència les necessitats d'aquesta població.

Dir per últim en aquest apartat, que els dos grups focals es van fer a Badalona i Sabadell, i les 50 entrevistes en profunditat responen a molts barris i ciutats: les que fan referència a les situacions marginals sí que han estat situades a barris d'actuació prioritària, però les entrevistes de contrast, que han estat 25, la meitat, no sempre han estat en aquests entorns, precisament per exigir la situació d'integració plena dels i les entrevistades. I dir també, que tant les entrevistes com els grups focals s'han dut a terme durant l'any 2008.

2. QÜESTIONS HISTÒRIQUES, CULTURALS I LA SEVA RELACIÓ AMB LA SALUT

2.1 Gitanos, una cultura ignorada. De la desigual intervenció a la visible marginació

“La historia de los gitanos españoles es la historia de un testarudo sobresalto que dura cinco siglos; es la historia del desencuentro entre las características de una cultura secularmente nómada y una cultura sedentaria, generalmente recelosa, frecuentemente autoritaria, y a veces inmisericorde “

Félix Grande

És ben poc el que es coneix dels gitanos, de la seva història i la seva cultura. I el que sabem no ens arriba a través d'ells, sinó de mirades alienes i **freqüentment marcades pel desconeixement**, el prejudici i els estereotips negatius. I no només això, les fonts històriques que ens parlen dels gitanos no són molt fiables i a més a més, són escasses.

La història dels gitanos no apareix en les històries generals d'Espanya. La societat majoritària i els seus poders han escrit una història que els tolera, els persegueix, els persuadeix, els intenta assimilar o integrar, segons cada moment i cada conjuntura, però a l'hora els amaga, els sotmet a processos d'exclusió i marginació en els límits del sistema social dominant.

No em detindrè especialment en el seu origen que, consensuadament en l'actualitat, es localitza a l'Índia. Se sap que viatjaven en petits grups independents, que parlaven una llengua pròpia i que amb freqüència deien ser peregrins, és així com està documentada la seva primera penetració coneguda a la Península Ibèrica, a través dels

Pirineus. Em centraré en la història recent, en la trajectòria de relacions compartides en els últims cinquanta anys⁶.

Finalitzada la Guerra Civil, els gitanos comencen a arribar a les grans ciutats. És el moment de la construcció de xaboles o de l'ocupació de velles cases i magatzems en les àrees perifèriques. Aquests gitanos que arriben, com en els seus orígens, ho fan en petits grups per evitar la competència i l'enfrontament entre famílies. Si els recursos són abundants, avisen a d'altres membres de la família. En aquests moments combinen els seus treballs en les fàbriques i obres, de xatarreros i de recollida de cartró amb d'altres tasques temporals, com la recol·lecció en el camp.

Entrats els anys cinquanta, la situació comença a canviar. Ciutats com Madrid i Barcelona tenen ja un número d'immigrants interestatals amb el consegüent creixement. Els terrenys edificables comencen a esgotar-se i es produeix la requalificació de terrenys rústics i forestals. Els gitanos i païos que ocupaven barraques comencen a ser desallotjats. Cada cop hi ha menys terrenys i la concentració és major; és així com s'han creat els anomenats barris gueto, que encara avui existeixen. Es comença, en aquests moments, a propiciar les vivendes socials i molts païos poc a poc són traslladats, mentre que la major part dels gitanos pateixen un trasllat darrere l'altre, formant concentracions xabolistes cada vegada més grans.

Aquest procés implica per als gitanos un enorme esforç d'adaptació per a establir vincles amb el seu medi urbà i per a crear un mínim de convivència entre ells (aliances entre famílies, expulsió d'alguns grups, casaments, etcètera). I quan això és possible, es torna a produir una nova expulsió i un nou reallotjament. Les responsabilitats institucionals passen d'un lloc a un altre amb poc interès o poc coneixement per a resoldre els problemes d'aquest sistema de reallotjament.

Durant els anys seixanta, la situació millora substancialment. Arriba l'oferta de treball. Es creen noves esperances, les relacions interètniques

⁶ En aquesta exposició de la història recent dels gitanos en el nostre país segueixo i em remeto per a una exposició més detallada a T. San Román (1997), *La diferencia inquietante. Viejas y nuevas estrategias culturales de los gitanos*, Madrid: Siglo XXI

milloren, els xocs entre païos i gitanos són aïllats, els gitanos comencen a interessar-se per l'escola i conseqüentment comencen l'interès per la convivència i l'acostament gitanos/païos.

Però la situació canviarà novament amb els primers anys de la crisi: els gitanos tornen a ser desplaçats. Els anys setanta i vuitanta són per als gitanos una època trista. Es queden sense treball i amb grans frustracions en les esperances que havien generat, i de nou han de recórrer a les seves estratègies productives, en especial desenvolupant la venda ambulat.

Aquest ràpid recorregut per la història recent dels gitanos ens permet entendre la història d'inclusions i exclusions d'aquests per part de la societat majoritària, que sembla tenir un comportament estrictament utilitari en l'oferta d'oportunitats per a ells tant com en la seva exclusió, un utilitarisme que només s'entén com subsidiari a les grans corrents econòmiques i laborals de cada conjuntura. A aquests factors estructurals s'uneixen d'altres més clarament culturals, que poden inclinar la balança d'un o d'altre costat de la integració o l'exclusió social quan les condicions no afavoreixen d'una forma més clara a les opcions disponibles per a ells en una o en l'altra alternativa. Així, per exemple, sovint se'ls hi demana als gitanos que s'integrin dins de la societat paia, però entenent aquesta integració com assimilació. Han de deixar de ser gitanos per a que se'ls conegui el dret d'entrar, integrar-se cívicament en el sistema majoritari. Integrar-se no ha d'implicar assimilar-se, "deixar de ser per a passar a ser un altre que no se és", sinó tenir els mateixos drets en referència a un treball, una vivenda, l'accés a la sanitat o a l'escola, compartir amb el comú de la població un estatut de ciutadania que recull aquests drets fonamentals i d'altres, i que imposa responsabilitats que no tenen sentit sense el gaudiment simultani dels drets, perquè uns són la conseqüència i la contrapartida dels altres.

2.2 La cultura gitana i les diversitat internes

L'actual situació dels gitanos malauradament continua reflectint l'estat descrit amb anterioritat, encara que no podem obviar certs canvis positius. Encara avui es continuen fent afirmacions generalitzadores respecte els gitanos. Freqüentment han estat vistos com un grup homogeni. Aquest tractament deixa darrera de si la possibilitat que tenim de percebre i apreciar la variabilitat interna en les seves condicions i en la seva cultura, només ofereix una única visió homogènia i esbiaixada que no dona cabuda a les molt diverses situacions existents. Díficilment es pot parlar dels gitanos com un tot cultural i social, no crec que hagi possibilitat de fer-ho. I en mig de tal varietat es fa difícil dir quina és la cultura dels gitanos.

La cultura és el pla de vida per a l'existència d'un poble, el projecte que un poble traça. Podem parlar de certs trets, de certes formes organitzatives, de certes estratègies que constitueixen un nucli cultural comú o almenys molt àmpliament compartit, encara que en cada moment, en cada lloc i, en cada conjuntura pugui presentar variacions adaptatives i pugui canviar dinàmicament. En aquest nucli s'inclouria l'organització social basada en el parentiu i el valor que té la família, l'autoritat dels homes d'edat, la maduresa a partir del naixement del primer fill, la preferència per casar-se amb parents, el respecte als difunts i l'escrupolós compliment dels seus ritus, l'existència d'una llengua comú, malgrat s'hagi perdut quasi en la seva totalitat, i l'existència d'una identitat resistent construïda davant el paio. En aquest últim punt és necessària una advertència. No ha de confondre's oposició amb agressivitat ni pot confondre's cultura amb identitat. La identitat es construeix en un procés de reconeixement per oposició. La identitat només pren de la cultura aquells trets que són més apropiats per a representar-se a si mateixa.

La història dels gitanos, i no només la història recent, deixa entreveure les constants adaptacions i canvis que aquests han anat fent⁷: el pas del nomadisme al sedentarisme, que implica una autèntica

⁷ Les generalitzacions que segueixen a continuació han d'entendre's com a tendències donat que la diversitat i el ritme de la seva producció és cada cop, i especialment en l'actualitat, molt major.

revolució; la pèrdua de les seves professions tradicionals com la cistelleria, el *chalaneo* o la forja i el decantar-se decididament o a prendre contacte amb d'altres com la venda ambulants que s'adapta a les seves estratègies familiars, o inclús cap als oficis assalariats; el seu pas de perseguits⁸ a "incorporats", de desescolaritzats a escolaritzats, el pas de famílies extenses a nuclears o almenys més reduïdes en la seva extensió, en el que es refereix a l'organització i al desenvolupament de les activitats quotidianes, cada cop més freqüent; el pas d'una religiositat catòlica sense pràctica a la inclusió en l'església evangèlica i la seva pràctica diària; de la transmissió oral al clientelisme televisiu; del sentit de la grupabilitat i la solidaritat al creixent individualisme i la immersió en una societat de classes, tribut del propi procés d'integració social; i de nou, de venedors a consumidors compulsius⁹.

Reprenem la heterogeneïtat. La variabilitat entre els gitanos ha de contemplar l'edat, el sexe, el estatus, el nivell d'integració en els termes en els que parlava anteriorment, i la religió entre d'altres. També existeixen diferències respecte a l'origen territorial i a les diverses trajectòries adaptatives, adaptacions que en el seu camí, amb freqüència, seleccionen unes característiques i sepulsen d'altres.

Precisament per aquesta variabilitat assenyalada, aquest estudi planteja una metodologia diferenciada i diferent, valgui la redundància, a la duta a terme en aquest àmbit.

⁸ Les lleis no permetien als gitanos la seva estància en molts pobles, la limitava a pocs dies en d'altres casos (limitació que va durar segles i que va arribar a les portes del segle XX) i potser aquella idea viatgera que els ronda, a vegades envoltada d'una aureola romàntica, pot ser una imposició, un viatge per necessitat.

⁹ Seguint a J. Salinas (1999), Document preparatori del *Estudio preliminar del Pueblo Gitano Extremeño*. Madrid (sense publicar).

2.3 Consideracions i conseqüències per a la salut.

Aquesta trajectòria històrica marcada per les persecucions, l'exclusió i la necessitat constant d'adaptació, té conseqüències per a les persones que la pateixen, entre elles les relatives a la salut i l'accés i ús dels serveis sanitaris.

Entre 75.000 i 80.000 gitanos i gitanes viuen avui a Catalunya, i d'aquests un 30 % aproximadament estan en situacions d'extrema pobresa i marginalitat. Barris segregats, sense les condicions higièniques i on molts dels seus veïns no tenen les oportunitats necessàries per accedir a un habitatge més digne, a un treball qualificat i a una formació que capaciti per a competir al sistema actual. Aquestes són les famílies gitanes de les que es parla quan es diu que tenen menys esperança de vida o més mortalitat infantil. I part d'aquestes, són les persones afectades pel garberament i el major nombre d'accidents domèstics, per les irregularitats en la seva forma de guanyar-se la vida i la conseqüent arribada al món de la droga o a l'abús d'alcohol, o la major incidència de determinades malalties fruit d'una situació d'extrema precarietat. Podem doncs, afirmar que part de la comunitat gitana, com a minoria desfavorida social i econòmicament, és un dels grups poblacionals més susceptible de patir una salut deficitària.

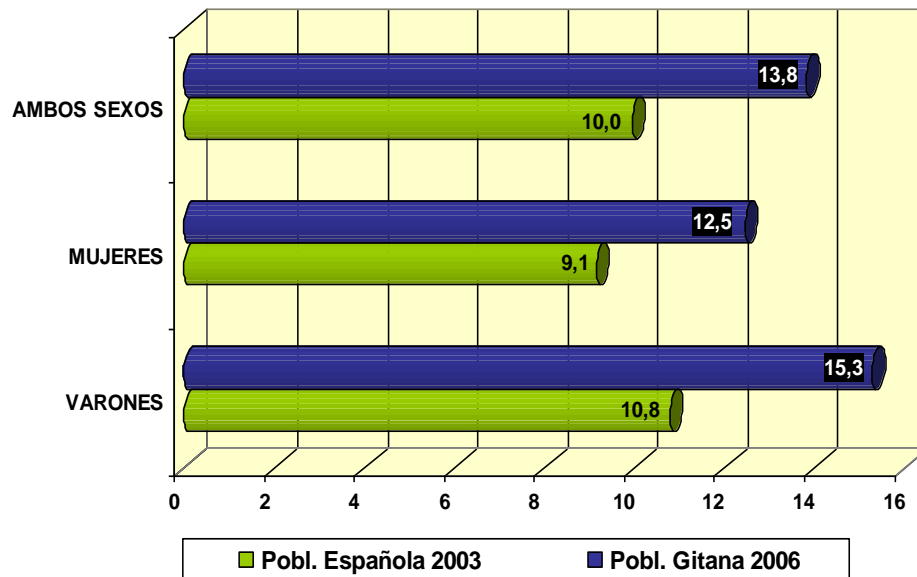
El darrer estudi¹⁰ dut a terme per la Fundació Secretariat Gitano i el *Ministerio de Sanidad*, amb la col·laboració del *Consejo Estatal del Pueblo Gitano*, i basat en les enquestes nacionals de salut pública, mostra les següents gràfiques comparatives:

Accidentalitat

“Frente al 10% de la población española que ha padecido algún tipo de accidente en los últimos doce meses, en la población gitana este indicador alcanza un 14%.

¹⁰ *Ministerio de Sanidad y Política Social y la FSG (2006) Hacia la Equidad en salud. Estudio comparativo de las Encuestas Nacionales de Salud a población gitana y población general de España.*

Esta diferencia se hace más patente en los varones ya que la población gitana masculina tiene una tasa de accidentabilidad del 15% frente al 11% del resto de la población.”



“Existe una mayor tasa de accidentabilidad en la comunidad gitana para todos los grupos de edad, a excepción de los que tienen entre 55 y 64 años y los que cuentan con 75 y más años de edad.

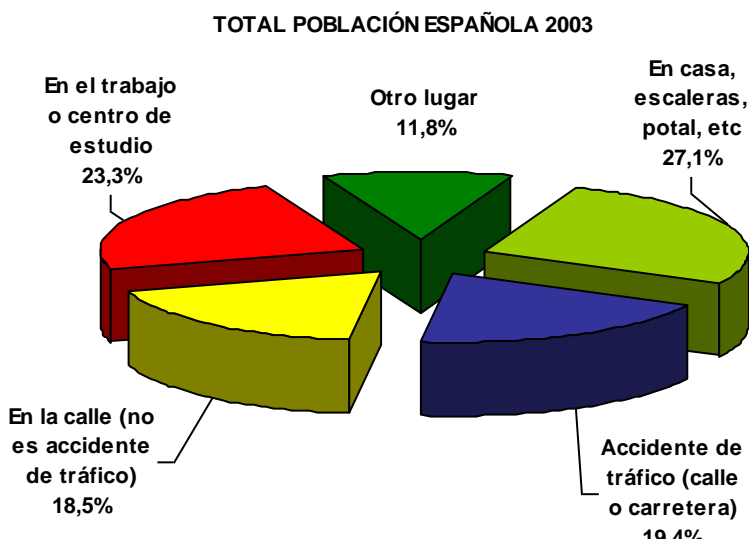
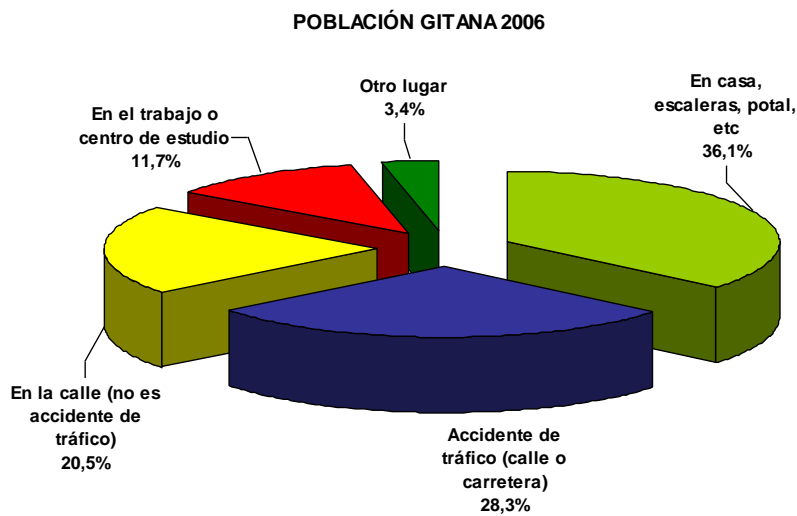
Entre los menores de 15 años, existe una mayor proporción de menores gitanos que han padecido envenenamientos, quemaduras u otros efectos (un 37% de los menores gitanos accidentados, frente al 12% del conjunto de los menores). Esta diferencia es más acentuada entre la población femenina.”

