

UNIVERSIDAD DE GRANADA

DEPARTAMENTO DE ENFERMERÍA

**DEPARTAMENTO DE ANTROPOLOGÍA SOCIAL Y
CULTURAL.**



**SITUACIÓN SOCIOSANITARIA DE LA POBLACIÓN
GITANA DE GUADIX**

TESIS DOCTORAL

Antonia Pérez Lázaro

Granada, 2016

Editor: Universidad de Granada. Tesis Doctorales
Autora: Antonia Pérez Lázaro
ISBN: 978-84-9163-075-3
URI: <http://hdl.handle.net/10481/44613>

SITUACIÓN SOCIOSANITARIA DE LA POBLACIÓN GITANA DE GUADIX



Antonia Pérez Lázaro

Directores:
Rafael Fernández Castillo.
Juan Francisco Gamella Mora.

Programa de Doctorado en Ciencias Sociales

Granada, 2016

SITUACIÓN SOCIOSANITARIA DE LA POBLACIÓN GITANA DE GUADIX



Antonia Pérez Lázaro
Granada, 2016

A mi madre, una mujer excepcional...

lo mejor de mí, lo aprendí de ella.

AGRADECIMIENTOS

Concluir este trabajo ha sido posible gracias a la participación y colaboración de la población de la zona de estudio y especialmente de la población gitana local. Compartir sus experiencias, problemas y necesidades, su cotidianidad, me ha acercado a sus vidas permitiéndome conocer otra realidad donde, mis propias percepciones y creencias respecto a esta comunidad han evolucionado y madurado enriqueciéndome tanto profesional como personalmente, a ella por tanto les debo, este trabajo y mi gratitud.

Agradecer a las mujeres gitanas, su contribución, sin ellas no habría sido posible realizar esta investigación, mujeres diversas, valientes... mujeres.

Mi agradecimiento a mis directores de tesis, a D. Rafael Fernández Castillo, por su apoyo, optimismo y ayuda en momentos fundamentales, sin él, no habría concluido esta tarea y, a D. Juan F. Gamella Mora, por su apoyo y asesoramiento a lo largo de estos años.

Para no ser reiterativa, a continuación relaciono a todas aquellas personas que han contribuido para que esta investigación concluya, mi agradecimiento a todas/os:

Ana M^a Núñez Negrillo, por su colaboración y confianza, asesoramiento, su aliento, paciencia y buen hacer, un ejemplo profesional y humano.

Víctor Alché, por las largas horas de debate, de escucha, ánimo y lealtad.

A mi amiga Montserrat Ruiz, por la lectura, correcciones y sobre todo, por su amistad.

Miguel Pedraza, por su ayuda tanto en el campo como en el procesamiento de datos y especialmente, por su crítica constructiva y honestidad.

Merche, MariLuz, Yolanda, María José, Ana, Toñi, Antonio y otros amigos y compañeros que en cierta medida, también han contribuido para hacer realidad este trabajo, Raquel, Yolanda, Ana Jose, Inmaculada, Ana Caba, a todas/os, mi gratitud.

Reconocer a las instituciones locales, Ayuntamiento de Guadix, Servicios Sociales Comunitarios, Institución educativa Padre Poveda de Guadix, el apoyo prestado, así mismo agradecer a Distrito Sanitario Granada Nordeste su colaboración.

Quiero darle las gracias a mi familia, por su apoyo a lo largo de estos años, especialmente a mi hija Lucía, a quien tantas horas le he robado para dedicarlas a esta tarea.

Concluyo mi agradecimiento a Ángel, por creer en mí, por su apoyo incondicional.

Nunca dudes que un pequeño grupo de
ciudadanos comprometidos puede cambiar
el mundo, de hecho, solo eso puede
lograrlo.

Margaret Mead.

ÍNDICE

CAPITULO I: INTRODUCCIÓN.....	1
1. La población Gitana	1
2. Nuestro posicionamiento.....	3
3. Hipótesis y Justificación.....	5
4. Objetivos	7
CAPITULO II: METODOLOGÍA.....	8
1. Contextualización metodológica.....	8
2. Llegada a zona de estudio	9
3. Descripción zona de estudio.....	12
3.1 Ámbito de estudio	12
3.2 Territorio	13
3.3 La cueva	15
4. Población.....	17
4.1 Población Gitana de estudio.....	18
4.2 Criterios de inclusión de la población estudio	19
5. El Rol del Investigador.....	19
6. El trabajo Etnográfico	22
7. Los profesionales encuestados	24
7.1 Criterios de inclusión.....	26
7.2 Encuesta a profesionales.....	27
8. La entrevista a la población de estudio	27
9. Grupos de discusión	31
10. Análisis de datos	32
10.1 Análisis cuantitativo.....	32
10.2 Análisis cualitativo.....	32
11. Declaración de intereses.....	33

CAPÍTULO III: ASPECTOS SOCIODEMOGRÁFICOS DE LA POBLACIÓN.34

1. Generalidades demográficas	34
1.1 Instituto Nacional de Estadística.....	34
1.2 Conceptos transición.....	35
1.2.1 Transición demográfica	35
1.2.2 Transición epidemiológica.....	36
1.2.3 Transición reproductiva	36
1.3 Conceptos demográficos.....	36
1.3.1 Tasa de natalidad	36
1.3.2 Tasa de mortalidad.....	37
1.3.3 El crecimiento natural o vegetativo	37
2. Características del territorio estudiado.....	38
2.1 Urbanismo e infraestructuras.....	39
2.2 La distribución en el territorio	41
3. Estructura demográfica	42
3.1 Población general	48
3.2 Población gitana.....	46
3.2.1 Pirámide poblacional	46
3.2.2 Natalidad de la población gitana.....	50
3.2.3 Mortalidad de la población gitana	51
3.2.4 Movimiento natural de la población	52
4. Discusión.....	55

CAPÍTULO IV: MORBILIDAD POBLACIONAL LOCAL 70

1. Contextualización de la asistencia sanitaria.....	70
1.1. El sistema nacional de salud (SNS).....	72
1.2. El servicio andaluz de salud (SAS)	82
2. Niveles asistenciales del SAS	75
2.1 Atención primaria en Andalucía.....	75
2.2 Atención especializada en Andalucía.....	76
2.3 Otras áreas de atención en Andalucía.....	77
3. Organización específica de la asistencia en el SAS	77
3.1 Organización general.....	77
3.2 Organización específica local.....	78

4. Resultados en salud	80
4.1 Parámetros explorados	80
4.2 Resultados procesos asistenciales analizados.....	82
4.3 Parámetros Antropométricos	85
4.4 Otros desordenes encontrados	93

CAPÍTULO V: CREENCIAS, PERCEPCIONES Y PRACTICAS EN SALUD.99

1. Aspectos generales	99
2. Presentación de algunos/as participantes	100
3. La Concepción de salud	103
3.1 Definición de salud institucional.....	103
3.2 La concepción de salud/enfermedad y la población gitana.....	106
3.3 Discusión.....	110
4. Afecciones crónicas y graves, de la población gitana local	112
4.1 Ejemplificación de las entrevistas	112
4.2 Discusión	115
5. Creencias, prácticas y consanguinidad.....	117
5.1 Algunos resultados encontrados	118
5.2 Discusión	122
6. Uso de los servicios sanitarios	125
6.1 La demanda de atención programada en el centro sanitario.....	125
6.2 La demanda de atención programada en el domicilio	130
6.3 Demanda de atención urgente fuera del centro sanitario.....	133
7. Otras alternativas asistenciales.....	137
7.1. La asistencia sanitaria privada.....	137
7.1.1 Discusión	140
7.2. La farmacia y parafarmacia	143
7.3. El curanderismo.....	144
7.4. La Auto-atención.....	148

2.1.6	Percepción de profesionales sobre la respuesta institucional y su justificación.....	196
2.1.7	Auto percepción de los profesionales sobre la consideración de racismo	197
3.	Discusión.....	198
 CAPITULO VII. CONCLUSIONES.....		216
 BIBLIOGRAFIA.....		238
 ANEXOS		251
	Anexo I. Mapa de la localidad (Servicios Sociales Comunitarios) escala 1/2500, realizado por distritos y secciones.....	251
	Anexo II. Protocolo de Entrevista a la población.....	252
	Anexo III. Encuesta a profesionales sobre percepciones relacionadas con la población gitana local	255
	Anexo IV. Encuesta sobre salud reproductiva de las mujeres gitanas	256
	Anexo V. Consentimiento informado	258
	Anexo VI. Ficha observación contenido cocina y baño.....	259
	Anexo VII. Ficha observación contenido despensa	260
	Anexo VIII. Ficha observación contenido frigorífico.....	261
	Anexo IX. Ficha observación contenido congelador	262
	Anexo X. Cuestionario taller alimentación.....	263
	Anexo XI. Tablas y gráficos de la natalidad y mortalidad de la población gitana local durante periodo de estudio.....	270
	Anexo XII. Tablas de contingencias	271
	Anexo XIII.	272
	Anexo XIV. Fotos de la zona de estudio.....	281
	Anexo XV. Notas de campo que ilustran algunos de los datos referidos	283

Anexo XVI 284

CAPÍTULO I

INTRODUCCIÓN

CAPITULO I. INTRODUCCIÓN

1. La población Gitana

La historiografía de la población gitana tanto nacional como internacional, está narrada desde la discriminación (Liégeois, 2011) y la exclusión social (Matey, 1998) en cualquiera de sus diferentes manifestaciones (Rodríguez y Moya, 2003) y, atendiendo todo ello a que constituyen un colectivo culturalmente diferenciado (Leblón, 2001; Alfaro, 1993). A pesar de los diferentes esfuerzos y planes de lucha contra la exclusión social, determinados colectivos como el referenciado, no han alcanzado el nivel de desarrollo de otros grupos o mayoría social.

La trayectoria y llegada de esta población a Europa, ha quedado datada que ocurrió durante los siglos XIV y XV. En el caso nacional, los textos existentes documentan ya la presencia de este grupo en el siglo XV (López de Meneses, 1967) tras una larga odisea que les llevó desde, donde los historiadores sitúan su origen en la India (Kenrik, 1995; Aguirre, 2006) hasta su dispersión geográfica actual.

Todo apunta a que los distintos grupos romanés compartieron un tronco común previo a su dispersión, sustentado en las evidencias lingüísticas (Matras, 2002) donde el romanés como idioma de estos grupos, en algunos territorios se ha mantenido como tal mientras en otros lugares, ha sufrido modificaciones para adaptarse a las zonas donde estos colectivos se extendieron. Así mismo investigaciones basadas en el estudio de determinados marcadores genéticos (Callen, Casado, Tischkowitz, Bueren, Creus, Marcos, Dasí, Estella, Muñoz, Ortega, de Winter, Joenje, Schindler, Hanenberg, Hodgson, Mathew y Surrallés, 2005) filian ese punto de partida.

La población gitana a lo largo de su recorrido y dispersión por los diferentes territorios, ha carecido de autonomía territorial, de Estado de referencia y de integración en las distintas sociedades con las que ha convivido, siendo frecuentemente el estilo de convivencia forzada, relatado por (Gómez-Alfaro, 2010) en los siguientes términos:

La necesidad de la integración gitana fue sentida y propiciada desde diversas formas desde el siglo XV. Con la instauración de la casa de Borbón el problema fue enfocado en un primer momento, estableciendo una serie de pueblos donde necesariamente deberían quedar avecindados, según un cómputo matemático exacto: una familia gitana por cada cien vecinos no gitanos. Y, lo que es más importante, la orden señaló que debía entenderse por “familia” –padres, hijos y nietos huérfanos- rompiendo la tradicional patriarcalidad gitana con unos criterios nucleares difusores (p.197).

Desde tiempos remotos, ha quedado descrita tanto la presencia de estos colectivos en las distintas sociedades, su situación diferenciada así como, el esfuerzo y/o la necesidad de “normalizarles” frecuentemente a través de la asimilación o la exclusión (Liégeois, 1998) mediante la prohibición y/o de su lengua, costumbres, oficios, etc.

Todas esas circunstancias y medidas coercitivas para “sedentarizar y normalizar” a estos colectivos, también han contribuido a reforzar el estereotipo nómada, infravalorado, que se mantiene en la actualidad, a pesar del asentamiento territorial de esta comunidad (Kelly, Amirkhanian, Kabakchieva, Vassilev, McAuliffe, Francisco y Dimitrov, 2006) estando todo ello relacionado con los procesos y mecanismos con los que se construyen las diferencias y, que estigmatizan tanto a individuos como a colectivos (García, Granados y Pulido, 1999) así como, con aspectos vinculados con el desconocimiento y/o incapacidad para atender la diversidad sociocultural existente.

Es posible que el agrafismo cultural de estos grupos, determinara frecuentemente la reinterpretación ajena de la trayectoria de esta comunidad (Gómez-Alfaro, 2010) menciona que “Los testimonios procedentes de los poderes públicos y de las poblaciones que mantuvieron con ellos seculares relaciones conflictivas, no permiten realmente reconstruir su verdadera historia” (p.21).

Pese a todas esas dificultades, han sido capaces de conservar rasgos culturales estructurales, que les han permitido perpetuarse como grupo a pesar de las diferentes situaciones de exclusión e intentos de asimilación (Liégeois, 2011) a los que han sido expuestos desde, las mayorías en las se han insertado y con las que conviven.

Las recomendaciones del Consejo de Europa, por conformidad en la comunidad internacional consensuaron, que el término “romá” agrupe a los distintos grupos y subgrupos de poblaciones romaníes existentes en Europa (Romá, Traveller, Sinti, Gypsi, kalderás, Lovara, gitanos, etc.) siendo conocida también la población gitana española como “calé¹”.

La situación de los distintos grupos romaníes internacionales aunque también es heterogénea, los diferentes estudios siguen presentado aspectos comunes que les afectan (Preoteasa y Serban, 2012) donde destacan, peores niveles de escolarización y alto nivel de analfabetismo, déficit de integración en el mercado de trabajo, mayor morbilidad, menor esperanza de vida, peores condiciones de vivienda, peor situación de las mujeres dentro del colectivo y mayor discriminación de dichos colectivos.

En cuanto a la representación de esta población respecto a la población mayoritaria, algunas estimaciones sitúan la cifra alrededor de los 10-12 millones ciudadanos europeos de origen gitano, según el informe del 2008 del Parlamento Europeo, lo que convierte a esta población o grupos romaníes, en la minoría más numerosa de la Unión Europea, siendo en España su representación estimada entre quinientas mil y un millón (Informes, estudios e Investigaciones, 2012).

¹ Reciben esta denominación por ser la lengua de los gitanos españoles el “calo” (Ropero Núñez, M. 1999).

Respecto a su situación en el territorio nacional esta comunidad presenta, respecto al resto poblacional, peores tasas de escolarización, con mayor tasa de absentismo, desempleo y precariedad laboral, mayor prevalencia de enfermedades crónicas, vivienda deficitaria con equipamientos insuficientes y entornos deteriorados a pesar de los avances obtenidos y, donde la persistencia de prejuicios determina el rechazo social hacia esta comunidad.

2. Nuestro posicionamiento.

Hemos querido plantear la presentación de esta comunidad de manera diferenciada, para ello hemos contemplado tres fases y que no han dejado de superponerse unas a otras. Plantear que estos periodos se simultanean obedece a una cuestión de perspectiva, según aparecen nuevas investigaciones, estudios, noticias o relatos sobre aspectos concretos de esta comunidad.

Este planteamiento obedece a una decisión personal para enmarcar y establecer líneas generales que faciliten la contextualización del siguiente trabajo pero sobre todo, con una lectura crítica de los datos presentados que alude a esta presentación, tratando de evidenciar la necesidad de ubicarnos en la tercera fase.

Debemos señalar que coincidimos con los autores que suscriben el carácter heterogéneo, la diversidad de estos colectivos (Garreta, 2003) no solo a nivel intergrupar, también intragrupal, (Hancock, 1998; De Luna, 1951) que desde tiempo atrás se ha venido reiterando.

Las fases planteadas, independientemente de que hablemos de población gitana española o de grupos romaníes internacionales no presentan grandes diferencias, afectando indistintamente este planteamiento a ambas, donde la situación de marginalidad de la población gitana y sus peores condiciones de vida (San Román, 1997) en general, se ha prolongado hasta la actualidad (FSGG, 2010) como resultado de un proceso histórico de segregación, racismo y presentación estereotipada del mundo gitano (Macías y Redondo, 2012).

Fase de estatismo.

En primer lugar, establecemos una primera fase de inicio, llegada a distintas zonas, y donde los textos les presentan como peregrinos (Sánchez-Ortega, 1986) a los que se les conceden ciertos privilegios, considerados como itinerantes y bohemios (San Román, 1976) con costumbres, prácticas (Clevert, 1965) creencias e idioma que diferían del resto poblacional y cuyas “particularidades” en el mejor de los casos han sido floclorizadas (De Luna, 1951).

Este periodo de bonanza truncado por las diferentes contiendas e intereses, determinaron no solo el cese de ciertos privilegios, sino versionaran a estos como

apátridas, vagabundos y pobres, condenados a la marginación y persecución (Szászdi, 2009).

El nuevo periodo de privación, de asimilación forzada, donde se les obliga al abandono de costumbres y lengua (Sánchez Ortega, 1986) se prolonga con las persecuciones hacia el colectivo (Gómez-Alfaro, 2010) y que intermitentemente han pretendido la disolución social del colectivo.

Pensamos que parte de los estereotipos actuales sobre esta comunidad, obedecen a cierta herencia reiterativa y estática que sigue representando a estos grupos desde una anacronía que no necesariamente les ha correspondido.

Fase dicotómica:

Por otro lado, una segunda fase representada por el escaso interés que esta comunidad (Ferrer, 2003) ha suscitado y cuando se han interesado como anomalías genéticas (Martínez-frías, 1993; Alijotas y Ferrer, 2005) otros, centrados en aspectos concretos de estas comunidades, frecuentemente parciales e sesgados al indagar en aspectos puntuales. Autores como (Zeman, Depken y Senchina, 2003) en su revisión sobre la salud de esta comunidad, presenta diferentes trastornos de salud del colectivo que han interesado y relacionados aspectos culturales (Cabedo, Ortells, Baquero, Bosch, Montero, Nájher, Sánchez, y Tamborero, 2000).

Así mismo la insistencia en presentar cualquier aspecto de la comunidad gitana en calve dual, lo particular frente a lo mayoritario, la normalidad y su oposición donde, la perspectiva etnocéntrica constituye el punto de partida, presentándolos en ocasiones como foco de enfermedad (Hancock, 1998). Por otro lado, algunos estudios solo se han interesado por determinado aspectos de esta comunidad, transfiriendo o justificando diferentes problemas como especificidades culturales de dicha comunidad (Thomas, Doucette, Thomas, D.C. y Stoeckle, 1987) justificando así, la enfermedad, la exclusión, la pobreza, etc.

La habitual dualidad para describir casi todos los aspectos de la población gitana, acentúa una imagen rígida de los mismos y de su sociedad y ha contribuido a estereotiparles e imputarles como rasgo cultural su peor situación respecto a la población mayoritaria.

Fase más conciliadora.

Una tercera etapa donde se plantea la necesidad de interesarse por este colectivo atendiendo la diversidad cultural, donde el intento de acercamiento a los distintos grupos sociales se intenta desde una perspectiva más integradora, multicultural, colaborativa (Laparra, Gil-González y Jiménez, 2013) no solo, desde esferas en las que los distintos grupos sociales interactúan, sino desde medidas legislativas activas y sistema de derecho.

En este periodo o tercera fase, se incide menos en la especificidad cultural de la población gitana y se contemplan otras variables potenciales de desigualdades entre colectivos.

El trabajo de autores como (Liégois, 1987) viene reiterando desde hace décadas la necesidad de un abordaje diferenciado de estos grupos romaníes, aunque fundamentalmente más explicitado desde el abordaje de la situación educativa de estos colectivos, el trabajo general abogando en la necesidad de prestar atención a estos mismos desde las diferentes instituciones y organizaciones (Liégois, 2011) constituye uno de los trabajos más destacables y, a los que en esta fase nos referimos, por el impacto que ejerce en los diferentes ámbitos de la vida el nivel de instrucción de los individuos.

Los datos reportados (Laparra, 2011) sobre la salud del colectivo, basados en la encuesta nacional de salud describe la situación de la comunidad gitana desde el punto de vista de sanitario, con un peor estado de salud respecto a la población mayoritaria, al igual que otras investigaciones (Parry, Van Cleemput, Peters, Walters, Thomas y Cooper, 2007) que utilizando una encuesta de salud en Reino Unido encuentran datos similares, peor estado de salud de la población gitana respecto a la población mayoritaria, pero sobre todo nos interesa que señalan la existencia de desigualdades en salud mayores de lo que cabría esperar respecto al resto poblacional.

