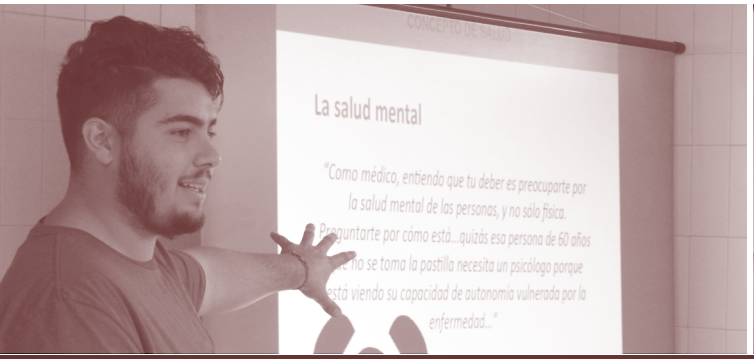
CARTOGRAFIA DE CONEIXEMENTS

Salut i malalties metabòliques en la comunitat gitana del barri del Bon Pastor

CEA
Centre d'Estudis Africans
i Interculturals



CARTOGRAFIA DE CONEIXEMENTS

Introducció

En les últimes dècades, "interculturalitat en salut" o "salut intercultural" han estat conceptes indistintament utilitzats per designar el conjunt d'accions i polítiques que treballen **per incorporar la cultura de l'usuari en el procés d'atenció a la salut**.

La interculturalitat com a proposta d'enfoc metodològic en l'àmbit sanitari afirma que és impossible entendre un procés de salut i/o malaltia sense relacionar-lo amb alguns elements que hi intervenen més enllà del factor biològic: l'històric, el social, el cultural, el polític, l'econòmic i el religiós entre d'altres.
I tot en base a les premisses bàsiques del model intercultural, que són: el respecte mutu entre persones de diferents marc culturals; el reconeixement igualitari dels seus coneixements; la voluntat d'interactuar i comunicar-se; i la flexibilitat per transformar-se, ambdós, com a resultat d'aquestes mateixes interaccions.

Des del Centre d'Estudis Africans i Interculturals creiem en el projecte Cartografia de Coneixements com una aposta per caminar cap a un abordatge intercultural de la salut. Per aconseguir-ho, realitzem investigacions per tal de donar a conèixer i reivindicar els coneixements de tots els grups minoritzats, donant valor als sabers i les maneres de fer que aporta la diversitat cultural; generem espais de trobada necessaris entre el personal mèdic, els agents de mediació i les comunitats migrades, amb la finalitat de prevenir l'exclusió social d'aquestes poblacions en l'àmbit sanitari; generem espais de reflexió i de revisió autocrítica per plantejar-nos el com i el des d'on ens relacionem amb l' "altre" culturalment divers.

Participació, encontre i autorevisió com els tres motors que poden contribuir a teixir noves relacions en l'àmbit sanitari, des d'una major horitzontalitat i sensibilitat.

SOBRE EL PROJECTE

Cartografia de Coneixements neix l'any 2012 amb la voluntat de construir espais de trobada intercultural basats en la interacció positiva, que afavoreixin l'intercanvi de recursos, pràctiques i coneixements entre persones migrades i autòctones.

Per potenciar una societat intercultural és imprescindible que la visió local s'enriqueixi i es nodreixi d'altres aportacions que ja son presents al territori gràcies a les persones migrades residents a Catalunya. És imprescindible, sobretot, generar espais de diàleg i debat, de coneixement mutu i reflexió, entenent que reconèixer l' "*altre*" és també una defensa proactiva dels drets d'igualtat entre tots els ciutadans, independentment del seu origen o adscripció cultural.

LÍNIA D'INTERCULTURALITAT I SALUT

Des de l'any 2016 s'inicia la línia de treball sobre Interculturalitat i Salut en col·laboració amb actors del sistema sanitari públic i serveis de l'administració que requereixen formacions específiques per avançar cap a un abordatge intercultural de la salut.

PROCÉS DE RECERCA, FORMACIÓ I CREACIÓ DE MATERIALS PEDAGÒGICS

Els serveis que oferim s'estructuren en quatre fases:

1. **Recerca**
   Utilització de tècniques qualitatives (entrevistes i grups focals) amb persones de la comunitat culturalment diversa per extreure'n coneixement col·lectiu i poder dibuixar un mapa de les problemàtiques que actualment travessa la comunitat.
   L'equip de recerca està format per professionals adscrits al paradigma cultural hegemònic i també professionals pertanyents a les comunitats minoritzades, majoritàriament treballadors/es de l'àmbit de la mediació.

2. **Taller de Formació amb el personal sanitari**
   Espai de trobada, exposició i debat entre les mediadores o mediadors i el personal sanitari, que prèviament ha participat en el diagnòstic de necessitats a tractar.

3. **Creació de materials pedagògics**
   Recullen les etapes precedents. Els materials es distribueixen entre tots els assistents a la formació i es publiquen a la web del projecte per tal de què el personal sanitari d'altres centres pugui també nodrir-se'n. Es tracta de materials escrits i audiovisuals.

4. **Accions d'intervenció social per contribuir al desenvolupament d'un model de salut intercultural**
   Fruit del treball de camp realitzat amb les comunitats poden sorgir necessitats d'intervenció concretes, demandades pels col·lectius migrats i sanitaris. En aquests casos, realitzem programes i accions de salut comunitària que permetin seguir apropant les parts involucrades i desenvolupar noves accions de sensibilització en salut al territori.

CARTOGRAFIA DE CONEIXEMENTS

Materials pedagògics sobre interculturalitat i salut

MALALTIES METABÒLIQUES A LA COMUNITAT GITANA DEL BARRI DEL BON PASTOR

Els següents materials pedagògics han estat generats a partir del taller sobre "**Malalties metabòliques en la comunitat gitana del Bon Pastro", realitzat al CAP Bon Pastor els dies 29 i 30 de novembre de 2017**".
Les dades presentades s'extreuen de les entrevistes i dels grups focals realitzats durant el treball de camp, i del diàleg mantingut entre el personal sanitari i els mediadors/es durant el taller.

El coneixement extret no pot ni pretén explicar les diferents comunitats migrades en tota la seva complexitat. És un "coneixement situat", i es presenta com una contribució a la difusió dels sabers de grups culturalment diversos.
Les cites que trobareu inserides als textos son frases textuals de persones participants als grups focals.

SALUT I MALALTIES METABÒLIQUES

Comunitat gitana del barri del Bon Pastor

ENTITATS COL·LABORADORES

Associació Gitana del Bon Pastor
Centre d'Atenció Primària (CAP) Bon Pastor
Pla de Barris Bon Pastor-Baró de Viver

DINAMITZADORS

David Amador Lucena
Elisabeth Fajardo Santiago

1. Introducció
2. Metodologia
3. El poble gitano i la seva diversitat
   - Estereotips sobre el poble gitano
   - Apunts sobre la vida familiar i social del poble gitano
4. Percepcions del sector sanitari públic respecte a la població gitana
   - Organismes municipals de promoció de salut comunitària
   - Professionals sanitaris
5. El barri del Bon Pastor
6. Percepcions de la comunitat gitana del Bon Pastor respecte als serveis sanitaris públics
   - Crítiques negatives respecte a l'atenció dels professionals sanitaris
   - Crítiques positives respecte a l'atenció dels professionals sanitaris
   - Sistema de salut pública *versus* sistema de salut privada
   - Percepció de la comunitat respecte a com els professionals sanitaris perceben els usuaris gitanos amb síndrome o malaltia metabòlica
7. Concepte de salut
   - La salut mental
   - La por en relació amb l'estat de salut
   - Per què de vegades s'evita l'atenció sanitària?
8. Hàbits alimentaris
   - Relleu generacional i canvi d'hàbits alimentaris
   - L'alimentació en esdeveniments especials
   - L'alimentació infantil
9. Activitat física i models de bellesa
10. Actituds i comportaments que poden afavorir una millor comprensió entre metge i pacient

VEUS DE LA COMUNITAT GITANA DEL BON PASTOR

REUNIÓ I ENTREVISTES AMB PERSONES DE L'ÀMBIT SANITARI

Reunió de diagnòstic amb personal sanitari del **Centre d'Atenció Primària (CAP) Bon Pastor**, pertanyent a l'equip de salut comunitària d'aquest mateix centre.