Porcentaje de población afectada por algún accidente en los últimos doce meses, según tipo de daño producido por el último accidente. Sólo menores (15 y menos años)

	Contusiones	Fracturas	Envenenamiento, quemaduras u otros efectos
AMBOS SEXOS			
- Pobl. Española 2003	64,6	25,2	12,4
- Pobl. Gitana 2006	59,5	11,8	37,1
VARONES			
- Pobl. Española 2003	64,2	26,7	12,0
- Pobl. Gitana 2006	71,1	15,4	21,0
MUJERES			
- Pobl. Española 2003	65,1	23,0	12,8
- Pobl. Gitana 2006	46,0	7,7	55,9

“En ambas poblaciones el lugar más común donde se producen los accidentes es “en casa, escaleras, portal, etc.”, con un 36% de la población gitana accidentada y un 27% del resto de la población.

En la comunidad gitana, destacan en segundo lugar los accidentes de tráfico (28% de la población accidentada). El lugar de trabajo o centro de estudios es donde el resto de la población padece más accidentalidad con un 23% de los afectados frente al 12% en la población gitana.”

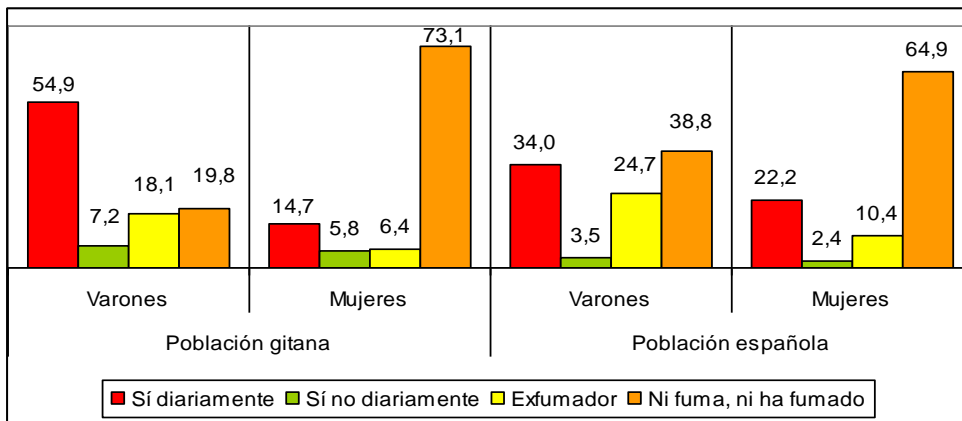


Distribución porcentual de población afectada por algún accidente en los últimos doce meses, según el lugar donde se produjo

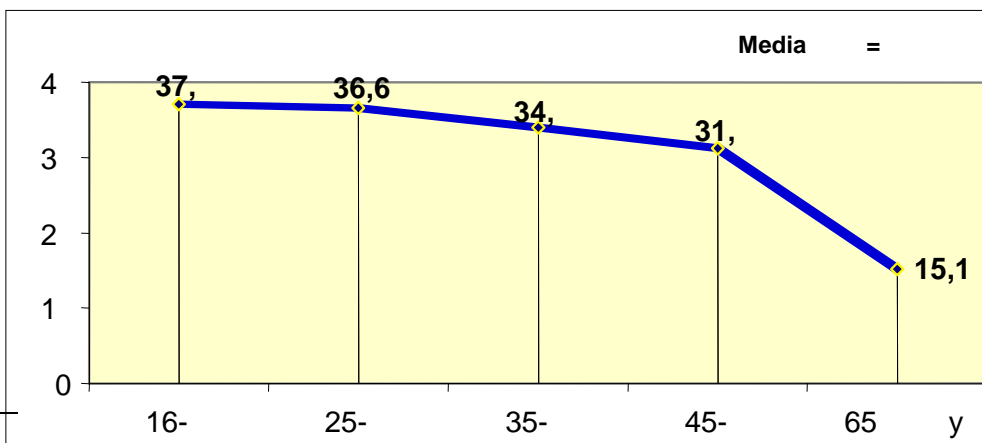
Consum d'alcohol

“Entre la población gitana mayor de 15 años, los fumadores habituales u ocasionales son el 40%. En el conjunto de la población el porcentaje es del 28%.

Más de la mitad de los varones gitanos (54,9%) fuma diariamente, superando los niveles de consumo del total de la población (34%). Sin embargo, en el conjunto de las mujeres se supera con mucho los niveles de consumo que se dan entre las mujeres gitanas donde un 73,1% no fuma ni ha fumado nunca”.



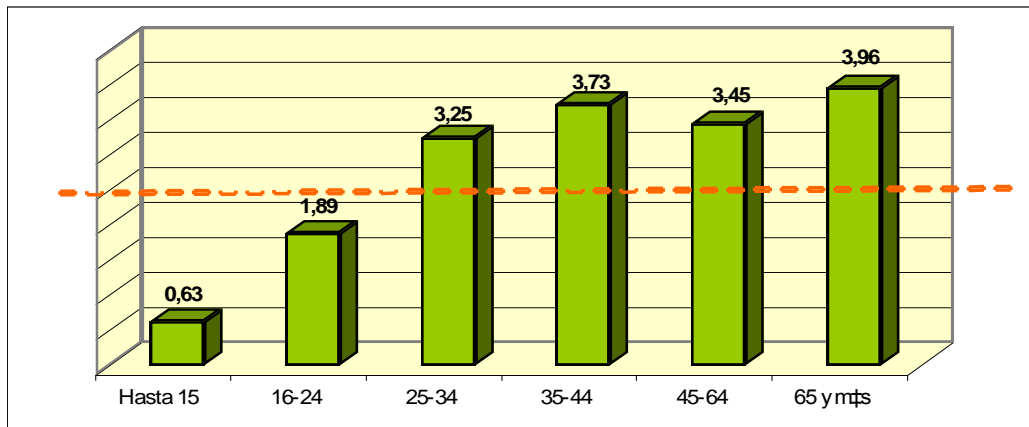
“El hábito de fumar está muy arraigado entre los jóvenes gitanos y va disminuyendo a medida que avanza la edad. A mayor edad, menor consumo de tabaco. La edad media de inicio al consumo de tabaco entre la población fumadora gitana es de 14,9 años. La edad de inicio en el total de la población es de 17,1 años.”



Proporció de població gitana que fuma diàriament segùn el grup de edat.

Un 54,4% de la població gitana ha consumido algùn tip de bebida alcohòlica durante los ùltimos 12 meses. La cifra es muy similar en el conjunto de la població (56%).

Mientras que los mayores de 65 años se iniciaron en el consumo alrededor de los 20 años, los que tienen entre 16 y 24 lo hicieron con 15 años. Cada vez se accede al consumo de alcohol a edades más tempranas.



Porcentaje de consumidores de bebidas alcohólicas en los ùltimos 12 meses segùn grupos de edad

“A estas intempestades de la **travesía**
con viento en proa y sin cuaderno
de bitácora al timón,
quiero creer que aún existe algún vigía
que espere, tras el horizonte,
una asombrosa aparición.

Porque si es cierto que no quedan singladuras
que lleven a otros faros lejos
del tesoro en el arcón,
pongamos rumbo al puerto de las sepulturas
donde reposa la otra luz,
la que dio vida al **corazón...**”

Luis Eduardo Aute (1998): *Aire invisible*.

3. REPRESENTACIONS ENTORN A LA SALUT I MALALTIA

El primer aspecte a tenir en compte quan parlem de salut i malaltia en la comunitat gitana amb situació d'exclusió, és que precisament en aquesta situació, la salut no es percep sempre com una necessitat prioritària. Per davant es situa l'habitatge, la situació econòmica i la laboral (aquesta és una qüestió documentada per a qualsevol altre grup de població que es trobi en similars situacions d'exclusió, no només pels gitanos). Però, s'ha de destacar també que l'entrevista del CIS quan pregunta sobre els aspectes més importants per a les persones gitanes, aquestes posen en primer lloc la salut (92.7) i en segon la família (90.4).

Dita aquesta prèvia, s'ha de contemplar que culturalment, per a la majoria de gitanos i gitanes, la salut es conceptualitza com a absència de malaltia, i la malaltia com a una situació invalidant i, de vegades, lligada a mort.

La salut, a excepció dels nens i nenes petits, comença a preocupar amb símptomes cridaners i invalidants, i en aquests moments la intervenció o l'actuació acostuma a ser immediata i amb la intenció de que sigui resolutiva, precisament per l'associació directa entre malaltia i mort.

Aquesta conceptualització està directament lligada amb la noció de gravetat. Aquelles malalties que no propicien dolor ni es perceben com greus ni són importants a tenir en compte. Entre aquestes malalties estan la diabetis, la hipercolesterolemia o la hipertensió, i també malalties poc conegudes pels gitanos i gitanes entrevistats com la fibromiàlgia. Pel contrari entre les que es perceben com a greus i fins i tot tabús i innombrables està el càncer (al que sovint s'anomena "una cosa lletja"), la VIH-Sida, i l'hepatitis i la cirrosi com malalties associades a una vida "no neta".

Si la malaltia és invalidant, significa també debilitat, i això porta a l'ocultació de la mateixa en alguns casos. Com també algunes malalties són viscudes com vergonyoses socialment, per haver contribuït amb la "mala vida", com ja mencionàvem al paràgraf anterior, la VIH-Sida, com a conseqüència exclusiva de les relacions sexuals i el consum de drogues.

Aquesta determinada visió de la malaltia i de les malalties té diverses conseqüències: la preocupació per la salut comença quan apareixen els símptomes i conseqüències molt cridaneres i invalidants, per la qual cosa el concepte de prevenció i de malaltia crònica és difícil de treballar. I una vegada

que la persona i el seu entorn familiar perceben que ha aparegut la malaltia, l'actuació ha de ser immediata i resolutive, precisament per l'associació de malaltia i mort ja citada. I a més, s'afegeix l'ocultació de determinades malalties viscudes com a debilitat o conseqüència d'una vida poc saludable o socialment reprobable. Tots ells aspectes claus i importantíssims a tenir en compte pels professionals de la salut en la seva intervenció. I també molt important és destacar que tot i que les dades que es tenen sobre l'estat general de salut de la població gitana són pitjors que les de la població general, la resposta de gitans i gitanes davant la seva percepció de la salut és més optimista, precisament pel que acabem d'explicitar. **Davant d'un problema de salut que es percep com lleu no s'està malalt, davant d'una malaltia sense dolor tampoc, i davant d'una malaltia que es viscuda com a conseqüència "d'una mala vida" s'oculta.** Són significatius dos exemples: el d'una dona gitana de 65 anys amb hipercolesterolemia, diabetes, asma i artrosi, i que ens diu que ella no està malalta. I la percepció de la població gitana marginal com a menys positiva i optimista que la de posicions socioeconòmiques més benestants i amb major nivell educatiu i formatiu.

En aquest apartat l'ENSE esmena algunes dades també significatives:

- Les dones gitanes adultes tenen pitjor valoració del seu estat de salut que la població masculina gitana. Un 41'4% de les dones indica tenir mala salut, enfront a un 28'1% en els homes.
- La valoració de l'estat de salut percebut empitjora de forma més accentuada conforme augmenta l'edat en la població gitana que en la població general.

En síntesi, malaltia és dolor, és debilitat, en alguns casos és dependència i també en altres és ocultació. I pel contrari també, de vegades, salut és no saber, no conèixer el que tens: "em fa una mica de mal, però de ben segur que si vaig al metge em dirà que tinc alguna cosa". Per tant, **una conclusió clara és que la malaltia es conceptualitza de manera diferenciada i també diversa, i el concepte de prevenció i de malaltia crònica generalitzadament no entra en aquests paràmetres.** Hi entrarem més endavant i de manera més acurada en aquest aspecte, però és necessari deixar-ho palès des de l'inici. I també cal dir que aquesta conceptualització de la malaltia lligada a mort no sempre fa fàcil que es parli del tema obertament i amb tranquil·litat, i alguns biaixos poden aparèixer per aquesta dificultat.

3.1 Família i xarxes socials i de suport en la cura

Una de les pautes culturals preponderants pel Poble Gitano és **el valor de la família**. La família en termes de patrigrup¹¹. I la família com a xarxa social i de suport, i també com a control social i com a dependència. **Un individu s'entén dins d'un grup** i un grup en el sentit de família extensa. I val a dir, que en la intervenció social i sanitària aquest aspecte és molt important, per raons que anirem veient al llarg de tot el text.

Però pel que fa a l'àmbit de la salut i la malaltia, la família és el nucli des d'on s'enten la transmissió i el coneixement relatiu a la salut, habitualment per la via de les dones, on s'emmarca la cura dels i les familiars i dels i les malaltes, on es té cura també de les persones dependents i on també s'oculta la malaltia si és veu necessari. I també és important dir que la conceptualització personal de la salut i el benestar físic i psíquic, sovint van lligats a una idea de salut familiar. S'està bé quan la família està bé. És a dir, una idea grupal de la salut.

I alhora també s'ha de dir que són les dones, generalitzadament, les encarregades de la cura i l'atenció dels malalts. Els malalts i malaltes i les persones dependents en l'àmbit familiar són ateses de manera prioritària i gairebé en exclusiva per dones, mares o filles segons si es tracta de petits o persones grans respectivament. Una cita significativa al respecte i repetida a les entrevistes és la següent: "la salut és lo primer, però primer està la dels fills i la família, i després la meua. Per mi sóc molt deixada i estic sempre al final de la llista. Jo sinó estic molt malament no vaig al metge...". **Les dones són les cuidadores**, i com diuen alguns homes gitanos a les entrevistes: "són menys dependents", o se les fa ser menys dependents diríem, en el seu rol de cuidadores permanents. Una altra cita és reveladora en aquest sentit: "la dona gitana no té dret ni a posar-se malalta perquè ha de tenir cura del marit i dels fills, i han de continuar treballant encara que no es trobin bé". En aquest sentit, i com es veurà en molts altres aspectes, **l'atenció a les dones és**

¹¹ Unitat residencial vertebrada entorn a homes que provenen d'un antepassat comú, les seves esposes i els seus fills i filles.

un àmbit a prioritzar i a contemplar de manera específica. Tanmateix, tampoc es pot generalitzar a totes les dones, i també s'estan produint canvis en aquest sentit, així com algunes d'aquestes dones compten amb el suport d'altres dones de la família.

I si la família extensa és el nucli on es tracta la salut i la malaltia, en els darrers cinquanta anys s'ha de parlar del **moviment evangèlic** i la seva incidència entre la població gitana com a xarxa social i de suport general, i igualment en l'atenció a la malaltia, també en qüestions de prevenció i hàbits, més enllà de l'àmbit estrictament familiar.

No entraré detingudament en els motius d'incidència de l'Església evangèlica entre els gitanos al nostre país, ni en les crítiques més freqüents que se li atribueixen, ja ho he fet en altres textos de manera minuciosa i a ells remeto als lectors i lectores interessats en ampliar la informació (estan tots ells citats a la bibliografia), ara bé, és necessari dir, resumidament, que el moviment evangèlic ha tingut una important transcendència en la comunitat gitana. Aproximadament la meitat de la població gitana pertany al moviment o està vinculada a ell, encara que no sigui amb la pràctica quotidiana. I el següent quadre escenifica sintèticament el context socioeconòmic, cultural i polític en el qual cobra la seva importància i també la situació religiosa on es situava bona part de la població gitana:

Situació socioeconòmica

- Urbanització i creació de barris gueto. Accés a pisos petits. Disgregació familiar en diferents pisos, finques, carrers, barris,...
- Processos d'exclusió: dificultats d'accés a l'habitatge, treball (treballs precaris i poc considerats), sanitat, educació, ...augment del rebuig, caiguda de l'autoestima...
- Entrada de la droga en el món gitano, des de temps més recents (aprox. 1960).