Es preciso plantear el abordaje de la situación de la comunidad gitana atendiendo a la diversidad (Informes, Estudios e Investigaciones, 2012) trabajando en las causas que determinan las peores condiciones, educativas, sociales, sanitarias, legales, siendo preciso previamente monitorizar las desigualdades existentes (Mújica, 2015).

Diferentes trabajos como (Pavlič, Zelko, Kersnik, y Lolić, 2011) al igual que el que en este texto les presentamos, constituyen ese monitoreo mencionado que relaciona las peores condiciones de este colectivo con otras variables (Prado, Marrodán, Sebastián, Carmenate, y HoltNielsen, 2005) descritas.

3. Hipótesis y Justificación.

Los estudios e informaciones disponibles, sobre la salud de la población gitana suelen, describir a esta en clave de riesgo socio-sanitario, culturalmente diferenciado, excluido y con grandes desigualdades, educativas, sociales, laborales, económicas y, por otro lado no describen como se articula esa diferencia grupal respecto a la población mayoritaria ni, las variables con las que se relacionaría.

En el ámbito que nos ocupa la población gitana local no parece escapar a esta situación dado el desconocimiento de su realidad. La circunstancia de no disponer de información segregada sobre el colectivo, condiciona en cierta medida su invisibilidad, la escasez de datos, tanto cualitativos como cuantitativos sobre esta comunidad, determina esa situación de desconocimiento existente, siendo en el mejor de los casos la información sobre el colectivo limitada, parcial y por tanto sesgada, evidenciando así el desinterés tanto de instituciones como de organismos por esta comunidad. Esta situación contribuye a la reproducción de diferencias y estereotipos que no necesariamente se

corresponderían con su realidad, por otro lado, la homogenización de este grupo en el contexto mayoritario, determinan la dilución de datos referidos a un colectivo (micro) en el contexto mayoritario (macro), impidiendo conocer la situación real de esta comunidad, perpetuando el desconocimiento y la invisibilidad al condenarlos al anonimato, sin posibilidad de intervención específica e, infravalorando la representatividad de los mismos. Es por ello, que tras exponer estas circunstancias se genere la necesidad de investigar al respecto.

Plantearnos las siguientes cuestiones, determinó nuestra investigación. ¿Qué sabemos de la población gitana? ¿Quiénes son? ¿Cuántos son? ¿Cuáles son sus necesidades? ¿Cómo viven? ¿Qué padecen? ¿Cuál es su realidad? ¿Cómo se relacionan con las instituciones? ¿Responden las instituciones y los profesionales a las necesidades de este colectivo?.

Es decir, a priori los estudios e investigaciones no suelen plantearla demografía, ni la situación socio sanitaria de la población gitana, no describen los problemas de salud que les afectan, ni su relación respecto al resto poblacional, no indagan en si les afecta de la misma manera, no describen si existen diferencias culturales en salud entre población gitana y no gitana y en el caso de existir, se deberían de explicar con que están relacionadas, tampoco plantean por qué podrían ser relevantes estas cuestiones o, si ser gitano/a tendría relevancia para ciertas afecciones.

Se precisa por tanto, generar información que evidencie la realidad de este colectivo culturalmente diferenciado, contextualizada y relacionada con la economía, la educación, el trabajo, las creencias, la vivienda, el entorno, la comunidad, las instituciones etc. y, sustentado igualmente en las voces sus integrantes, en sus discursos, saberes y prácticas, con una perspectiva y enfoque que integre la atención a la diversidad, donde se objetiven que son realmente diferencias culturales y que se aborden con perspectiva integradora, constructiva y enriquecedora o, si por el contrario plantear si se trata de, desigualdades o diferencias socio-sanitarias, educativas, etc. las cuales, serían susceptibles de ser corregidas.

La circunstancia de que trabajemos en salud ha determinado que, el abordaje para acercarnos a la comunidad gitana local de un municipio andaluz haya sido desde una perspectiva sanitaria.

Las primeras percepciones fueron complejas, el desconocimiento sobre cualquier aspecto relacionado con este colectivo era una constante, tanto por los profesionales como por las instituciones y resto poblacional.

Por otro lado, aspectos individualizados se inferían al resto del colectivo de manera habitual.

Desde la perspectiva de salud, fundamentalmente eran impresiones subjetivas, individualizadas y dispares tanto de las afecciones, control y seguimiento de los/as integrantes de esta comunidad.

El planteamiento pasaba por explorar para conocer la situación real del colectivo en la zona de estudio, averiguar su dimensión y representación social, afecciones, cuidados y prácticas en torno a la salud e, indagar si estos, están relacionados con el hecho de pertenecer a un grupo culturalmente diferenciado o, si por el contrario, estaban determinados o relacionados con otras variables.

Para poder investigar en la zona, era preciso desarrollar trabajo de campo que permitirá en primer lugar definir la situación socio-demográfica dado que en la localidad era un colectivo poco estudiado desde el punto de vista de la salud, desconocido e invisibilizado a pesar de su larga trayectoria de convivencia conjunta, tanto para sus vecinos como, para las diferentes instituciones y organismos

La investigación de estos años ha permitido la recogida de información y por tanto ha facilitado la descripción de aspectos sociales, educativos, laborales y sanitarios, para mostrar una panorámica de la situación actual de la población gitana local, el trabajo de campo, nos ha acercado a sus percepciones, creencias, relaciones y prácticas, así como a los profesionales e instituciones con los que interactúan.

4. Objetivos.

Reconstruir el perfil socio-demográfico de la población gitana local y compararlo con la población mayoritaria, conocer su representatividad e impacto respecto a la población total, constituyen la base para desarrollar el resto de la investigación que, permitirá indagar en la vida y relaciones de este colectivo, analizando su contexto sociocultural.

Describir y explicar la situación socio-sanitaria de la comunidad gitana local, explorando en el proceso salud/enfermedad, situación educativa, vivienda, empleo, economía, familia y relaciones.

Articular los saberes, roles, creencias y prácticas socio-sanitarias de los individuos con, las condiciones estructurales en las que ocurren.

Exponer la relación de la comunidad gitana con los/as profesionales y con las instituciones locales para explorar si, responden a las necesidades de dicha comunidad, se discutirá el papel desarrollado por el Servicio Andaluz de Salud, institución educativa y Social municipal, en los problemas relacionados con este colectivo.

Intentaremos describir si la problemática encontrada constituye especificidad cultural atribuida a esta comunidad o, si por el contrario los problemas encontrados se relacionan con otras variables y/o constituyen diferencias o desigualdades en salud, educación, vivienda, empleo, etc. para este colectivo..

Por último, nos gustaría poder desarrollar la investigación contemplando cierta perspectiva de género, si bien este, no es el objetivo del trabajo.

CAPÍTULO II

METODOLOGÍA

CAPÍTULO II.

MÉTODOS Y FUENTES: POBLACIÓN DE ESTUDIO.

1. CONTEXTUALIZACIÓN METODOLÓGICA.

Para poder lograr los objetivos previstos en este trabajo, desde describir las afecciones de salud de la población gitana a las creencias, percepciones y prácticas en el proceso salud/enfermedad así como, su relación con las instituciones, se han combinado una variedad de instrumentos y técnicas para la recogida y análisis de datos, tanto cualitativos como, cuantitativos.

Los métodos cuantitativos permiten recoger la diversidad de datos existentes en materia de salud y posteriormente elaborar informes más estandarizados. Un enfoque cualitativo posibilita detectar aspectos que anteriormente no han sido abordados (Álvarez, Rodríguez, Sanchidrian, Alejos y Pla, 2012) y facilita buscar el significado para entender el contexto sociocultural, poder captar y entender la realidad investigada. En el caso que nos interesa un enfoque exclusivamente cuantitativo o cualitativo sería insuficiente.

Los métodos usados para la recogida de datos han sido:

- Observación participante.
- Entrevistas en profundidad, entrevistas formales, informales e historias de vida.
- Grupos de discusión.
- Escucha activa.
- Explotación de registros y bases de datos.

Compartimos con otros autores la creencia de que la investigación precisa de la complementariedad de metodologías, que permitan el abordaje de los diferentes aspectos que nos puedan interesar, tanto desde el punto de vista epistemológico como técnico (Cabrero y Richard, 2000).

2. LLEGADA A LA ZONA DE ESTUDIO:

No podríamos describir la metodología utilizada en esta investigación si previamente no explicamos el inicio. La llegada a la zona de estudio ocurre en 2002, siendo procesos laborales y personales quienes condicionaron esa llegada.

Una agro-ciudad llamaba nuestra atención pues suponía, un cambio laboral algo más sereno, de ahí optar por trabajar la barriada de las Cuevas, lo que permitiría seguir estando en una ciudad pero sin sufrir su agobio.

El consultorio de atención primaria, era pequeño y su dotación de personal lo constituida una médica y una enfermera, el centro o consultorio, estaba ubicado en un entorno adverso, tanto por las condiciones orográficas (con cañadas laberínticas, otras sin salida, sin asfaltar, iluminación insuficiente o nula, desniveles que impedían circular en coche, cañadas, calles sin identificar, números de viviendas sin orden establecido cuando los había, me costó una semana llegar al consultorio sin perderme) como de infraestructuras, déficit de agua, de luz, moscas, malos olores, basuras, cortes de luz, goteras en consultorio, sin soporte informático, escasos materiales sanitarios... parecía un consultorio anacrónico, respecto al momento pero, acorde quizás con el entorno.

Desplazar a un profesional varón, con cierta antigüedad, conocido por la población de la zona, no fue la mejor manera de empezar. Antes de la incorporación al puesto de trabajo se hizo una incursión previa para recorrer la zona, las informaciones de los profesionales consistían básicamente en la conflictividad de la zona, la presencia de población gitana, zona marginal y aislada, si estas informaciones tenían una connotación disuasoria, no funcionó.

La doctora del centro, tampoco parecía contenta, pues la presencia de un varón le garantizaba seguridad según refirió posteriormente.

El entorno parecía fascinante a pesar de las dificultades que ya emergían, un paisaje hasta ahora inaudito sería la nueva ubicación, un nuevo reto, otra forma de trabajar respecto a la atención hospitalaria que, junto a iniciar estudios en antropología, constituían un desafío.

En este contexto, observábamos y éramos observadas/os, a primera vista parecía que la mayoría de la población que acudía al consultorio sanitario, pertenecía a la comunidad gitana. No teníamos ningún dato, solo una primera impresión y la información reiterada

de otros profesionales en cuanto a la zona, mayoritariamente de población gitana, conflictiva y marginal.

La inquietud y curiosidad por esta población, el déficit de datos relacionados con ella, determinaron que prematuramente contactáramos con otras instituciones y profesionales para indagar al respecto. Las relaciones establecidas facilitaron poder investigar otros aspectos además de la salud, relacionados con la población de la zona de estudio y trabajar sobre ellos.

Llamaba nuestra atención el aspecto de la población, sus vestiduras, su forma de relacionarse, el que una parte de la vida familiar se realizara hacia el exterior de la vivienda (en época estival la calle inmediata a la vivienda se convertía en el comedor de la misma, el lavado de ropa, tendido para secarla, incluso las camas o colchones ocasionalmente se colocaban en esta parcela incorporada a la vivienda) ocasionalmente la misma era compartida con animales (caballos, cabras, gallinas, conejos) que convivían compartiendo espacio junto a las familias. En general, nos parecía que tanto el entorno como las gentes diferían de otros contextos.

Con el tiempo, el trabajo y la investigación, pudimos comprobar errores infundados, percepciones condicionadas que sustentan los estereotipos creados.

La piel morena de muchas de estas personas, obedece al entorno desfavorable, a la falta de árboles y de viviendas que generen sombra en los largos y calurosos meses de verano, el que la población en general desarrolle parte de la vida familiar en la calle, en la placeta que a modo de patio delantero existe en la mayoría de estas viviendas constituyendo una prolongación de la misma.

Dadas las características propias de la cueva (poca luz natural, ventilación insuficiente, temperatura y humedad...) condicionan en cierta medida, la rutina de las gentes hacia el exterior que, junto a una orografía adversa, determinan una exposición prolongada a lo largo de los años a la climatología.

En parte, estas cuestiones justifican que se perciba esa homogenización en torno al color de la piel, la vestimenta y manera de relacionarse de la población de esta zona, estereotipado como rasgo de “identidad”.

Extracto de Nota de campo 20 Octubre 2003:

Hoy ha venido Carmen a la consulta, la acompañaba su hija mayor. Hoy venían según la hija, para que convenciera a la madre y la vacunara de la

gripe, la paciente no quería, la hija insistía, me comentaba que era una mujer que nunca ha consultado con un médico, nunca ha tenido necesidad de que la atiendan, decía que los médicos *“los de las batas son matasanos, nos ponen más malos de lo que estamos...”* la hija corroboraba que los médicos no le generaban confianza (nos mete a todos en el mismo saco, mira que yo insisto en que soy enfermera, pero me temo que para ella es igual...) parece no darle importancia, percibo que establece una sola categoría profesional, sea cual sea, los sanitarios o los de la bata blanca o médicos... y percibo estos comentarios como “reactivos”.

Conozco a esta familia desde hace un tiempo, me gusta que la abuela se rebele contra el sistema que no entiende, es una mujer de carácter, algo recelosa, la circunstancia de haber tratado con ella durante los últimos meses ha generado cierta confianza como para que me autorizara incluso a fotografiarlas, son muchos los detalles de sus vidas que han compartido conmigo, desde la narración de algunos de sus partos y que hoy vuelve a contarme, ocurrido en el campo durante las largas jornadas de trabajo *“yo sola, me las agencí para cortar el cordón de los niño que tuve en el campo, uno lo corte con unas piedras y lo até con un cordel del zapato, otro lo corté con una lata de atún, sin ayuda”*.

Ha relatado una vida de trabajo para sacar adelante a ocho hijos, de trabajos diversos, desde lavandera a pedigüña, me sorprende que cumpliera horarios en esas tareas, como si se tratara de cumplir un contrato o jornada laboral profesional (supongo que también he infravalorado esa actividad, al fin y al cabo, desde otra perspectiva, también puede ser una actividad profesional).

Al final, decidió vacunarse de la gripe, al descubrirse pude observa su piel del pecho, espalda y hombro, mi sorpresa fue evidente.

Presentaba unas marcas cutáneas correspondientes a las partes expuestas al sol que contrastaban con las zonas cubiertas o protegidas lo mismo que la noche al día, mi sorpresa fue tal que le dije, que tenía la piel como un bebé, blanca y suave, incluso mucho más que la mía, a pesar de su edad, nada que ver con la piel expuesta, ennegrecida, cuarteada, deshidratada, ella testó *“estoy agitanada del sol...”* sorprendiéndome igualmente esta coletilla,

pues percibo que la propia comunidad gitana ha incorporado a su propia percepción el estereotipo que la mayoría tiene de este grupo.

Ya me había pasado anteriormente, percibir que la gente del barrio y otros miembros de esta comunidad, presentaban un color de piel más oscuro, en ocasiones “renegrado” cuando en realidad es el resultado de una condición ambiental.

El uso de ropajes que en un principio parecían, como una falta de “criterio” para combinarlas, el tiempo reveló que no era cuestión de gusto, si no de necesidad y posibilidad, las situaciones de subsistencia, entorno desfavorable, dificultades sociales, educativas, económicas, determinan las prioridades para la satisfacción de necesidades, hasta el punto de modificar hábitos, costumbres e incluso, creencias.

3. DESCRIPCION DE LA ZONA DE ESTUDIO

3.1 AMBITO DE ESTUDIO:

El periodo de estudio abarca desde 2002 hasta 2015. Hasta entonces, el área de salud de la provincia de Granada, a su vez está dividida en cuatro distritos sanitarios:

1. Distrito Granada
2. Distrito Metropolitano.
3. Distrito Sur (actualmente área sanitaria Granada Sur)
4. Distrito Nordeste (actualmente área sanitaria nordeste de Granada).

El distrito nordeste de Granada, a su vez está conformado por siete zonas básicas de salud: Guadix, Purullena, Marquesado, Pedro Martínez, Baza, Benamaurel y Huéscar, siendo los hospitales de referencia el Hospital General Básico de Baza, y el Hospital de Alta Resolución de Guadix.

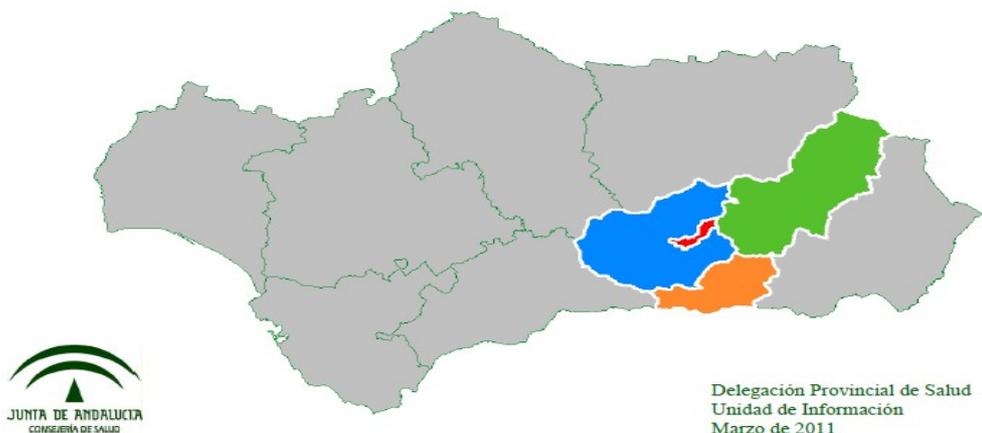
La zona básica de salud de Guadix, a su vez está constituida por los municipios de Albuñán, Cogollos de Guadix, Gor, Gorafe, Guadix y Valle del Zalabí, este último constituidos desde 1975 de la unión de: Alcudia de Guadix, Esfiliana y Charches.

La creación del Área de Gestión Sanitaria en principio no ha cambiado la demarcación territorial, es decir la antigua zona básica de salud de Guadix, actualmente sigue atendiendo la misma demarcación territorial.

Mapa 1: Andalucía y provincia de Granada con sus distritos sanitarios.

MAPA SANITARIO DE LA PROVINCIA DE GRANADA

Revisión del Padrón Municipal de Habitantes, a 1 de enero de 2010



Fuente: Junta de Andalucía. Delegación Provincial de Salud.

3.2 TERRITORIO:

A continuación se presenta una breve descripción del municipio de Guadix y de la Comarca donde se ubica, la zona Nordeste de la provincia de Granada.

Guadix se encuentra situada en la provincia de Granada a 59 Km. de la ciudad, a una altitud de 949 metros, situada en la ladera norte de Sierra Nevada. Latitud 37 grados, longitud 18 minutos.

Tiene una superficie de 317km², con una densidad de población de (59,30 habitantes/km²).

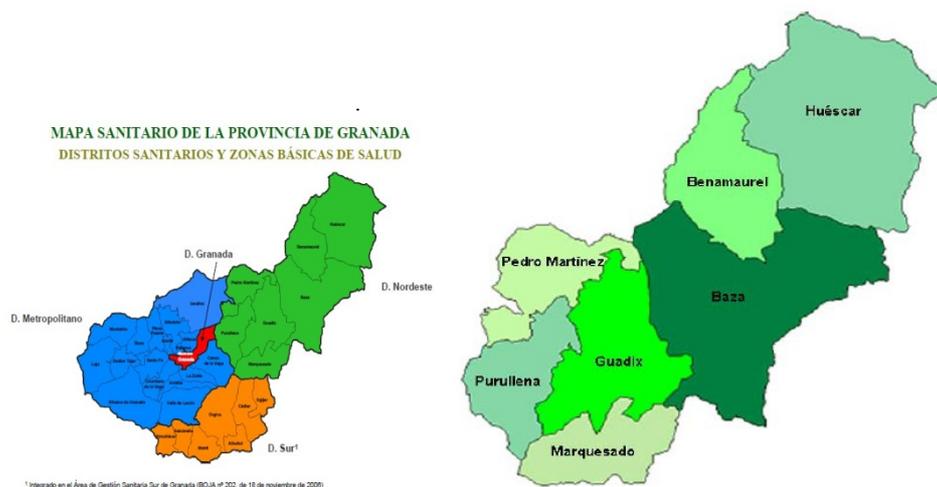
La ciudad presenta una amplia dispersión geográfica, debido a que la orografía del terreno ha delimitado una serie de barriadas y anejos de este núcleo urbano.