Entrevista a un **metge vinculat a serveis públics d'atenció primària**, especialitzat en atenció amb perspectiva intercultural.

Entrevista a una referent de l'àrea de salut comunitària de l'Agència de Salut Pública de Barcelona.

GRUPS FOCALS AMB LA COMUNITAT GITANA DE BON PASTOR

Grup focal mixt realitzat al local de l'**Associació Gitana del Bon Pastor**.

Grup focal de dones realitzat al local de l'**Associació Gitana del Bon Pastor**.

GRUPS FOCALS AMB DINAMITZADORS I PRESIDENT DE L'ASSOCIACIÓ GITANA

Grup focal amb els **dinamitzadors comunitaris / facilitadors** de la formació i amb el president de l'**Associació Gitana del Bon Pastor**.

ENTITATS COL·LABORADORES

Associació Gitana del Bon Pastor
Centre d'Atenció Primària (CAP) Bon Pastor
Pla de Barris Bon Pastor-Baró de Viver

DINAMITZADORS COMUNITARIS/ FACILITADORS DE LA FORMACIÓ

David Amador Lucena
Elisabeth Fajardo Santiago

1 Introducció

Aquest dossier pedagògic, emmarcat en el projecte Cartografia de Coneixements, és el resultat d'una aproximació etnogràfica realitzada durant els mesos de setembre i octubre de 2017, i que va consistir en la realització de **tres grups focals amb persones de la comunitat gitana del barri barceloní del Bon Pastor**, una **entrevista a un metge** vinculat a serveis públics d'atenció primària, especialitzat en atenció amb perspectiva intercultural, i una **entrevista a una referent de l'àrea de salut comunitària** de l'Ajuntament de Barcelona.

Les motivacions per realitzar aquest estudi van ser moltes, però els principals punts de partida van ser, d'una banda, la falta de coneixement dins de l'àmbit sanitari públic respecte a les particularitats i diversitats del poble gitano, i, d'altra banda, l'escassetat d'iniciatives que inverteixin l'habitual ordre "institució→ usuari" i cedeixin el protagonisme a les pròpies persones gitanes a l'hora de parlar sobre les seves diverses realitats, idees i necessitats.

Els dos objectius que es perseguien en el marc d'aquesta primera experiència col·laborativa entre el Centre d'Estudis Africans i Interculturals (CEAi) i l'Associació Gitana del Bon Pastor van ser:

* Reemplaçar prejudicis i estereotips per coneixement verificat
* Fomentar l'equitat promovent les comunicacions "usuari→ institució".

(entenent aquests objectius com la base mínima necessària per poder repensar i millorar tant els serveis existents com les relacions humanes que tenen lloc en aquests).

La informació presentada en aquest dossier prové exclusivament dels grups focals i de les entrevistes i, en tot moment, és concebuda com una aproximació parcial i localitzada, que, de cap manera, pot ni pretén resumir l'experiència del poble gitano en el seu conjunt.

2 Metodologia

El valor d'aquest treball resideix principalment en el seu caràcter col·laboratiu, la qual cosa marca una diferència respecte a altres iniciatives que també situen com a beneficiari el poble gitano. La implicació activa de les persones beneficiàries en el plantejament, desenvolupament i realització de l'estudi ha estat un aspecte summament clau, en tractar-se d'una **comunitat que amb freqüència ocupa el lloc d'objecte d'estudi però que poques vegades és valorada a nivell institucional com a consultora i gestora d'aquelles problemàtiques que la concerneixen**, o que, d'una forma o una altra, la travessen.

Aquesta posició d'objecte d'estudi, sumada a l'estesa estigmatització del poble gitano, ha generat en moltes persones de la comunitat un sentiment de desconfiança i un desinterès a l'hora de participar en certs tipus de projectes. Això va suposar una important limitació durant la fase inicial de l'estudi i ho vam poder observar de forma sostinguda al llarg del mateix. Davant d'aquesta realitat, **rebre l'assessoria de la Federació d'Associacions Gitanes de Catalunya (FAGIC) i realitzar un acord de col·laboració amb l'Associació Gitana del Bon Pastor van ser dos passos fonamentals**. Això ha representat pel CEAi un nou avanç en la voluntat de generar propostes de recerca-acció més inclusives, coherents i horitzontals.

L'elecció del barri del Bon Pastor com a espai de realització d'aquest treball de camp es deu a la voluntat del Centre d'Atenció Primària (CAP) d'aquest barri de conèixer millor les especificitats i demandes dels seus usuaris gitanos, no només en relació als serveis d'aquest centre en concret sinó també en relació a la prevenció i a l'atenció a la salut en un sentit general. A més d'aquesta inquietud expressada pel CAP Bon Pastor, destaquem la necessitat generalitzada dins del sector sanitari barceloní de conèixer millor la manera en què les persones gitanes conceben i utilitzen els serveis de salut.

L'enfocament monocultural de molts dels serveis sanitaris i el pes dels estereotips recurrents que s'activen al "llegir" a una persona com a gitana han construït barreres i generat "gaps" comunicatius en la relació entre els professionals sanitaris i alguns dels seus usuaris, motiu pel qual l'assistència no sempre resulta eficaç. A la vegada, aquestes circumstàncies dificulten que els professionals sanitaris puguin conèixer millor els seus usuaris i exercitar amb ells altres formes d'atenció, la qual cosa atorga al problema un caràcter circular de complexa solució.

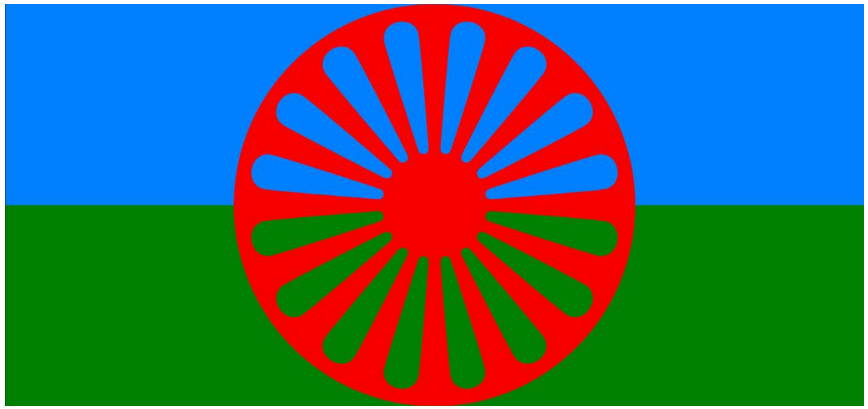
La temàtica central de l'estudi, les **malalties metabòliques**, va ser escollida a causa de l'especial interès mostrat per part del sector sanitari, des del qual s'observa una particular prevalença de síndromes i malalties metabòliques entre persones de la comunitat gitana. És important precisar que aquesta temàtica es relaciona, alhora, amb un dels principals estereotips que existeixen sobre la comunitat gitana, i que té a veure amb la seva presumpta tendència a seguir uns hàbits alimentaris que els professionals sanitaris definirien com a "poc saludables". Ambdues qüestions van ser preses com a punts de referència durant el desenvolupament del treball de camp, però no van limitar l'enfocament d'altres temes rellevants.

Pel que fa a la recollida d'informació, en una primera instància es van realitzar les entrevistes al metge i a la referent de l'àrea de salut comunitària, que van aportar la perspectiva del sector sanitari públic, i, en una segona instància, es van organitzar:

* Un grup focal mixt amb usuaris gitanos del CAP Bon Pastor amb diagnòstic de malaltia metabòlica
* Dos grups focals amb persones de la comunitat gitana del barri —no necessàriament diagnosticades amb una malaltia metabòlica—, un d'ells mixt (5 homes de 42, 26, 23, 21 i 20 anys, i 3 dones de 50, 26 i 22 anys) i un altre només de dones (4 dones, de 19, 19, 21 i 35 anys)..
* Un grup focal amb els dinamitzadors comunitaris / facilitadors de la formació i amb el president de l'Associació Gitana del Bon Pastor.