Context-situació cultural

- Manca d'eficàcia de valors i pautes tradicionals davant les noves situacions: paper dels homes d'edat, llei de contraris, territorialitat, nivell de dependència femenina, solidaritat en els grups familiars i en les xarxes de parentiu,...
- Adquisició de nous valors aculturatius. Nous plantejaments de les joves gitanes.

Context polític

- Caiguda de la dictadura. Comença la democràcia.
- Obertura religiosa
- Obertura associativa

Religiositat

- Paper de l'església Catòlica entre els gitans. Tradicions cristianes properes al milenarisme.
- Tradicions culturals religioses.
- Rebuig a la institucionalització de l'Església Catòlica i a la manca de representativitat dels gitans i gitanes.

El moviment evangèlic gitano i de manera molt específica l'Església Evangèlica de Filadelfia suposen un nou escenari per a les relacions i des d'on es contemplen també les xarxes de suport més enllà de l'àmbit merament familiar. Els membres de l'església recolzen, ajuden, visiten, etc. Els pastors imposen les mans per a contribuir a la sanació, els germans i les germanes de culte intercanvien experiències, informacions, idees de la prevenció i curació, i també formes de situar les malalties i els models de cura, tot i que continuen imbricats en els altres models, tal i com veurem en el proper apartat amb més detall, però cal anticipar que obviar el moviment evangèlic en l'atenció a la salut seria un greu error, perquè influeix i té una gran importància com a xarxa de suport, com a conceptualització de determinades malalties, com a tractament de suport a determinats consums, com a conceptualització del cos i de la persona, i com a mecanisme de contribució a una imatge positiva dels gitans als centres hospitalaris, entre altres aspectes.

4. ITINERARIS TERAPÈUTICS: BIOMEDICINA I AUTOMEDICACIÓ, CURES TRADICIONALS, ESGLÉSIA EVANGÈLICA DE FILADELFIA I MEDICINES ALTERNATIVES

Abans d'entrar en els diferents itineraris terapèutics que han anomenat els gitans i les gitanes, hem de dir que aquests coexisteixen o sumen amb freqüència o en molts casos primer es comença la cura amb un i li segueix un altre: segons la progressió de la malaltia, la graduació de la gravetat o la percepció d'ajuda que es té en cada cas de cadascun dels models i de qui els representa. Per exemple: una dona gitana ens explicava que estant constipada primer s'automedicava amb ibuprofen i també prenia infusions que sempre havia pres la seva mare, però que una vegada no se li passava i creia que era una grip assistia al metge i es prenia la medicació fins que el malestar marxava, independentment de les indicacions del professional. I com dies més tard, continuava trobant-se dèbil, al assistir al culte, li demanava al pastor que li fes una imposició de mans. La combinació de models i/o professionals és comú a la majoria de sectors de població, encara que específica per a cada cas concret. Així ho explicita la frase d'aquesta dona gitana: "me encomiendo a dios pero tengo muy clara la ciencia".

4.1 Model científic-biomèdic (i automedicació):

Aquest model està representat fonamentalment pel personal sanitari: metges i metgesses, infermeres i infermers i els i les farmacèutiques. I també podem dir que hi ha una progressió clara segons la malaltia. Per a les dolències percebudes com lleus s'acostuma a consultar al farmacèutic/ca o automedicar-se a partir de l'experiència anterior o la que explicita un parent. Si hi ha dolor es va al metge de família, i sovint si el mal és més fort o es tracta de criatures o gent gran directament s'acut als serveis d'urgència, per la necessitat d'immediatesa i la realització de totes les proves complementàries. Igualment, i per alguns casos, es busquen metges privats de qui es té referències i es creu que pot atendre amb més detall i temps. Més endavant, ho desenvoluparem amb amplitud.

4.2 Cures tradicionals:

Molts dels gitans i gitanes entrevistats coincideixen en dir que ja són poc vigents algunes de les pautes tradicionals que han sentit a casa, a les mares i àvies fonamentalment. I algunes d'elles han patit una pèrdua important de reconeixement o senzillament es desconeixen per part dels més joves. I alhora, han anat quedant relegades al tractament d'aquells danys vinculats a les “dolències d'abans” o amb les malalties no reconegudes per la biomedicina tals com “el mal d'ull” o “el ligamento o aliño”¹².

4.3 Església Evangèlica de Filadelfia (EEF):

El moviment evangèlic gitano i especialment l'Església Evangèlica de Filadelfia, com ja dèiem, suposen un element de suport més enllà de la família. El discurs ideològic inclou algunes vegades pautes d'educació per a la salut: temes d'alimentació, conceptualitzacions del cos que donen peu a cuidar-lo (no menjar excessivament, no beure alcohol,...), etc. I així, de vegades, es pot constituir en una via de prevenció. Com també és un element important de cura en problemes psicològics i patologies mentals com les depressions, on l'assistència diària al culte i el suport més enllà de la família suposen una xarxa àmplia que dona ànims i expectatives positives, i sobretot conjuntes. Però on es pot dir que l'EEF ha tingut una enorme incidència és en la prevenció del consum de drogues i també en l'acompanyament a les persones consumidores: en el seguiment del tractament, en la vigilància quotidiana i insistent, i en la creació de centres propis per al tractament.

Sens dubte, cal dir que l'acompanyament del grup-culte i de la fe són sovint un element de millora en aquest àmbit. Tanmateix, i fonamentalment en els inicis del moviment evangèlic entre els gitans, que va iniciar-se per la curació d'un nen gitano, eren forces les persones que deixaven els tractaments mèdics i només confiaven en la fe per a la curació, així com en la imposició de mans per a la sanació. No són pocs els relats de suposades sanacions de persones amb càncer, ni de

¹² Els gitans al llarg de la història han estat tractants de bestiar, i els homes marxaven a les fires sovint, donat que era la forma de guanyar-se la vida. Les gitanes velles expliquen que se'ls hi cosia un trosset de drap de la menstruació al fals dels pantalons, sense que ell ho sabés i amb la finalitat d'evitar que anés amb altra dona.

gitanos i gitanes que abandonaven una diàlisi i es donaven per sanats, o de les criatures de les que deien tenir els queixals empastats per una imposició de mans. Res diferent a altres religions en els seus inicis, o fins i tot ara: les visites a la verge de Lourdes o Fàtima. Actualment, gairebé es pot generalitzar que el model de curació per la fe acompanya al model biomèdic, i li dona suport. Es continua orant pels malalts, fent imposicions de mans, però paral·lelament al tractament biomèdic.

4.4 Medicines alternatives:

Les medicines alternatives són generalitzadament desconegudes per a la població gitana. Es podria afirmar que les persones que les coneixen, majoritàriament, són gitanos i gitanes amb un nivell d'integració i aculturació alt, i fonamentalment també amb un nivell educatiu i formatiu alt. I fora d'aquestes persones, només hem trobat un bon nombre de casos que acudien a un acupuntor xinès per a aprimar-se, fruit del mimetisme generat per altres casos que deien que els hi havia anat molt bé.

I si són desconegudes, igualment ha estat molt genèrica la resposta dient que aquestes medicines eren "cosa de paios". Coses de paios perquè els gitanos i les gitanes les practiquen poc o gens.

5. ESTILS INDIVIDUALS DE VIDA

5.1 Consum de tabac i begudes alcohòliques

El primer que s'ha de destacar en aquest apartat i és molt significatiu, respon a les dades genèriques respecte a consum de tabac: el nivell de consum és alt en els grups socioeconòmicament més desfavorits. Per tant, novament tenim que la població gitana més marginal és la que presenta un índex més elevat de consum i un inici a una edat més primerenca; la resta és molt similar a la mitjana de la població general (font de dades pròpies i de l'ENSE). Per tant **cal desmitificar la idea generalista que associa alt consum de tabac a població gitana general**. I cal fer especial atenció a la població en situació desfavorida, així com a la població jove, per evitar l'inici de consum de tabac com a element, de vegades, associat al trànsit a la vida adulta. Ja hi han algunes experiències de campanyes dirigides a la població gitana de manera específica, i que han intentat donar més informació, trencar amb l'associació de consum de tabac i trànsit a la vida adulta i tractar de minimitzar la pressió de grup i la pressió social normalitzadora i potenciadora de l'hàbit de fumar¹³.

La diferència significativa està en el consum per part de les dones gitanes, que és molt més baix. Poques dones declaren ser fumadores, i part de les que ho fan, pertanyen a les posicions més integrades i aculturades. Aquí caldria aclarir dos qüestions: la primera, el rol que s'atribueix a les dones gitanes i que no veu positivament que aquestes fumin (encara que no es així a tots els grups de gitanos), i també cal destacar que algunes que ho fan, ho amaguen, i ni tan sols ho verbalitzen a una entrevista.

Respecte al consum de begudes alcohòliques, es pot dir que les dades són molt iguals al consum de tabac: molt similar a la mitjana de població general, i més baixa en el cas de les dones.

Sovint, un apartat com aquest a més de generalitzar el consum de tabac i begudes alcohòliques a la població gitana, inclou el tema drogues.

¹³ Federación de Asociaciones Gitanas de Navarra Gaz Kalo (2005)

I no deixarem de fer-ho, però d'una altra manera. Ja anomenàvem que molts dels textos sobre salut i gitanos parlem del consum de drogues per part d'aquests. Si hi ha poca bibliografia sobre salut, una bona part és sobre drogues. A més, no intencionadament, però part de les demandes administratives sobre el binomi salut-gitanos han anat en aquesta línia. I podem dir que és un error d'entrada. Per suposat que hi ha consumidors gitanos i és un problema, però el problema no només rau en aquest àmbit, ni tampoc és fortuït. La situació històrica d'exclusió de la comunitat gitana va fer que la venda de drogues fos una via fàcil per una part de la població marginal, i també la gitana. I és aquesta la via per la qual una part dels gitanos consumidors van entrar. Via que no es pot analitzar sense una mirada històrica i d'ubicació de la població gitana com a marginal al sistema dominant i majoritari, i no només des de la perspectiva de consum i malaltia. Tanmateix el consum, primer d'heroïna i després de cocaïna, de manera continuada, s'ubica a la població en pitjors condicions de vida, i després i de manera més esporàdica, a poblacions més integrades on el consum l'associen a oci i festa. De manera molt igual al que ha passat amb la població general. Com també ha anat variant el perfil de consumidors i les pautes de consum.

Ara bé, generalitzadament la valoració sobre la importància de les drogues com a problema és superior en el cas de la població gitana, com assenyala l'enquesta del CIS 2006: un 11'4% de les persones el veuen com el primer problema front a un 6'3% de la població general.

5.2 Alimentació

El seguiment de pautes alimentàries correctes és un dels principals factors per a mantenir la salut. Però, això no es percep així en bona part de la població gitana en situacions marginals. Aquesta franja de població, amb totes les seves diversitats, ha estat força homogènia en manifestar que hi ha hagut un canvi alimentari important, que anys enrere menjaven moltes més llegums i arròs, i es cuinava molt més "d'olla", i ara hi ha molt més consum de fregits, i fins i tot amb el dinar preparat, els joves mengen entrepans. Coincideixen també en no tenir clara l'associació de menjar sa amb vida saludable i salut, i creuen que determinades malalties tenen més a veure amb la transmissió genètica que amb la cura de l'alimentació. És a dir, es fan afirmacions del tipus de: "jo tinc diabetis

perquè ja la tenia el meu pare, i encara que no mengi sucre la tindrè, per tant menjo el que em ve de gust”.

De la mateixa manera que amb altres temes, la formació canvia aquesta percepció. No així, el nivell socioeconòmic. El major benestar social i econòmic per sí mateix no ha donat una millora significativa de les pautes alimentàries, però tampoc per a la població general, sinó més aviat, més consum de greixos i menys de peix, verdures i fruites.

L'Enquesta Nacional de Salut presenta els següents resultats:

- El costum de no prendre aliment a l'esmorzar o prendre únicament líquid és més freqüent en la població gitana que en la població general.
- La presència de fruita a l'esmorzar és baixa per a menors i adults, i en el cas dels adults gitanos més baixa que en la població general.
- El percentatge que pren fruita i/o verdures diàriament és més baix en la població gitana que en la població general.
- La presència de sucres o de greixos animals en població gitana és més freqüent que en la població general.
- Les proteïnes animals provenen principalment de la carn (amb una presència molt rellevant d'embotits) i els ous, sent el peix un producte de consum molt poc freqüent entre la població gitana (i en menor mesura també és poc freqüent el consum de làctics). S'ha de tenir en compte que s'estan comparant grups de població marginals en el cas de gitanos amb la població general que no està en aquesta situació la major part.

Però, malgrat aquesta important distància respecte a les recomanacions habituals en termes d'alimentació, sí que hi ha alguns indicadors que donen pautes positives. El consum de llegums, així com de pasta, arròs i patates, encara que hagi baixat, és més freqüent en la població gitana que en la població general, pel que sembla estar més a prop de la recomanació que indica que aquests aliments han de constituir la base de l'alimentació.

I un altre element a destacar, és que l'àmbit familiar és on majoritàriament es fan els diferents àpats, i és per això un àmbit prioritari a l'hora de la intervenció, i són les dones les principals encarregades.

També cal destacar algunes percepcions de l'Església Evangèlica de Filadelfia com són la concepció del cos com el Temple i per això s'ha de cuidar (no fumar, no beure, no fer-se tatuatges ni picings,...), la gola com un dels pecats, i certa prevenció d'alt consum d'aliments com els entrepans i hamburgueses o les llaminadures als bars dels cultes. Recentment, l'Església ha recomanat no tenir aquests bars als centres de culte, precisament per l'alt consum d'alguns dels gitanos i gitanes que assisteixen i alhora pel temps que la gent dedicava a estar a aquests espais restant el temps d'oració.

A la població gitana és més freqüent trobar casos de sobrepès. I de manera específica i amb major proporció entre els nens i nenes, i les dones. Conseqüència, aparentment, de les pautes alimentàries. Ressaltar aquí que gitanos i gitanes que han patit situacions marginals i, fins i tot gana, destaquen que creuen que aquest abús del menjar es fa precisament per això, una mena de necessitat de no privar-se ara de res, juntament amb no tenir clara l'associació del menjar sa amb la salut.

Entre els nens i adolescents de 2 a 17 anys, en la població gitana es troba un 16'1% de casos de sobrepès front al 10'2% de la població general. La diferència és major en el cas de les nenes i adolescents, on un 19'2% de les nenes i adolescents gitanes tenen un índex de massa corporal per sobre del nivell de sobrepès front al 9'4% observat a la població general. I aquesta major distància també s'observa en el cas de les dones en la població de 18 i més anys, sent significativa: un 26'4% de les dones presenta sobrepès, front a un 15'2% en la població general. Cal tornar a insistir que quan es té en compte situació social s'observa una graduació en la freqüència de situacions de sobrepès. És a dir, les menys situacions de sobrepès es concentren en el grups més afavorits, igual que per la població general. Tanmateix, al igual que a tota la població s'observa una tendència creixent a concentrar situacions de sobrepès conforme s'incrementa l'edat. I el major nivell d'estudis protegeix de la probabilitat de tenir problemes de sobrepès.

Així doncs, és prioritària la intervenció amb nenes i nenes, i dones gitanes en situacions socioeconòmiques desfavorides. I davant d'aquesta situació, creiem que és prioritari també incidir en les maneres en les que s'intenten pal·liar aquestes situacions de sobrepès, especialment a les noies joves: no menjant, menjant una vegada al dia, menjant només cafès amb llet i pastes a l'esmorzar i al berenar, seguint dietes que han fet cosines, germanes o altres parents, assistint a dietes alternatives econòmiques i que no garanteixen la salut, etc. I és especialment important el moment en el que les noies són mosses i estan en edat de casar-se, on el tema bellesa cobra una rellevància cabdal. I així ho manifesten elles mateixes: "de mozas nos cuidamos mucho, pero después...".

5.3 Activitat física

La població gitana realitza amb menys freqüència algun tipus d'activitat física o esportiva durant el seu temps lliure. I menys encara les dones. Novament si ens referim als grups socials amb una situació més precària. Tanmateix, aquests majoritàriament desenvolupen treballs i activitats que requereixen de grans esforços físics o treballs que impliquen caminar, portar pes o desplaçaments freqüents, com són la recollida de la ferralla o la venda ambulat. I algunes de les persones entrevistades així ho han reflectit i conceptualitzat. Un altre tema que no citen, és el que les activitats laborals poden no fer-se de la manera correcta, i en les posicions i condicions saludables, per tenir una activitat laboral que implica esforç no és sinònim d'una activitat física saludable.