Además de su casco urbano la ciudad presenta, una serie de barrios periféricos a los que paulatinamente el proceso urbanístico va acercando al centro al mejor las vías de comunicación, estos son: Barriada de Cuevas, Andalucía, La Estación y Paulenca.

Se eligió la barriada de Cuevas como zona de estudio porque allí se inició el trabajo decampo al percibir que es en este entorno, es donde se condensaba la mayoría de población gitana de la localidad¹.

Mapa 2: Provincia de Granada y ZBS, Área Sanitaria Granda Nordeste.

¹En el capítulo sobre aspectos demográficos se presentan los datos referentes a esta población, apreciándose como se distribuye la población gitana en la localidad.



Fuente: Junta de Andalucía. Delegación Provincial de Salud.

La zona de estudio, llamada Barriada de las Cuevas, comprende los siguientes barrios:

- Cerros de Medina.
- Cuatro Veredas.
- Cañada Ojeda
- Ermita Nueva.

Todos, situados al sureste del centro de la ciudad, que junto a las viviendas sociales de Teresa de Calcuta, Victoria Kent, Padre Llanos y calle de la Barriada Andalucía constituyen el núcleo donde se desarrolla la investigación. (Mapa anexo I).

Esta zona de cuevas de Guadix constituye un hábitat geográfico, urbano y peculiar, perfectamente diferenciado del resto del municipio, siendo en este donde se concentra un volumen importante de la población gitana local.

Destacamos que la zona de cuevas junto a las viviendas sociales de la Barriada y Padre Llanos, quedan definida como Zona Necesitada de Transformación Social (ZNTS).

Esta catalogación² obedece a que dichos contextos, en Andalucía presentan peores indicadores socioeconómicos, constituyendo espacios urbanos claramente delimitados,

²La zona de estudio, clasificada como Zona Necesitada de Transformación Social y cuya declaración se realiza, en el año 2002, previo estudio realizado por el (IESA) y que clasifica los territorios andaluces en función de la concentración de hogares excluidos y contemplando aspectos cuantitativos y cualitativos de la exclusión. Investigación realizada a iniciativa de Consejería para la Igualdad y Bienestar Social, (Orden 1 de febrero de 2006 de la Consejería para la Igualdad y Bienestar Social (BOJA nº 31 de 2006).

en cuya población concurren situaciones estructurales de pobreza grave y marginación social, y en los que se aprecian significativamente problemas en las siguientes materias:

- Vivienda, deterioro urbanístico, déficit de infraestructura, equipamiento y servicios públicos.
- Elevado índice de absentismo y fracaso escolar.
- Altas tasas de desempleo, junto a graves carencias formativas profesionales.
- Significativas deficiencias higiénico-sanitarias.
- Fenómenos de desintegración social.

Estas circunstancias unidas a que empezábamos a vislumbrar procesos de morbimortalidad de diversa índole llamaron nuestra atención hasta el punto de decidir profundizar sobre el tema.

3.3 LA CUEVA

Este tipo de vivienda constituye el hábitat típico de la zona, constituyéndose la comarca como uno de los pocos asentamientos habitados de viviendas trogloditas de Europa.

El esquema urbanístico de las cuevas, se desarrolla a lo largo de un conjunto de accidentes topográficos, convertidos en referencias urbanas: placetas, cañadas, barrancos, cerros y ramblas, que sirven por otra parte para delimitar y marcar los distintos barrios existentes en la zona, acomodándose así la estructura urbana a la orografía del terreno.

La cañada equivale a lo que habitualmente conocemos por calle, así se forma un espacio urbano funcionalmente similar, pero cualitativamente más diverso.

La placeta, de localización anterior a la entrada de la cueva, es soporte de la vida doméstica exterior, una extensión de la vivienda o la vivienda misma, no es raro ver la ubicación de camas, tendedero, mesa para comer en época de calor.

Muchas veces la placeta es compartida por varias cuevas, generalmente comparten placeta miembros de una misma red familiar.

El barranco o la cañada conforman un conjunto interrelacionado de placetas, caminos, cerros, donde se desarrolla la vida del barrio.

La cueva-vivienda o la casa cueva, es el resultado de una excavación manual, a pico en el cerro de arcilla. Al cerro se le da un corte vertical en una de sus caras, con lo que conseguimos por un lado, la fachada y por el otro, la placeta. No hay cimientos.

La distribución interior de estas, suelen ser sin pasillos, de una habitación se accede a otra a través de una abertura simulando hueco de puerta, con anchura, profundidad y altura variable formando un arco similar al medio punto.

La cueva a veces, y si el terreno lo permite, es simétrica en sus primeras habitaciones con la finalidad de arrebatarse al terreno la luz natural.

La luz y la ventilación suele provenir de la puerta de entrada, alguna ventana arrebatada al perfil del terreno y la habitual chimenea localizada casi siempre en la estancia más cercana a la calle.

Si por un lado este tipo de vivienda se percibe como ejemplo bioclimático, solo las acondicionadas que son una minoría, cumplirían con esta categoría.

En gran medida, son viviendas que no cumplen con criterios de confortabilidad (déficit de luz natural y ventilación que determinan unas condiciones de alta humedad y temperatura estable en torno a los 16°C a lo largo de todo el año) siendo un gran volumen de estas viviendas ocupadas, con deficitarios criterios de habitabilidad.

Actualmente aunque no se ha establecido, relación entre determinadas afecciones y estas viviendas, cabe pensar que determinados procesos mórbidos pueden verse favorecidos por estas condiciones de habitabilidad.

Hacia el fondo de las cuevas, se van desarrollando los dormitorios, no tienen ventilación, ni luz natural, por encontrarse más interiores. Tan solo en cuevas con una fachada longitudinal tienen luz y ventilación algunas piezas más de la vivienda, siendo esta situación casi excepcional.

La solería se compone generalmente con mortero de cemento, siendo sus principales problemas las disgregaciones y las fisuras.

Adosada a la vivienda en el exterior, existe normalmente otra estancia que suele servir para servicio de cocina o para aseo cuando lo hay, cumpliendo con criterios también de infravivienda dado lo precario de su arquitectura y aislamiento habitualmente.

En las cuevas la fachada principal sobresale respecto al parámetro vertical del terreno, tras realizar un pequeño saliente con teja a modo de visera, que no excede medio metro en total, como protección contra derrumbes y objetos.

La orografía del terreno hace que las cuevas se superpongan, configurando un puzle interrelacionado, de manera que los suelos de unas, constituyen los techos de otras.

Dadas las características arquitectónicas de este tipo de vivienda, es casi una constante la adhesión de alguna dependencia externa a la cueva, a modo de cuarto de baño y cocina, para solventar dichas carencias así como adaptarse a la normativa que prohíbe los dispositivos de butano en las viviendas mal ventiladas, necesarios para cocinar y agua caliente.

En la barriada no hay constancia de que se hayan excavado nuevas cuevas, solo se han rehabilitado las ya existentes.

El número de cuevas existentes³ en esta zona, está estimado alrededor de mil trescientas noventa y ocho cuevas, otras fuentes apuntan a un número cercano a las dos mil cuevas en todo el municipio, si bien no todas están ocupadas, el trabajo de campo realizado apunta más a esta cifra y a la circunstancia de que la situación actual de familias con necesidad de vivienda ocupen algunas de estas sin condiciones de habitabilidad.

En cuanto al uso de esta tipología de vivienda, podemos sintetizarla en:

1. Cuevas residenciales:
 - a. Permanentes
 - b. Temporales
2. Cuevas con otros usos:
 - a. Cuadra
 - b. Almacén, desahogo...
 - c. Sin uso concreto.
3. Cuevas turísticas: Representan una mínima proporción de las mismas, destinadas a la explotación inmobiliaria y de localización puntual, siendo de explotación ajena a la gente que habita en el barrio.

4. POBLACIÓN

La zona básica de salud, al concluir el estudio, tiene un volumen de población total de 24,066 personas, siendo Guadix el principal núcleo urbano, que condensa la mayoría de la población⁴.

³Datos referidos al registro de cuevas de Servicios Sociales de la localidad. En el capítulo IV de este trabajo, quedan referidas dichas viviendas sociales.

⁴Datos pertenecientes INE 1 de Enero de 2012 del municipio de Guadix.

TABLA 1: Distribución de la población y superficie de la Zona Básica de Salud (Guadix) 2012.

MUNICIPIO	POBLACIÓN (2012)	SUPERFICIE (KM ²)	VARONES	MUJERES
Guadix	18,920	324.3	9,405	9,515
Albuñán	430	9	226	204
Cogollos de Guadix	718	30	384	334
Gor	877	182	447	430
Gorafe	461	77	232	229
Valle del Zalabí	2,660	108	1,162	1,098
Total Zona Básica	24,066	723	12,356	11,810

Fuente: Elaboración propia, a partir de datos IAE.SIMA

4.1 POBLACIÓN GITANA DE ESTUDIO.

La población gitana local, constituye el objetivo de estudio.

Dado que a priori esta se desconoce, indagar en su demografía será el punto de partida posteriormente plantear tanto los aspectos cuantitativos como cualitativos de la realidad de esta comunidad.

Para los datos cuantitativos se ha incluido a toda la población de este colectivo, lo que nos va a permitir incluir tanto los casos de máxima como mínima variación, y nos permitirá minimizar tanto el error aleatorio como el sistemático (Argimon y Jiménez, 2004) relacionado con el proceso salud/enfermedad.

La población total de la localidad representa nuestro universo de control respecto a la población gitana local en cuanto a los datos cuantitativos referidos tanto a procesos de morbilidad como, a aspectos demográficos.

Delimitar y precisar a la población gitana que vive en el municipio ha sido un reto, al tratarse de una población con cierta movilidad e invisibilidad (Barañi, 2001) desde determinados aspectos relacionados con su cotidianeidad, sus necesidades, relaciones, situación sanitaria, demografía etc.

La elección de los participantes para recogida de datos cualitativos se ha realizado por conveniencia con objeto de reflejar la diversidad del fenómeno estudiado en cuanto a salud/enfermedad, percepciones, prácticas y relaciones.

4.2 CRITERIOS DE INCLUSIÓN: LA POBLACIÓN GITANA DE ESTUDIO.

Para la selección de los participantes se han valorado dos criterios:

- La auto-identificación a la minoría por criterios de filiación y descendencia y referencia en cadena o bola de nieve⁵.
- Que vivieran en la localidad la mayor parte del tiempo que dura el estudio (2002-15) ya que, la movilidad de una parte de la población de estudio ha sido un inconveniente para el mismo a la hora de establecer criterios de inclusión.

Ha sido una dificultad definir a los descendientes de parejas mixtas, por la ambigüedad con que los mismos se auto-identifican y son identificados con ambos grupos, para ello nos hemos limitado a considerar la dicotomía que dicha población explicita.

Es preciso señalar que durante todo el estudio se ha mantenido el anonimato, la confidencialidad y la codificación de los datos, con objeto a salvaguardarlos según LOPD 15/1999 de 13 de Diciembre, el RD 1720/2007 de 21 de Diciembre para el que se aprueba LOPD, en su artículo 10 y LEY 41/2002 de 14 Noviembre, básica reguladora de la autonomía del paciente y derechos y obligaciones en materia de información y documentación clínica.

5. EL ROL DEL INVESTIGADOR.

La primera impresión al entrar en el campo fue la de extrañeza (Barley, 1989) todo nos sorprendía, no podíamos comprender que todo aquello pasara inadvertido para la propia población de la zona de estudio, así como para los profesionales e instituciones.

En general, las gentes, las relaciones, las enfermedades, la vivienda, la vida en su conjunto, parecía diferir de cualquier otro contexto.

⁵Este muestreo no se ha limitado a la toma de contacto con un informante y dejar que la cadena siguiera su propio curso, sino que en este caso la visibilidad social del investigador y otros informantes clave, ha facilitado la misma, hemos ido verificando la información que los informantes aportaban, triangulando la misma a través de otros miembros del colectivo y estableciendo lazos ligados a la descendencia en la mayoría de los casos.

Así mismo se han controlado las cadenas referenciales con objeto de que los datos obtenidos sean de calidad, es decir se ha podido controlar y delimitar la población objeto de estudio, distinguiendo y clasificando a otros miembros agregados cercanos a la muestra, como son, personas “payas” casadas con una persona perteneciente a este colectivo, descendientes de parejas mixtas y adopciones.

Pronto comprendimos que no se podría hacer observación participante si no estábamos integrados, a pesar de la amabilidad la población parecía recelosa, con el tiempo fueron desapareciendo temores y comprendimos el por qué, de dicha actitud.

Extracto de entrevista: (usMGT -018, Octubre 2009).

“Los médicos siempre decís las normas, lo que tenemos que hacer, lo que tenemos que comer, cuando, pero no se preocupan ni les importa si yo puedo hacer dieta o no, se piensan que todos podemos comer vaca... a lo mejor yo estoy más preocupada por poder pagar la luz ¿no ves que me la cortan? Y el otro diciendo si hago o no hago dieta...”

En ocasiones el acercamiento ha sido difícil y no exento de conflicto, superados los obstáculos a fuerza de persistencia, negociación y continuidad hemos podido avanzar en la investigación sin dificultad.

Resulta impreciso poder situar un punto, una fecha, del tiempo y espacio en el que ocurre la integración, quizás ocurre en el momento en que formas parte de esa realidad, interactúas con ella (Taylor y Bogdan, 1990) es un continuum que requiere participación activa, donde tus roles son cambiantes en función de la posición que se adopta y te permiten participar.

Lo que en un principio pareció ser algo negativo, haber desplazado a un profesional varón, con el tiempo, constituyó una ventaja ser una mujer.

Extracto de entrevista (usVGT-007, Dionisio, 2003)

“Es que eres una mujer y hay cosas que las mujeres no entienden... los hombres pensamos de otra manera, si fueras un hombre sería diferente, las mujeres no pueden entender las cosas de los hombres... hay cosas que sí... que se pueden hablar... pero otras... no.”

Inicialmente la población mostraba igualmente extrañeza, que nos interesaran sus vidas, su salud, sus relaciones, sus problemas, predominaba cierta desconfianza que, con el tiempo, la paciencia y trabajar en su entorno, participando en sus vidas en cierta medida, diluyó esas desconfianzas.

Interesarnos por las redes familiares, por sus relaciones, por su forma de vida, la preocupación por su salud, el dedicarles tiempo, escucha... facilitaron la aceptación y la apertura del trabajo en el campo.

El rol sanitario permitía ya, un acercamiento a esta comunidad, pero no sería suficiente hasta que no traspasara la barrera “técnica”.

Al inicio, para solventar este impedimento, comenzamos por acercarnos a las mujeres que frecuentaban la consulta por motivos de salud, inicialmente la presencia masculina era más escasa, posteriormente según se facilitaba la accesibilidad y conforme aumentaba nuestro conocimiento de la zona, de la población, de sus necesidades y según nos implicábamos, la integración se consolidaba, así salíamos a la comunidad, a los barrios y domicilios, aprendiendo a posicionarnos en el campo para observar la realidad.

Extracto de entrevista (usMGT-009, Catalina, Marzo 2003)

“Las mujeres es que somos muy distintas de los hombres...no me refiero solo a por fuera... es que si yo a ti te digo una cosa pues tú la entiendes, pero si se lo digo a un hombre pues a veces lo entiende, pero lo más seguro es que no, es que las mujeres es como si pensáramos igual ¿no? por eso nunca un hombre te va entender del todo...”

El rol sanitario, nos ha colocado en una posición privilegiada para la investigación, ha permitido acercarnos a los padecimientos de esta comunidad, la interacción con la población en el campo ha permitido conocer sus estrategias para el mantenimiento y recuperación de la salud, sus percepciones sobre el proceso salud/enfermedad y sus relaciones con los profesionales e instituciones.

Poder ayudar directamente a los individuos siempre que hemos podido, ha influido en la integración, pues hemos sido más que un recurso sanitario para esta población.

Por otro lado, trabajar en salud implica mucho más que una actividad profesional, relacionado con que el sufrimiento de los individuos no es ajeno al profesional, traspasa a la faceta personal de los profesionales y no siempre de forma consciente.

Estos matices referidos y relacionados de trabajar profesionalmente en salud, investigar en salud y contextos marginales, añade complejidad a todo.

El dilema ético es una constante (Gastaldo y McKeever, 2000) que condiciona y cuestiona la labor investigadora realizada, el rol profesional facilita el rol investigador y ambos, facilitan el trabajo de campo por un lado, por otro, genera tensión pues no siempre se puede desdoblarse la tarea investigadora de la actividad asistencial, obligando a replantearnos los objetivos de la investigación, ante la necesidad de no perder la perspectiva y reducir el trabajo investigador a aquello que nos gustaría encontrar y, la necesidad de controlar la posición en el campo.

Todo este trabajo ha constituido, un proceso continuado de debate interno y reflexión, dada la naturaleza y sensibilidad de la investigación, nos han permitido acceder a sus familias, sus hogares, a sus prácticas, creencias y compartir experiencias sobre el proceso salud enfermedad, en definitiva, a sus vidas, lo que supone un compromiso implícito para con esta comunidad, más allá de lo que se pueda explicar.

Siempre se ha solicitado y se ha obtenido el consentimiento informado de los participantes, mayoritariamente de forma oral, en otras ocasiones de forma escrita.

Hemos solicitado la colaboración y la autorización institucional sanitaria, educativa, municipal y social, colaborando cada una en la medida de lo posible.

6. TRABAJO ETNOGRÁFICO.

Desarrollar el trabajo etnográfico como metodología para el estudio de esta población, obedece a las ventajas de dicha técnica de complementarse e intercambiarse con otras, ya que ningún método está exento de sesgos, por tanto, para lograr acercarse a la realidad situacional (Bericat, 1998) de otro colectivo, se deben utilizar diversas técnicas de recogida y análisis de datos, a partir de las cuales el investigador realizará diferentes triangulaciones.

El comienzo del trabajo en la zona de estudio se inicia el verano de 2002, prolongándose hasta la fecha actual, aunque el trabajo de estudio se ha cerrado acotando más de una década de investigación, correspondiendo al periodo 2002-2015.

La zona estudiada, es una zona diferenciada, clasificada como necesitada de transformación social, donde convergen diferentes problemas sociales, sanitarios, educativos, económicos, familiares y laborales, descrita anteriormente.

Comenzamos la recogida de notas de campo nada más llegar, en esta primera fase, las notas giraban en torno a la llegada, primeras impresiones, el entorno... con el paso del

tiempo, conforme recopilábamos datos, percibíamos nuestra propia implicación con la investigación.

Alentada por el trabajo del profesor (Gamella 1996, 2000) inicié la recogida de notas de campo que cada vez fue más metódica según avanzaba en la investigación y que se ha prolongado a lo largo del tiempo.

La elaboración de un diario de campo, junto a la recogida de diversas notas y descripciones narrativas, junto a la observación participante realizada con la población objeto de estudio, han generado un dossier de información que junto a las entrevistas y otros instrumentos han permitido integrar la información recogida y su triangulación.

Fue preciso recurrir a diferentes estrategias de acercamiento y distanciamiento de la población, de los informantes y de las instituciones en función de, los distintos momentos y conflictos que han amenazado la investigación y roles desempeñado.

Se ha pretendido integrar la perspectiva émic y étic (Amezcuca, 2000) con objeto de minimizar la imposición de valores y creencias de quien investiga y además, poder describir, que hace, que dice y como se desenvuelve esta comunidad en el proceso salud/enfermedad, pretendiendo dar voz a este colectivo a través de este trabajo, o como (Equipo Barañí, 2001) apunta: “para expresar en voz propia su visión sobre su presente, sus expectativas de futuro, así como los medios para alcanzarlas” (p.278).

Ha sido una tarea compleja, intensa, prolongada y desarrollada en el entorno natural de la población, la recogida de datos ha implicado estar involucradas/os en esta comunidad, pudiendo participar e interactuar en las trayectorias de los individuos.

En ocasiones, se ha dado la circunstancia de que las observaciones no cuadraban con los datos de la entrevista, debiendo modificar el proceso de replanteamiento de los mismos, a través de comprobar la representatividad, el efecto del investigador (reactividad) pesar y comprobar la evidencia (Huberman y Miles, 2000) se ha podido ir triangulando la información⁶ con las notas recogidas y con la observación, permitiendo objetivar el proceso salud/enfermedad estudiado.