Per motius aliens a la nostra voluntat, el grup focal amb usuaris del CAP va haver de ser cancel·lat el dia de la seva realització, no sent possible organitzar un segon grup durant el període de l'estudi.

3 El poble gitano i la seva diversitat



Bandera del poble gitano

De què parlem quan parlem de "persones gitanes"? Tot i estar present a la península Ibèrica des de fa aproximadament sis segles, **el poble gitano, constituït per diverses comunitats culturals i per persones de diversa posició social, continua sent per a molts un gran desconegut**, amb freqüència percebut com un grup poblacional homogeni i estàtic dins del qual la singularitat i la capacitat de transformació no existeixen.

Si bé és habitual escoltar a les pròpies persones gitanes parlar del seu poble d'una forma propera, la proximitat amb aquest en el seu conjunt no té a veure amb aspectes superficials i evidents, sinó amb unes arrels compartides i amb unes formes específiques de desenvolupar-se en la vida. Això significa que, igual que ocorre amb altres pobles, les persones que pertanyen al poble gitano presenten incomptables diferències entre elles, i, per tant, la seva particularitat no pot ser mai explicada a través d'estereotips i generalitzacions.

La població gitana de la península Ibèrica pertany en la seva majoria al subgrup cultural caló (un dels diversos presents arreu del món), que compta amb un idioma propi denominat de la mateixa manera i que adopta diferents dialectes en funció del context geogràfic. Tant la cultura com l'idioma caló han interactuat al llarg dels segles amb altres cultures i idiomes presents a la península, donant lloc a cultures i identitats híbrides que superen la dicotomia "gitano-payo (no gitano)". En aquest sentit, moltes persones poden considerar-se a si mateixes tan gitanes com catalanes, andaluses o madrilenyes, i tan catalanes, madrilenyes o andaluses com gitanes[1]. La seva pertinença a una cultura no anul·la la seva pertinença a l'altra, sinó que ambdues es combinen constituint un tot. Aquest fet és extensible a les persones no gitanes, que moltes vegades es troben igualment immerses en aquesta barreja, reflectida en determinats aspectes de la cultura peninsular com l'art, les relacions interpersonals o les expressions lingüístiques.

En el cas concret de la ciutat de Barcelona, la població gitana mostra diferències significatives entre la comunitat catalanoparlant i la castellanoparlant, un aspecte que s'observa en la seva marcada concentració per barris, fent-se present la primera en zones com Gràcia, Hostafrancs i El Raval, mentre que la segona es troba majoritàriament concentrada en barris menys cèntrics, com La Mina, el Bon Pastor o Sant Roc. En línia amb el comentat anteriorment, aquesta segregació no té a veure exclusivament amb ser o no ser un tipus concret de gitano, sinó que guarda relació amb el tipus d'afinitat que cadascuna de les dues comunitats té amb el territori, una diferència que es dóna també en sectors no gitanos de la població i que respon a qüestions d'origen familiar i de bagatge migratori.

Aquesta diferenciació de vegades subtil –o, segons el cas, fins i tot inexistent– entre allò "característicament gitano" i allò "no exclusivament gitano" fa que per moments sigui difícil entendre què defineix com a poble aquest poble en concret, al no presentar sempre trets clars i repetitius que el diferenciïn respecte a la resta de la societat. És en aquest punt en què es torna particularment important subratllar la diversitat interna que existeix entre i dins de les pròpies comunitats, i tenir present que a l'hora de parlar i treballar, sobre o per a elles, la qüestió gitana representarà un eix identitari més en el marc d'altres identificacions creuades amb aquesta, ja siguin col·lectives o individuals.

1 Giménez Adelantado, A. (2009) Atención Sanitaria a la Población Gitana. En Grupo CRIT, Culturas y atención sanitaria: Guía para la comunicación y la mediación intercultural. Barcelona: Octaedro.

3.1 ESTEREOTIPS SOBRE EL POBLE GITANO

"Estem sempre en el mateix, no totes les persones gitanes som iguals. Si em seguissin durant un dia, veurien que tinc una vida bastant comuna. Ens agradaria que es trenquessin els estereotips sobre la comunitat gitana, perquè quan algú ens mira com a gitanos ja canvia el tracte cap a nosaltres. Som persones."

De la mateixa manera que ocorre amb altres comunitats marginades per les cultures hegemòniques, el poble gitano carrega amb el pes d'un gran nombre d'estereotips, alguns d'ells basats en realitats particulars convertides en generalitzacions i d'altres basats en presumpcions arbitràries que són resultat del desconeixement. En qualsevol dels dos casos, aquests estereotips determinen en gran mesura com el poble gitano és percebut des de fora, i fins i tot tenen un impacte en la forma en què les mateixes persones gitanes es presenten o no com a tals dins del conjunt de la societat.

"El meu nebot no diu que és gitano. I va a la universitat. Diu: 'Tita, no ho dic. Si no m'ho pregunten... Doncs millor que no ho digui, perquè... pa' què'?"

En altres paraules, el poble gitano es caracteritza per veure's amb freqüència simplificat i estigmatitzat a partir de mites i generalitzacions, que es troben tan instaurades en l'imaginari col·lectiu d'algunes persones que, en ocasions, perden el seu caràcter desmesurat o imaginari i cobren el pes d'un simple fet de coneixement comú. Quan això ocorre, el poble gitano és concebut íntegrament a través d'aquest filtre i les persones que són llegides com a gitanes perden, en conseqüència, qualsevol tipus de singularitat. Des de la mirada externa, "deixen de ser" persones, homes, dones o ciutadans, per passar a ser "gitanos".

"El problema és que ens tracten utilitzant uns estereotips que afecten a tota l'ètnia, quan jo sóc una persona. No totes les persones som iguals, no ens poden marcar amb els mateixos significats. A més, ja no estem en l'època de la postguerra, i moltes coses dins de la comunitat gitana han canviat."

"A la nostra ètnia, la immensa majoria tenim vides normalitzades, i hi ha una minoria que no vol, que no li interessa, el que sigui... Quan es parla dels gitanos sempre es veu aquesta minoria, no es veu la majoria. I a nosaltres ens costa més integrar-nos perquè a la que saben que som gitanos tenim moltes més traves, hi ha discriminació. Fem un doble esforç, més que persones d'altres orígens".

Segons les observacions realitzades durant el treball de camp, els principals estereotips al voltant de les persones gitanes són:

* Que roben
* Que enganyen
* Que no treballen
* Que són rebels
* Que són ignorants
* Que són irrespectuoses
* Que són masclistes
* Que són homòfobes
* Que són exagerades
* Que mengen malament

Com es pot observar, aquests estereotips són marcadament negatius, i apunten a qüestions que, en el cas d'altres sectors de la població (sectors no gitanos), no són atribuïdes a la pertinença cultural de les persones, sinó que solen associar-se a eixos com la classe social, el poder adquisitiu, el nivell educatiu, etc. El que s'intenta dir amb això és que amb freqüència el poble gitano no és entès com a tal a partir dels trets històrics i culturals que el caracteritzen, sinó a partir d'aspectes de base sòcioestructural que travessen d'igual manera tant a les persones gitanes com a aquelles que no ho són.

És important tenir present en tot moment que quan es parla d'"estereotips" no només es fa referència a idees completament errònies sobre un grup poblacional concret, sinó que s'inclou també el fet de convertir la realitat d'una persona o d'unes persones en una realitat extensible a totes. De la mateixa manera que no totes les persones gitanes "mengen malament", no totes les persones que "mengen malament" són gitanes.

Cartell del dia internacional del poble gitano 2014

3.2 APUNTS SOBRE LA VIDA FAMILIAR I SOCIAL DEL POBLE GITANO

Estructura familiar

L'estructura familiar típica d'una família gitana no difereix de l'estructura familiar més comuna en la societat catalana contemporània: la **família nuclear**. En general, els progenitors són tots dos treballadors, i la descendència exerceix els rols assignats a la infància i adolescència: estan inserits en l'entorn escolar (evidentment la diversitat interna de la comunitat gitana és tan notable com la diversitat interna de tota societat).