Entre els nens i nenes la situació és similar a la població general, un 40'1 % no realitza cap tipus d'activitat física en el seu temps d'oci. Però a això s'agreja que un de cada quatre nens i nenes gitanos veuen més de tres hores la televisió al dia, front a un de cada deu en la població general. I igualment, es dona més inactivitat en la mesura que incrementa l'edat, sent pocs els gitanos i gitanes grans que fan exercici físic fora de la seva activitat laboral.

És important destacar que parlant de salut, salut mental i activitat física, algunes persones pertanyents a l'Església Evangèlica de Filadelfia han explicat fer exercici físic i psíquic vinculat a la seva assistència al culte. Per conceptualitzar que els ajuda al seu benestar general, tant físic com psíquic.

Durant les entrevistes, quan se'ns deia que feien exercici al anar al culte, la pregunta directa era si estava lluny de casa, i la resposta immediata era que no, que el tenien molt a prop. Per tant, s'està considerant que el benefici psíquic que els hi aporta el culte afavoreix l'estat de benestar com si es fes exercici físic.

5.4 La son

Encara que les hores de son necessàries són aquelles que fan sentir-se bé a la persona, la mitjana habitual es situa entre les 7 i 8 hores diàries. I les xifres obtingudes amb gitanos i gitanes no són gaire diferents a la població general, exceptuant una mínima diferència conforme augmenta l'edat, així augmenta el nombre de persones que dormen cinc o menys hores al dia, fins a distanciar-se en percentatge a la població general en els majors de 55 anys. I ha estat significativa la diferència també en nens de situacions marginals, on l'hora d'anar a dormir és va més enllà de les 24 hores vinculada a hores de televisió, com ja dèiem a l'apartat anterior. Sent aquesta una prioritat en la intervenció social i educativa amb la població més desafavorida.

6. UTILITZACIÓ DELS SERVEIS SANITARIS

“No basta con tener el camino abierto para ir al médico, hay que pensar que el médico es pertinente para solucionar nuestro problema”

Teresa San Román.

Entre la marginación y el racismo

Sovint, entre la poca documentació que hi ha sobre gitanos i salut, sobre gitanos i accés i ús del serveis sanitaris, s'han generalitzat temes com:

- El desconeixement dels serveis de salut.
- L'abús dels serveis d'urgència i especialment dels serveis d'urgència als hospitals.
- Molts familiars en l'acompanyament del malalt o malalta, ja sigui en les visites com a les hospitalitzacions.
- I a més, aspectes com la manca de vacunacions dels seus fills i filles, la manca de prevenció general, la manca de seguiment en els tractaments, la manca de controls rutinaris, etc.
- I també la no utilització, o l'escassa utilització de l'assistència mèdica privada.

Entrem en cadascun d'aquest apartats.

El desconeixement dels serveis de salut no és un aspecte que els gitanos i gitanes destaquin a les entrevistes. Hi ha força consens en mostrar el seu coneixement i funcionament.

L'abús dels serveis d'urgència. S'ha de dir que l'ús dels serveis d'urgència, com sabem, és bastant freqüent en el conjunt de la població. I entre la població gitana, més d'una persona de cada quatre ha utilitzat

aquests serveis en el decurs del darrer any (ENSE). La sobreutilització dels serveis d'urgència pot estar relacionada amb la visita a aquests serveis en substitució dels que presta l'atenció primària i també per la manca d'una orientació preventiva i també del seguiment adequat en els quadres en la cura de la pròpia salut (que porta a acudir al sistema sanitari quan els problemes ja són greus, tal i com comentaven en l'apartat que feia referència a la concepció de la salut i la malaltia). De tota manera, aquestes dades poden tenir un biaix important, donat que un major ús dels serveis d'urgència pot estar degut, en alguns casos, a un ús inadequat o una mala utilització (des de la perspectiva dels professionals i la organització dels serveis sanitaris), com també a una major exposició a problemes de salut, als quals, es pot afegir la necessitat d'immediatesa davant d'una malaltia que es tracta quan presenta dolor.

L'ENSE 2006 explicita els següents resultats:

- La població gitana té majors taxes d'utilització dels serveis d'urgència en la població major de 35 anys.
- Les dones d'edats intermitges i d'avançada edat, sobretot las que viuen a xaboles i infrahabitatges tenen major probabilitat d'acudir a urgències.
- Com a mitja el nombre de visites a urgències a la població gitana és pràcticament el doble que en la població general.
- La població gitana de més edat (de 35 anys en endavant) és la que presenta una major distància en el nombre mig de visites a urgències comparat amb la població general.
- Les urgències en la població gitana són ateses gairebé en exclusiva pel sistema públic.

Si entre la població major de 16 anys, les dones gitanes (39% han utilitzat urgències) i els homes gitanos (36% han acudit a aquests serveis) presenten percentatges d'utilització majors que els de la població general com dèiem, hem de destacar que entre els grups socials amb una millor situació socioeconòmica són els que menys han utilitzat aquests serveis (23% en homes i 24 % en

dones amb professions lligats a títols universitaris o quadres directius). Així, ho evidencien també els resultats de les entrevistes de contrast.

Molts familiars en l'acompanyament a visites i hospitalitzacions. Si bé la família és un dels valors més importants pels gitanos i gitanes, també ho és el valor d'aquesta en l'acompanyament durant la malaltia. Part de la cura té a veure amb el suport dels parents amb un sentit ampli, encara que sovint l'atenció es portada a terme per les dones i a les xerrades amb el metge estan també els homes, i més si es tracta d'una hospitalització per una malaltia greu. Es fa important que els professionals sanitaris entenguin que l'acompanyament familiar es percep com bàsic per a la curació.

Aquest és un dels problemes que de manera reiterativa posen sobre la taula els i les professionals de la salut. Els hospitals i les consultes no estan preparades per l'assistència massiva d'acompanyants. Val a dir que, des dels propis fonaments de l'atenció biomèdica tampoc es percep que sigui necessària: la malaltia és un procés individual. I pel contrari, és una demanda explicitada per bona part dels gitanos i gitanes: una sala habilitada per aquest tipus d'acompanyaments. Podem dir que uns se senten intimidats (professionals sanitaris) i els altres discriminats (gitanos/es), sent una font permanent de conflictes, de xantatges, i no seria tant difícil de negociar una bona solució per a tots i totes.

Vacunacions. La manca de vacunes als infants ha estat un dels problemes més esmentats pel personal sanitari que atén a població gitana en els darrers temps. Sobretot quan es tractava de població marginal, si bé i de vegades no s'entén la necessitat de fer patir a les criatures per a prevenir. Tanmateix, aquesta situació ha variat de manera clara i substancialment. Ja no és freqüent trobar pares i mares gitanos que es neguin a vacunar a les seves criatures: per un major coneixement, per la insistència de campanyes en aquest sentit, per la necessitat i demanda de les vacunacions a l'escola i també per les conseqüències conegudes a familiars i persones del context immediat de les no-vacunacions, com pot ser l'exemple de la poliomielitis.

Per aquest apartat és clar que les persones amb una situació benestant i un major nivell educatiu no es plantegen el dubte davant la vacunació dels seus fills i filles.

Les pràctiques preventives. Si la malaltia és considerada com a tal quan hi ha manifestacions de dolor, la pràctica preventiva no és doncs una pràctica freqüent. I és aquí on calen programes que promoguin determinades pràctiques en aquest sentit. En els següents apartats entrarem de manera específica pel que fa a la salut de les dones i dels nens i nenes.

La no utilització, o l'escassa utilització de l'assistència mèdica privada. La Seguretat Social atén la major part de les consultes de medicina en la població gitana, però les entrevistes de contrast assenyalen que bona part dels gitanos també assisteixen a la medicina privada: per a contrastar informació, per desitjar una consulta mèdica amb més temps de dedicació, per resoldre dubtes, per la demanda d'immediatesa sinó són atesos a la sanitat pública com volen, etc. **Per tant, cal trencar amb l'afirmació de que els gitanos i gitanes no utilitzen els serveis mèdics privats,** i a més cal dir, que aquests també s'utilitzen en situacions marginals si es creu necessari. Així, s'acut a l'ajut de familiars per a obtenir diners, si es veu adient. I igualment és freqüent la seva utilització tractant-se d'embarassos o atenció a infants. Ho veurem a l'apartat específic per aquesta matèria.

7. DOS APARTATS ESPECÍFICS I NECESSARIS: ELS INFANTS I LES DONES GITANES

7.1 Salut infantil

Parlar de salut infantil implica necessàriament fer referència a la conceptualització de la infància i l'adolescència en el context cultural gitano, i fer referència al context cultural gitano i a la conceptualització que aquests tenen de la infància i l'adolescència, del procés de socialització dels nens i nenes gitanes en l'entorn familiar, implica alhora, i sens dubte, tenir en compte novament la variabilitat interna segons l'estatus, el nivell d'integració¹⁴, i la religió, entre altres múltiples aspectes.

Dit això, les etapes que marcarien el procés de socialització entre la infància i l'adolescència aproximadament serien tres: la pròpiament denominada infància entre els zero i set o vuit anys, la infància "responsable" entre els set o vuit i els dotze anys, i la mossadat, el ser mosso o mossa, que va dels dotze en endavant i fins el casament. Veiem cadascuna de las etapes amb més deteniment.

I. La infància

El naixement d'una criatura té implicacions transcendents en la família, no sols pels que vivencialment pot suposar tenir un fill o filla, sinó per la repercussió que aquest fet té en les pròpies posicions socials dels seus pares. En primer lloc, la seva arribada marcarà l'entrada a l'edat adulta dels pares i consolidarà el matrimoni. En segon lloc, existeix la prevalença i l'interès explícit que la criatura sigui nen, i més si és el primogènit. Aquest desig està relacionat amb el patrigrup, donat que aquest serà més fort quan més homes tingui, tenint en compte la sortida de les mosses al casar-se, al abandonar la casa dels seus pares i

¹⁴ Quan parlem de nivell d'integració ens estem referint a l'accés i ús que els gitans i gitanes tenen respecte al treball, l'habitatge, la sanitat i l'escola, i, en general, a la capacitat d'ús del seu estatut cívic.

traslladar-se a prop dels seus sogres i cunyats. Aquesta norma patrilocal¹⁵, que no sempre es compleix, com no sempre es compleix cap norma, és tanmateix consistentment seguida, encara que es produeixin canvis d'emplaçament i d'ús de l'espai en la majoria dels gitans. Per tant un fill es guanya i amb ell la seva dona i els seus fills en un futur, però una filla, sense perdre's, es queda en menor mesura, aporta menys.

Després del naixement, els nens i nenes s'acostumen a batejar ràpidament, donat que el bateig està considerat un ritual que enforteix a la persona contra els poders místics. Hi ha una doble necessitat: "tirar-li l'aigua" per protegir-lo, i presentar-lo a la comunitat. En aquest darrer sentit, els gitans i gitanes pertanyents a l'Església Evangèlica de Filadelfia rebutgen el bateig, que substitueixen per la Presentació, amb la qual es fa palès que ha nascut un nen o nena fill de membres de la comunitat evangèlica, i més endavant decidirà ell o ella si vol ser batejat, passant a formar part de la comunitat religiosa. Es renuncia al bateig de la criatura per creure que aquest ha de celebrar-se quan s'està convençut o convençuda i es té coneixement de les implicacions que suposa formar part de la comunitat.

Si es porta a terme el bateig catòlic, són claus les figures dels copares, els que apadrinen. Aquests acostumen a ser familiars afins o amb relacions properes als pares. És aquesta també una via per establir vincles importants, pel que de vegades s'escullen a persones amb les que interessa fomentar una millora de les relacions. En múltiples ocasions són també els copares qui donen el nom al nen o nena, i fins i tot pot ser que se'ls hi transmeti el malnom.

Els gitans consideren que la infància és una etapa on el nen i nena han de rebre davant de tot protecció i afecte. Una criatura està constantment arropada als braços de la mare, el pare o de qualsevol altre familiar pròxim. Per la mateixa raó existeix molt poca tolerància al plor dels nens en els seus primers anys, per això també és freqüent donar el pit cada vegada que ploren (cosa que ara està molt valorada per

¹⁵ En l'antropologia clàssica la residència patrilocal és una norma que estableix la residència postnupcial amb la família del pare del nuvi. De manera més general s'utilitza quan els fills estableixen la seva residència independent molt pròxims a la dels seus pares i els seus germans homes cassats, de manera que varies famílies encapçalades per homes entre els que es donen llaços patrilineals –constituint un patrigurp- interactuant constantment.

una línia de llevadores i pediatres), e inclús algunes mares i pares eviten les vacunacions, donat que provoquen malestar a les criatures. Encara que ja hem comentat que cada vegada això es dona en menor mesura.

Tota aquesta etapa està marcada per la permissivitat i l'extrema protecció per part de la família (principalment la família paterna, tenint en compte que la dona al casar-se sol abandonar la llar per viure amb els sogres o a prop d'aquests). **La vigilància dels nens és constant**, i la seva falta està durament sancionada.

L'aprenentatge dels nens es realitza en el grup familiar per mitjà de l'observació i de l'acció. El mimetisme és un joc educatiu important. Però ho és més en aquest cas, perquè els nens i nens gitanos/es participen en totes les escenes quotidianes i no-ordinàries, amb un fort sentiment de participació, ja es tracti de la preparació del menjar, la venda ambulat, una visita a un hospital o un enterrament. **És poc freqüent que els pares i mares neguin als nens el seu acompanyament, sigui quina sigui l'activitat que desenvolupin.**

Un dels aspectes a tenir molt en compte durant aquest període és la valoració que es fa dels nens i nenes molt moguts. El no parar, el participar constantment, la espontaneïtat i la iniciativa, "les malifetes", són totes elles coses que s'entenen en termes de bona salut. Precisament per això, poden produir-se consultes per nens i nenes que al pediatra li semblen sans però als pares no.

II. La infància "responsable"

Aquesta etapa està marcada per l'adquisició d'obligacions i responsabilitats principalment per a les nenes. Aquestes han d'encarregar-se dels seus germans i de les tasques domèstiques en el cas que la mare treballi, que és el més freqüent. Tenen ja un paper actiu a les obligacions familiars. Comença la seva formació com a dones, mares, esposes i treballadores.

Pels nens, contràriament, comença la major dotació d'autonomia i l'atorgament de cert nivell de decisió, poder no sempre dintre de la

família, però sí respecte a l'escola, per exemple. Alguns d'ells comencen a ajudar al pare a les tasques laborals, com la venda ambulat, però mantenint el grau de mobilitat i permissivitat ampli que no s'atorga a les nenes.

III. Ser mosso o mossa

En aquesta etapa els mossos continuen ampliant el seu àmbit de relacions, mentre que per les mosses s'inicia un dels moments més fortament marcats per la discontinuïtat, els trencaments amb l'etapa anterior i les permissivitats, i alhora s'inicia la forta pressió social. La seva virtut està lligada al seu comportament sexual. El seu prestigi i el de la seva família està en funció del seu comportament.

El pediment o la formalització del nuviatge marca un punt important dintre d'aquesta etapa, tanmateix no s'abandona la mossedat fins a consolidar-se el matrimoni i, tornant al que s'ha dit al principi d'aquest apartat, no són adults fins que es té el primer fill o filla.

Aquesta conceptualització i socialització en el context cultural gitano, porta a algunes apreciacions en el camp de la salut. La primera d'elles ja s'ha citat, l'enorme cura i sobreprotecció dels nens i nenes porta algunes vegades a exemples com: el consentiment de menjar aliments que no li pertocuen per l'edat, el deixar coses que no tenim catalogades per a nens, el donar el pit fins a llarga edat o donar només el pit si el nen o nena no li agraden altres aliments, o el consentir veure moltes hores la televisió. Davant d'aquests trets que sovint sota el nostre prisma tindrien una categorització negativa, està també el seguiment mèdic i intensiu amb les criatures. Ja hem dit que un nen o nena sana, és una nen o nena alegre, mogut, trastaire, i que està controlat mèdicament també. Sovint, en el cas dels nanos, els controls venen per doble via, pel sistema públic i també i repetit a través de metges privats en els quals corroboren o amplien informació i seguretats. Això contrasta amb la percepció majoritària del personal sanitari que continua dient que aquestes mares no segueixen els controls.