⁶El haber recogido notas de campo, diario y haber realizado un informe previo respecto al tema de estudio, cuando al par de años de estar trabajando con esta población, ha permitido posteriormente investigar sobre él, evidenciando como mis propios prejuicios, mi formación tanto personal como

Mediante el trabajo de campo se ha podido identificar el problema que queríamos investigar, conocer su dimensión, al observar la realidad de este colectivo de forma más global, es decir, ha permitido conocer la situación socio-sanitaria de la comunidad gitana local.

Se han podido observar, las prácticas y conductas, la ocupación del espacio, el hábitat, sus acontecimientos cotidianos y las relaciones de esta comunidad.

Se han explotado fundamentalmente, fuentes primarias orales, a través de los discursos de los individuos, intentando así reconstruir su realidad social, a través de sus experiencias y comportamientos y de la observación participativa (kawulich, 2005).

Estar inmersas/os en esta comunidad durante más de una década, aunque no ha sido a tiempo completo, ha facilitado la reconstrucción de las unidades familiares, conocer su organización en la ocupación de los espacios, sus costumbres, creencias...

Si en un principio hemos sido observadoras/es participantes posteriormente hemos sido participantes observadoras/es (Amezcu, 2000) hemos podido compartir diferentes acontecimientos vitales de esta comunidad, sus nacimientos, bodas, muertes, enfermedades, sus relaciones y modos de vida.

7. LOS PROFESIONALES ENCUESTADOS.

El punto de partida venía definido por, la creencia bastante generalizada de que la población gitana local tiene una presencia aparentemente notable y, constituye un grupo culturalmente diferenciado respecto a la población mayoritaria, pero, necesitábamos acercarnos a los profesionales para explorar donde se sustentan esas creencias.

El trabajo de campo ha permitido una relación fluida con otros profesionales que interactúan en la comunidad, con trabajo ocasionalmente colaborativo desde las diferentes perspectivas profesionales para la atención a esta población.

profesional, desde una postura que dista de la estudiada, limitaban mi objetividad y comprensión de los acontecimientos observados. Ello ha permitido poder volver a cuestionarnos y reflexionar sobre los fenómenos observados, permitiendo triangular objetivamente la información obtenida, que posiblemente no habría sido posible sin la existencia de esas notas y registros. La información informal recogida ha sido casi más valiosa que la estructurada, al escapar al efecto precisamente de la "formalidad".

Esta circunstancia generó la necesidad de aproximarnos a los/as profesionales, a sus actividades, dinámicas laborales, protocolos de trabajo y en ocasiones a aspectos personales, vivencias, percepciones, experiencias, etc.

Pensamos que plantear el abordaje de esta población por los distintos profesionales que interactúan en el ámbito socio-comunitario, permite una visión mucho más global y enriquecedora del campo de trabajo, del objeto de estudio, de las actividades realizadas y resultados obtenidos.

En la introducción hemos planteado la convivencia conjunta con este colectivo, aunque no ha habido el intercambio cultural deseado, dada la situación actual de desconocimiento, donde las relaciones hegemónicas de un colectivo mayoritario han dominado sobre otro, impidiendo procesos de sinergia y enriquecimiento mutuo, determinando relaciones sociales desiguales y condicionando situaciones de desventaja general de unos colectivos sobre otros, donde la situación de la población gitana insertada en la mayoría, ejemplificaría lo narrado.

Presentar un capítulo con los conocimientos, creencias y prácticas de los profesionales en el desarrollo de su actividad laboral, con la población gitana local, pensamos que argumentaría nuestro planteamiento, ayudando a discernir, si se trata de diferencias culturales o de desigualdades en salud, ya que a través de lo que percibimos y creemos, establecemos nuestras respuestas y actuaciones, para atender la diversidad (Liégeois, 2011) argumentado también por el autor al relatar “los prejuicios y estereotipos se encuentran con frecuencia en el origen de las actitudes y de los comportamientos de rechazo y de conflicto”.

La población gitana se ha asociado con frecuencia a un colectivo marginal y excluido (FSG, 2013) contribuyendo a mantener una imagen estereotipada de los mismos, difícil de deconstruir, que en cierta medida “justificaría” su aislamiento y reproducción de conductas excluyentes del resto poblacional, aunque a priori, no exista intencionalidad las inercias aprendidas pueden condicionar formas de relación adversas y discriminativas relacionada con la diferencia.

El objetivo de esta fase era por tanto, indagar en si por su actividad los profesionales podrían aportarnos información que contribuyera a conocer más y mejor a este colectivo, a través de sus percepciones, conocimiento y experiencia con el mismo, partíamos de la base de que su acercamiento desde el ámbito socio-sanitario

enriquecería nuestra investigación. Así, elaboramos una encuesta como instrumento, dirigida a los distintos profesionales, para la recogida de información de los aspectos que nos interesaba conocer y contrastar.

7.1 CRITERIO DE INCLUSION: LOS PROFESIONALES.

La elección de los profesionales para recogida de datos, se ha realizado por conveniencia con objeto de reflejar la diversidad del fenómeno estudiado en cuanto a percepciones, creencias, prácticas y conocimientos de estos sobre el colectivo, procurando que estén representadas todas las categorías profesionales, directamente implicadas en la atención socio-sanitaria.

En total para este capítulo, se han realizado 60 encuestas correspondientes a:

Categorías profesionales:

1. Dos categorías sanitarias.
 - Medicina 9
 - Enfermería 15
2. Dos categorías sociales:
 - Trabajadoras/es sociales con 11 participantes.
 - Trabajadoras/es de ayuda domiciliaria con 25 participantes.

Actividad profesional desarrollada en el municipio.

La elección de estas categorías se ha realizado, de forma intencionada como pilotaje y por estar los profesionales vinculados, directamente con la prestación de asistencia socio-sanitaria y cuidados e, interactuar en el ámbito de los individuos, hogares y comunidad.

Pretendíamos como apuntamos anteriormente, triangular la información obtenida de la encuesta con la encontrada durante el trabajo de campo.

A lo largo del periodo de estudio han sido muchos los momentos para compartir con estos y otros profesionales a propósito de esta comunidad, bien en entrevistas formales y/o informales, con el objetivo siempre de triangular datos, reflexionar sobre el rol desarrollado en la recogida de los mismos y debatir al respecto sobre la tarea investigadora.

7.2 LA ENCUESTA A PROFESIONALES.

La encuesta estaba dirigida a los distintos profesionales locales que interactúan con la población gitana durante su actividad laboral relacionada con, percepciones, creencias y conocimiento que tenían de, la misma.

En el encabezamiento del cuestionario constaba de los datos demográficos de los profesionales, sexo, edad, categoría profesional y experiencia con población gitana local, codificada y anónima.

Que esta encuesta fuese anónima facilitaba la manifestación de las percepciones que tenían los profesionales, al suprimir la presión que genera el/la entrevistador/a y la influencia de este en la entrevista.

Los ámbitos explorados en la encuesta pretendían indagar en las percepciones que tienen los diferentes profesionales sobre, la demografía del grupo, las afecciones más frecuentes, aspectos o rasgos culturales más destacables del colectivo, la relación del grupo con las instituciones socio-sanitarias, la respuesta de las instituciones a las necesidades del colectivo y una autovaloración sobre “racismo” siendo cero, no racista y diez, racista.

Todo, desde la perspectiva del profesional encuestado.

Pensamos que con una encuesta de este tipo, podríamos completar las líneas de datos encontrados en el trabajo etnográfico desarrollado.

Las entrevistas a profesionales también ha predominado el sexo femenino, relacionado con una mayor representación de las mujeres en profesiones más generizadas (Ortiz, 2001) al estar relacionadas con los cuidados, necesidades, educación y ámbito doméstico.

Tanto la encuesta como los resultados han sido transcritos a Excel para su análisis con SPSS 20.0 y posterior representación gráfica.

En el apartado de anexos, se adjunta encuesta.

8. LA ENTREVISTA A POBLACIÓN DE ESTUDIO.

A lo largo del periodo de estudio se ha recogido información a través de diferentes instrumentos de recogida de datos.

Se adjuntan modelos de entrevistas realizadas en anexos

Se han realizado entrevistas semi-estructuradas, también abiertas y otras en profundidad, unas han sido formales así como otras informales, algunas únicas, otras reiterativas.

Todas las entrevistas han sido codificadas para salvaguardar la confidencialidad del entrevistado/a.

Entrevistas a los profesionales de la salud.

- Médicos-as 23 entrevistas.
- Enfermeras-os 31 entrevistas.
- Otros profesionales 7.

Entrevistas a otros profesionales.

- Profesoras/es 20.
- Otros 13.

Entrevistas a población no gitana (varones 19 y mujeres 45) se ha intentado seguir los mismos criterios que para la población gitana.

Entrevistas a la población gitana.

- Mujeres gitanas 45
- Varones gitanos 19

La mayoría de las entrevistas de la población gitana se han realizado a mujeres.

Se ha elegido de forma intencionada para la misma a mujeres gitanas⁷, los motivos que han justificado esta decisión han sido:

- Mejor acercamiento hacia esta población, determinada por el hecho de ser la investigadora una mujer, ha permitido tratar temas que según sus propias palabras *“de esas cosas con los hombres no se hablan... en todo caso lo hablas con tu marido pero no con otros...”* referentes a sexualidad, roles, violencia, economía, salud, enfermedad, costumbres... Extracto de entrevista (us-MG 016, Irene, Mayo 2005)

⁷Además de los motivos señalados coincidimos con autores en cuanto a que las mujeres deben ser el objetivo de investigación porque son ellas quienes desempeñan un papel fundamental en la prestación de cuidados de salud en la familia así como, el que no se dispone de estadísticas diferenciadas según sexo en cuanto a morbi-mortalidad o que evidencien la situación de salud de las mujeres en general (Valls, 2001). Todo indica que la situación de las mujeres gitanas es más deficitaria, (Barañi, 2001) ya apuntaba la triple discriminación de estas, por ser “mujeres, pobres y gitanas”, de ahí la necesidad de plantear como sugiere la autora, que se investigue en salud y se trabaje con perspectiva de género.

- La visión del papel de la mujer dentro de este grupo, narrado de primera mano, su perspectiva.
- La creencia de que es en la mujer, donde pivota tanto la organización doméstica como la social en esta colectividad. Consideramos que es, receptora y transmisora fundamentalmente del patrimonio cultural de este grupo.
- Las edades de las mismas oscilan entre los 13 y los 76 años, cuando eran menores de edad, la madre ha estado presentes en la entrevista, en otras ocasiones han sido los esposos quienes las han acompañado, siempre se ha realizado y obtenido el consentimiento informado.
- La situación civil de las/os mismas/os ha incluido solteras/os, casadas/os, separadas/os y viudas/os, debemos señalar que cuando hablamos de casadas/os no siempre corresponde con su asociación a formalización en registros oficiales.
- Se han incluido en estas entrevistas mujeres/varones que como ellas/os mismas/os se identifican “*somos mestizas/os*” pues aunque alguno de sus progenitores no pertenecía a la comunidad gitana, en ocasiones optan por identificarse como “mujeres/varones gitanas/os” no obstante esta situación determina una ambivalencia que les permite el intercambio de ambas identidades y así se hace constar.

El elegir mayoritariamente a estas mujeres para la entrevista me ha permitido, la comprensión de las perspectivas que tienen con respecto a sus vidas, experiencias, situaciones, creencias, prácticas...

Para las entrevistas, se ha utilizado un guión temático, pues validar preguntas abiertas respecto a la salud/ enfermedad habría sido imposible, dada la subjetividad del tema.

En la medida de lo posible se ha procurado intervenir poco, de manera que el peso de la conversación lo lleve la entrevistada/o, permitiendo incorporar otros aspectos y temas manifestados por la apertura de las preguntas, facilitando profundizar en ellos.

Las entrevistas se han realizado a través de diferentes sesiones, de duración variable y repetitiva, permitiendo poder contrastar a lo largo del tiempo como los diferentes discursos cambian dependiendo del contexto, se contradicen o se afianzan dando una

validez a la misma que, no sería posible con una única toma de contacto aunque esta fuera prolongada⁸.

También han permitido rectificar errores de interpretación, incluir nuevas preguntas e instrumentos metodológicos más madurados.

Debemos señalar que, la grabadora desde el principio supuso un obstáculo por lo que se abandonó su uso hace años y salvo excepciones, se ha recogido la información manuscrita.

Otros dispositivos como la cámara de fotos han sido demandados frecuentemente.

Los perfiles tanto de población gitana entrevistada y población mayoritaria son similares dado que concurren situaciones equivalentes vinculadas a la ZNTS.

Extracto de entrevista: Marina (us MGT-011, Diciembre 2002).

“Es que te estén grabando pues como que no gusta... te corta mucho porque estas pensando en eso... además tú dices algo y ya es como que lo has dicho tu... y si a lo mejor luego piensas otra cosa pues ya lo has dicho, no...? Y además ya se ha quedado ahí puesto para siempre... ¿No? La foto no habla... además te gusta para verla para ver como estabas antes si estabas más guapa, más gorda, o si no tenias problemas...”

Nota de campo: Abril 2006 (la grabadora).

He insistido demasiado, creo que he forzado demás, los individuos no tiene problema para hablar de cualquier tema cuando hay una relación de confianza, cuando perciben que te implicas con ellos, sin embargo cuando planteo el uso de grabadora para facilitar recogida datos se retraen, percibo que les sabe mal decirme no, en algunas ocasiones.

Así mismo percibo que para ellos es condicionarles demasiado, no me parece ético y si no me dicen nada noto que se retraen, así que, otros manifiestan que no quieren la grabadora.

Es curioso, siempre piensas que el uso de una grabadora tampoco tiene más importancia, pero si me hicieran estas entrevistas a mi no sé si accedería, a pesar de la información, anonimato, codificación... Carmen lo ha manifestado muy claro, *“siempre queda desconfianza a que ¿y si se pone*

⁸El trabajo desarrollado durante más de doce años ha permitido contrastar que en ocasiones, cuando hay limitación de tiempo y falta de integración en el campo de trabajo, el investigador tiene tendencia en ocasiones a encontrar aquello que buscan.

cuando a lo mejor ya no pienso eso? Sería como si lo digo en ese momento... Ya no puedo cambiar de opinión”

Por otro lado pienso que le damos más importancia a un documento sonoro que al registro gráfico, supongo que valoramos en demasía uno sobre otro. Para mí, el valor de sus discursos es el mismo use el instrumento que use. De igual manera la gente puede cambiar de opinión, las experiencias nos van madurando y cambiando, luego quizás, ni yo misma encontraría los mismos datos pasados un tiempo, yo misma he cambiado.

Quizás pienso demasiado en si otros profesionales encontrarían lo mismo que yo, supongo que para eso habría que implicarse y meterse en el campo de igual manera y sospecho que también en el mismo momento, a veces los investigadores encuentran en el campo aquello que buscan, lo que no es lo mismo...

9 GRUPOS DE DISCUSIÓN.

Se han realizado seis grupos de discusión como método de recogida de información colectiva, derivada de la interacción de los individuos sobre un tema específico, determinado previamente (Morgan, Atie, Carder, y Hoffman, 2013).

Esta técnica, nos ha permitido el contraste y triangulación de datos obtenidos a partir de otras técnicas de recogida de datos.

El diseño del protocolo de discusión ha dependido del grupo, hemos aprovechado cursos desde servicios sociales, CARITAS, taller de alimentación, por lo tanto la elección de los participantes en ocasiones ha sido aleatoria y otras por conveniencia, en todos los grupos los/as participantes se conocían.

Las características de los participantes han sido homogéneas, residían en la zona de estudio, similar situación socioeconómica, escasez de recursos y ha predominado la presencia femenina en los grupos, estando tres de ellos formados exclusivamente por mujeres.

La edad de los participantes de los distintos grupos ha oscilado desde los 17 años a los 43, los grupos estaban constituidos entre 6 y 7 participantes.

En la composición de los grupos siempre ha habido población mayoritaria y población gitana, en total han intervenido 37 individuos, de los cuales 23 participantes pertenecen a población gitana y 14 a la población no gitana o mayoritaria.

El total de población gitana que ha participado ha sido de 23 personas (6 varones y 17 mujeres).

La población mayoritaria representada por 14 participantes (9 mujeres y 5 varones).

Dada la reticencia a la grabadora por los participantes se ha registrado de forma escrita, las sesiones han sido de dos horas, dado el tiempo perdido para iniciar las dinámicas.

10 ANÁLISIS DE DATOS.

Dado que la información obtenida era muy diversa, se sintetizan las operaciones seguidas durante el proceso sistemático y coherente de recogida de datos, su almacenamiento y recuperación, con el objeto de garantizar la accesibilidad a los datos, documentar los tipos de análisis a que se han sometido y la conservación de los datos después de su estudio (Huberman y Miles, 2000).

10.1 Para el análisis de los datos cuantitativos:

En primer lugar, se ha creado una base de datos codificada en hoja de cálculo abierta, donde se han reconstruido las unidades familiares¹⁰ de la población, con objeto de poder establecer el genograma familiar y reconstruir la pirámide poblacional de este colectivo.

Para el análisis estadístico se ha utilizado el paquete Microsoft y SPSS 20.0)

Se han realizado tablas de contingencias, calculado de medias y varianzas.

10.2 Para el análisis de datos cualitativos:

Se ha realizado un análisis de contenido a partir del programa ATlas Ti 4.2, este programa ha permitido codificar y organizar la información de las entrevistas, segregándola por categorías y temas, permitiendo la interrelación entre los diferentes discursos obtenidos de forma sistemática, indagando en las razones que expliquen las actuaciones de los individuos.

Se ha pretendido incorporar desde el inicio hasta el final las voces de todas las personas involucradas en esta investigación con objeto de que al validar tanto el discurso del

¹⁰Se han considerado unidades domésticas siguiendo el criterio de Segalen (2001) como ese grupo de personas que comparten un espacio de co-existencia común, en torno a un “hogar o fuego” con la peculiaridad que en estas unidades predominan los lazos de parentesco.

Así mismo, las unidades se han organizado para su análisis teniendo en cuenta como eje a la mujer, pues a pesar de la creencia extendida de que los hijos son patrimonio masculino (San Román, 1976) al ser esta una sociedad aparentemente patriarcal, se da la situación que los hijos conviven indistintamente con madre o padre, estando más relacionado con la estabilidad y medios de la unidad mono-parental o con estabilidad ante la situación de haber rehecho otras unidades familiares y/o recursos disponibles.

investigador como de los/as distintos/as participantes, se genere conocimiento científico (Gómez y Díez 2009) que nos permita acercarnos a la sociedad investigada.

Así mismo pensamos que el análisis cualitativo nos acerca o permite incorporar perspectiva de género en el contexto en el cual se desarrollan las relaciones (Sen, George y Ostlin, 2005) pero sobre todo permite indagar en la comprensión no solo de los discursos de las mujeres, también en sus experiencias y prácticas, pues habiendo sido tradicionalmente excluidas de los estudios e investigaciones (Ortiz, 2002) queremos plantear en este trabajo la relación de esta variable con la salud.

11 DECLARACION DE INTERESES.

Así mismo se declara que, esta investigación no presenta conflicto de intereses.

CAPÍTULO III

ASPECTOS SOCIODEMOGRÁFICOS DE LA POBLACIÓN

CAPÍTULO III: ASPECTOS DEMOGRAFICOS DE LA POBLACION

1. GENERALIDADES DEMOGRÁFICAS:

1.1 Instituto Nacional de Estadística (INE)

Era preciso contextualizar aunque sea a grandes rasgos lo que concierne a la forma y contabilización de los grupos sociales, su origen y evolución.

Si en sus inicios los recuentos poblacionales, tenían más que ver con la cuantificación de los efectivos con los que se contaba, bien para defensa o mano de obra, también se cuantificaba relacionado con el pago de tributos, cuantificación de riquezas, propiedades, etc.

Más tarde, los registros parroquiales y civiles facilitaron el estudio demográfico (Henry, 1983) permitiendo reconstrucciones familiares aún cuando, el conocimiento de la población era parcial y por tanto sesgado. Por tanto, los registros parroquiales que se han podido conservar, han aportado valiosa información, aunque su fin fuese otro en cuanto al registro de nacimientos, defunciones, dispensas y actas matrimoniales fundamentalmente.

Es mucho más tarde, cuando comienza el desarrollo más organizado para recuentos poblacionales, distando aún de la disciplina como actualmente la entendemos.

En nuestro territorio, es el Instituto Nacional de Estadística (INE) el órgano a nivel nacional que explota los datos demográficos tras el estudio de las poblaciones humanas, de su dimensión, estructura, evolución y características generales.