De forma generalitzada, la dona gitana està inserida al mercat laboral. També les noies joves gitanes, casades o no, s'insereixen en l'entorn laboral si segueixen residint a la casa dels progenitors, contràriament al que promulguen els estereotips que versen sobre la vida familiar de la comunitat.

Śero-rrom	Es el gitano de más respeto en un grupo, al que todos obedecen
Phuro dad	Abuelo
Phuri daj	Abuela
Dad	Padre
Daj	Madre
Ćhavo	Hijo
Ćhavi	Hija
Phral	Hermano
Phen	Hermana
Kàko	Tío
Bibi	Tía

Llengua Caló. Font: www.fagic.org

Xarxa comunitària territorial extensa

> *"Ens hem criat junts i si li passa alguna cosa a un, sortim tots corrent. Tot i que no et conegui, si jo sé que ets gitano i t'ha passat alguna cosa em preocupo...aquí som tots cosins".*

En context de barri, la comunitat gitana estableix unes xarxes de veïnatge molt estretes: la **territorialitat compartida es tradueix en llaços socials i comunitaris molt rellevants en la quotidianitat de la persona, mantinguts generació rere generació**. Aquesta xarxa està formada per familiars directes, parents més llunyans, persones properes, amics i veïns.

4 Percepcions del sector sanitari públic respecte a la població gitana

Les percepcions que vam recollir es divideixen entre aquelles que provenen d'organismes municipals que treballen en la promoció de la salut comunitària i aquelles que provenen dels professionals sanitaris que treballen en Centres d'Atenció Primària.

Si bé la recollida d'informació es va sintetitzar a través d'una reunió de diagnòstic i de dues entrevistes realitzades a una persona referent de cadascun d'aquests dos àmbits, les aportacions de les persones que van col·laborar en aquesta fase no es van centrar exclusivament en les seves experiències i perspectives personals, sinó que van estar orientades a donar-nos una visió general sobre com en els seus respectius entorns de treball es tendeix a percebre a la població gitana en relació a la salut.

4.1 ORGANISMES MUNICIPALS DE PROMOCIÓ DE SALUT COMUNITÀRIA

Una de les principals limitacions amb les que es troben aquests organismes a l'hora de tenir en compte i analitzar l'estat de la salut dins de la població gitana és la **falta de dades estadístiques oficials sobre aquesta**. Això es deu al fet que els censos només poden prendre com a criteri de classificació poblacional el lloc de naixement de les persones i la seva nacionalitat, deixant de banda altres aspectes identificatius com l'ètnia o la comunitat cultural de pertinença. D'aquesta manera, **les persones gitanes**, **igual que altres persones pertanyents a altres comunitats culturals minoritàries (per exemple, descendents de persones migrades), romanen de vegades estadísticament "anònimes"**, no podent saber si en el seu conjunt —parlant en termes de percentatge— aquestes presenten o no algun tipus de particularitat respecte a altres grups poblacionals.

Partint d'aquesta limitació, alguns organismes treballen amb informació que prové dels seus propis diagnòstics, tant quantitatius com a qualitatius, així com d'intervencions realitzades en diferents barris de la ciutat, entre ells el barri del Bon Pastor. Des d'aquestes aproximacions, assenyalen en relació a la població gitana dos possibles aspectes a considerar:

* La prevalença d'alts índexs d'obesitat.
* La fràgil cultura sanitària, traduïda en una baixa adopció d'hàbits preventius i en un ús irregular dels serveis d'atenció de la salut.

Una altra observació recurrent en aquest àmbit té a veure amb la baixa participació de persones gitanes en activitats comunitàries de sensibilització, prevenció i promoció de la salut, un aspecte que no s'aconsegueix atribuir a cap causa específica i que representa per a molts d'aquests organismes una preocupació que interessa resoldre.

4.2 PROFESSIONALS SANITARIS

La percepció de molts professionals sanitaris respecte a la població gitana coincideix en gran mesura amb la descrita anteriorment, existint dins d'aquest àmbit una forta consideració cap a:

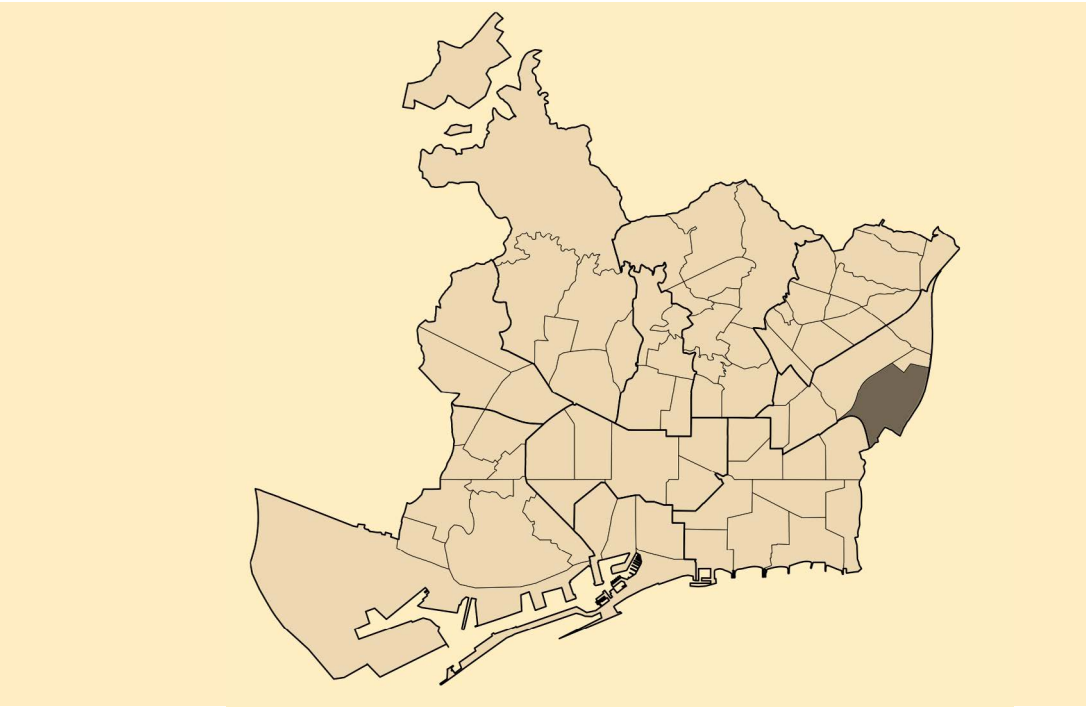
* La prevalença d'alts índexs d'obesitat.
* La prevalença d'alts índexs de diabetis i de síndromes metabòliques.
* La tendència al consum d'aliments poc saludables, de tipus processat i amb un alt percentatge de sucre; i la inclusió d'aquests aliments en la dieta de menors que es troben en una fase inicial de desenvolupament.
* La tendència al consum d'aliments poc saludables, de tipus processat i amb un alt percentatge de sucre; i la inclusió d'aquests aliments en la dieta de menors que es troben en una fase inicial de desenvolupament.
* La dificultat per comprendre la importància dels hàbits preventius, que es tradueix amb freqüència en un ús dels serveis sanitaris marcat per la urgència.
* La falta de constància i rigor en el control i tractament dels dolors, ja siguin aquests circumstancials o crònics.

Pel que fa al tracte, alguns professionals observen en els seus usuaris gitanos una marcada proximitat, i assenyalen la **importància que té per a molts d'ells poder mantenir una relació de confiança que els permeti compartir les seves inquietuds fora del marc de formalitat** que la institució mèdica imposa de vegades de manera implícita (protocols mèdics d'atenció, rols professionals, ús d'un registre especialitzat en el llenguatge, tempos marcats en la consulta, etc).

Al marge de la realitat de cada usuari i de la seva correspondència o no amb cadascuna d'aquestes observacions, s'ha d'assenyalar que el conjunt de tots aquests punts guarda relació amb tres idees molt esteses en l'imaginari col·lectiu sobre el poble gitano, i que es fan presents en el discurs de molts professionals a l'hora explicar les problemàtiques plantejades. Aquestes idees són: que les persones gitanes tendeixen a ser ignorants; que les persones gitanes tendeixen a ser rebels; i que en totes les comunitats gitanes la corpulència representa l'ideal de bellesa, el qual s'aconseguiria, entre altres mitjans, a través de la ingesta d'aliments d'excessiu valor calòric.