L'Enquesta Nacional de Salut Pública (ENSE) passada a gitanos marca una diferència de major accidentalitat domèstica amb els nens i

nenes gitanes, però cal matissar que s'està referint a situacions de vulnerabilitat social i marginalitat, on les condicions domèstiques i de context immediat són força dolentes: condicions higièniques deplorables, ferralla a la porta de casa com mecanisme de subsistència, endolls i llums enganxada sense les condicions de seguretat, etc.

En condicions de marginalitat i lligat també a la sobreprotecció dels nens i nenes cal destacar una alimentació excessivament basada en greixos. I destacar també, que en aquests contextos d'extrema vulnerabilitat, cal promoure la necessitat de visites per la vista, l'oïda i la salut bucodental, aquesta darrera afectada pel consum esmentat de greixos i sucres, com poden ser les gominols.

Una menció especial té a veure amb la protecció que s'exerceix amb els nens i nenes respecte al mal d'ull. Mal d'ull que generalment s'atribueix a les enveges o desitjos, per això de vegades s'evita portar als nens i nenes a espais públics on es pressuposa que algú pot fer-li mal. Les proteccions es duen a terme col·locant al nen o nena un puny de coral negre o vermell, o tots dos: el negre especialment pel mal d'ull i el vermell per atraure la fortuna i la bona sort. I aquesta pràctica encara avui està present i viva. Viva fins i tot en gitanos i gitanes evangèlics on aquesta creença formaria part del que s'anomena demoníac, però no és tant fàcil enderrocar creences tradicionals.

També una apartat específic necessita la mossadat i la vinculació amb la salut, i de manera més específica encara les mosses. A aquesta etapa és especialment important la bellesa i el lluïment front a la comunitat. És l'etapa del possible pediment, i si aquest triga, pots ser considerada una mossa vella, gran, que corres el risc de quedar-te soltera. I què té això a veure amb la salut? Doncs vincula temes com l'alimentació i les dietes per aconseguir estar prima, però moltes vegades sense cap tipus de seguiment mèdic, sent una dieta que senzillament suprimeix aliments i àpats; en algunes ocasions s'abusa del raigs UVA per posar-se morena com a element de bellesa i gitaneïtat; o es deixen d'utilitzar ulleres perquè s'associen amb lletjor i amb coses de païos. Una gitana explicava el següent exemple: " jo treballo en una associació paia i treballo amb l'ordinador, i si no porto ulleres no veig res. Però ja em cuido no portar-les al barri on visc, perquè riurien de mi. Un dia no em vaig adonar que les portava i tothom es va guasear de mi".

Contràriament, i en el sentit positiu, aquesta importància de l'estètica ha contribuït a que les mosses facin seguiments bucodentals que no feien, algunes vegades induïdes per millorar la blancor de les dents i no tant per les càries o altres.

7.2 Les dones gitanes i la seva salut

S'ha parlat ja d'aspectes que tenen a veure amb les dones gitanes, però hem cregut que calia fer especial menció en un altre apartat. No cal insistir més en la variabilitat interna, però sí dir que és en les dones on els canvis són cada vegada més, i més ràpids. Com amb altres dones són sovint elles les que ho tenen pitjors, i d'aquí que siguin les propiciadores de certs moviments, d'una certa revolució tranquil·la, i demanant sovint que sigui acompanyada per la família.

Com diem i com ja hem vist, les dones són les cuidadores, des de molt petites se les instrueix per tenir cura dels germans i de la família, si les altres dones treballen. Així mateix, es valora el que siguin capaces de fer aportacions econòmiques a la llar. Cal dir aquí, que les dones gitanes han ocupat els espais públics abans que les no gitanes, justament per aconseguir recursos econòmics. I justament també per aquest motiu han estat qüestionades en altres moments de la història: "per ocupar espais d'homes i per anar amb poca roba". Curiosament avui, el prejudici sobre elles té una altra cara, i ara són vistes sota la sumisió i el paper exclusiu de mares, esposes i cuidadores.

Algunes dones gitanes parlen de la múltiple discriminació que pateixen, i algunes alhora parlen de la discriminació interna i l'externa. La interna, que més que discriminació és control del grup, espera d'elles que siguin treballadores, obedients als trets culturals, pures, verges i fidels. L'estereotip de fora de la comunitat les veu com a subjugades a la família, brutes, analfabetes, casades molt joves, mares de molts fills i ubicades sempre a la llar i al mercat, a la venda ambulants¹⁶. A banda dels estereotips generalistes, s'ha de dir que els valors que es resalten en les

¹⁶ Seguint a Carmen González: *Romipén en femenino. Gitaneidad en femenino*.

dones i que es transmeten des de l'educació són el respecte i la sumisió a les decisions dels homes, l'honor demostrat a través de la virginitat, la maternitat com a principal funció de la dona i el respecte que es guanya a través dels seus comportaments morals. Moltes d'elles es troben a una franja invisible que lluita per sortir d'aquestes pressions i trencar amb el que s'espera d'elles i també dels tòpics socials. Dones que es senten observades per la comunitat i per la societat majoritària, dones amb un nivell d'exigència molt gran, dones amb una doble vida, de vegades; mentre altres d'elles radicalitzen els models femenins tradicionals i desprestigien les dones que despenen per ser diferents a aquests models. Les primeres són dones invisibles que pateixen els costos de molts esforços solitaris i contra corrent. Esperant la necessària negociació externa i interna, amb els homes i també amb les altres dones que no ho veuen com elles. Es troben en la permanent dicotomia del procés individual i de superació, amb els qüestionaments pertinents per abandonar alguns dels trets culturals que es consideren importants, que part dels gitanos i les gitanes consideren trets a mantenir.

L'educació, la formació, el treball fora de l'àmbit familiar, la cura de la salut individual, i la consciència i l'autonomia per decidir el que es vol, estan arribant de la mà d'aquestes dones que trenquen els esquemes establerts. Com altres dones que també ho varen fer o ho estan fent. Però mentrestant, aquestes dones, part de les dones gitanes en aquest cas, **necessiten d'una intervenció ràpida, eficaç i que les acompanyi en la seva cura personal**. Per davant d'elles està tota la família, i com ja hem vist acodeixen a un professional sanitari quan el dolor és fort. Sovint només es dona una excepció: durant l'embaràs.

El fort control sexual sobre les dones i l'espera de la seva virginitat al matrimoni fa que moltes d'aquestes no assiteixen a visites ginecològiques amb anterioritat a l'embaràs. I de la mateixa manera deixin de fer-ho quan ja han tingut les criatures. Algunes mosses de més de trenta anys no havien anat mai al servei de ginecologia, i algunes mares que tenien fills i filles adolescents, han dit que feia entre 12 i 18 anys que no anaven al ginecòleg/a. Val a dir, que no hi ha cap mesura de control i seguiment sanitari en cap dels casos, el que no deixa de ser una situació de risc. Cal entendre perquè passa des dels serveis sanitaris,

però també cal treballar-ho amb les dones i amb les famílies: **informació, coneixement i acompanyament en la intervenció.**

Si bé no hi ha prevenció ni visites ginecològiques ordinàries, sí que es pot dir que durant l'embaràs, pel que representa un fill, els seguiments i les ecografies són seguides amb intensitat, i alhora, en molts casos, per la sanitat pública i també per la privada. Intensitat que es veu truncada a partir del part.

Un dels canvis que es perceben són el nombre de fills i filles. Les dones gitanes i alguns homes gitanos, no volen famílies nombroses més enllà de les seves possibilitats econòmiques. La mitjana de fills i filles que s'esmentaven a les entrevistes és entre dos i tres, i també l'endarreriment en l'edat del primer fill/a. Com també es perceben canvis en la informació i els mitjans de planificació familiar. Informació que ve donada per altres dones, per cursos en el marc de programes de Renda Mínima, o pel coneixement particular. Però que apunta canvis, i canvis, en alguns casos, de la mà de les parelles joves i no sols de les dones.

Una menció especial cal fer sobre "la depressió", que apareix a moltes converses i entrevistes. Les situacions marginals, i també les pressions culturals, com elles mateixes anomenen, fan que es sentin tristes i poc valorades, sense altre suport que el d'altres dones o inclus de vegades tampoc. En aquest camp, ja citavem **la importància del culte com a espai de distracció i suport**¹⁷. És un espai ideal per la promoció de la salut, física i psicològica, i que els serveis sanitaris haurien de tenir-ho en compte. Així mateix, és important destacar que les que ens han parlat d'un suport psicològic i psiquiàtric no l'han valorat positivament, per trobar-se explicitant aconeximents i pressions del grup que des dels professionals es desconeixen i les apunten a ser trencadores amb la seva cultura. No podem dir que això sigui generalitzadament així, però cal tenir en compte com elles s'han pogut sentir, com també pensar que no són molts els recursos que tenen algunes vegades, i **l'esforç per donar aquest pas és molt alt, per tant cal aprofitar-ho i donar el millor recolçament possible.** Inssistim: cal

¹⁷ El culte no deixa de ser un espai religiós i conservador, però que propicia un lloc de trobada diari a les dones, al conjunt de dones que assisteixen, i com a tal, contribueix a que es propiciïn canvis i pressions. Als espais de dones es parla de sexualitat, de planificació, etc.

la formació del personal sanitari. El camí a recórrer no sempre ha de ser el mateix. Ni les respostes institucionals han de ser estàndars. Com tampoc han de dirigir-se de manera única a les dones, sinó novament estem situant el pes sobre elles i només elles. Els programes de salut comunitària han de tenir precisament a la comunitat gitana en el centre de la intervenció, i no només a les dones. Si ens dirigim només a elles estem propiciant el major perill ètnic, i la major separació entre aquestes i els homes del grup.

És aquesta una intervenció que reclama urgències, com ho és el paliar les desigualtats. Si bé hem citat que les dones es troben afectades per les exigències del seu grup i les pressions d'altres dones de la societat majoritària, així com estigmatitzades pels prejudicis, aquesta situació encara és més flagrant si parlem de les dones gitanes en situacions d'extrema marginalitat: discriminades, sumises, pobres i fora del sistema. **Una urgent demanda!!!**

8. PROMOCIÓ DE LA SALUT

Parlar de promoció de la salut implica abordar tres aspectes bàsics: el coneixement dels processos, les pràctiques preventives i l'educació per a la salut. Entrem en cadascuna d'elles particularment.

8.1 El coneixement del processos

Bona part de la població gitana entrevistada coneix quin són els procediments d'accés i ús dels serveis sanitaris. Aquest no és un impediment per a la seva arribada, com tampoc ho és el tenir la Targeta sanitària. No hem trobat cap cas que no la tingués. Tanmateix, la mateixa pregunta implica malestar. Un malestar que manifesten de la següent manera: "nosaltres estem aquí des de fa sis-cents anys i tenim tots els papers que tenen els païos. Nosaltres no som immigrants". Aquesta és una reivindicació freqüent en la població gitana: distingir-se de la població immigrant.

Cal dir també, com ja s'ha esmenat amb anterioritat, que el seguiment o no dels processos establerts als serveis sanitaris per part de la població gitana sovint no tenen a veure amb el seu desconeixement, sinó més aviat amb la concepció de la malaltia, la percepció de lentitud dels serveis d'atenció primària, i la rapidesa obtinguda als serveis d'urgència. Per això, l'ús d'aquest servei en primer ordre majoritàriament.

8.2 Les pràctiques preventives

Si la malaltia està conceptualitzada com a manifestació del dolor en bona part dels casos, difícilment hi ha pràctiques preventives, hi és en aquest apartat on es fa palesa i necessària una bona intervenció. Una intervenció lligada al punt següent: l'educació per a la salut.

8.3 L'educació per a la salut

La informació que es té sobre la salut sovint es remarca que procedeix de la família, principalment de la transmissió de mares a filles, de la televisió, del culte o de les diferents consultes amb el farmacèutic o farmacèutica de confiança. És així com per a malalties lleus o dolors esporàdics com mals de cap o altres similars, habitualment es pren un

analgèsic recomanat per familiars, s'acut a la farmàcia a demanar algun medicament per calmar el dolor o es compra aquell medicament que s'ha vist anunciat a la televisió. En aquest procés cal destacar el paper de la família, el paper també molt important del farmacèutic o farmacèutica, previ a la consulta amb el metge o metgessa, i alhora la difusió televisiva. Destaquem aquestes tres perquè són les més anomenades pels gitans i gitanes, però també perquè són agents claus per a la formació en salut. Formació escassíssima i necessària per aquesta població. Serveixi d'exemple que només una persona gitana de les entrevistades ha fet un curs breu sobre educació per a la salut, i destacar també que aquesta persona té una malaltia crònica i per això es va adreçar a una associació específica que la tractava i oferia suport als malalts, com també dir que aquesta persona té una formació acadèmica superior. Per tant, és aquí on cal fer esforços d'intervenció importants, on calen gitans i gitanes com a referents positius, i reforçar les experiències afirmatives, així com el contrari, exemplificar aquelles situacions que amb una bona prevenció i cura no haguessin arribat a produir-se¹⁸. I alhora, plantejar-se campanyes de sensibilització per a la prevenció i promoció de la salut.

¹⁸ Un bon exemple en aquest sentit és un vídeo elaborat per la Federació d'Associacions gitanes de Catalunya sobre vacunes i alimentació, protagonitzat per personal sanitari dels barris on viu molta població gitana i pels mateixos gitans i gitanes amb casos reals, coneguts per la comunitat, però sobre els que no s'ha fet aquest anàlisi des de la vessant professionalitzadora.

9. VALORACIÓ DEL SISTEMA I DELS PROFESSIONALS DE LA SALUT

En aquest apartat cal destacar tres prèvies. La primera, és que la valoració que fan els gitans i gitanes sobre el sistema sanitari té molt a veure amb les seves demandes i millores, per tant, molts d'aquests aspectes es reproduiran al darrer punt formulats com a propostes.

La segona, i que també cal avançar, és que algunes de les valoracions i queixes no són únicament formulades pels gitans i gitanes, sinó per bona part de la població.

I la tercera, està ja explicitada als paràgrafs anteriors, més que valoracions generals del sistema sanitari, es formulen queixes i demandes. I les úniques valoracions globals les han fet gitans i gitanes amb formació, i coneixedors d'altres sistemes sanitaris com el de Romania o EEUU, que expliciten com a "exemples de sistemes públics que en realitat no ho són".

Dites les prèvies entrem a les valoracions, queixes i propostes:

1.- **Escàs temps d'atenció a les consultes.** Per aquest motiu expliciten anar-se'n al sistema privat quan volen més atenció i sempre que es tinguin recursos.

2.- **Lentitud per les proves mèdiques.** És aquí on remarquen que van a urgències, per pal·liar el llarg temps d'espera d'aquestes proves.

3.- **Pocs professionals.** Atribueixen la manca de temps a la consulta i la lentitud en les proves mèdiques, és a dir, les dues queixes anteriors, a la manca de personal sanitari.

4.- **Dificultats en el llenguatge mèdic.** Destaquen no entendre algunes de les qüestions que se'ls hi plantegen, especialment la població amb baixa formació i una situació marginal.

5.- **Valoració dels metges grans.** No en pocs casos, s'ha citat la preferència per ser tractat per un metge d'edat avançada i no per metges o metgesses joves. A ells se'ls atribueix l'experiència i també es fa una extrapolació del sistema cultural gitano en quan a la seva organització

fonamentada en l'edat i el sexe com a mecanismes d'ordre i jerarquització.

6.- El desconeixement de la cultura gitana dels professionals.

S'insisteix que els professionals que els atenen no tenen cap formació-coneixement sobre la seva cultura. I es reclama alhora, un tracte individual, no basat en un coneixement generalista i estereotipat. És a dir, **es té poca informació sobre la cultura gitana, i la que es té està basada en tòpics i prejudicis.** Una gitana explicitava aquest exemple: “el meu nebot tenia molta febre i taques vermelles a la pell. El portem al pediatre d'urgència i el primer que ens pregunta, si tenim gallines a casa [...] ja estava suposant que com som gitanos, tenim gallines a casa”.