En 1945, mediante Ley de 31 de diciembre fue creado este organismo, que tenía como misión elaborar y perfeccionar las estadísticas demográficas, económicas y sociales existentes, crear otras nuevas y coordinar con los servicios estadísticos de las áreas provinciales y municipales, al estar organizado en servicios centrales, delegaciones provinciales y delegaciones en los ministerios. Sin embargo, es anteriormente en 1856 cuando se empiezan a compilar datos sobre población, al crearse La Comisión de Estadística del Reino, marcando así el comienzo de la estadística oficial en España mediante Decreto firmado por general Narváez, presidente del consejo de ministros de Isabel II. En 1857 pasa a denominarse Junta de Estadística, siendo su primer trabajo la elaboración del Censo de Población de ese año. Ese mismo año entró en la universidad como disciplina académica.

Actualmente¹ constituye un complejo engranaje fundamental para la sociedad.

1.1.1 Conceptos Transición.

Aunque en sus inicios, la demografía constituía un proceso estático, en nuestros días, se configura como una disciplina dinámica. Desde las teorías malthusianas hasta las más recientes, han intentado explicar desde distintos enfoques a los grupos humanos, así como a predecir sus dinámicas y, las variables que regulan a las poblaciones a través de la natalidad, la mortalidad, la fecundidad y los movimientos migratorios que en ellas acontecen.

1.1.2 Transición Demográfica.

La premisa de esta teoría es que la mortalidad constituye el factor fundamental en la dinámica poblacional. En origen, las teorías de la transición demográfica pretendían explicar básicamente dos fenómenos: Por un lado, explicar la forma en que la población mundial aumentó en los últimos 200 años, pasando de los 1.000 millones de habitantes desde el año 1800 a los 7.000 millones de la actualidad. Por otro lado, intentaba explicar el proceso de transformación de una sociedad con las consiguientes mejoras en las condiciones de vida, que favorecían el descenso de la mortalidad y como consecuencia posterior de natalidad y fecundidad. Si bien este breve marco aquí apuntado, ha servido para explicar el cambio demográfico, dado su carácter descriptivo sin contemplar el carácter sistémico y longitudinal de la reproducción humana se ha quedado obsoleto, dando paso a otras teorías.

¹ El Instituto Nacional de Estadística (INE) es un organismo autónomo de carácter administrativo, con personalidad jurídica y patrimonio propio, adscrito al Ministerio de Economía y Competitividad a través de la Secretaría de Estado de Economía y Apoyo a la Empresa. Se rige, por la Ley 12/1989, de 9 de mayo, de la Función Estadística Pública (LFEP), que regula la actividad estadística para fines estatales la cual es competencia exclusiva del Estado y por el Estatuto aprobado por Real Decreto 508/2001 de 11 de mayo. La Ley asigna al INE un papel destacado en la actividad estadística pública encomendándole expresamente la realización de las operaciones estadísticas de gran envergadura (censos demográficos y económicos, cuentas nacionales, estadísticas demográficas y sociales, indicadores económicos y sociales, coordinación y mantenimiento de los directorios de empresas, formación del Censo Electoral... así como otras funciones como la formulación del Proyecto del Plan Estadístico Nacional con la colaboración de los Departamentos Ministeriales y del Banco de España; la propuesta de normas comunes sobre conceptos, unidades estadísticas, clasificaciones y códigos; y las relaciones en materia estadística con los Organismos Internacionales especializados y, en particular, con la Oficina de Estadística de la Unión Europea (EUROSTAT)

1.2.2 Transición epidemiológica.

La teoría se sustenta en el cambio de patrón de una alta mortalidad por causas infecciosas. Diferencia tres periodos, la de la peste y el hambre, las pandemias con las enfermedades degenerativas, las causadas por el hombre y, enfocando la teoría en el cambio en los patrones de salud y enfermedad (Omran, 2005) que finalizaría con la estabilización de la mortalidad.

1.2.3 Transición reproductiva o revolución reproductiva.

La Teoría de la Revolución Reproductiva (MacInnes y Pérez-Díaz, 2009) alude a lo que conocemos como “transición demográfica” constituyendo en realidad, un cambio en el que se maximiza la capacidad reproductiva de las poblaciones. Es decir, explica el descenso de la natalidad, a través del control de la fecundidad, que estaría determinada por la maximización reproductiva (Pérez-Díaz, 2005).

En resumen viene a rebatir otras teorías catastrofistas, que planteaban que una sociedad envejecida conlleva decadencia y riesgo, frente a la explicación reproductiva que plantea el envejecimiento demográfico como una fase de desarrollo y progreso al maximizarse la población con el menor trabajo reproductivo.

1. 3. CONCEPTOS DEMOGRÁFICOS.

Debemos explicar mínimamente los conceptos manejados que nos permitan la lectura e interpretación de los datos aportados. Es por ello que conceptos como el de mortalidad y natalidad cobran protagonismo y, que desde el punto de vista estadístico son expresados en tasas.

1.3.1 Tasa de natalidad:

Media que cuantifica la fecundidad al relacionar el número de nacimientos de una población por cada mil habitantes en un año. Representa el número de individuos de una población que nacen vivos por unidad de tiempo. Su fórmula es:

$$b = \frac{B}{P} \times 1000$$

2. b: Tasa bruta de nacimiento.
3. B: Número total de nacimientos en un año.
4. P: Población total.

1.3.2 Tasa de mortalidad: es la proporción de personas que fallecen respecto al total de la población (usualmente expresada en tanto por mil, ‰).

La **tasa de mortalidad particular** se refiere a la proporción de personas con una característica particular que mueren respecto al total de personas que tienen esa característica.

La **tasa de mortalidad por edad**, o la **tasa de mortalidad por grupo social** son ejemplos de tasas particulares. Ambas tasas de mortalidad se expresan por fórmulas de la forma:

$$m_X = \frac{F_X}{P_X} \times 1000$$

- m_X : tasa de mortalidad (dentro del grupo X , si es general $X = G$). y con M (no varía)
- F_X : número de fallecimientos dentro de un conjunto X .
- P_X : número total de personas en el conjunto X .

1.3.3 El crecimiento natural o vegetativo de una población: es la diferencia entre el número de nacimientos y el número de defunciones de una población, se considera alta si supera el 4%, moderada si se encuentra entre 1% y el 2%, y baja si es inferior al 1%.

Decíamos que, contextualizar estos conceptos es fundamental para apoyar nuestro relato, ya que están relacionados con el objeto de nuestro estudio. Las sociedades son cada vez más multiculturales, menos homogéneas, por tanto el abordaje, recogida y manejo de los datos deberían de adaptarse a los nuevos contextos.

Habitualmente los datos estadísticos del INE, no contemplan determinadas variables que tiene que ver con aspectos concretos de los individuos, orientación sexual, grupos minoritarios, religión, etc. pues a priori, parece que podrían constituir causas que predeterminaran marginalidad, estigmatización, etc.

Sin embargo, no contemplar determinados aspectos, en ocasiones puede condicionar que, los datos generales invisibilizen a otros colectivos y, que no compartan las dinámicas mayoritarias.

Los procesos de urbanismo poco a poco van integrando y acercando al centro las barriadas periféricas, mejorando las infraestructuras, comunicaciones y servicios.

Una de estas barriadas, la correspondiente y definida como zona de cuevas, formada a su vez por cuatro barrios y que junto a otros dos puntos de viviendas sociales, configuran la Zona necesitada de transformación social (ZNTS) constituyendo un hábitat geográfico, urbano y peculiar, perfectamente diferenciado del resto del municipio.

En esta zona, a pesar de los esfuerzos e inversiones de las instituciones, convergen todos los problemas socioeconómicos de la ciudad, agravados por la existencia de menos infraestructuras y servicios, infravivienda, analfabetismo, bajo nivel de renta, baja cualificación profesional, falta entramado industrial, desempleo, precariedad laboral, dependencia de subsidios y beneficencia, economía sumergida, desestructuración familiar, etc.

La mayoría de la población en edad laboral, carece de una ocupación estable, suelen tener trabajos eventuales, con salarios bajos y frecuentemente sin existencia de contrato laboral.

Las principales actividades desempeñadas son peonadas en el campo, circunstancialmente en construcción, venta ambulante, y en menor grado trabajos artesanales como cestería, hojalateros (casi desaparecidos) enredo de sillas de anea, trabajos de limpieza doméstica para las mujeres y a la “rebusca” en el campo de almendra, aceituna, caracoles, para su posterior venta.

Estas actividades, se complementan con los ingresos obtenidos de subsidios de desempleo, ayuda familiar, pensiones de jubilación y viudedad entre otros, configurando un panorama económico de subsistencia y dependencia institucional.

2.1 Urbanismo e infraestructuras:

Recientemente en la zona de estudio y gracias a los recursos diversos desde las corporaciones locales, al gobierno de la Junta de Andalucía, gobierno central y a través de las ayudas de la Comunidad Europea, ha permitido una mejora en las infraestructuras del barrio, al menos en las cañadas más transitadas y que contribuye a la mejora general del barrio, algunas calles asfaltadas, iluminación pública en vías principales, sistema de recogida basura, saneamientos de aguas, alcantarillado, etc.

El tendido eléctrico sigue siendo aéreo fundamentalmente, debido a la orografía del terreno, formado por cerros, cañadas y barrancos, conformando un panorama de cableado peculiar.

El suministro de agua potable proviene de la misma red que abastece al resto de la ciudad, con la única diferencia del depósito de agua del Cerro de la Bala que abastece a la zona de cota más alta de los barrios de las cuevas.

La red de alcantarillado, llega a gran parte de las cuevas, pero es necesario la mejora y mantenimiento de rejillas e imbornales y sistemas de contención de lodos y tierras al final de las cañadas para paliar los problemas de atascos y suciedad en las calles, aun cuando la mejora en las cañadas más transitadas es visible.

En cuanto al mobiliario urbano, es escaso, dado que la zona presenta una especial orografía y paisaje debido a las características típicas de las cuevas, el mobiliario quizás debería estar diseñado, adaptado especialmente para ellas.

No existen zonas verdes o arbolado, configurando un paisaje árido, comprensible quizás con que las viviendas inundan de forma intermitente el subsuelo y, las raíces de los mismos compiten con las viviendas, unido todo ello a un suelo arcilloso mayoritariamente que, dificulta su cultivo.

La circunstancia de que en esta zona cohabiten los animales dentro del área urbana, contribuye a la persistencia de malos olores, moscas, y demás circunstancias añadidas, si bien en este momento conviven en dependencias separadas y cada vez son menos.

Existe un servicio de transporte municipal, que comunica el barrio con el centro de la ciudad, donde se sitúan todas las dependencias administrativas, así como los establecimientos comerciales y de servicios.

Las principales infraestructuras de la zona las constituyen una guardería concertada, un colegio público concertado de primaria, dos iglesias, un consultorio sanitario y el centro de servicios sociales comunitarios que están en la zona, recientemente se ha habilitado una cueva museo de explotación turística y un aula para educación de adultos, que constituyen junto al Mirador de la Bala los puntos turísticos locales y de explotación por el ayuntamiento.

Los espacios públicos más importantes de esta barriada los constituye, el parque y la pista deportiva deteriorada, la plaza de una de las iglesias y el mirador recuperado del Cerro de la Bala junto a dos minúsculos parques infantiles en Cerros de Medina.

2.2 La distribución en el territorio

Como ya apuntamos, la zona clasificada ZNTS, junto con otros dos puntos de la localidad, correspondientes a viviendas sociales, aglutinan la mayor parte de población gitana local.

Debemos destacar que no toda la población gitana ocupa homogéneamente el territorio, ni se localiza en las zonas descritas, sino que hay también heterogeneidad en la distribución territorial.

Hemos observado que, esta forma de distribuirse por el territorio, no corresponde a un proceso azaroso, sino a la necesidad de ocupar nichos geográficos que palian en ocasiones las necesidades y demandas de la población.

Que en zonas como la de estudio, concurren factores que favorecen el asentamiento y la residencia como, rentas o alquileres más bajos, menor presión institucional, existencia de redes sociales y familiares en la zona, imposibilidad de acceso a otro nicho, posibilidad de intercambio de vivienda, vivienda horizontal, más independencia de comunidad, aislamiento, etc. facilitan el reagrupamiento de colectivos/ individuos como zona asequible para vivir, en el caso que nos ocupa, por población gitana

Se ha constatado que en los años ochenta y noventa, hubo un movimiento de la población más joven, desde los barrios de las cuevas, actualmente ZNTS, hacia las viviendas sociales localizadas en dos grupos de edificaciones, geográficamente mejor ubicadas en la localidad.

Posiblemente este movimiento fue determinado por, la necesidad que tenía esta población de acceder a una vivienda de protección oficial y, el acercamiento a los recursos y servicios del municipio, correspondiendo un volumen notable de población desplazada, a población gitana.

Esta circunstancia, ha determinado en cierta medida que muchas familias gitanas ocupen mayoritariamente zonas concretas de las viviendas sociales, ocupando en ocasiones plantas de edificaciones sociales y calles determinadas.

No podemos plantear que se hiciera una concesión de las viviendas de forma intencionada, pero el resultado es la congregación de familias gitanas en zonas específicas, frecuentemente con ubicaciones geográficas más desfavorecida, calle sin salida, muro de contención, etc. configurando una zona estructural con perfil orográfico deficiente y que aglutina y ubica geográficamente a esta población en un “gueto”.

Otro núcleo de concentración de esta población es una cañada que es conocida coloquialmente como “Cañada de los Gitanos” sin que las obras de mejora y de infraestructuras locales hayan llegado a la misma y que como su nombre indica, es conocida coloquialmente por la población que la ocupa mayoritariamente.

La existencia en la zona de viviendas cueva en situación de abandono o inhabitadas junto a las ayudas institucionales para rehabilitación de viviendas, facilita que sean ocupadas por familias necesitadas tanto de independencia, como de vivienda, aunque esta circunstancia no es exclusiva de población gitana, pero sí lo es, de población en situación de más desventaja social generalmente.

De la misma manera, que la población se distribuye en el territorio no aleatoriamente, la salud y la enfermedad tampoco lo hacen, dándose agregación de factores cuando concurren situaciones deficitarias o de necesidad, las bolsas de pobreza generan también bolsas de enfermedad, constituyendo el entorno desfavorecido un determinante de peores condiciones socio-sanitarias y educativas (Liégeois, 1989) y que desarrollaremos más adelante. Dado que la salud se configura como uno de los indicadores más importantes de desigualdad, a lo largo de este trabajo trataremos de exponer la relación existente entre esta, el territorio y la población, e intentar articular los factores vinculados con aspectos demográficos, que condicionan la salud de la comunidad.

3 ESTRUCTURA DEMOGRÁFICA

El primer problema encontrado, al intentar abordar la demografía de la población gitana, consistía en la escasa información sobre su tamaño y estructura.

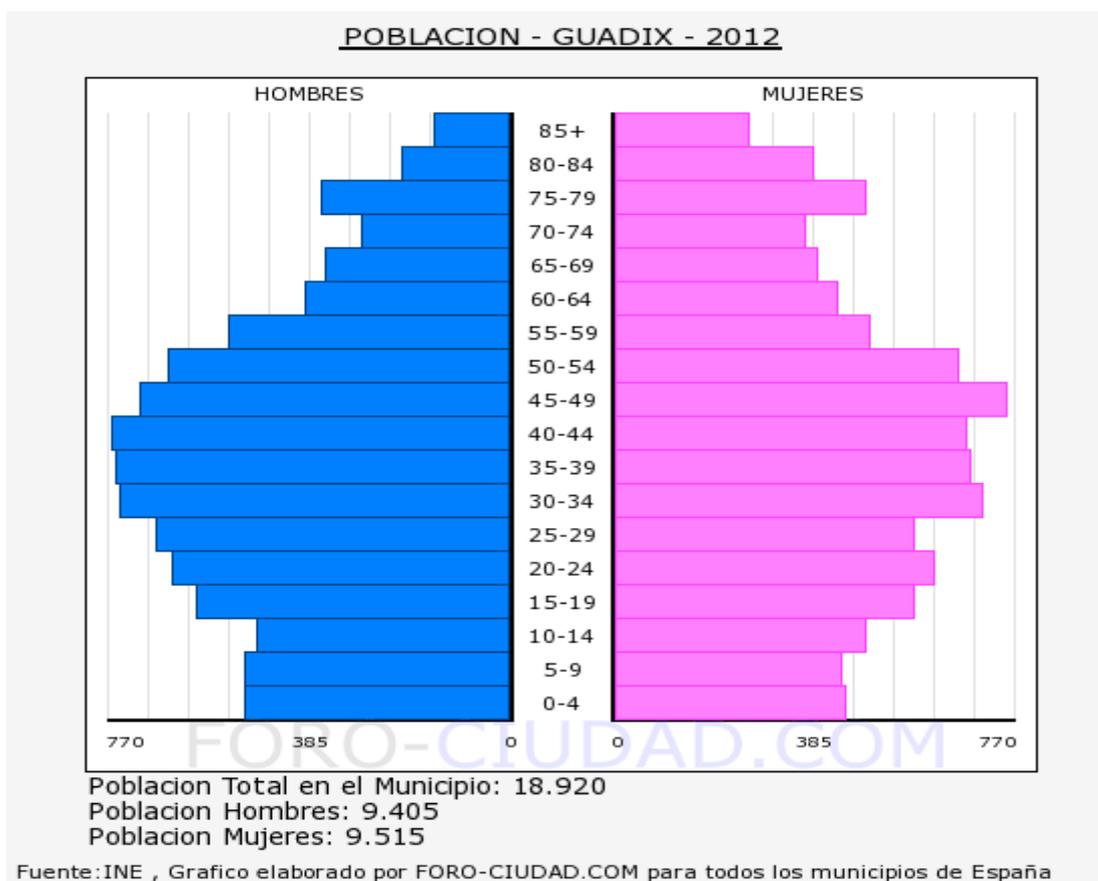
Los datos existentes suelen proceder de estimaciones, dado que no está permitido el registro de este tipo de datos, determinando por otro lado, una población “invisibilizada” en este sentido.

No obstante y antes de describir la estructura de la población gitana, era preciso retomar las generalidades que contextualizan a la población total local y que posteriormente nos permitiera establecer conexiones respecto con la comunidad gitana objeto de estudio.

El INE a través de la compilación, estudio y publicación de los datos, permite que a través de pirámides o de tablas como las aquí mostradas, que podamos visualizar globalmente los datos, así como acceder a su análisis más detallado y discutir sobre ellos.

3.1 POBLACIÓN GENERAL

Gráfico 1: Pirámide poblacional local, 2012.



Necesitábamos mostrar una imagen de la población de la localidad, para ello se ha recurrido al INE cuya explotación de datos poblacionales nos informa de las particularidades de cada localidad.

Debemos insistir en que tras esta imagen subyace una dinámica de vida, siendo esto lo que pretendemos mostrar.

A priori los datos mostrados aportan información en cuanto a sexo, edad, localidad, natalidad y mortalidad.

Centrándonos en los datos obtenidos y aludiendo a las generalidades narradas en párrafo anterior, observamos una base piramidal pequeña comparado con el cuerpo, así mismo que podremos observar que el grueso de los efectivos se localiza en franjas etarias elevadas correspondientes entre los 25-55 años.

Estos datos evidencian el perfil de población envejecida, típica de sociedades postindustriales caracterizada por tasas de mortalidad y natalidad tan reducida, que alcanza mínimos históricos.

Esta situación implicaría que, el crecimiento natural de la población prácticamente se paraliza, incluso se negativiza como ocurre en Italia o Alemania, con lo que ello implica siguiendo las proyecciones más catastrofistas de otros investigadores (Davis, 1945) en cuanto a futuro, pues no garantizará el reemplazamiento generacional, habrá mayores necesidades de dependencia de la población, más dificultad para el mantenimiento de pensiones, de sistema sanitario y sostenibilidad del bienestar social... relacionado todo con la lectura o interpretación poblacional, relacionado con la disminución de efectivos en la base.

Luego, los cambios en la estructura, composición y control familiar que determina esta situación, es atribuida al descenso de la mortalidad, a las mejoras en las condiciones de vida de la población, saneamientos, mejoras socio-sanitarias, acceso a los recursos y servicios, desarrollo de la tecnología, de la farma-industria, desarrollo de las telecomunicaciones, etc.

Sin embargo, el descenso de la natalidad bien podía venir determinado por cuestiones relacionadas como apuntan (Van de kaa, 2002) y que corresponderían con otra fase demográfica, caracterizada además por, nuevas configuraciones de la estructura de las familias, retraso en la constitución familiar, elevada soltería, aumento de las rupturas matrimoniales, fecundidad controlada y reducida por debajo nivel de reemplazo generacional, postergación del primer hijo junto a nuevas modalidades de familia.