Si bé no tots els professionals atenen els seus usuaris basant-se en estereotips, resulta rellevant adonar-se del pes que aquests poden arribar a tenir en la consulta, així com en la construcció del discurs biomèdic sobre aquesta comunitat cultural en concret.

5 El barri del Bon Pastor



Barri del Bon Pastor, Barcelona

El barri barceloní del Bon Pastor, pertanyent al districte de Sant Andreu, es situa al quadrant nord-est de la ciutat, limitat a l'est pel riu Besòs. És accessible a través de la xarxa de metro i d'autobusos interurbans.

La seva població estimada és de **12.760 habitants, dels quals un 80,8% són persones nascudes en territori espanyol i un 19,2% persones nascudes en altres territoris**. La població migrada des de fora de l'estat està en la seva majoria representada per persones d'Equador, Pakistan i Bolívia [2], i existeix una important presència de persones provinents d'Andalusia, així com de persones vinculades culturalment a aquesta regió a través del bagatge migratori de les seves famílies.

La comunitat gitana té també una forta presència al barri, i està representada formalment a través de l'Associació Gitana del Bon Pastor —al seu local es duen a terme diverses activitats comunitàries, a més de funcionar com a Església Evangèlica—, l'Associació de Dones Gitanes Drom Kotar Mestipen i l'Associació de Joves Estudiants Gitanos Rromane Siklovne.

En relació als serveis sanitaris públics, el Bon Pastor compta amb un centre d'atenció primària en què s'ofereixen serveis bàsics de medicina de família, medicina pediàtrica i infermeria, derivant-se la resta d'atencions especialitzades al Centre d'Atenció Primària Sant Andreu, situat a 2,5 quilòmetres de distància.

6 Percepcions de la comunitat gitana del Bon Pastor respecte als serveis sanitaris públics

La percepció de les persones que van participar en els grups focals respecte als professionals sanitaris va ser molt variada, existint en cada cas **experiències tant positives com negatives**, gairebé sempre determinades pel bon o mal tracte rebut per part del professional en qüestió. D'altra banda, la percepció en relació al personal administratiu va tendir a ser en general negativa, assenyalant-se una tendència a mantenir un tracte fred i poc empàtic amb les demandes dels usuaris, alhora que particularment discriminatori i despectiu quan la persona a la que s'atén és reconeguda o llegida com a gitana.

2 http://lameva.barcelona.cat/santandreu/ca/home/el-barri-del-bon-pastor

Pel que fa al funcionament general dels serveis, es va assenyalar la inconveniència dels llargs temps d'espera en urgències, la dificultat per consultar amb especialistes i la no operativitat d'alguns centres durant el cap de setmana, motius pels quals moltes famílies opten per contractar una assegurança mèdica privada.

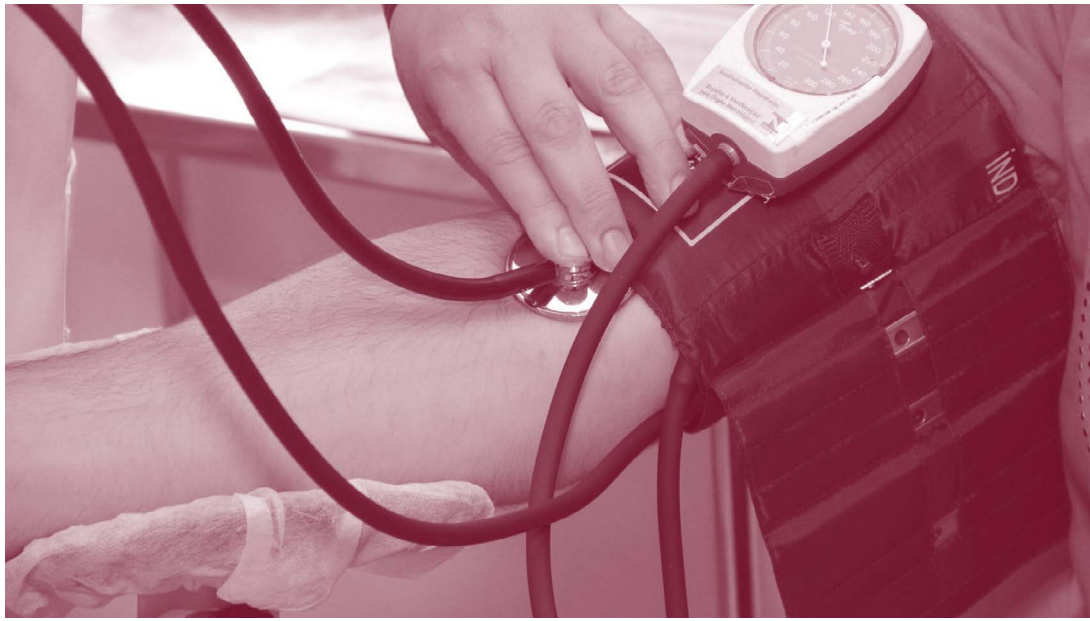
6.1 CRÍTIQUES NEGATIVES RESPECTE A L'ATENCIÓ DELS PROFESSIONALS SANITARIS

Les crítiques negatives respecte a l'atenció d'alguns professionals sanitaris van girar al voltant de:

* LA FREDOR EN EL TRACTE
* L'ESCASSA EXPLORACIÓ FÍSICA
* L'ÚS D'UN LLENGUATGE EXCESSIVAMENT TÈCNIC
* L'ACTITUD PREPOTENT I LA FALTA D'ESCOLTA PERSONALITZADA, BASADES EN LA JERARQUIA "PROFESSIONAL → USUARI"
* EL NO RESPECTE ALS VALORS CULTURALS GITANOS QUE REGULEN L'ACOMPANYAMENT SOCIAL DELS MALALTS

Al parlar de la fredor en el tracte, es va fer, d'una banda, **esment a la distància i les formalitats habituals en la relació entre molts professionals i els seus usuaris adults**, mentre que, d'altra banda, es va assenyalar la manca de proximitat i pedagogia per part d'alguns metges pediatres en l'atenció dels seus usuaris menors. Algunes de les observacions en relació a aquest segon punt van ser en la línia de **trobar a faltar un tracte de major simpatia i afectivitat, que permeti als menors establir un vincle de confiança i comoditat** amb l'espai de la consulta. Tanmateix, es va fer menció a la **proximitat interpersonal que caracteritza a moltes persones de la comunitat gitana**, els quals asseguren que moltes vegades no fan diferència entre les persones del seu cercle proper i aquelles amb les que interactuen només de forma esporàdica (com, per exemple, un metge) ja que és habitual per a elles el relacionar-se sempre des de la familiaritat.

Pel que fa a l'exploració física, les crítiques van anar dirigides a aquells professionals que es limiten a escoltar el discurs dels seus usuaris i prendre nota a l'ordinador, **sense realitzar cap tipus d'exploració corporal per confirmar o contradir allò que la persona consultant exposa** sobre el seu estat de salut.



Quant a l'ús de llenguatge tècnic, es va assenyalar com a inconvenient el fet que alguns professionals no adaptin el seu vocabulari al registre de la persona a la que estan atenent, i es va subratllar el fet que dins de la comunitat existeix un cert grau d'analfabetisme entre persones de mitjana i tercera edat, que fa que la comunicació amb determinats usuaris sigui particularment difícil. En relació a això, es va comentar que **moltes persones que tenen dificultat per comprendre les explicacions del seu metge o infermer centren de vegades els seus esforços en no mostrar la seva incomprensió per no ser percebudes (i, en conseqüència, tractades) com a ignorants**, marxant sovint de la consulta sense haver entès informació clau i sense haver fet preguntes sobre aquells aspectes que necessitaven aclarir.