Altres exemples citats pels gitans i gitanes són la importància de tenir els familiars al costat per a la seva cura, i per això els acompanyaments de diversos parents o les sales i habitacions dels hospitals plenes. Això acostuma a molestar al personal sanitari, i és molt important per les famílies gitanes. I també es destaca com a exemple les visites ginecològiques de les noies no casades. La majoria d'elles no es fan visites ginecològiques per pensar que aquestes poden fer perdre la virginitat, a més de destacar que els hi resulta molt violent ser visitades per un ginecòleg-home.

7.- Discriminació del personal sanitari cap als gitans/es. Cal dir que els diferents informes i enquestes generals, no específicament vinculades al tema sanitari, situen a la població gitana com un dels grups més estereotipats i sobre el qual s'exerceix una major discriminació. Dit això, també cal dir que no són tants els exemples discriminatoris que les persones entrevistades han destacat, i sovint és més una apreciació global que no pas una situació viscuda. O també una interpretació per desconeixement mutu, i que són importants a tenir en compte pel personal sanitari. Ara veurem alguns exemples citats.

El primer dels exemples fa referència a una dona gitana amb contraccions de part que acudeix a l'hospital per parir. A la seva arribada, una llevadora l'explora i li diu que encara no està dilatada, que marxi a casa, es fiqui a la banyera i estigui una bona estona. Aquesta recomanació es viscuda per la gitana des del prejudici, i interpretada com que la professional l'ha qüestionada de “bruta” i l'ha enviat a banyar-se.

Una recomanació positiva és viscuda de manera negativa per la manca de coneixement i d'informació més enllà de la recomanació de la professional.

Una altre exemple, una família gitana entra a urgències amb un jove que es troba molt malament. Els metges i metgesses informen a la família que està greu i que cal operar-lo per intentar l'única opció per a la seva cura. Després d'una llarga espera, una infermera surt i ofereix til·la als parents. Poc temps després, els metges que l'havien operat surten a informar a la família que ha mort. Dies després d'aquest dolorós moments, els familiars comenten que se'ls hi va donar til·la perquè el personal sanitari interpretava que els gitanos davant la notícia, intentarien agredir als metges. Novament una situació similar. El desconeixement, el prejudici, i l'imaginari col·lectiu unes vegades per part dels gitanos i gitanes i altres per part dels professionals.

El tercer exemple té més a veure amb els i les professionals. I en aquest cas, ho explico com a antropòloga i com a malalta, donat que era jo l'altre persona a l'habitació de l'hospital. Durant un ingrés de 10 dies vaig compartir habitació amb una noia gitana cinc dies i els altres cinc amb una altra que no ho era. Els primers cinc dies, van venir molts familiar de la noia, però de manera progressiva, silenciosa, i permanentment preguntant si molestaven, si sortien de l'habitació una estona, etc. Tot i així, el personal sanitari insistia en que sortissin de l'habitació, i quan no hi eren perquè li feien alguna prova, algunes de les infermeres m'havien fet comentaris del tipus de: " tu marca'ls, que sinó t'ompliran l'habitació i no et deixaran tranquil·la". Els altres cinc dies, amb l'altra noia no-gitana, l'habitació va estar molt més plena de familiars, en alguns moments unes 20 persones, no es van preocupar si molestaven en cap moment, inclús uns parents venien a la una de la matinada, després d'anar a balls de saló, i el personal sanitari no va dir res. En tots nosaltres operen els prejudicis i l'imaginari col·lectiu, i en aquest cas, mentre que els gitanos i gitanes generaven l'alarma social no ho feien els altres, i el comportament que estava sobre la taula de soroll i molts familiars operava més en la família no-gitana que en la gitana!

I si parlem de discriminació per serveis, cal dir que les atencions als Centre d'Atenció Primària es destaquen per la manca de temps com ja dèiem, però no per cap tipus de conducta discriminatòria per part del

personal sanitari. Amb els metges i metgesses de família es destaca el bon tracte i la confiança, i sinó és així també es remarca que et pots canviar. Els casos que s'anomenen o es perceben com a discriminatoris es situen als serveis d'urgència i als hospitals, amb professionals que veus per primera vegada, i on les relacions poden estar més marcades per les concepcions grupals i generalistes per ambdós parts. Fins i tot hem recollit algun cas en hospitals privats, i a on als gitans que utilitzaven el servei deien: "ni pagant como qualsevol altre ens volen". En aquest cas les queixes dels professionals havien estat també per les visites familiars.

Si hem dit que **cal reforçar l'educació per a la salut de les famílies gitanes, també cal formar als professionals i les professionals sanitàries que tenen entre els seus usuaris i usuàries altres diversitats culturals, com ho és la gitana en aquest cas**, amb algunes especificitats culturals, i amb un percentatge alt de vulnerabilitat social que cal tenir en compte.

“Debo advertir que mi amigo es un radical: para él, la medicina no es un negocio, sino un servicio público, así que nunca practicó la medicina privada y siempre ha vivido con lo justo. Por lo demás no considera que la medicina pública en el Estado español sea mala; al contrario: considera que es muy buena, pero también podría ser mejor, y que para serlo sólo le hace falta una cosa, y es que los médicos puedan relacionarse con los pacientes como personas, que les dejen hablar, que les den tiempo de contar lo que pasa, aunque lo que les pase no sea nada, o sobre todo entonces, porque si no les pasa nada, es que eso es precisamente lo que les pasa, y es grave. Mi amigo como se ve, cree que las palabras curan tanto como los antihistamínicos, si no más, y las palabras se fabrican con tiempo; según él, no se trata de que el médico se haga amigo del paciente, sino sólo de que no le trate como en aquel chiste en que un hombre entra en la consulta diciéndole al médico [Doctor, nadie me hace caso], y el doctor contesta: [!siguiente!]. En fin, quizá son sólo cosas de mi amigo; yo no sé: me limito a decir lo que él dice (...) Hoy tienes treinta pacientes y al día siguiente ya te han caído treinta y cinco, y al día siguiente cuarenta, y así un día tras otro (...) Ofrecer una ayuda sería a cuarenta enfermos, desde por la mañana hasta la hora de comer, es físicamente imposible, o sea que, aunque no lo quieras resulta que todo es una farsa. En un año de ejercicio he visitado doce mil pacientes; o sea, que, en pocas palabras, he engañado a doce mil personas”

Javier Cercas (2009) El País Semanal. Palos de Ciego. Chéjov y la farsa.

10. MEDIACIÓ

La mediació social i cultural, la mediació en conflictes, i altres intermediacions són avui el motiu d'un bon nombre d'articles i llibres. I també de polèmica en els diferents plantejaments que s'esmenen, però no entrarem en aquest debat de manera genèrica, tan sols en el que fa referència a la mediació entorn a la cultura gitana. Ja s'ha fet a les altres etnografia en quant al grup tractat i també a l'informe general de la Dra. Teresa San Román.

El binomi gitanos i mediació ja compta amb uns anys de recorregut. Uns anys on majoritàriament el que s'ha anomenat mediació ha tingut a veure amb la mediació en conflicte, no en la prevenció. I mediació en conflictes que sovint ha estat externalitzada a programes duts a terme per les associacions gitanes, on un/a dels seus membres ha estat contractat per aquesta tasca: la mediació natural, natural perquè l'únic requisit era ser gitano o gitana, i més freqüentment gitano en masculí. A aquests mediadors, sense haver estat formats per aquesta tasca, les administracions i institucions majoritàriament els hi demanaven estar presents en els conflictes produïts amb gitanos, ja fossin veïnals, entre diferents famílies gitanes, etc. Conflictes que de vegades havien de ser tractats pels diferents estaments d'ordre públic i no pels propis gitanos. Però també s'ha de dir que suposaven una via de treball i professional per alguns dels membres de la comunitat gitana. I no han estat utilitzats com a traductors/es perquè la llengua és la mateixa, encara que no hem d'oblidar que és el que ha passat amb altres grups de població immigrada. En aquest darrer cas, sovint no són mediadors/es sinó traductors/es.

Aquest plantejament incorrecte, segons el nostre parer, ha portat molts malentesos i errors: una associació per ben intencionada que sigui no representa a la totalitat dels gitanos i gitanes de la població on s'ubica; el gitano/a mediador/a tampoc els representa, si pertany a un grup de gitanos o a un altre podrà o no intervenir, si és home i vol mediar en temes considerats de dones, ho té malament...; a una persona no se la pot posar a mediar pel sol fet de pertanyer al grup cultural, sense tenir cap formació per fer-ho. És així com s'ha anat generant una via de treball, en aquest cas per mitjà de l'anomenada mediació, que no és més que una

mediació poc professionalitzada, i sovint aïllada dels programes d'intervenció. Posaré dos exemples recents: el primer es planteja en unes jornades sobre interculturalitat i salut, i en elles el tema de la mediació és clau, però totes les vegades que es fa referència als mediadors/es culturals se les separa dels professionals, així apareix de manera explícita, encara que amb un contingut implícit, el binomi mediadors/es//professionals com si els i les primeres no fossin professionals. I només un metge, al final de la jornada, fa una crida a aquest plantejament.

El segon exemple té a veure amb un programa de mediació a un hospital català, al qual es forma a mediadores de diferents contextos culturals i fan pràctiques al mateix context sanitari. Elles mateixes explicitaven algunes de les qüestions que no els hi agradaven. Pocs professionals de l'hospital coneixien el servei, la majoria dels i les coneixedores el demanaven per traducció, i només dos eren les demandes adreçades a la medidora gitana: una perquè havia desaparegut una bossa a una planta on estava ingressat un gitano (i directament s'acusava a la família d'aquest, i a més, s'avisava a la medidora i no a seguretat o als Mossos d'esquadra!!!), i l'altre en el cas d'un malalt gitano gran que no volia acatar el que li deia el professional sanitari. La medidora gitana es queixava de les escasses demandes, i a més, de les que eren, en el primer cas perquè ella no és un agent d'ordre públic si fos el cas de que el robatori l'haguessin dut a terme els gitans, i en el segon cas perquè una noia jove, com era ella, no té gaires possibilitats d'intermediar amb una home gran gitano i tenir incidència. Per tant els errors en el plantejament són molts: les funcions es confonen, la formació no existeix, és curta o no la adient, i si es professionalitza ha de ser per la formació i el reconeixement. No cal més que recordar la història recent amb els i les educadores de carrer, avui educadors i educadores socials amb títol universitari.

Feta aquesta trajectòria carregada d'errors cal veure quines han estat les demandes dels gitans i gitanes en aquest sentit. Entre la població en situació més marginal, el primer que cal dir és que es desconeix la figura de la mediació, i quan se'ls i explica les funcions que pot fer, no es mostra massa interès, a excepció de remarcar que un

gitano o gitana els pugui ajudar en algunes de les seves dificultats. Ara bé, la figura d'acompanyament es vol que sigui un familiar.

Entre la població amb una situació més benestant i amb formació acadèmica, la resposta a aquesta figura és clara: no la necessiten, i a més demanen ser tractats com a persones individualment, no des de la mirada de grup cultural topificat i amb la presunció de certs preceptes com a veritables per a tots els gitanos i gitanes. Algunes cites en aquesta moda de la mediació i que poden xocar són les següents: “jo no faria cap ús dels mediadors/es”, “conec l'existència de mediadors sociosanitaris, però haurien de tenir més formació”, “conec tots els serveis i em manego bé entre ells, no necessito a ningú. Crec que no hauria d'haver cap diferència en el tracte amb els pacients, siguin del grup cultural que siguin, encara que els professionals haurien d'entendre algunes especificitats culturals, i això es fa formant-se i escoltant als malalts[...]”, “conec al mediador de la zona, però mai he sol·licitat aquest servei”.

Ara bé, tot i fer aquesta crítica a la mediació generalitzada que s'ha portat a terme, hem de valorar algunes intervencions que han contemplat la figura de promotors i promotores gitanos i gitanes i referents alhora. Figures professionalitzades que han contribuït i contribueixen, en el marc d'equips interdisciplinaris, a garantir que el missatge arribi a la població gitana, a adaptar discursos, a ser un/a referent en l'àmbit on s'intervé i a canalitzar positivament les propostes de canvi, i com no la formació. Existeixen promotors i promotores en educació, en l'àmbit laboral i menys, però alguns i algunes en el tema sanitari. Hi ha alguna experiència en equips que promouen l'educació per a la salut i on aquestes professionals, perquè són totes dones, i conjuntament amb infermeres i metges i metgesses, treballen la prevenció, la importància de les revisions i sobretot l'acompanyament al ginecòleg o ginecòloga. En aquests casos, i com ja hem vist a l'apartat específic de dones, els resultats aconseguits són positius.

11. RECOMANACIONS I PROPOSTES PER A L'ACCIÓ

Les recomanacions i propostes tenen dos eixos diferents, per una banda les demandes fetes pels gitans i gitanes entrevistats/des, i per l'altra les que des de l'antropologia creiem haurien d'implementar-se i contribuir a un millor plantejament de les intervencions socials, culturals i sanitàries amb la població gitana.

En l'apartat sobre la valoració dels sistema sanitari ja fèiem referència a les queixes que els gitans i gitanes entrevistats posaven a sobre de la taula, l'intent de pal·liar-les ja és en sí mateix una recomanació i proposta.

Repassem quines són aquestes en format de proposta:

- 1.- Major temps d'atenció a les visites mèdiques.**
- 2.- Més rapidesa en l'execució i resultats de proves mèdiques.**
- 3.- Més professionals sanitaris.**
- 4.- Atenció individualitzada i no des de l'estigma de grup.**
- 5.- El coneixement cultural dels professionals sanitaris.**
- 6.- L'empatia i l'escolta activa.**
- 7.- Que es contempli l'acompanyament familiar** (família extensa) com a cura, i s'habilitin espais per a poder estar sense molestar.

Des de la vessant disciplinària creiem que els programes d'intervenció i de promoció de la salut amb població gitana han de ser integrals i mantinguts en el temps, i han de tenir en compte la variable cultural de manera específica, però sobretot han de tractar de pal·liar les desigualtats socials que encara subsisteixen en una part important d'aquesta població. I dit aquest marc generalista, cal entrar en apartats com:

1.- Polítiques públiques i intervencions proactives adreçades a millorar tant la situació de desigualtat de la població gitana, com les desigualtats observades en la població amb pitjors condicions socioeconòmiques. I per això s'han de desenvolupar estratègies com les que ja s'anomenen a l'estudi *Hacia la Equidad en Salud*:

- a) **Disseny d'objectius específics de reducció de la desigualtat** i de l'atenció a la diversitat en els serveis normalitzats del Sistema de Salut (no sent necessaris serveis especials sinó adaptats a les diferències existents).
- b) **Formació del personal sanitari.**
- c) **Promoure la participació de la població gitana.**
- d) **Promoure el treball i l'acció intersectorial.**

2.- La promoció de la salut al llarg del cicle vital i, de manera específica i molt important, en la infància i la joventut, així com incloure la perspectiva de gènere en les intervencions per la reducció de les desigualtats en salut, degut a la major presència de problemes de salut en les dones gitanes. I contemplar la corresponsabilitat d'homes i dones¹⁹.

3.- Educació per a la salut que arribi a les famílies gitanes (prevenció, millora en els seguiments i proves, reduir l'automedicació,

¹⁹ No són pocs els programes que considerant a les dones gitanes les transmissores educatives de la comunitat posen novament tot l'esforç de la intervenció en elles, tornant a ser així les més perjudicades.

facilitar l'accés a serveis com el de salut bucodental, vista i oïda...). És necessària **l'adaptació de materials didàctics i campanyes d'informació i sensibilització.**

4.- Figures referents gitanes. Professionals que amb la formació necessària formin part d'equips interdisciplinaris i interculturals.

5.- Creiem és necessari continuar aprofundint en la investigació d'aquests primers resultats, així com promoure alguns estudis monogràfics sobre alimentació, salut sexual i reproductiva, riscos en les situacions marginals, etc.

6.- Es fa imprescindible la coordinació i el treball en xarxa de tots els agents implicats en la salut, tenint en compte la valia dels equips interdisciplinaris i interculturals professionalitzats i en formació continua.

7.- Millorar la qualitat en el tracte prestat des dels serveis d'urgència. Especialment es pot proposar per a la seva valoració la **creació de sales polivalents** en centres d'urgències i hospitals, que poguessin acollir adequadament als familiars de les persones malaltes.

Totes aquestes recomanacions suggerides han de ser aplicades en el context de millores de les inversions i en els recursos del sistema sanitari (personal, centres, recursos en general,...).

Una cita útil per a la reflexió. Una realitat complexa.