La explotación de los datos a cargo del INE permite la consulta de los mismos, por lo tanto no los vamos exponer, dado que la población objeto de nuestro estudio e interés es, la población gitana.

La tabla siguiente corresponde a, la población general local desagregada por sexo y franja etaria para mejor comprensión del grafico anterior, siendo este dato el que configura el pictograma de la pirámide poblacional.

Tabla 2: Población de Guadix 2012 por sexo y edad.

Población de GUADIX por sexo y edad 2012 (grupos quinquenales)			
EDAD	HOMBRES	MUJERES	TOTAL
0-4	512	454	966
5-9	515	443	958
10-14	486	489	975
15-19	604	578	1.182
20-24	651	622	1.273
25-29	684	582	1.266
30-34	752	716	1.468
35-39	760	689	1.449
40-44	763	680	1.443
45-49	712	758	1.470
50-54	659	669	1.328
55-59	540	494	1.034
60-64	394	432	826
65-69	361	394	755
70-74	288	377	665
75-79	362	490	852
80-84	210	386	596
85-	152	262	414
TOTAL	9.405	9.515	18.920

Fuente: INE 2012. Padrón municipal.

Puede apreciarse en esta tabla que el volumen de varones es superior al de mujeres prácticamente en todas las franjas de edad hasta los 60 años, relacionado con un mayor número de nacimientos varones.

A partir de esa edad predomina el colectivo de mujer, estando relacionado con una mayor supervivencia femenina según los datos.

Dado que los documentos están disponibles a través de INE y pueden consultarse, no nos detendremos en su explicación para no redundar, pudiendo consultarse desde datos de unidades domesticas, su composición, índice de soltería, etc.

Recurrir a presentar este grafico y tabla, era necesario para contextualizar el aspecto demográfico de la población mayoritaria en la cual, el colectivo objeto de estudio se inserta.

3.2 POBLACIÓN GITANA

Si es difícil definir y contabilizar a los distintos grupos sociales, dado que la filiación étnica no se registra, relacionado con constituir un dato protegido, al igual que otros de carácter personal y que puedan inducir a estigma o discriminación, lo que por otro lado dificulta la cuantificación real de la población gitana. En general, los datos referidos sobre población gitana, son prácticamente inexistentes y quizás, en primer lugar habría que preguntarse por la causa.

En algunas zonas de la Europa del Este, aunque la situación cambia no deja de ser deficitaria, atribuido en primer lugar, a que la auto-identificación de los individuos, en cuanto a este criterio no les ha favorecido precisamente, quizás tampoco sea una necesidad para la mayoría su identificación como población gitana, por otro lado, el registro o, los datos oficiales existentes no suelen contemplar esta variable.

Dado que hemos apuntado en la introducción la situación de esta comunidad en Europa de forma generalizada, no reiteraremos y, nos centraremos en la población gitana local objeto de nuestro estudio.

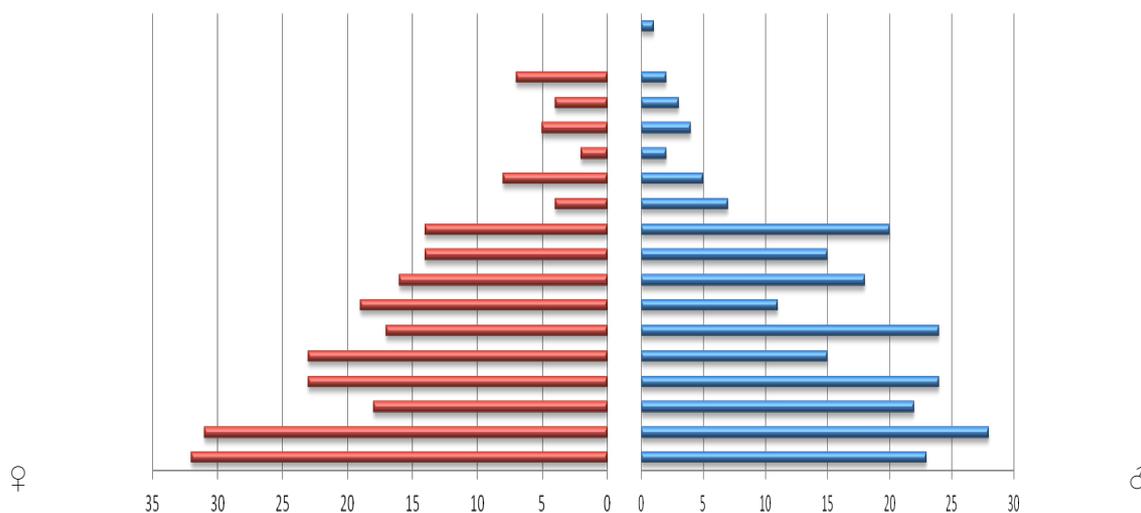
3.2.1 Pirámide poblacional

El INE, no dispone de datos para la elaboración de tablas o pirámides referentes a población gitana, relacionado con que no están permitidos la compilación de datos que puedan condicionar situaciones de segregación, marginalidad o estigmatización, solo el trabajo de campo ha permitido la compilación de los mismos y cuyo objetivo es contribuir al conocimiento del colectivo, describir y tratar de explicar su situación real actual y no su estigmatización.

La identidad de los individuos se ha codificado y anonimizado, en el capítulo de metodología queda explicada la técnica tanto para la recogida de información como su codificación.

Decíamos que dicho trabajo de campo nos ha permitido, conocer a la población gitana local, su ubicación territorial, la composición de sus unidades domésticas, sus edades, la distribución por sexos, es decir hemos podido acceder a todo aquello que tiene relación con los aspectos demográficos de este colectivo, así mismo hemos podido acceder a su modo de vida y su cultura, cuyos aspectos se desglosan a lo largo del trabajo.

Gráfico 2: Pirámide población gitana local, 2012.



Fuente: Elaboración propia a partir trabajo campo.

Como señalábamos anteriormente, la imagen obtenida de la población gitana local, muestra una pirámide poblacional que difiere considerablemente de la población mayoritaria.

A pesar del tamaño, primera cuestión a considerar, pues constituyen una minoría en el contexto poblacional general.

La estructura diferenciada encontrada determina a priori que, las necesidades y demandas de dicha población minoritaria, difieran de la población general.

Destaca, una base amplia respecto a su cúspide, lo que indica alta natalidad, población joven que garantizaría el reemplazo generacional a primera instancia y con mayor presencia de mujeres.

El siguiente dato llamativo se relaciona con que la cúspide de la pirámide es muy puntiaguda, deduciendo de esta situación que son pocos los efectivos que llegan arriba, indicativo por tanto, de mortalidad más temprana, con varones más longevos.

Para poder obtener el gráfico de la población gitana local era preciso, desagregarlo por franjas etarias y sexo, tal como hace el INE con los datos de población total, con objeto de obtener una imagen que visualice a esta población.

La tabla la que configura esta imagen, es la mostrada a continuación.

Tabla 3: Población gitana de Guadix, segregada por sexo y edad 2012

	♀	♂
0 a 5 a.	32	23
5 a 10 a.	31	28
11 a 15	18	22
16 a 20	23	24
21 a 25	23	15
26 a 30	17	24
31 a 35	19	11
36 a 40 a	16	18
41 a 45	14	15
46 a 50	14	20
51 a 55	4	7
56 a 60	8	5
61 a 65	2	2
66 a 70	5	4
70 a 75	4	3
75 a 80	7	2
80 a 85	0	0
+ de 85		1
TOTAL	237	224

Fuente: Elaboración propia a partir de trabajo de campo.

A la fecha de concluir los datos para el estudio contamos con un total de 461 efectivos pertenecientes a la comunidad gitana, lo que supone el 2.31% respecto a la población mayoritaria.

En el corte de 2005 el total de la población gitana estaba representada por 537 miembros, suponía un volumen del 2.73% respecto a la población mayoritaria.

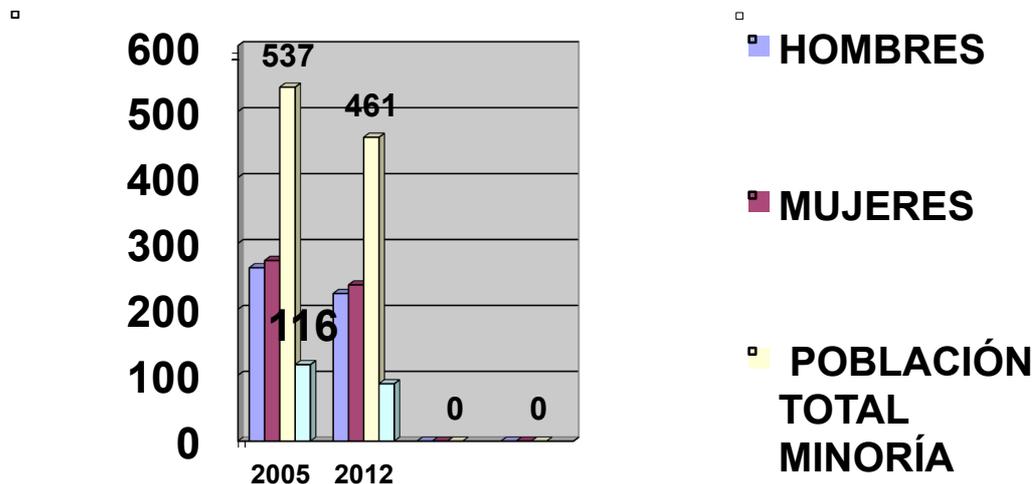
Aunque posteriormente sigue habiendo llegada de población perteneciente a este colectivo, no se ha incluido en la pirámide por no cumplir con algunas de las variables de inclusión en trabajo de estudio, como es, permanencia en la localidad la mayor parte del tiempo de estudio.

En términos generales dado la movilidad de parte de esta comunidad, permite la compensación de salidas de efectivos con entradas de nuevos miembros, manteniendo una comunidad estable en torno a los quinientos miembros, suponiendo un porcentaje del 2.5% de la población mayoritaria.

Hemos configurado una panorámica de la distribución de la población tanto en el territorio como por unidades domésticas así como la composición de las mismas.

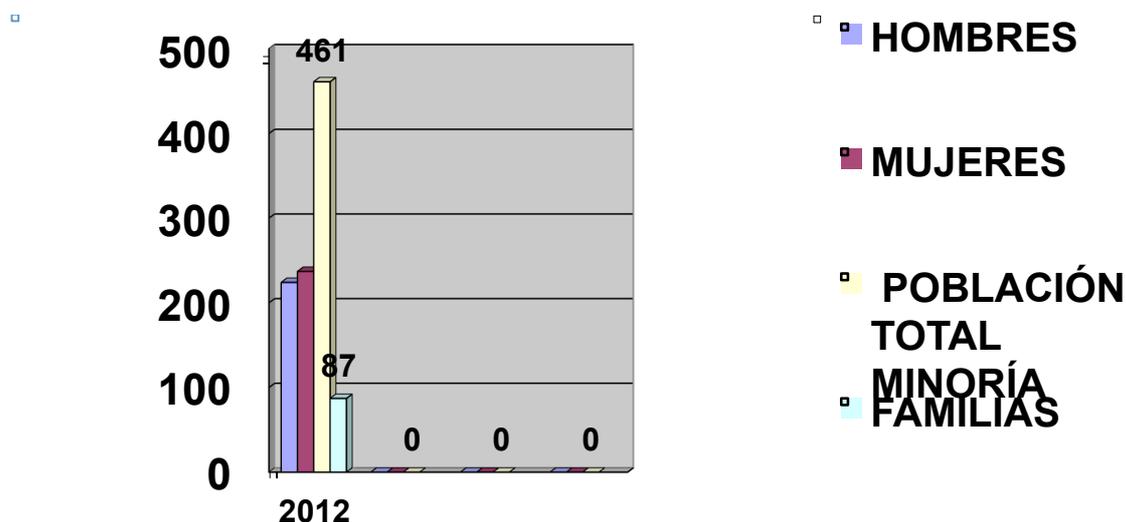
La reorganización de las familias en el caso que nos ocupa, familias de la comunidad gitana es un proceso dinámico que obedece a circunstancias concretas que les afectan.

Gráfico Distribución familiar de la población gitana local. Corte 2005.



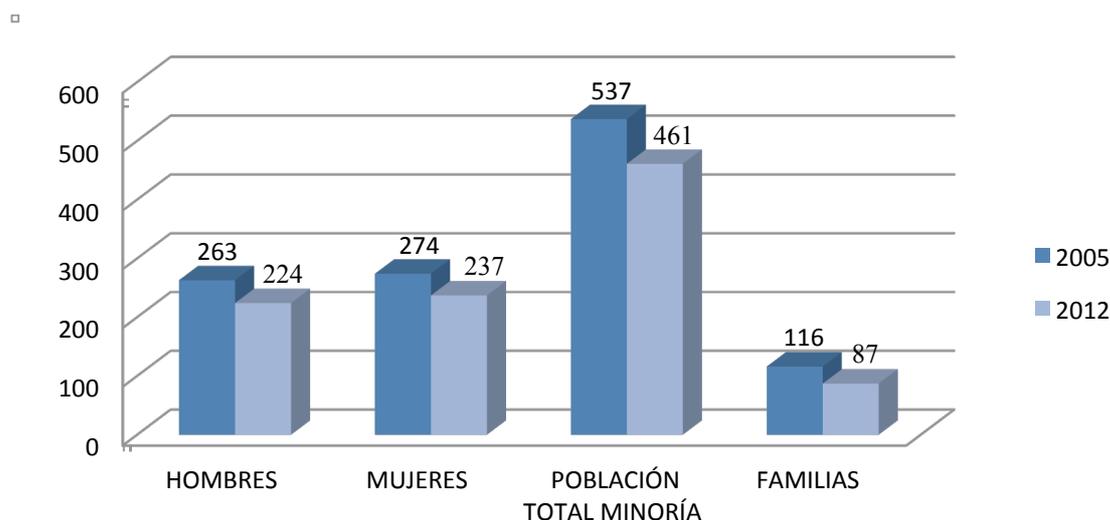
Fuente: Elaboración propia a partir trabajo campo.

Gráfico4: Distribución familiar de la población gitana local. Corte 2012.



Fuente: Elaboración propia a partir trabajo campo.

Gráfico 5: Presentación conjunta de la distribución familiar de la comunidad gitana. Corte (2005 y 2012).



Fuente: Elaboración propia a partir trabajo de campo.

3.2.2 Natalidad de la población gitana local

El trabajo de campo ha permitido segregar cada nacimiento por año de estudio y sexo. La tabla siguiente evidencia el patrón reproductivo de la población gitana local, observándose una caída en la segunda mitad del estudio.

Tabla 4: Natalidad de periodo 2002-12. Segregada por mujeres y varones de la comunidad gitanas local.

	2002	2003	2004	2005	2006	2007	2008	2009	2010	2011	2012
♂	12	8	8	10	7	5	4	4	8	5	3
♀	9	11	8	7	4	10	5	3	14	7	0
total	21	19	16	17	11	15	9	7	22	12	3

Fuente: Elaboración propia a partir trabajo de campo.

Debemos destacar que el patrón reproductivo aquí señalado obedece a datos netos que no visualizan las dinámicas reproductivas, de ahí la necesidad de indagar en el campo para acercarse a la realidad.

Dado que trabajamos también, en una línea sobre mujer gitana y salud reproductiva, podemos adelantar un dato que se perfila como llamativo, aun cuando está inconcluso.

Delimitar el perfil de mujeres gitanas en edad fértil a fecha 2014, según patrón reproductivo encontrado, entre las edades 13 y 50 años, así como las mujeres gitanas mayores de 50 años y con ligadura tubárica, puede orientar en cuanto a cambios potenciales en la dinámica demográfica de esta comunidad, quizás antes no valorada.

Tabla 5: Control Fecundidad de Mujeres Gitanas Locales 2002-2014 (inconcluso).

RANGO ETAREO	TOTAL DE MUJERES	Ligadura Tubárica	Método Essure	TOTAL	%
♀ 13-50 AÑOS	135	8	6	14	10.3
♀ Mayores de 50 años	27	9	0	9	33.3
TOTAL	162	17	6	23	43.6 %

Fuente: Elaboración propia a partir trabajo campo.

3.2.3 Mortalidad de la población gitana local.

Tabla 6: Mortalidad de población gitana segregada por causa, sexo y periodo estudio 2002-12.

2002	NO DEFUNCIONES							DEFUN.	
								♂	♀
2003	V: accd card 24/12/1918 22/02/03	V: Ca vesical 12/08/1928 06/04/03	M:judicial Disparo 12/06/1960 12/06/03	M: alzheim 29/09/1914 21/06/03	V: AIT 13/05/1928 22/02/03			2	2
2004	V: ca hepat 18/09/1935 18/04/04	V: Judicial Derrame ceb. 13/08/1982	V: Ca gástrico 10/06/1927					3	0
2005	M:CR 13/01/1927 01/04/05	M: ca pulm 03/08/1958 27/06/05	V: judicial Degenert. 29/11/1974 14/07/05	M: ca met. 22/01/1938 04/05/2005	M:feto 06/2005 10/12/05			1	4
2006	V:ca epid 22/07/1936 24/05/06	V: Ca.Gast. 23/11/1978 22/11/06						2	0
2007	M:gangren 19/03/1930 25/06/07	V:EAP 05/09/1921 24/01/07						1	1
2008	M:Ca.mama 22/10/1970 28/03/08	M: PCR. 08/05/1934 29/05/08	V: Ca. pulm 23/11/1935 17/08/08	V:Inf card 20/12/1927 07/07/08	M:VIH 11/10/1956 10/09/08	V: Ca pulm 28/04/1935 17/05/08	V:Ca colon 02/09/1936 06/10/08	4	3
2009	M: judicial PCR 23/02/1929 16/10/09	M: Ca ovario 24/01/1960 26/10/09						0	2
2010	V: judicial Cardiolog. 18/12/1958 27/01/10	V: Ca pulm 19/07/1945 03/09/10	V:vih 23/10/1960 05/05/10	V: ca pulm. 10/07/1945 27/01/2010	V: Ca pulm 10/07/1945 03/09/10			5	0
2011	M: S. vacterl 15/09/2010 08/02/11	M:Ca. ciego 25/04/1937 28/05/11	M: Ca cavun 26/01/1966 12/06/11	V:Hepatop. 30/05/1932 29/12/11				1	3
2012	V: EPOC 24/09/1927 04/01/12	V: Ca cervical 10/06/1923 15/05/12	V: Ca colon 19/04/1962 08/10/12					3	0
DEFUNCIÓN POR SEXO								22/15	
TOTAL DEFUNCIONES								37	

Fuente: Elaboración propia a partir trabajo campo.

Se ha elaborado por colores para facilitar campo visual, donde el color azul corresponde a varones con motivo de la muerte por distintos tipos de cáncer (ca).

El color rosa corresponde a mujeres y cuya causa de defunción corresponde también con diferentes tipos de Ca.

El color rojo identifica las defunciones que se han judicializado por diferentes motivos.

El verde corresponde a muertes derivadas de procesos infecciosos.

El color negro corresponde a defunciones mas relacionadas con agotamiento ciclo vital.

3.2.4 Movimiento natural de la población local (MNP).

Se ha configurado una tabla conjunta para facilitar una imagen de ambos colectivos.

Tabla 7: MNP segregado por colectivos mayoritario y comunidad gitana local en periodo 2002-12.

AÑO	POBL. GIT.		POBL. NO GIT.		POBL. TOT.		MNP		
	TBN	TBM	TBN	TBM	TBN	TBM	P.G.	P.NG	TOT.
2002-2012	149	32	1990	1549	2139	1581	117 20,9%	441 79%	558 100%

Fuente: Elaboración propia a partir trabajo campo.

Natalidad bruta, década 2002-12 en la localidad, un total de 2139 miembros.

Mortalidad bruta, década 2002-12 en la localidad, un total de 1894 miembros.

Movimiento natural de la población local, correspondiente al periodo estudiado es de 558 individuos. El 20.9% de ese MNP lo representa la población gitana.

Tabla 8: Población gitana soltera, por intervalos de edad y sexo, 2005.