Les crítiques cap a l'actitud prepotent i la falta d'escolta personalitzada van sorgir a partir d'experiències concretes de persones que, en el marc de la consulta, van sentir menystinguda la seva capacitat de llegir el seu propi cos o el de les persones menors al seu càrrec, en situacions en les que el seu metge els va imposar de manera reiterada una interpretació del seu dolor que no es corresponia amb la que elles mateixes eren capaces de realitzar. Aquest tipus de crítiques no són específiques de la comunitat gitana, sinó que han estat també exposades per altres col·lectius culturalment diversos. **En moltes ocasions, davant d'una dolença llegida pel pacient com a "greu o rellevant", reben una lectura del professional metge que al·ludeix a la "normalitat de la situació"**.

"Em diuen que no tinc res, em donen un ibuprofeno i cap a casa"

Finalment, dins de la cosmovisió de la comunitat, quan una persona està malalta s'espera que sigui visitada per totes aquelles persones que se senten properes a ella. La visita es fa en senyal de respecte i d'educació, i és un hàbit arrelat des de la infància.

"Nosaltres som molt familiars. Per exemple, el Jose i jo no compartim res per genealogia, però jo l'estimo com si fos de la meva família i entenc que és el meu cosí. Així el presento: és el meu cosí, el Jose. I no som família ni res. Però si al Jose li passa alguna cosa, tots anem a veure'l. Si no el vaig a veure s'interpreta com que no li tinc estima, i que m'és igual el que li passi. I no és així".

Es tracta d'una obligació moral que moltes vegades genera tensions amb el personal dels centres sanitaris.

"Moltes vegades quan estan operant un familiar i anem a veure'l a l'hospital, ràpidament envien un guàrdia de seguretat cap allà. Nosaltres anem a visitar-lo, no anem ni a robar, ni a cridar... Necessitem que els estereotips s'acabin, que això arribi tant als metges com a la societat".

Totes aquestes qüestions tenen un **pes significatiu dins de la comunitat i són el motiu pel qual moltes persones eviten acudir als serveis sanitaris tret que els resulti imprescindible**. Pel que fa **als/les menors, la predisposició per part dels seus familiars a seguir portant-los als serveis sanitaris acostuma a ser major**, un aspecte que també s'observa en el cas de les persones de la tercera edat, la salut de les quals exigeix en molts casos una atenció regular.

Cal assenyalar que algunes persones de la comunitat van tenir la possibilitat de comparar les seves experiències amb les d'altres usuaris no gitanos, i el contrast que es va donar en alguns casos les va portar a concloure que molts dels problemes experimentats podrien estar relacionats amb el simple fet de ser gitanes. Un exemple d'això és el de persones que van assegurar haver rebut de forma sostinguda un tracte dolent per part d'un professional en concret, que segons l'opinió d'altres usuaris no gitanos del mateix centre era concebut com un referent d'amabilitat i bona atenció. Tanmateix, moltes persones van apuntar que les males experiències que tenen els professionals amb els usuaris gitanos tenen un impacte en les seves relacions amb futurs usuaris, als que atenen des d'un principi basant-se en idees generalitzades i negatives sobre el poble gitano, que no sempre tenen a veure amb la realitat de la persona que consulta.

6.2 CRÍTIQUES POSITIVES RESPECTE A L'ATENCIÓ DELS PROFESSIONALS SANITARIS

Si bé en els grups focals es van fer molt presents la crítiques negatives, va existir també un **reconeixement cap a aquells professionals l'atenció dels quals és percebuda per algunes persones de la comunitat com excepcionalment bona**. Les valoracions positives van tenir a veure en aquest cas amb la proximitat dels professionals i amb la seva predisposició a **relacionar-se d'igual a igual**, marcant una diferència respecte a altres professionals que es relacionen amb els seus usuaris des d'un lloc d'expressa autoritat. Al mateix temps, algunes persones van opinar que aquesta forma horitzontal i respectuosa d'atendre hauria de ser la norma, i no una excepció optativa que depèn del caràcter i voluntat del professional en qüestió.

6.3 SISTEMA DE SALUT PÚBLICA *VERSUS* SISTEMA DE SALUT PRIVADA

> *"Per què en una clínica privada sembla que entenguin millor la nostra cultura?"*

Com es comentava anteriorment, durant els grups focals els participants van advertir que en moltes ocasions s'han sentit millor atesos en les mútues privades que en els serveis de salut públics, sobretot pel fet de rebre un tracte més marcat per la proximitat interpersonal, l'interès del metge per la vida personal de l'usuari, un ambient més distès, etc.
Es va explicar que existeix una **tendència generalitzada a contractar un servei privat de salut** per garantir una atenció més eficaç i més ràpida, mostrant poca confiança en els ritmes i procediments del sistema de salut públic.

Tanmateix, es va afirmar que als centres privats es comprenen i accepten millor alguns comportaments socials de la comunitat relacionats amb l'acompanyament de familiars malalts. **Per exemple, el fet que la família extensa i el cercle de veïnatge acudeixi a veure al malalt és més tolerat en clíniques privades**, en què, en ocasions, han brindat habitacions més grans a usuaris gitanos en previsió d'aquest tipus d'acompanyament social.

6.4 PERCEPCIÓ DE LA COMUNITAT RESPECTE A COM ELS PROFESSIONALS SANITARIS PERCEBEN ELS USUARIS GITANOS AMB SÍNDROME O MALALTIA METABÒLICA

En un dels grups focals es va realitzar l'exercici de demanar als participants que imaginessin què pensa un metge quan rep per primera vegada un usuari gitano amb diagnòstic de diabetis, i les seves aportacions textuals van ser les següents:

* "ESTÀ GRAS"
* "MENJA MALAMENT"
* ""NO ES CUIDA"
* "NO FA EXERCICI"
* "CRIDA MOLT"
* "ÉS UN MALEDUCAT"
* "ÉS ANALFABET"
* "TOTS ELS GITANOS SÓN IGUALS"
* "VE AMB POR"
* "LI DIGUI EL QUE LI DIGUI, NO EM FARÀ CAS"

Posteriorment, es va demanar als participants que reflexionessin sobre si aquestes idees eren aplicables o no a la seva persona, i en quina mesura. Les respostes van ser diverses i van incloure diferents combinacions. No obstant això, tots els participants van arribar a identificar-se amb més d'un aspecte de la llista, i **va existir consens dins del grup respecte a la relació real entre aquests aspectes i la seva comunitat**, a excepció de la qüestió de l'analfabetisme, que no es va considerar una característica de la cultura gitana sinó que es va associar a un tema generacional i de classe.

La pregunta que sorgeix en relació a tots aquests aspectes és: com tenir present que formen part de la realitat d'alguns usuaris sense convertir aquest fet en un filtre estereotipant que determini la forma d'atendre totes les persones gitanes? En aquest cas, **la barrera entre una realitat freqüent i un estereotip pot resultar molt fina, i és d'especial importància saber establir aquesta diferència**.

7 Concepte de salut

En preguntar-li als participants dels grups per la seva concepció de la salut, les respostes tant individuals com col·lectives van reflectir una idea marcadament holística d'aquesta, associada, segons ells, a:

* VIDA	* SALUT MENTAL
* MENJAR BÉ	* BENESTAR
* DORMIR BÉ	* FAMÍLIA
* FER EXERCICI	* ENTORN
* NO FUMAR	* ESTABILITAT
* PREVENCIÓ	* LIBERTAT
* NO SENTIR DOLOR	* CULTE
* NO SENTIR TRISTESA	

Cal destacar que d'aquesta llista es deriva que el benestar psicològic (salut mental), el benestar social (família), el benestar econòmic (estabilitat) i el benestar espiritual (llibertat, culte) formen part d'una visió holística de la salut humana. En tot moment **es va relacionar la salut amb diverses qüestions que van més enllà de la presència o absència d'una malaltia que pugui ser diagnosticada, més enllà també de la mera simptomatologia**.

7.1 LA SALUT MENTAL

És important remarcar i entendre que les nocions de salut física i salut mental van estar molt lligades, sent abordades per les persones participants com a diferents aspectes d'una mateixa idea complexa. Així, **el benestar psicològic forma part de l'estat general de salut de l'usuari, i es requereix que el professional sanitari el pugui tenir en compte**.

"Com a metge, entenc que el teu deure és preocupar-te per la salut mental de les persones, i no només física. Preguntar-te com està...potser aquesta persona de 60 anys que no es pren la pastilla necessita un psicòleg perquè està veient la seva capacitat d'autonomia vulnerada per la malaltia..."