Quando hacerlo bien es hacerlo mal

“Me cuenta una médica de familia (que también lo es de la mía) que la Administración está poniendo en marcha unos curiosos sistemas de evaluación del trabajo de los profesionales de la salud. Los califico de curiosos aunque debería tacharlos de paradójicos porque resulta que, cuando se aplican, quien trabaja bien al final es quien lo hace rematadamente mal.

Se explica ella. Y trato de explicarme yo. Lo que realmente importa es que “la imagen” que se ofrezca al público sea buena. Es decir que no haya que esperar cuando se pide cita y que no se prolongue demasiado la consulta. Vamos, que aquello funcione.

Ella me cuenta lo que hace. Procura atender bien a los pacientes, tratarlos con amabilidad, acertar en el diagnóstico y explicarles claramente lo que les sucede y lo que tienen que hacer para prevenir la enfermedad o para curarse si ya la tienen. Eso lleva un tiempo. De esta forma termina una hora o dos más tarde de lo que debiera. Como los pacientes saben cómo actúa y cómo es, prefieren que ella los atienda de modo que, cuando no está, esperan a que se incorpore.

Pero hacerlo así, así de bien, le perjudica. Porque tiene más pacientes (como tiene más pacientes gasta más, medica más, deriva más a los especialistas...) y eso, en lugar de constar positivamente para la evaluación, cuenta, aunque negativamente. Le preguntó de forma clara y explícita:

- *¿Qué sucede si tienes más pacientes de los que te corresponden? ¿Eso va a contar?*
- *Sí, pero negativamente. Porque eso demuestra que no gestiona usted bien su cupo. (Llamam cupo al número de pacientes que le corresponde atender a un médico).*

Se puede concluir claramente que los pacientes importan menos que la imagen que pueda ofrecerse del servicio, que el ahorro que se pueda hacer. Pienso que, a veces, los políticos consideran tontos a los ciudadanos. ¿Es que no saben los pacientes cómo han sido atendidos en la consulta? Sólo es eso lo que les importa, lo que digan las gráficas en los folletos publicitarios les importa un bledo.

Se está imponiendo en la salud, en la educación y en todos los servicios, una filosofía y unos métodos de evaluación meramente cuantitativos en los que los beneficiarios son lo último que se tiene en cuenta. Se trata de que las apariencias engañen. Lo que importa con esos métodos de evaluación es que la maquinaria parezca perfecta.

Hay que tener presente que la evaluación condiciona todo el proceso del trabajo. Al marcar unas pautas para conseguir el éxito, los profesionales son inducidos a la trampa. Porque, para tener éxito, tienen que ser peores profesionales. ¿No será un mejor indicador el hecho de que los pacientes quieran ser atendidos por un profesional porque se sienten bien tratados, bien diagnosticados y bien atendidos? ¿No es un buen

indicador que un médico tenga muchos pacientes? ¿O los pacientes son imbéciles y quieren ir con quien, según la evaluación oficial, es un desastre?

Es un signo propio de los tiempos neoliberales en los que nos hemos instalado. El eficientismo es lo que cuenta. La consecución de resultados es lo que importa. La productividad. La competitividad. La cuantificación.

Otro defecto que tienen estas políticas eficientistas es que se elaboran y se imponen sin escuchar ni contar con las profesiones. Y, sobre todo, con los buenos profesionales. La perversión puede ser total cuando todos se pliegan y se someten a esos planteamientos. Los mejores dejan de serlo. Los mediocres se encuentran en su salsa y los malos profesionales, con un pequeño esfuerzo, logran sobrevivir.

Pero claro, como se manejan números, como se hacen estadísticas, como se presentan gráficas a la opinión pública y a las jerarquías, se consigue que todo cuadre, que todo encaje. Así muere la iniciativa, la crítica, la pasión por el trabajo, el esfuerzo, la pretensión de mejora. El engaño se instala en las instituciones y en las políticas que las rigen y se produce el "síndrome del eficientismo", que consiste en alcanzar buenos resultados a toda costa, sin que en absoluto importen los procesos que conducen a ellos. Nadie mejor que una persona obsesionada por lo cualitativo, por la verdadera calidad, puesto que sabe que cien gramos de oro son algo muy distinto a cien gramos de arena.

¿Qué es lo que se debe hacer? Aquello que conduzca al éxito, tal y como lo entienden quienes gobiernan. El círculo nace en la voluntad de los legisladores y se cierra después de haber pasado por los profesionales cumplidores y acrílicos. No se puede discrepar porque caes en desgracia. Sin embargo quienes se acomodan a las exigencias del poder y lo adulan diciendo que ésta es una forma rigurosa de proceder, salen ganando. Cuando en una sociedad o en una institución los aduladores prosperan y los críticos son condenados al ostracismo o a la persecución, bien podemos hablar de una sociedad o de una institución corrompida.

No pasa esto sólo en el área de la salud. El fenómeno se está generalizando en el marco de una cultura neoliberal obsesionada por los resultados, por la competitividad, por la productividad indiscriminada, por la imagen que generan los datos. La dignidad de la persona queda difuminada en ese marasmo de números. La calidad de los procesos desaparece frente a la trascendencia del resultado obtenido. La opinión de los protagonistas se diluyen detrás de los cuadros de barras. Más que por los resultados, por las estadísticas de esos datos. Pero ya se sabe lo que decía Winston Churchill: "Sólo me fío de las estadísticas que yo he manipulado previamente". Hay quien piensa que, donde hay número, hay ciencia. Y que, donde hay ciencia, hay verdades indiscutibles. No es cierto. Los datos sometidos a tortura, acaban confesando aquello que desea quien los maneja.

Alguien puede pensar que mi postura está alejada de la exigencia, de la necesidad de la evaluación y del control. Nada más alejado de la realidad. Creo necesario evaluar con rigor lo que hacemos, sobre todo quienes trabajamos en los servicios públicos. Pero hay que evaluar de forma rigurosa, no de forma adulterada."

Miguel Ángel Santos Guerra.
La pedagogía contra Frankenstein. Editorial Graó, Barcelona 2008.

12. APUNTS FINALS

Acabada la redacció d'aquest informe, s'arriba a algunes conclusions que poden semblar òbvies, però no per això poc importants.

Sovint les diversitats queden diluïdes, i també sovint oblidem l'ènfasi en les singularitats. I és així com la majoria dels gitanos i gitanes entrevistats i entrevistades volen ser tractats: tenim en compte la seva diversitat, però sobretot la seva singularitat com a individus, com a persones, amb bon tracte i empatia, amb una bona comunicació i temps. **Com volem tots i totes!!!**

I també queda palès que no som tant diferents, en contra del que sovint s'espera. Les grans diferències, i que marquen alhora desigualtats en l'estat de salut, en l'accés i ús dels recursos sanitaris, estan en la pobresa i la marginalitat de les persones que la pateixen, entre elles un bon nombre de gitanos i gitanes. I també són més les irregularitats que les diferències.

Per tant, suposem que aquest informe s'allunya del que s'esperava o sovint es busca: grans diferències i uniformitzacions. Ni una cosa ni l'altra. Hi ha diferències, hi han varietat de concepcions, però els perills estan en categoritzar els tòpics com a generalitzacions i uniformes estancs (les uniformitats cal dir que no existeixen, calen sempre els matissos), per un costat i per l'altre, per part dels professionals sanitaris i dels gitanos i gitanes. Tot i que com sabem, i com bé assenyala la Dra. Teresa San Román, qui més poder té, més possibilitats d'exercir-lo. De la mateixa manera que la responsabilitat augmenta amb el poder.

Són molts anys visquent gitanos i no gitanos als mateixos barris, a les mateixes ciutats, per assemblar-se, i de la mateixa manera també són molts anys de prejudicis per ambdues parts, prejudicis que sovint no admetem que tenim, i no els deixarem de tenir sense la informació adequada, sense la comunicació bidireccional i en primera persona, i sense la formació necessària abans i durant tot el decurs del nostre exercici professional.

13. BIBLIOGRAFIA

- ANTA FÉLEZ, J.L. (1994), *Donde la pobreza es marginación. Un análisis entre gitanos*, Barcelona: Editorial Humanidades.
- ARDÈVOL I PIERA, E. (1986), *Antropología urbana de los gitanos de Granada*, Barcelona: Universitat Autònoma de Barcelona. Tesis de Licenciatura.
- BERNAL PALACIOS, J. M. (1989), *La población gitana en la región de Murcia*, Cartagena: Concejalía de Servicios Sociales del Ayuntamiento de Cartagena.
- Boletín del Centro de Documentación de la Asociación de Enseñantes con Gitanos*, Madrid: Asociación de Enseñantes con Gitanos. fecha
- CANO, L. (1981), *Un pentecostés en el siglo xx. Historia del avivamiento surgido en el Pueblo Gitano a partir del 1950*, Sabadell: Edición propia del autor.
- CANTÓN, M. (1997), «Evangelismo gitano y creatividad religiosa: cómo se piensan los gitanos, cómo pensar la religión», *Antropología*, 14: Octubre.
- (1998), *Bautizados en fuego. Protestantes, discursos de conversión y política en Guatemala (1989 — 1993)*, Guatemala: Centro de Investigaciones Regionales de Mesoamérica.
- (2001), *La razón hechizada*, Barcelona: Ariel Antropología.
- CARMONA FERNÁNDEZ, A.
- I Jornadas estatales de seguimiento escolar con minorías étnicas. Mayo.
- (1997). «Cultura gitana y cambio social». Jerez de la Frontera: Ayuntamiento de Jerez de la Frontera. II Curso de otoño de la Universidad de Cádiz en Jerez de la Frontera.
- (1999). «Gitanos y sociedad». Zafra (Badajoz): Opinión Romaní.
- Mesa redonda del seminario sobre Historia y Cultura del Pueblo Gitano. Universidad de Extremadura y la Asociación Opinión Romaní, Cáceres, noviembre 1996.
- DELGADO, M. (1998), *Diversitat i integració*, Barcelona: Empúries.
- DELISLE, M. (1986), *Le pentecôtisme chez les Tsiganes: être «chrétien» chez des Sinte-Manouches et Voyageurs*, Mémoire d'Ethnologie. No publicada.
- DEMÓFILO. REVISTA DE CULTURA TRADICIONAL DE ANDALUCÍA. (1999), *Los gitanos andaluces*. Nº 30 – monográfico. Sevilla: Demófilo. Fundación Machado.
- DEPARTAMENTO DE ÉTICA Y SOCIOLOGÍA. (1980), *Los gitanos en Murcia Hoy*, Murcia: Universidad de Murcia.
- DIPUTACIÓ DE BARCELONA (Dir. GARRIGA, C) (2000), *Els gitanos de Barcelona. Una aproximació sociològica*. Barcelona: Diputació de Barcelona.

- (2003), *Els gitanos de Badalona. Una aproximació sociològica*. Barcelona: Diputació de Barcelona.
- DROM KOTAR MESTIPEN, (2002), «Las mujeres gitanas de Barcelona en el siglo XXI», Barcelona: CREA. página web: <http://www.dromkotarmestipen.org>
- FELIU VALIENTE, V. (1976), *Sociología de la educación del pueblo Tzigane*, Barcelona: Ediciones de la Universidad.
- FEDERACIÓN DE ASOCIACIONES GITANAS DE NAVARRA GAZ KALO (2005) Campaña de prevención de consumo de tabaco NASTIS. Pamplona: Gobierno de Navarra.
- FERNÁNDEZ, D.L. (1993), «Modelos organizativos y asociativos del Pueblo Gitano», en *Los gitanos en la historia y la cultura, Actas de un Congreso*. Granada: Junta de Andalucía. Consejería de Trabajo y Asuntos Sociales.
- (1996), *Situación y perspectivas de la juventud gitana en Europa*, Barcelona: Instituto Romanó.
- FLECHA, R. (1990), *La nueva desigualdad cultural*, Barcelona: El Roure.
- FONSECA, I. (1997), *Enterradme de pie. El camino de los gitanos*, Barcelona: Península.
- FRESNO GARCÍA, J.M. (1992), «El asociacionismo en el reto de la Europa Comunitaria», Centro de Documentación de la F.S.G.G. (policopiado).
- (1993), «Las asociaciones: una forma de participación social», en *Los gitanos en la historia y la cultura, Actas de un Congreso*. Granada: Junta de Andalucía. Consejería de Trabajo y Asuntos Sociales.
- (1996), «Asociarse para participar», Centro de Documentación de la F.S.G.G. (policopiado).
- FUNDACIÓN SECRETARIADO GENERAL GITANO. (2003), *50 mujeres gitanas en la sociedad española*, Madrid: coeditan F.S.G.G. e Instituto de la Mujer.
- FUNDACIÓ ESICO (1990), «El campamento gitano de Riu Sec», *Revista de Treball Social*, Barcelona.
- GAMELLA, J. (1996), *La población gitana en Andalucía: un estudio exploratorio de sus condiciones de vida*, Granada: Junta de Andalucía, Consejería de Trabajo y Asuntos Sociales.
- (1998), *La imagen infantil de los gitanos. Estereotipos y prejuicios en escuelas multiétnicas*. Valencia: Fundació Bancaixa.
- (2000), *Mujeres gitanas. Matrimonio y género en la cultura gitana de Andalucía*. Sevilla: Secretaría para la Comunidad Gitana. Consejería de Asuntos Sociales. Junta de Andalucía.
- GARCÍA GONZÁLEZ, H. (1993), «El movimiento asociativo gitano: claves para un diálogo intercultural», en *Los gitanos en la historia y la cultura, Actas de un Congreso*. Granada: Junta de Andalucía. Consejería de Trabajo y Asuntos Sociales.

- GARCÍA LORCA, F. (1972), *Romancero Gitano*, Madrid: Colección Austral.
- GARRETA BOCHACA, J. (1999), «Gitanos y religión», *Revista Internacional de Sociología (RIS)*, nº 22.
- GAY, P. (1995), «Sex», «Gender» and the Gitanos of Madrid, Cambridge: Cambridge University Press. Tesis Doctoral.
- GEERTZ, C. (1996), *Los usos de la diversidad*, Barcelona: Ediciones Paidós, ICE de la Universitat Autònoma de Barcelona.
- GIMÉNEZ ADELANTADO, A. (1994), *Un grupo étnico en el medio urbano. Gitanos en la ciudad*, Madrid: Universidad Complutense. Tesis doctoral.
- GIMÉNEZ, A. (1993), *Llamamiento de Dios al pueblo Gitano*, Madrid. Edición del propio autor.
- GIEMS (1976), *Los Gitanos al encuentro de la ciudad: del chalaneo al peonaje*, Madrid: EDICUSA.
- Gitanos en el casco viejo de Vitoria-Gasteiz: situación actual y establecimiento de bases para su promoción* (1985), Vizcaya: Servicio Central de Publicaciones del Gobierno Vasco.
- GLIZE, R. (1988), «Pentecôtistes, catholiques, aspects des pratiques religieuses», *Études Tsiganes*, 2.
- (1989), «L'église Évangélique tzigane comme voie possible d'un engagement culturel nouveau» en Patrick WILLIAMS, comp. *Tsiganes: Identité, évolution*, París: Syros.
- GÓMEZ ALFARO, A. (1993), *La Gran redada de gitanos*, Madrid: Centro de Investigaciones Gitanas.
- (1993), «Españoles gitanos: una historia de amores y desamores», *I Tchatchipen*, 4: Octubre-Diciembre.
- (2000), «La Chiesa spagnola e gli Zingari», en *La Chiesa cattolica e gli Zingari*, Roma/París: Colección Interface, nº 23.
- GONZÁLEZ ECHEVARRÍA, A, y SAN ROMÁN, T. (1994), *Las relaciones de parentesco*, Bellaterra: Servei de Publicacions de la Universitat Autònoma de Barcelona.
- GRUPO AMAT (1984), *Los gitanos en estado de extrema necesidad en Galicia*, Madrid: Secretariado General Gitano.
- GUILLAMET, J. (1970), *Els Gitanos: aproximació a un racisme*, Barcelona: Pòrtic.
- GUTIÉRREZ LÓPEZ, J. (1976), «Los gitanos aleluyas», *Revista Vida Nueva*, nº 1041.
- (1998), *La comunidad gitana. Un reto a la evangelización de la Iglesia Católica*, Sevilla: edición del autor.
- HEREDIA MAYA, J. (1983), *Charol*, Granada: Colección Arenal de poesía.
- INIESTA, A. (1981), *Los Gitanos: problemas socioeducativos*, Madrid: Narcea.