RANGO DE EDAD	15-19	20-24	25-29	> 30	TOTAL	TASA BRUTA SOLTERÍA
MUJERES	3	2	4	8	17	3,20
HOMBRES	4	3	2	4	13	2,42
TOTAL	7	5	6	12	30	5,62

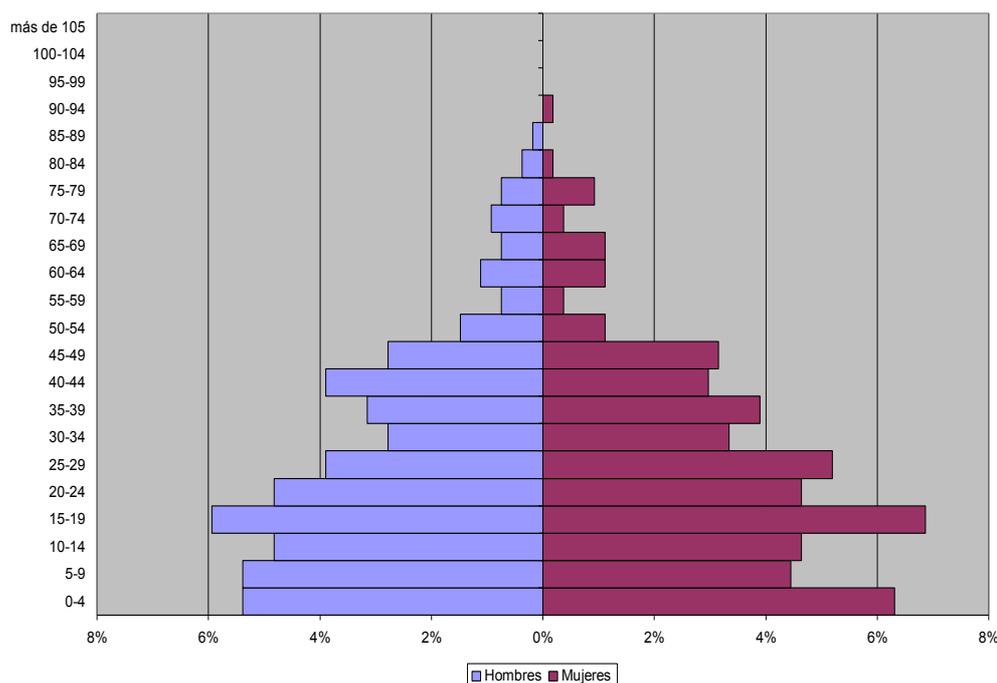
Fuente: Elaboración propia a partir trabajo de campo.

Tabla 9: Población gitana, soltera, por intervalos de edad y sexo, 2012.

RANGO EDAD	15-19	20-24	25-29	> 30	Total	Tasa bruta soltería
MUJERES	2	3	2	9	16	3,47
VARONES	3	2	2	5	12	2,60
TOTAL	5	5	4	14	28	6,07

Fuente: Elaboración propia a partir trabajo de campo.

Gráfico 6: Pirámide de población gitana local 2005.



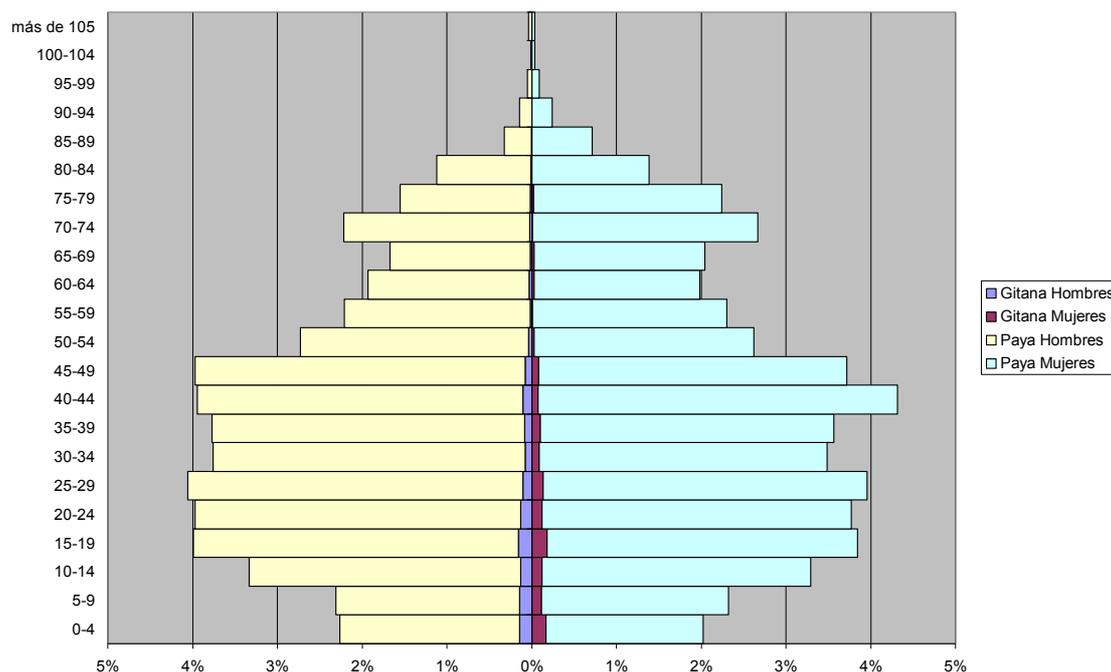
Fuente: Elaboración propia a partir del trabajo de campo realizado.

Tabla 9: Distribución de la población local por colectivos e intervalos de edad y sexo. Población gitana (PGT) y mayoritaria (NGT). Corte 2005.

INTERV. AÑOS	P.GT.		NGT.		Total		TOT	P.GT. %		NGT. %	
	♂	♀	♂	♀	♂	♀		♂	♀	♂	♀
0-4	31	34	383	431	414,00	465,00		-0,15%	0,17%	-1,90%	2,14%
5-9	29	24	483	450	512,00	474,00		-0,14%	0,12%	-2,40%	2,23%
10-14	26	25	702	720	728,00	745,00		-0,13%	0,12%	-3,49%	3,58%
15-19	30	37	781	700	811,00	737,00		-0,15%	0,18%	-3,88%	3,48%
20-24	24	25	824	782	848,00	807,00		-0,12%	0,12%	-4,09%	3,88%
25-29	21	28	765	751	786,00	779,00		-0,10%	0,14%	-3,80%	3,73%
30-34	17	18	750	665	767,00	683,00		-0,08%	0,09%	-3,72%	3,30%
35-39	17	21	704	766	721,00	787,00		-0,08%	0,10%	-3,50%	3,80%
40-44	21	16	826	841	847,00	857,00		-0,10%	0,08%	-4,10%	4,18%
45-49	15	17	709	665	724,00	682,00		-0,07%	0,08%	-3,52%	3,30%
50-54	7	6	517	481	524,00	487,00		-0,03%	0,03%	-2,57%	2,39%
55-59	4	2	416	455	420,00	457,00		-0,02%	0,01%	-2,07%	2,26%
60-64	6	6	350	383	356,00	389,00		-0,03%	0,03%	-1,74%	1,90%
65-69	4	6	381	457	385,00	463,00		-0,02%	0,03%	-1,89%	2,27%
70-74	5	2	430	563	435,00	565,00		-0,02%	0,01%	-2,14%	2,80%
75-79	2	5	314	404	316,00	409,00		-0,01%	0,02%	-1,56%	2,01%
80-84	2	1	186	275	188,00	276,00		-0,01%	0,00%	-0,92%	1,37%
más de 85	2	1	94	195	96,00	196,00		-0,01%	0,00%	-0,47%	0,97%
TOTAL	263	274	9615	9984	9878	10258	20136				

Fuente: Elaboración propia a partir del trabajo de campo y Padrón municipal, a fecha 31-12-2005.

Grafico 7. Pirámide poblacional local y conjunta de ambos colectivos (corte de 2005).



Fuente: Elaboración propia a partir trabajo campo.

Este gráfico constituye la descripción más visual de este trabajo, en ocasiones una imagen ejemplifica o ilustra más que la retórica, pretendíamos por tanto, que, esta figura hablara por sí misma, siendo similar a fecha de concluir esta investigación.

La línea discursiva a partir de este primer paso, la homogenización aparente de un colectivo minoritario en el contexto de una mayoría y, que invisibiliza dinámicas poblacionales totalmente diferenciadas.

4 DISCUSIÓN

El objetivo de presentar los datos de forma escalonada se relaciona con la necesidad de presentar una imagen demográfica dinámica de la población gitana local, visualizando su trayectoria evolutiva longitudinal y relacionándola con otras variables económicas, educativas, sanitarias.

Los cambios encontrados en la estructura demográfica respecto a la población mayoritaria (Pérez-Díaz, 2003) y el perfil diferenciado hallado, justifican el estudio y la necesidad de prestar atención a los resultados, para realizar un análisis detallado de la información obtenida, tanto cuantitativa como cualitativa.

Para comprender y acercarnos a la realidad de esta población, la lectura de los datos debe hacerse desde la perspectiva de los agentes que la producen, ya que este, es el resultado de sus experiencias y narrativas, y así poder interpretar el mundo de la misma forma en que lo hacen ellos (Hammersley y Atkinson, 1994).

En principio vamos a discutir el aspecto cuantitativo y más objetivable de los datos encontrados, relacionados con la demografía de la población gitana.

El primer dato que se deduce de este trabajo es que esta comunidad representa el 2.31% de la población total local, teniendo en cuenta los movimientos internos propios del colectivo, de los flujos de personas durante el periodo de estudio que, la representatividad de la población gitana se ha mantenido entre el 2.25 y 2.8% respecto a la población mayoritaria, frente al dato del informe (FOESSA, 2012) que estima su representatividad respecto a la mayoría en el 2.1% y 1.7% respectivamente.

A lo largo del periodo de investigación, desde el punto de vista de desarrollo de la localidad, se ha pasado por diferentes momentos sociales, económicos, políticos, etc. que han determinado indirectamente, ciertas modificaciones en las estructuras familiares y, que de forma generalizada han afectado de manera considerable a la población ubicada en la ZNTS, relacionado con procesos de movilidad de los individuos y reagrupamiento de las familias.

La situación socioeconómica actual de déficit, de destrucción de empleo, política de recortes, se agrava en la zona de mayor necesidad cebándose, con las poblaciones más desfavorecidas, como también apuntan otros autores (Liégeois, 2011) siendo el caso de la población gitana local.

Que la población esté distribuida en 87 unidades domésticas (Segalen, 2001) con una media de 5.33 individuos por hogar, está condicionado por, la situación de empobrecimiento actual que acentúa el reagrupamiento familiar, relacionado con la necesidad de maximizar los recursos disponibles, contrastando este dato con el corte realizado en 2005 donde era de 116 unidades con una media de 4.64 miembros por unidad domésticas, similares a los encontrados por (Laparra, 2007) que refiere “*una ocupación media estimada de 4.9 personas por vivienda*” (p. 27) y discrepando también con otros autores (Cabedo et al., 2000) que plantea el hacinamiento de las familias como una elección de los individuos más, que como una necesidad.

A fecha de concluir el estudio, las unidades familiares se han visto en la necesidad de contraerse, en contra de lo encontrado en el corte de 2005, donde la tendencia era la expansión, entendiéndose como tal que, el configurar nuevas unidades domésticas implicaría independencia y crecimiento de unidades familiares, por tanto, conforme influyen diversos factores, ajenos a la propia dinámica familiar (empleo, rentas, vivienda, etc.) estos condicionan la reconfiguración de las unidades domésticas.

Como se evidencia en el gráfico 3, la población gitana se configura con un perfil demográfico, bien diferenciado del resto de la población local, coincidiendo con autores como (Corretger, Fortuny, Botet, y Valls, 1992; Martín, 1999) cuando señalan que la población gitana presenta un perfil demográfico que difiere de la mayoría según (Laparra, 2007) con rango de natalidad y mortalidad diferenciada (Pavlic et al. 2011).

Coincidimos también en cuanto, la presencia de mayor volumen de población joven en las franjas de 0 años a 19 años, determinando un perfil poblacional joven, (Liégeois, 1998) sobre todo comparada con la población mayoritaria, situación a discutir en cuanto a los modelos de atención y políticas desarrolladas en base a perfiles demográficos mayoritarios y, orientados a las necesidades de estas poblaciones más envejecidas, como inversión de recursos en tercera edad, enfermedades crónicas, degenerativas, dependencia y otras, frente a necesidades de otros colectivos poblacionales.

En cuanto a la tasa bruta de natalidad (TBN) apunta a que la capacidad reproductiva de esta comunidad, lo hace a una velocidad que supera a la población mayoritaria, ya que

para esta supone un 9.95% frente al 29.8% de la población gitana, coincidiendo con autores como (Leblón, 2001 y Reher, 2003) donde la fecundidad se constituye a priori la variable que con mayor fuerza incide en la comunidad, siendo esto motivo de discusión continuada.

El análisis de dicha tabla, está sustentado por el análisis cualitativo de las entrevistas realizadas a esta población, donde podemos percibir que las dinámicas que determinan la evolución de una comunidad son más variadas de lo que pensamos, pues se trata de un completo y complejo sistema cultural (Levi-Strauss, 1984) donde intervienen variables concretas como pueden ser la endogamia o la exogamia, matrimonio preferencial o no por ciertos parientes, la “monogamia seriada” y, que describiremos e intentaremos explicar.

De este trabajo se deduce, que es, el sistema de matrimonio quien determina la estructura que encontramos, donde el capital humano es el valor del grupo, por lo que la prole cobra una importancia vital en esta comunidad, al margen del resto de variables que podrían intervenir, económicas, familiares, salud, vivienda, etc. así mismo aporta otra serie de ventajas, como roles, descritos también por otros autores (Sutherland, 1985) cuando señalan que para poder participar plenamente en la vida de la comunidad todo el mundo debe estar casado, otorgando así un valor social añadido al matrimonio.

La descendencia constituye, el objetivo del matrimonio para esta comunidad, legitimando la unión entre los cónyuges y, narrado también por otras autoras (San Román, 1986).

La mujeres gitanas de nuestro estudio son pronatalistas, con entrada al matrimonio a temprana edad, coincidiendo con otros autores (Árdevol, 1986; De Amici, Gasparoni, Chirico, y Bogliolo, 1998; Gamella, 2000) así mismo, hemos encontrado que la edad media para concebir el primer hijo durante el periodo de estudio, se establece en los 16 años para las mujeres gitanas, ocurriendo en el primer año de matrimonio, siendo frecuente la concepción en mujeres con más de cuarenta años, lo que determina largos periodos genésicos.

Que en la primera parte del estudio encontremos mayor natalidad que la segunda, no podemos relacionar si se trata de un hallazgo casual, por limitación de la muestra objeto de estudio o, si en cierta medida el aumento de natalidad, se relacionó con las distintas ayudas sociales e incentivos para incrementar la natalidad, cheque bebe, subvenciones, gestación protegida y otras.

Por otro lado hemos encontrado, gran capacidad de regeneración familiar a través de continuadas recomposiciones de parejas, similares a monogamias seriadas, que vienen a enredar un sistema de roles ya complejo que contrasta con la rigidez patriarcal atribuida a esta población (Wang, 1990; San Román, 1976). Estas uniones seriadas, tanto masculina como femenina, repercute en la consiguiente regeneración de las parejas, lo que favorece la natalidad.

Este dato suele solaparse por el infra-registro oficial de la situación civil, así mismo este sub-registro, favorece la creación de nuevas parejas al no existir las trabas administrativas y legales que conlleva deshacer un casamiento civil, posibilitando un abanico de alternativas familiares, como describe (Gómez Alfaro, 2010) situaciones que se repiten a lo largo de sus trayectorias: “La gitana Florencia de la Cruz, que había sabido ganarse la devoción filial de sus hijastros. Rompiendo esquemas cuya validez se defiende sin fisuras, los censos históricos nos descubres insospechadas situaciones familiares...” (p. 217).

En ocasiones encontramos la “normalización o registro” del matrimonio, relacionado en cierta medidas con igualar la situación respecto a la mayoría, lo que permite también el acceso a determinados recursos por la población gitana. Otras veces, las parejas civilmente casadas y que se deshacen, se mantienen en esa situación “oficial” solo a nivel de registro, mientras rehacen nuevas unidades familiares, relacionado con lo oneroso y burocracia del proceso de separación y, la circunstancia de que lo que legitima su nueva unión es, la decisión de los cónyuges, el reconocimiento por el grupo y la llegada de los hijos (ASGG, 1990) “el gitano no considera cerrado su contrato matrimonial hasta que nace el primer hijo...” (p.65) y sobre todo, con un sistema de valores, creencias y prácticas compartido por el grupo.

Decíamos que encontramos como dato llamativo no solo, la capacidad de reconstrucción familiar, también su aceptación grupal, dato que llama nuestra atención, pues por un lado se percibe que la mujer está sometida a la “presión social de certificar” públicamente la honra familiar a través de la ceremonia que acredita la virginidad de la novia, por otro, esa “aceptación” puede constituir un rasgo que “flexibiliza a posteriori la autonomía de las mujeres” y mantiene la posibilidad de abastecimiento de nuevos miembros para la comunidad.

Esta circunstancia de matrimonios seriados, o parejas consecutivas, suelen ser indetectables desde el punto de vista cuantitativo, al estar relacionado con que habitualmente estas uniones, tampoco suelen ser registradas oficialmente, constituyendo esta circunstancia un rasgo grupal de quienes lo comparten.

Hemos podido observar que, la descendencia de una pareja que se disuelve, convive junto con la descendencia previa del nuevo cónyuge, sin que podamos atribuir criterios relacionados con especificidades del colectivo, la crianza conjunta o no, de hijos no naturales.

La proliferación de hermanastros/as, padrastros/madrastras, compartiendo unidades domésticas combina un sistema de roles y relaciones ya complejo, y a veces no está exento de conflicto.

Es decir, no hemos observado que al deshacerse una unión, los hijos convivan con la madre o con el padre en función de variables patriarcales, sino que, los hijos conviven con uno u otro progenitor relacionado con variables socioeconómicas, apoyo familiar existente o voluntad de los menores y, sin criterio definitivo, ya que dependerá de las estrategias adaptativas de los progenitores, quedando abierta la posibilidad de intercambiar miembros y modificar estructura familiar previa o reconstruida.

Transversalmente a estos acontecimientos observamos una nueva variable y, que está incidiendo sobre este colectivo sin que podamos determinar su alcance final, y que podríamos tomar como línea discursiva/reflexiva ya que constituye un determinante para el descenso de la natalidad.

Nos referimos, al control de la fecundidad con métodos definitivos por las mujeres gitanas a edades tempranas, llamando nuestra atención, hasta el punto de plantear si su instauración en cierta medida está condicionada por la presión externa al grupo y, que antepone variables socioeconómicas (Bongaart, 2002) frente a las culturales del colectivo, determinando a su vez, un acceso desigual a los recursos, en este caso facilitando “in extremis” la esterilización de estas mujeres gitanas frente, a mujeres no gitanas, así como a plantear ciertas desigualdades de género en salud, relacionado concretamente con el abordaje de la esterilización femenina frente a la masculina.

En nuestra investigación no se ha podido establecer una clara relación entre el control de la fecundidad a través de la esterilización de las mujeres y desarrollo, aunque las decisiones sobre la elección de la esterilidad a priori, parecen ser personales, cabe plantear cierto “condicionamiento”, ya que este método, no se constituye como única alternativa de control natal existente.

Resulta incongruente que se pretenda potenciar la natalidad general, de una sociedad envejecida, con caída demográfica severa (Reher, 2004; Delgado y Castro, 1998) incentivando a la mujer, legislando en pro de la natalidad, protegiendo derechos ante la maternidad, intentando mejorar el status de las mujeres de su incorporación al mercado laboral y vida pública mientras que por otro se “facilite” la esterilidad de mujeres de este colectivo, por lo que volvemos a encontrar tema de discusión en cuanto a:

- Por un lado se incentiva la natalidad y al mismo tiempo se está privando de un potencial capital humano de una parte de la sociedad, mientras se justifica quizás que con el descenso de la fecundidad, se facilite el desarrollo (Medina y Fonseca, 2005) de la población en este caso, de la comunidad gitana.
- Cabe plantearse si, se está “generizando” una tendencia al incidir sobre la mujer de esta comunidad cuando, se conseguirían resultados igualitarios de reducción de la fecundidad si se interviniera en los varones, situación que no hemos encontrado durante nuestra investigación.