El concepte d'un tracte més proper, "més humà", es relaciona en aquest cas amb l'interès del professional sanitari pel benestar general de l'usuari, **en una visió no dual de l'ésser humà que no separa les entitats "cos" i "ment"**.

7.2 PER QUÈ DE VEGADES S'EVITA L'ATENCIÓ SANITÀRIA?

"Els gitanos pensem que quan anem al metge, aquest ens troba més coses de les que tenim."

"Nosaltres pensem 'no hi vaig perquè em troba més coses'. I en realitat les tens, el que passa és que no ho saps."

Un aspecte que es va esmentar de forma reiterada en els grups focals és que moltes persones **senten por quan s'enfronten a un possible problema de salut**. Molts dels participants van assegurar que els genera ansietat assistir a la consulta i enfrontar-se a la possibilitat que el professional que els atén descobreixi que tenen algun problema nou que fins al moment desconeixien. Aquesta **sensació de que la cura pot ser de vegades pitjor que la malaltia es presenta com un impediment a l'hora de sol·licitar assistència**, i en molts casos condueix a l'automedicació o a una deixadesa que acaba aguditzant la malaltia.

Moltes persones de la comunitat —incloses persones grans amb diagnòstic de malaltia crònica— **no senten la necessitat d'acudir a la consulta tret que es trobin realment malament**, sent la pròpia incapacitació dels símptomes aguts o la por a estar patint alguna cosa greu i irreversible el que les motiva a adreçar-se a un centre de salut. En aquest sentit, **en adults que pateixen dolences lleus i quotidianes no s'acudeix necessàriament al metge de capçalera i és habitual recórrer a l'automedicació** (en menors, en canvi, l'ús dels serveis sanitaris és més intensiu).

D'altra banda, en el cas de les malalties cròniques (o "malalties silencioses") s'observa que el concepte de salut es relacionaria amb l'absència de simptomatologia, per això en absència de símptomes no s'acostuma a tractar la malaltia. **Per a moltes d'aquestes persones l'autocura i la prevenció no són aspectes rellevants en la seva quotidianitat**, i en alguns casos manifesten fins i tot sentir desgana en relació a incorporar tals hàbits. En aquest sentit, es puntualitza que, en general, **el factor generacional influeix en el seguiment dels controls i dietes prescrites pel personal sanitari**, afirmant que a edats més avançades, més seguiment de les prescripcions mèdiques es fa.

Presentada amb humor i en clau exagerada i d'autocaricatura, es va fer present en el discurs de molts participants l'afirmació que a les persones gitanes cal realment exagerar-los el diagnòstic i dir-los que si no segueixen les recomanacions mèdiques poden morir, ja que en cas contrari possiblement no concediran massa importància a les advertències que el seu professional sanitari de referència els faci. Aquesta afirmació, que no pretén ser entesa al peu de la lletra, suggereix, no obstant això, que **en alguns casos seria recomanable fer més èmfasi en la importància de la cura i la prevenció, deixant clares les conseqüències que pot tenir a curt, mitjà i llarg termini descuidar aquests aspectes**.

8 Hàbits alimentaris

En relació als hàbits alimentaris, es van recollir diverses aportacions per part dels participants sobre quins aliments es consideren sans i quins no, i aquests quedarien organitzats en els següents tres grups, segons el consens o no consens entre les persones participants:

Aliments de consum regular sa:

* VERDURES
* FRUITA
* FRUITA SECA
* PA
* PEIX

Aliments de consum regular qüestionable:

* CARN VERMELLA
* PERNIL
* PASTA
* ARRÒS
* XOCOLATA (AMB O SENSE SUCRE)

Aliments de consum regular no tan sa:

* PORC
* EMBOTITS (BOTIFARRA, XORIÇO, BOTIFARRÓ, ETC.)
* "MENJAR ESCOMBRARIA" (MENJAR RÀPID)
* FREGITS
* BRIOXERIA
* SAL

XABE THAJ PIBE
(COMIDA Y BEBIDA)

Xabe	Comida	**Sir**	Ajo
Pibe	Bebida	**Phabaj**	Manzana
Pani	Agua	**Ambrol**	Pera
Mol	Vino	**Śax**	Coliflor
Lovìna	Cerveza	**Xuxur**	Seta, champiñón
Śut	Vinagre	**Herbùzo**	Sandía
Zet	Aceite	**Xirxil**	Guisante
Manro	Pan	**Xiro**	Pepino
Zumi	Salsa	**Bakro**	Cordero
Mas	Carne	**Balo**	Cerdo
Maćho	Pescado	**Kaxni**	Gallina
Zelimata	Verduras	**Baśno**	Pollo
Purum	Cebolla		

Llengua Caló. Font: www.fagic.org

El desacord respecte al caràcter sa o no sa d'alguns aliments va tenir a veure, d'una banda, amb la diversitat de gustos i opinions presents, i, d'altra banda, amb la idea que alguns participants tenien sobre la capacitat d'aquests aliments per engreixar. Aquells aliments que eren associats a l'augment de pes eren categoritzats per algunes persones dins de la tercera llista, mentre que aquells que no es concebien com a aliments que engreixen eren categoritzats dins de la primera.

Pel que fa al consum personal, **una majoria de persones va assegurar decantar-se pels aliments de consum regular no tan sa, tot i ser conscients que aquests no representen una dieta ideal**. Segons explicaven, els motius d'aquest consum tenen a veure amb:

* UNA PREFERÈNCIA PELS ALIMENTS "GUSTOSOS";
* LA RAPIDESA I FACILITAT DE LA SEVA PREPARACIÓ COM A CONDICIÓ QUE AFAVOREIX LA INTRODUCCIÓ D'AQUESTS PLATS EN LA DIETA SETMANAL;
* LA DIFERÈNCIA DE PREU RESPECTE A ALIMENTS MÉS SALUDABLES, PERCEBUTS COM A COSTOSOS.

Les qüestions del plaer i l'abundància es van fer presents en la descripció d'algunes persones sobre la seva idea de "menjar bé", que per a alguns està associada a menjar coses que els agraden i en una quantitat suficient com per sentir-se sadollats.

> *"Com més abundant sigui el menjar millor. A menjar i a viure, i així som feliços. Vivim per menjar".*

No obstant això, aquestes persones van establir una **diferència entre aquesta concepció de "menjar bé" i la idea de "menjar sa",** sent conscients que la diferència entre l'una i l'altra és notable en termes de salut física.

Respecte al cost dels aliments, algunes persones van afirmar que **encara que comptessin amb més recursos econòmics no modificarien radicalment la seva dieta**, sinó que optarien per consumir versions de millor qualitat dels aliments que consumeixen de manera regular, intentant combinar-los amb altres que siguin nutricionalment més saludables.

En quant a les begudes alcohòliques, es va mencionar el **consum de cervesa, vi, whisky, rom i licors**, donant-se en cada cas un tipus de consum diferent: des de l'ocasional, associat a esdeveniments especials, fins a l'habitual en la dieta setmanal.

8.1 RELLEU GENERACIONAL I CANVI D'HÀBITS ALIMENTARIS

Es va incidir en els canvis en els hàbits alimentaris que ha suposat el relleu generacional, afirmant que **les persones més grans mantenen uns hàbits alimentaris més sans**, conservant la dieta mediterrània tradicional i rebutjant el menjar ràpid.

> *"Com més vells, la dieta és una mica més sana. És la dieta mediterrània de sempre, el menjar de debò".*

En la dieta tradicional mediterrània es fa referència a tot tipus de guisats i estofats (plats "de cullera") a base de llegums i amb preferència per la utilització de diferents tipus de carns i derivats com a aportació proteica principal (s'afirma menjar poc peix en la dieta quotidiana).

Entre els plats "de cullera" trobem, per exemple, la sopa (cuinada amb pollastre, fideus, patata, ossos de pernil, etc); les llenties amb xoriço, botifarra i/o costelles; l'arròs amb pollastre i fonoll; o el *potaje* de fesols. **El consum regular i abundant de carn, sobretot de carn de porc (botifarra, cansalada, botifarró, etc.), va ser assenyalat com una característica de la comunitat**, moltes vegades considerant-lo un consum abusiu, ja sigui combinat o no amb altres ingredients. Acompanyant els guisats, el pa és l'aportació de carbohidrats més regular. Les amanides es mengen regularment.