- INSTITUTO DE SOCIOLOGÍA APLICADA, (1978), *Los gitanos españoles*, Madrid: Asociación Secretariado General Gitano.
- Interface. Boletín de información publicado por el Centro de Investigaciones Gitanas*. París: Université René Descartes.
- I Tchatchipen. Revista trimestral de investigación gitana*. Barcelona: Instituto Romanò de Servicios Sociales y Culturales.
- (1995), «La misión de la Iglesia en el mundo gitano», Editorial en el nº 12.
- ISAM (1990), *Los gitanos españoles*, Madrid: Secretariado General Gitano.
- JORDÁN PEMÁN, F. (1990), *Los Alelukas*, Madrid: Secretariado Nacional Gitano, materiales de trabajo nº 5.
- (1991), *Religiosidad y moralidad de los gitanos en España*, Madrid: Asociación Secretariado General Gitano.
- JUNTA DE ANDALUCÍA, (1994), *Plan Integral para la comunidad gitana de Andalucía*. Sevilla: Junta de Andalucía, Consejería de Trabajo y Asuntos Sociales.
- (1995), *Plan Integral para la Comunidad Gitana de Andalucía. Memoria-Balance 1997-2000*. Sevilla: Junta de Andalucía, Consejería de Trabajo y Asuntos Sociales.
- (1995), *Los gitanos en la historia y la cultura. Actas de un Congreso*, Granada: Junta de Andalucía, Consejería de Trabajo y Asuntos Sociales. Delegación Provincial de Granada.
- KAPLAN, A. (1998), *De Senegambia a Cataluña. Procesos de aculturación e integración social*, Barcelona: Fundació «la Caixa».
- KAPROW, M. L. (1978), *Divided we stand. A study of Discord among Gypsies in a Spanish City*, New York: Columbia University Press. Tesis Doctoral.
- (1991), «Exaltando lo transitorio: gitanos en Zaragoza», *Política y Sociedad*, Madrid: Universidad Complutense.
- KNIPMEYER, M; BUENO, M. y SAN ROMÁN, T. (1980), *Escuela, pueblos y barrios*, Madrid: Akal.
- LAGUNA, D. (1996), «Notes sobre l'evangelisme gitano. Una nova síntesi cultural», *Antropologies*, 6: octubre.
- (1997), «Un culto de poder», *Rev. I Tchatchipen*.
- (1999) «Resolviendo la salud. Los gitanos catalanes». *Gazeta de Antropología*. 15: 12-15.
- LEBLÓN, B. (1987), *Los Gitanos de España: el precio y el valor de la diferencia*, Barcelona: Gedisa.
- LIÉGEOIS, J.P. (1987), *Gitanos e itinerantes*, Madrid: Asociación Nacional Presencia Gitana.
- (1998), *Minoría y Escolaridad: el Paradigma Gitano*, Madrid: Editorial Presencia Gitana.

- LUCAS SAMPER, A. (2002), «La Iglesia Evangélica de Filadelfia: un acercamiento a la religiosidad de los gitanos en España», Alicante: Universidad de Alicante, Dto. Sociología II. página web: <http://www.sincronia.es>
- LUNA, J. C. (1989), *Gitanos de la Bética*, Cádiz: Universidad de Cádiz.
- MALLART I GUIMERÀ, L. (1992), *Sóc fill dels Evuzok. La vida d'un antropòleg al Camerun*, Barcelona: La Campana.
- MARÍN, P., ed. (1988), *Barri de La Mina. Proposta de treball comunitari*, Barcelona: Fundació Família i Benestar Social, La llar del llibre.
- MARUSHIAKOVA, E. Y POPOV, V. (2002), «Relaciones interétnicas y religiosidad de los gitanos en Bulgaria», *Rev. I Tchatchipen*, nº 40.
- MEAD, M. (1982), *Sexo y temperamento*, Barcelona: Paidós Studio.
- (1984), *Adolescencia, sexo y cultura en Samoa*, Barcelona: Planeta-Agostini.
- MÉNDEZ, C. (1992a), «Los gitanos de Torre Romeu», Bellaterra: Universitat Autònoma de Barcelona. Trabajo manuscrito.
- (1992b), «Desestructuració o manteniment de la cultura gitana?», *Carrer*, 16, setembre-octubre.
- (1993), «Posición de las mujeres en la vida social y en la cultura gitana», *Página Abierta*, 25: Marzo.
- (1997a), «Los gitanos, cultura y riesgo de marginación social», *Informe anual de SOS Racismo*, Enero.
- (1997b), «Conceptualització de la Infància i l'adolescència: Context Cultural Gitano», *Programa per a la Formació de Formadors en el Camp de les Relacions Interculturals en el Marc Escolar*.
- (1997c), «Expectatives socials i educatives: El cas de la Població Gitana», *Programa per a la Formació de Formadors en el Camp de les Relacions Interculturals en el Marc Escolar*.
- (1997d), «Necessitats educatives: Identificació d'aspectes centrals, rellevança i motivació. El cas de la Població Gitana», *Programa per a la Formació de Formadors en el Camp de les Relacions Interculturals en el Marc Escolar*.
- (1998a), «Els gitanos: Un Poble, unes trajectòries», *L'Avenç*, 226.
- (1998b), «En lo alto de los Palcos», *Acobá Caló*, 36.
- (2003), «La mujer gitana: del catolicismo al pentecostalismo», Bellaterra: UAB.
- MÉNDEZ, C. y RAMÍREZ, S. (1999), «Gitanos: Contextos, Trayectorias y Salud», *Formación Médica Continuada*: Abril.

- MINISTERIO DE ASUNTOS SOCIALES. (1993), *I Encuentro Estatal del Programa de Desarrollo Gitano. Ponencias*. Madrid: Ministerio de Asuntos Sociales. Dirección General de Acción Social. (policopiado)
- MINISTERIO DE TRABAJO Y ASUNTOS SOCIALES. (2003), *Informe del Programa de Desarrollo Gitano*, Madrid: M.T.A.S. Secretaría de Asuntos Sociales. Dirección General de Acción Social del Menor y de la Familia. (policopiado)
- MINISTERIO DE SANIDAD Y POLÍTICA SOCIAL Y LA FSG (2006), *Hacia la Equidad en salud. Estudio comparativo de las Encuestas Nacionales de Salud a población gitana y población general de España*.
- MSC-FSG (2005) *Guía para la actuación con la Comunidad Gitana en los Servicios sanitarios*. Madrid. MSC-FSG.
- CEPG-MSC-FSG (2008) *Comunidad Gitana y Salud. La situación de la comunidad Gitana en España en relación con la salud y el acceso a los servicios sanitarios. Conclusiones, recomendaciones y propuestas*. Madrid: CEPG-MSC-FSG.
- MONTOYA, J.M. (1987), *La minoría gitana en la comunidad de Madrid*, Madrid: Consejería de Salud y Bienestar Social, Instituto Regional de Estudios.
- Nevipens Romani*, Barcelona: Unió Romani.
- PEETERS GRIETENS, K. (2002), *La participación de los jóvenes gitanos. Una perspectiva desde la antropología política*, Barcelona: Fundació Jaume Bofill.
- PRAT, J. (1997), *El estigma del extraño. Un ensayo antropológico sobre sectas religiosas*, Barcelona: Ariel.
- Pomezia. Boletín de información gitana*, Barcelona: Secretariado Nacional Gitano.
- PRESENCIA GITANA, ASOCIACIÓN NACIONAL. (1990), *Mujeres Gitanas ante el Futuro*, (Dir. Wang, K.), Madrid: Editorial Presencia Gitana.
- (1991), *Informe sobre la cuestión gitana*, Madrid: Editorial Presencia Gitana.
- PROROM. (2002), «Tiempos de gitanos. Tradición cultural y religiosidad», Colombia: Proceso Organizativo del Pueblo Rom (Gitano) de Colombia, PROROM.
- PROYECTO BARAÑÍ. (2000), *Mujer gitana y sistema penal*, Madrid: Ediciones Metyel
- RAMÍREZ HEREDIA, J. (1985), *En defensa de los míos: ¿qué sabe usted de los gitanos?*, Barcelona: Ediciones 29.
- ROMÁN FERNÁNDEZ, M. (1995) *Aportación a los estudios sobre el caló en España*, Valencia: Universitat de València.
- ROMÍ. ASOCIACIÓN DE MUJERES GITANAS DE GRANADA. (1990), *Jornadas sobre la situación de la mujer gitana*, Granada: Romí. (policopiado)

- Romí. *Revista para la promoción social y cultural de la mujer gitana*. (1994-1996), Nº 2, 3 y 4. Granada: Asociación de Mujeres Gitanas de Granada.
- RUBIO HERNÁNDEZ, R. (1988), *Antropología: Religión, Mito y Ritual*, Madrid: Universidad Nacional de Educación a Distancia, Cuadernos de la UNED, nº 053
- SALINAS CATALÁ, J. (1999), Documento de Trabajo para el Estudio preliminar del Plan Integral con la Comunidad Gitana en Extremadura. Madrid: Red, Formación y Desarrollo.
- (2001), «De lo patriarcal a lo androcéntrico. De la singularidad étnico cultural a la singularidad de género. Algunas evoluciones y revoluciones de las mujeres gitanas», Barcelona: Conferencia Europea del Proyecto *Género, pobreza y exclusión social*, SURT.
- (2002), *Khetane. Materiales interactivos para trabajar la cultura gitana*, CD-Rom y libreto, Valencia: Generalitat Valenciana, Conselleria de Cultura i Educació.
- SAN ROMÁN, T. (1975), «Estudio comparativo sobre las comunidades gitanas en zonas urbanas de Madrid y Barcelona», Madrid: Universidad Complutense. Tesis doctoral.
- SAN ROMÁN, T. (1976a), «El buen nombre del gitano», en C. LISÓN, comp., *Temas de Antropología Española*, Madrid: Akal.
- (1976b), *Vecinos gitanos*, Madrid: Akal.
- (1978), «Entre la tradición y el futuro» y «Los miedos del gitano», *Historia*, 22: Febrero.
- (1981a), *Realojamiento de la población chabolista gitana*, Barcelona: Ajuntament de Barcelona, Àrea de Serveis Socials.
- (1981b), «Los gitanos en el mundo del trabajo», *Documentación Social*, 41.
- (1983), «Realojamiento de la población chabolista gitana», *Revista de Treball Social*, 91.
- (1984a), *Gitanos de Madrid y Barcelona: ensayos sobre aculturación y etnicidad*, Bellaterra: Universitat Autònoma de Barcelona.
- (1984b), «Sobre el objeto y método de la antropología», *Quaderns de l'ICA*, 5.
- (1984c), «Antropología aplicada y relaciones étnicas», *REIS*, 27.
- (1985), «Interdisciplinariedad», *RTS*, 98.
- (1992), «Pluriculturalisme i minories ètniques», Barcelona: Publicació «Rosa Sensat».
- (1993), «Retomando marginación y racismo: hipótesis sobre el discurso y su génesis», Barcelona: ICESB.
- (1994), *La Diferència inquietant: velles i noves estratègies culturals dels gitanos*, Barcelona: Serveis de Cultura Popular.
- (1996), *Los muros de la separación. Ensayo sobre alterofobia y filantropía*, Madrid: Editorial Tecnos y Servei de Publicacions de la Universitat Autònoma de Barcelona.

- (1997a), «Conocimiento y legitimación en el marco intercultural de la escuela», *Jornades del Programa de Formació de Formadors en el Camp de les Relacions Interculturals*, Barcelona.
- (1997b), *La Diferencia inquietante: viejas y nuevas estrategias culturales de los gitanos*, Madrid: Siglo XXI.
- SAN ROMÁN, T., comp. (1986), *Entre la marginación y el racismo: Reflexiones sobre la vida de los gitanos*, Madrid: Alianza.
- SÁNCHEZ ORTEGA, M^a H. (1997), *Los gitanos españoles*, Madrid: Castellote editor.
- (1988), *La Inquisición y los gitanos*, Madrid: Taurus.
- SECRETARIADO GITANO, (1967), *La promoción gitana*, Barcelona: Publicaciones de Caritas Diocesanas de Barcelona, nº 18.
- (1967), «El Secretariado Gitano: Un servicio concreto a la evangelización del Pueblo Gitano», Centro de Documentación de la F.S.G.G. (policopiado).
- (1986), «Esquema para la Romería de Fregenal de la Sierra», Centro de Documentación de la F.S.G.G. (policopiado).
- (1989), *Evangelización de adultos gitanos*, Madrid: Secretariado Nacional Gitano. Materiales de Trabajo, nº 1
- (1990), *Los gitanos en la Prensa*, Madrid: Asociación Secretariado General Gitano.
- SPINDLER, G.D. (1993), «La transmisión de la cultura», en GARCÍA CASTAÑO J., comp. *op.cit.*
- SURT. ASSOCIACIÓ DE DONES PER A LA INSERCIÓ LABORAL. (2002), *Género, pobreza y exclusión*, Barcelona: SURT y Comisión Europea.
- TORRES FERNÁNDEZ, A. (1994), «El movimiento asociativo gitano», *Rev. I Tchatchipen*, nº 6.
- UNIÓN ROMANÍ. (1994), *Fundamentos del pensamiento gitano, hoy*, Barcelona: Unión Romaní.
- (1996), *I Congreso Gitano de la Unión Europea*, celebrado en Sevilla en mayo de 1994. Barcelona: Centro de Publicaciones del MEC e Instituto Romanó de Servicios Sociales y Culturales. Edición no venal.
- (1998), *I Congreso Europeo de la Juventud Gitana*, celebrado en Barcelona en noviembre de 1997. Barcelona: Instituto Romanó de Servicios Sociales y Culturales, y el Instituto de la Juventud del Ministerio de Trabajo y Asuntos Sociales. Edición no venal.
- VÁZQUEZ PÉREZ-BATALÓN, C. (1990), «Asociacionismo Gitano», Centro de Documentación de la F.S.G.G. (policopiado).
- VUOLASRANTA, M. (2002), «Grupo Exploratorio del Consejo de Europa Representación Romaní Paneuropea», *Rev. I Tchatchipen*, nº 39

-
- (2002), «Propuestas para la creación de un Parlamento Gitano Europeo», *Rev. / Tchatchipen*, nº 39
- WANG, K. (1988), «Le mouvement pentecôtiste chez les gitans espagnols», en Patrick WILLIAMS, comp. *Tsiganes: Identité, évolution*, Paris: Syros.
- WILLIAMS, P. (1981), «Pour une approche du phénomène pentecôtiste chez les Tsiganes», *La Société, Ministère de l'Éducation Nationale*, Paris.
- (1984a), *Tsiganes: identité, évolution*, Paris: Études Tsiganes-Syros alternatives.
- (1984b), *Mariage Tsigane: une cérémonie de fiançailles chez les Rom de Paris*, Paris: L'Harmattan.
- (1991), «Le miracle et la nécessité: à propos du développement du pentecôtisme chez les Tsiganes», *Arxives de Sciences Sociales*, 73: janvier-mars.
- (1993), *Nous, on n'en parle pas: les vivants et les morts chez les Manouches*, Paris: Éditions de la Maison des Sciences de l'Homme.
- WORSLEY, P. (1980), *Al son de la trompeta final. Un estudio de los cultos «cargo» en Melanesia*, Madrid: Siglo XXI de España Editores.
- XUNTA DE GALICIA. (1991), *La Comunidad Gitana en Galicia*. Santiago: Consellería de Familia e Promoción do Emprego, Muller e Xuventude.
- (2002), *A comunidade gitana en Galicia 1990-2000*. Santiago: Consellería de Familia e Promoción do Emprego, Muller e Xuventude.
- ZOON, I. (2003), «Participación social e institucional de los gitanos españoles», *Rev. / Tchatchipen*, nº 41.

Desigualtats socioeconòmiques i diferència cultural a l'àmbit de la salut en barris d'actuació prioritària de Catalunya

Desde hace tiempo contemplo a los gitanos para buscar en el Otro el extraño que hay en mí.

No es ningún mérito,

es una simple tentativa de comprender quién soy,

de comprender quiénes somos.

Antonio Tabucchi

Desigualtats socioeconòmiques i diferència cultural a l'àmbit de la salut en barris d'actuació prioritària de Catalunya