En paral·lel a les transformacions del sector de l'hostaleria i de la indústria alimentària durant les últimes dècades, els participants més joves van parlar sobre el **nou hàbit de sopar fora** al finalitzar el culte (que es realitza entre les 19:00 i les 20:30h), moltes vegades en **restaurants de menjar ràpid**, en què no s'ha d'esperar massa temps per ser servit, es pot menjar col·lectivament i no suposa un alt cost econòmic. Van assenyalar que concretament el diumenge, en acabar el culte, és habitual trobar-se amb tota la família en algun restaurant de menjar ràpid, establint-se en alguns casos com una sortida rutinària. **Veiem doncs que el consum d'aquest tipus de menjar ha augmentat exponencialment i és un hàbit bastant quotidià en l'actualitat**, sobretot entre les persones més joves

8.2 L'ALIMENTACIÓ EN ESDEVENIMENTS ESPECIALS

Els esdeveniments més celebrats en aquesta comunitat són: Setmana Santa, Sant Joan i Nadal, a més dels casaments que es puguin dur a terme durant l'any. L'alimentació en aquests esdeveniments varia respecte a la dieta habitual, incorporant-se en alguns d'ells més varietat i més quantitat d'aliments, sempre depenent dels costums i gustos de cada família.

En el cas de Setmana Santa, es va esmentar el consum habitual de *torrijas* i arròs amb llet; per Sant Joan, barbacoa i coca; per a Nadal, mariscos (gambes a la planxa), molta carn (de porc o de xai), *potaje* de bacallà amb cigrons i mongetes, natilles i altres postres casolanes d'alt contingut calòric; i per a les bodes, tot tipus d'embotits, crestes, pollastre rostit amb patates, paella. En relació a aquestes festes, es va esmentar que no sempre es caracteritzen per l'abundància de menjar, ja que l'objectiu central de la cerimònia sol ser acompanyar i entretenir els nuvis.

8.3 L'ALIMENTACIÓ INFANTIL

En contraposició a la percepció dels professionals sanitaris sobre l'administració d'aliments inadequats a menors en fase inicial de desenvolupament, es va esmentar que, si bé **és cert que moltes famílies incorporen aliments d'adult a la dieta dels seus bebès als pocs mesos d'edat** (4-5 mesos), aquests aliments no són alts en greixos i sucre sinó que són aliments de categoria saludable, com brous amb verdures o pollastre triturat.

L'estereotip que les famílies gitanes alimenten els seus fills petits amb menjar processat i poc saludable va relacionat amb la creença que aquestes no saben diferenciar entre un nen fort i un nen que té sobrepès, qüestió que va ser desmentida pels participants dels grups focals, que van explicar que el que volen és tenir fills sans i forts i no fills grassos amb problemes de salut.

D'altra banda, algunes participants van assegurar que **a les dones gitanes els agrada molt practicar la lactància**, i van afirmar que és una forma d'alimentació molt present en les criances dins de la comunitat.

9 Activitat física i models de bellesa

Una majoria de persones va reconèixer no practicar cap tipus d'activitat física regular, i només algunes ho van considerar un objectiu a perseguir. En general, no es relaciona la necessitat de practicar exercici físic amb un estil de vida saludable.

Algunes dones joves van parlar de la dificultat d'anar soles al gimnàs o a altres centres esportius (per qüestions de permissivitat dins de les seves respectives famílies), i van plantejar la necessitat de generar espais femenins i col·lectius com, per exemple, un taller de dansa, que esdevindria una bona combinació entre l'exercici físic que necessiten fer i una activitat que els agrada i que no els costa realitzar. Aquesta necessitat d'adoptar mesures de prevenció en salut de manera col·lectiva coincideix amb el comentat en relació al seguiment d'una dieta alimentària: el component de grup juga un rol preponderant en una cultura marcadament col·lectiva, i pot ser la clau perquè l'activitat tingui seguiment.

Pel que fa als models de bellesa dins de la comunitat, les opinions van ser divergents i en ocasions imprecises. En relació a les dones, algunes persones van opinar que els cossos voluminosos i curvilinis són representatius de salut i atractiu, mentre que altres es van decantar més per un punt intermedi entre una marcada primesa i uns volums marcats.

En el cas dels homes, es va apuntar que molts cuiden la seva figura mentre estan solters i, un cop es casen, adopten una actitud de menor preocupació per aquest aspecte. A més, es va afirmar que l'obesitat és una realitat bastant generalitzada.

10 Actituds i comportaments que poden afavorir una millor comprensió entre metge i usuari

ADOPTAR UN TRACTE MÉS FAMILIAR I PROPER: mostrar més proximitat i preocupació per l'usuari, utilitzant un llenguatge i una comunicació no verbal més propera. El tracte més formal s'entén com a fred i pot generar reaccions de distància per part de l'usuari, que sent que està molestant.

REDUIR L'ÚS DE TECNICISMES: el llenguatge mèdic és percebut moltes vegades com una barrera comunicativa. En funció de les famílies i sobretot en persones de mitjana o tercera edat (la població jove acostuma a tenir accés a aquest registre lingüístic), alguns usuaris poden sentir vergonya i no atrevir-se a preguntar pel significat real d'allò explicat, al no compartir els mateixos codis comunicatius. Aquest ús elitista del llenguatge pot constituir un acte discriminatori en la consulta, tot i ser un tracte discriminatori inconscient.

EXPLICAR DETALLADAMENT EL PROCÉS MÈDIC PRESCRIT: l'absència d'informació detallada sobre el procés mèdic i el sentit d'aquest genera inquietud i sensació de desatenció. Explicar el què, el com i el per què del tractament o recorregut sanitari que l'usuari haurà de seguir influirà en una millor acceptació del procés de curació, fent partícip a l'usuari de les decisions preses pel professional sanitari.

RESPECTAR LA IMPLICACIÓ DE LA COMUNITAT VEÏNAL EN L'ACOMPANYAMENT DELS MALALTS: entendre que l'acompanyament col·lectiu es regeix per valors diferents a l'acompanyament de la família nuclear més característic de la societat paya.

REFERÈNCIES BIBLIOGRÀFIQUES

Giménez Adelantado, A. (2009) “Atención Sanitaria a la Población Gitana”. En Grupo CRIT, Culturas y atención sanitaria: Guía para la comunicación y la mediación intercultural. Barcelona: Octaedro.

Salut als barris. Diagnòstic el Bon Pastor i Baró de Viver. Barcelona 2011.

Informe Anual Fundación Secretariado Gitano. “Discriminación y Comunidad Gitana”, Serie Cuadernos Técnicos nº 119, Madrid 2016.

Guía de recursos contra el Antigitanismo, Federación Autonómica de Asociaciones Gitanas de la Comunidad Valenciana. www.gitanízate.com

Dossier Stop Rumors Poble Gitano, Insitut Diversitas, Àmbit Maria Corral.

Tècnica del projecte Cartografia de Coneixements:
Rosa Cardús Juvé

Responsables de la Investigació sobre la Comunitat gitana del barri del Bon Pastor:
Martín Frasso, CEAi
Juan Fajardo, Asociación Gitana del Bon Pastor

Treball de camp:
Martín Frasso
Jessica González
Rosa Cardús Juvé

Redacció:
Martín Frasso

Revisió i edició:
Rosa Cardús Juvé

Traducció:
Laia Antúnez Pla

Maquetació:
Odile Carabantes

Data de publicació:
Diciembre de 2017

Un projecte de:
Centre d'Estudis Africans i Interculturals (CEAi)

CEA
Centre d'Estudis Africans i Interculturals

Amb la col·laboració de:

Ajuntament de Barcelona
Districte de Sant Andreu

AL BON PASTOR I A BARO DE VIVER TENIM UN PLA
EL PLA DELS BARRIS DE BARCELONA

ASSOCIACIÓ GITANA DEL BON PASTOR