- En tercer lugar, no hemos encontrado durante nuestro estudio, la relación entre cambio en el status de las mujeres gitanas y la elección de este método de anticoncepción definitivo, por otro lado hemos observado que cambios en el control del comportamiento reproductivo (Reher, 1996) en nuestro estudio, permite a las mujeres gitanas maximizar el esfuerzo reproductivo y participar más de actividades productivas.
- Finalmente, dada la tendencia encontrada, en cuanto a las frecuentes reconstrucciones familiares y, el que muchas de estas mujeres ya se habían sometido a una esterilización, plantean la imposibilidad de nueva descendencia en clave de problema de salud, pues el patrón tradicional reproductivo de esta comunidad narrado anteriormente y, de uniones validadas a través de la descendencia, queda truncado ante la nueva pareja y situación.

Que la elección del cónyuge prioritaria para la unión inter y/o intragrupal, “condicionada” o no (expuesto a lo largo de este trabajo) refuerza y reproduce un sistema cerrado de valores grupales compartidos como clave identitaria, donde el “rito” la manifestación pública de la virginidad de la novia, se mantiene como especificidad cultural del colectivo estudiado.

Tras el casamiento, la primera residencia de la pareja recién constituida suele ser patrilocal, después de constituida la nueva familia y de un tiempo variable de evolución durante el que suele haber descendencia, predomina una ambivalencia entre matri y patrilocalidad, estando relacionada en nuestro estudio más, con el acceso a los recursos y a necesidades familiares que, con rasgos culturales.

Cuando la reconstrucción o casamiento de la nueva pareja no precisa de ceremonia del pañuelo porque los contrayentes proceden de parejas anteriores o, uniones de parejas “mixtas” la residencia de la nueva pareja se desvincula de la patrilocalidad, obedeciendo más a las necesidades de los afectados.

Dado el largo periodo genésico de la mujer gitana, es habitual que miembros de diferentes generaciones se críen de forma simultánea, donde tíos/as sobrinos/as, primos/as, hijos/as, nietos/as se desarrollan y crecen como coetáneos y suponen a su vez, una oferta potencial para la elección matrimonial intragrupal.

Este solapamiento generacional facilita o constituye un mecanismo de abastecimiento de nuevos miembros para las uniones y, determina frecuentemente uniones consanguíneas.

A la luz de lo observado, el matiz del parentesco se diluye con la coetaneidad, donde la construcción social de la crianza conjunta, modifica la presión parental que unido a un sistema de roles que prima sobre el vínculo del parentesco, acomodando el parentesco al rol.

En la uniones consanguíneas encontramos, que predomina fundamentalmente el matrimonio entre primos y, con diferente grado de parentesco (Gamella y Martín, 2008) donde la percepción o identificación del grupo en cuanto a la connotación de “primo/a” varía respecto a la población mayoritaria, el matrimonio entre tío/sobrino y otros grados de parentesco hemos observado que son menos frecuentes.

La transparencia en los límites del parentesco directo permanece, padres, hijos y hermanos, diluyéndose la misma sobre el resto de la parentela, según los roles potenciales, que pueden acontecer.

Así mismo, tampoco hemos encontrado diferencias que justifiquen preferencias matrimoniales por linajes patri o matrilineales, por lo que la elección de unos y otros miembros obedece a diferentes estrategias no siempre explicables en clave de especificidad étnica.

Que los matrimonios entre consanguíneos sean preferenciales o primera opción, no hemos podido objetivarlo, constituyendo algo más circunstancial, derivado de las variables anteriormente narradas y, de los resultados del análisis cualitativo donde también hemos podido apreciar que, el repliegue de ciertas redes familiares puede determinar, la unión consanguínea en clave preferencial.

El parentesco y el sistema de matrimonio constituyen, los pilares en torno a los cuales gira la organización social de la población gitana estudiada que junto a un bajo índice de soltería encontrado, son los ejes en los que pivota la estructura demográfica encontrada.

Soltería que en un primer corte en 2005, representaba hasta el 15.64%, siendo al concluir el estudio los índices de soltería en torno al 5% pensamos que la corrección percibida se debe a la prolongación del estudio a lo largo del tiempo y, que ha permitido observar este fenómeno más claramente.

Junto a esta cuestión, ha aumentando la edad media materna de concepción del primer hijo, al condicionar la soltería cierto retraso en el acceso al matrimonio y por tanto a la descendencia.

La baja tasa de soltería afecta por igual a varones que a mujeres, lo que contrasta con otros datos (ASGG, 1990) donde apunta que la soltería es más frecuente en varones aunque no la cuantifica.

Según apunta nuestro análisis cualitativo, la soltería en cierta medida, se podría relacionar con la existencia de patología y otras “variables” que podrían obstaculizar en cierta medida el acceso al matrimonio y, que en la población de estudio afecta en torno al 5% de la misma, circunstancia esta coincidente con autores que la sitúan en cifras bajas entre el 1% y 5% respectivamente (Gamella, 2000; Reher, 1996).

La soltería por tanto, no se contempla como una opción válida, electiva, en la comunidad gitana, solo se justifica su estado si está asociado a “patología”. Estar soltera/o, no se percibe como un rasgo positivo para la propia comunidad, sobre todo si afecta a la mujer *“lo peor que le puede pasar a una mujer es quedarse soltera rancia...”* Felisa, 2010. Extracto de entrevista (usMG-017).

Posiblemente, la poca aceptación de la soltería como elección, está relacionado con presión patriarcal de la sociedad y el valor dado a la descendencia, una mujer soltera es una descendencia potencialmente perdida, tanto para la mujer como para el varón e incluso, para el grupo, así como, el contemplar la descendencia y las relaciones sexuales desde el matrimonio, fundamentalmente de las mujeres.

Encontramos ciertas diferencias en la soltería relacionado con la salud, cuando la enfermedad genera dependencia parece condicionarla, sin que otras anomalías suponga un obstáculo a priori salvo, el albinismo parece condicionar el acceso al matrimonio sobre todo de las mujeres afectadas.

Esta circunstancia, parece no afectar de igual manera a los varones albinos de este colectivo, por lo que cabe pensar que, el género podría condicionar la soltería ante determinadas afecciones, seis de las mujeres afectadas de albinismo y potencialmente susceptibles de matrimonio (a fecha de este concluir este estudio) cinco se mantienen solteras, aún cuando de sus entrevistas se desprende predisposición y deseo para el matrimonio y la descendencia pero hasta ahora, no lo han conseguido.

Otras afecciones, relacionadas con salud mental y déficit cognitivos, pueden estar generando cierta dificultad para el acceso al matrimonio aunque no siempre son determinantes.

En el caso que nos ocupa, en cuanto a matrimonios mixtos, donde uno de los cónyuges se identifica como perteneciente a la población gitana y el otro no, encontramos 36 uniones en el periodo estudiado, lo que representaría aproximadamente en torno al 5%.

Si bien, este dato, no supone un porcentaje elevado, sí que podría representar por otro lado, una regeneración en cuanto a ese patrón endogámico, consanguíneo de la comunidad (Bittles, 2001)

Ya hemos señalado que, estas uniones no suelen regirse por las costumbres mayoritarias de dotarlas de oficialidad al inscribirlas en registros civiles y eclesiásticos, quedando por tanto solapadas, solo cuando hay descendencia queda vestigio de la unión en registro oficial, ante la obligatoriedad de inscribir los nacimientos en el mismo.

Hemos encontrado durante el periodo de estudio, un alto índice de matrimonios mixtos, donde solo uno de los cónyuges se identifica como perteneciente a población gitana, la circunstancia de no inscribir en registros y, las reconstrucciones conyugales, ocultan este dato, siendo solo cuando hay descendencia, la prueba evidencia de dicha unión, autores como (Alfaro, 1999) ya señalaban la alta incidencia de este tipo de matrimonio mixto, según los registros censales andaluces efectuados a raíz de la Pragmática de 1783, donde uno de cada veinte matrimonios era de esta índole.

En ocasiones no hay descendencia y las uniones “mixtas o no” quedan invisibilizadas al no dejar huella “oficial” mientras, por otro lado favorecen en cierta medida la posibilidad de buscar nueva pareja para descendencia, todo este proceso se reproduce en el contexto grupal con valores y significados concretos y compartidos para el colectivo. Por otro lado no hemos observado que las uniones de “mestizaje” determinen o se relacionen con mayor grado de integración respecto a la sociedad mayoritaria como (Gómez-Alfaro, 2010) ha apuntado: “Entre las familias que habían decidido emparentar fuera de la estirpe, resultaba habitual el progresivo mestizaje, como prueba inequívoca de su proceso de integración social...” (p. 217) ya que, esta circunstancia por sí sola, no implica dicho proceso.

Así mismo, no encontramos población significativamente envejecida, al igual que la encuesta (CIS, 2007) constata: “la escasa presencia de gitanos más allá de los 65 años” (p.31) otros autores relacionan, la falta de efectivos en la cúspide piramidal, con la invisibilidad o movilización de los mismos que condicionaría su cuantificación (Acton/Kencirch, 1984). La ausencia de efectivos en la cúspide de la pirámide, se relaciona en nuestro estudio fundamentalmente con, una mortalidad más temprana de los miembros de la comunidad gitana, respecto a la población mayoritaria.

Tampoco encontramos mayores viviendo en unidad doméstica individualizada, relacionado como indican algunos autores con la obligatoriedad de los vínculos (San Román, 1976) que impiden la segregación de algunos de sus miembros y sobre todo, pensamos que también se vincula con la maximización de los recursos, más en periodos de crisis donde, los aportes económicos institucionales relacionados con las pensiones/subsidios a personas de edad, suponen una fuente de ingresos y sustento familiar, siendo muchas veces, el único aporte económico que permite la supervivencia de las familias.

Podemos percibir que en las franjas de más edad, la mujer tiene mayor presencia con cierta feminización de la tercera edad (Pérez-Díaz, 2003) aunque a fecha de cerrar la investigación, encontramos varones más longevos, parece ser que aunque llegan menos varones a franjas etarias elevadas, viven más que la mujer, contrastando este dato respecto a la población mayoritaria, por otro lado, también podría estar relacionado con la limitación numérica de este colectivo local.

Anteriormente, habíamos aludido a que el movimiento natural de la población (MNP) constituye la operación estadística clásica y que permite, acercarnos al conocimiento de los flujos de poblaciones a groso modo, puesto que además, interfieren otras variables.

Estas estadísticas se refieren a tres hechos fundamentales: nacimientos, matrimonios y defunciones, ocurridos en territorio concreto, ya que en él ubicamos el estudio.

Por tanto, se precisa tener presente este hecho para entender el comportamiento de esta comunidad y poder así explicar los datos encontrados.

En total en el periodo estudiado ha habido 1894 muertes, a esta cifra debemos restar 313 defunciones que no eran de la localidad pero, han sido enterrados en la misma.

El trabajo de campo elaborado, ha permitido indagar en estas cuestiones y poder realizar el filtrado de los datos.

Los nacimientos durante el periodo analizado 2002-2012, suponen 2134 individuos, con una cifra positiva bruta de 558 individuos.

Si ya comentamos que es difícil el análisis de datos de la población gitana, relacionado tanto con la ausencia de registros, así como del infra-registro de los mismos cuando los hay, existe otra variable que interviene activamente en el MNP, correspondiendo a los procesos migratorios de la población y cuyo patrón permanece también invisibilizado.

La presencia de la población gitana en la localidad está documentada y arraigada, contrastando con la idea de nomadismo y movimiento constante de esta, no obstante, hemos constatado un proceso de movilización de una fracción de esta población en torno al 9-10% de los miembros.

Esta movilización coincide con procesos temporales de migración interna, la mayoría de las veces dentro de la misma provincia y/o de la propia comunidad autónoma (Almería, Málaga y Cádiz con mayor frecuencia) cuando es fuera de la comunidad autónoma, prima como elección Cataluña, islas, Murcia y Madrid.

Esta migraciones, en ocasiones se prolongan varios años, obedeciendo a estrategias adaptativas (presión institucional, presión intragrupal) y búsqueda de recursos (siguiendo campañas agrícolas, hoteleras) y que pasados un tiempo variable suelen retornar.

Solo nos consta movimiento de esta población fuera del territorio nacional de los últimos dos años, relacionado con trabajo de temporeros fundamentalmente para la uva y manzana en Francia y que ha afectado a dos familias.

Estos procesos de movilidad, no ocurren al azar sino que están determinados por la presencia de población gitana en la zona de destino que sirven de referente, evidenciando un sistema de redes y apoyos que trasciende más allá de los estrictos vínculos parentales atribuidos a esta comunidad.

El corte de 2005 respecto al actual 2012 ejemplifica lo narrado, constituyendo la panorámica de esta comunidad, un proceso dinámico y cambiante.

Sin embargo, la población gitana local actual se mantiene constante en cuanto a, sedentarización y representación en la localidad, con un movimiento migratorio limitado de individuos, determinando un proceso de intercambio de miembros de una localidad a otra y que van ocupando los mismos nichos geográficos. Esta situación unida a que la población migrada retorna periódicamente, simultaneando la residencia en más de una localidad, determina en cierta medida un fenómeno de duplicidad perceptual para el resto de la población mayoritaria. Esta movilidad recurrente, añade cierta complejidad no solo de los sujetos movilizados, sino para el colectivo en general en cuanto a lo que esto representa y, que contribuye a alimentar la percepción de sobredimensión de la población gitana local.

Volviendo a la línea discursiva demográfica, a esa segunda etapa en la que parece encajar actualmente la población gitana, donde cae la mortalidad y se mantiene alta tasa de fecundidad que produce, crecimiento rápido de la población, pensamos es posible proyectar una tercera fase para esta comunidad en cuanto a empobrecimiento de sus efectivos si se proyecta sobre este grupo un control externo de su capacidad reproductiva. Dado lo observado en nuestra investigación cabe plantear, si la atención a la diversidad pasa por la “normalización” de la comunidad gitana, lo que justificaría ese intento “asimilacionista”, al favorecer en cierta medida, la reducción/control natal grupal como justificación de su mejora social.

Queremos exponer tras lo narrado, si realmente se evidencia y relaciona la reducción de la natalidad con la mejora socioeconómica, educativa y social del colectivo o, constituye otro intento de inclusión como (Liégeois, 1998) expresa:

Las distintas políticas que se han seguido respecto a los Gitanos han constituido siempre, bajo diversas formas, una negación de las personas y de su cultura. Pueden agruparse en tres categorías: la exclusión, la reclusión y por último la inclusión. Estas categorías no se excluyen entre sí es decir: que pueden hallarse presentes en una misma época en distintos Estados, o incluso en el mismo Estado cuando éste adopta medidas que están en mutua contradicción...” (p 35).

Las incongruencias de promocionar políticas pronatalistas y al mismo tiempo ejercer “cierto control natal de determinados colectivos” frustran el crecimiento poblacional no solo en cuanto a efectivos, también en términos económicos y sociales ya que el potencial de crecimiento y desarrollo general, que como otros autores (Coleman, 1988) también han descrito, se vería truncado empobreciendo globalmente la sociedad.

Aunque la tercera etapa demográfica, que afectó a la población mayoritaria, con baja mortalidad, baja fecundidad traducida como baja natalidad, debido fundamentalmente al desarrollo económico y social (Greenhalgh, 1995) como señala el autor, está produciendo nuevos cambios con consecuencias diferentes en la estructura poblacional y que pensamos, no tiene por qué afectar de la misma manera a la población gitana.

Si como otros investigadores apuntaban (Liégeois, 1989) “Las culturas no son comparables... los modelos que sirven para medir una cultura no son válidos para medir otra...” (p.31) hacer predicciones sobre la comunidad gitana, sin considerar sus particularidades, condicionan la difusión de una perspectiva intencionada, quizás justificada pero pensamos que sesgada, ya que no contemplaría su contexto cultural.

No compartimos el planteamiento de que esas etapas esbozadas anteriormente, tengan que ser lineales respecto a la población gitana, porque el punto de partida previo de esta población difiere de la mayoría y, porque no todos los procesos en diferentes sociedades producen los mismos efectos, coincidimos con autores (Garreta, 2003) en cuanto a que no tiene por qué acontecer lo mismo si, su sistema de creencias, valores y prácticas difieren de la mayoría, los resultados, también tenderán a diferir.

Pensamos que debemos hacer un esfuerzo para que el gráfico 7 (las pirámides de población superpuestas de ambos colectivos) se visualice, no es solo, en el contexto de la propia colectividad gitana, donde los datos cobran una dimensión digna de ser considerada y de ser atendida, sino en el contexto poblacional general, ya que dicho gráfico muestra dos imágenes diferentes, con realidad y necesidades diferenciadas, donde la superposición de una, oculta la existencia de otra. Es por tanto que urge la necesidad de prestar atención a la diversidad social existente, de afrontar que el abordaje de la comunidad gitana como refiere (Liégeois, 1989) “ha sido siempre una negación de su persona y de su cultura, negación que ha adoptado diferentes formas...” (p.15) determinando la situación actual de desconocimiento como colectivo y sobre la que debemos rectificar.

Lo discutido en este capítulo también es parcial, pues constituye una parte dentro de un conjunto, solo cuando se explora el resto de datos cuantitativa y cualitativamente, estaremos en condiciones de tener una imagen más real de esta comunidad.

Si en este primer capítulo presentamos una demografía diferenciada respecto a la población mayoritaria, otras cuestiones como educación, salud, trabajo, vivienda, relaciones, relatadas en los siguientes capítulos, tenderán a diferir, proponiéndonos replantear si las diferencias se relacionan con especificidades culturales o constituyen diferentes desigualdades (Pavlič et al. 2011; Casals, Pila, Langohr, Millet, y Caylà, 2012) como otros autores han apuntado en sus trabajos.

CAPÍTULO IV

MORBILIDAD POBLACIÓN LOCAL

CAPÍTULO IV: MORBILIDAD Y POBLACIÓN GITANA LOCAL.

1. CONTEXTUALIZACIÓN DE LA ASISTENCIA SANITARIA.

Para iniciar una descripción de los procesos mórbidos que afectan al colectivo sujeto de estudio, era preciso referenciar como se gestiona la atención sanitaria, dado que en base a este sistema describiremos la situación de salud de la comunidad gitana local.

Es preciso contextualizar un marco teórico que, explique cómo se organiza la atención a la salud en la Comunidad Andaluza y, como se gestiona a nivel local, con objeto de ofrecer una panorámica de la función asistencial, unas generalidades que hagan comprensible el abordaje de los datos que se exponen en este capítulo y, cuya pretensión es, describir la situación actual de salud de la población gitana de la zona estudiada. Podemos generalizar que, todas las sociedades tienen sistemas, recursos, conductas o pautas relacionadas con el mantenimiento de la salud y la recuperación ante la pérdida de esta, bien sean pautas hegemónicas o subalternas (Briones, 1995; Comelles, 1985) por lo que estaríamos ante un universal cultural al respecto, con un abanico de posibilidades como, diversidad cultural existente.

La institucionalización de la asistencia sanitaria, su expansión, profesionalización, especialización y avances tecnológicos, en determinados contextos o con grupos culturalmente diferenciados, donde no se ha favorecido una atención adecuada a la pluralidad social, han dificultado que creencias, prácticas y otras alternativas seguidas por los individuos para el mantenimiento y recuperación de la salud, pudiesen integrarse en el modelo sanitario imperante. Así mismo los remedios, cuidados y prácticas de esos sistemas alternativos y más tradicionales, sufrieron, un proceso de descrédito o desautorización respecto a esta institución.

En cierta medida esta situación ha determinado que individuos y colectivos cuyo sistema de atención se ha visto “desintegrado” del mayoritario, desarrollasen y/o ajustasen otras alternativas para el proceso salud/atención/enfermedad, en un intento de acomodarse en el mejor de los casos, a un sistema imperante.

Si tradicionalmente en las familias se asumían los cuidados de salud y, el ámbito familiar constituía el centro de los mismos, donde convergían tradiciones, remedios, donde los itinerarios que se simultaneaban, la externalización de los cuidados y su profesionalización, fuera del ámbito tradicional, con la ruptura impuesta por un sistema hegemónico, impidió también integrar la perspectiva de los individuos, determinando cierta exclusión de los individuos hasta de sus propios procesos, aunque no de la atención sanitaria, con repercusión no solo en colectivos culturalmente diferenciados, también en el contexto mayoritario, en aquellos sectores poblacionales con más arraigo a las tradiciones, con mayores dificultades o más desfavorecidos .

En esta primera parte capitular, presentamos unas generalidades del sistema sanitario actual para, acercarnos a la asistencia prestada desde este, un sistema de salud hegemónico, androcéntrico y monocultural que se ha impuesto frente al resto de alternativas.

Si la hegemonía del sistema sanitario es patente y más objetiva, el androcentrismo al que nos referimos es más sibilino, que oscila desde la presencia limitada de las mujeres en el desarrollo de las profesiones sanitarias, hasta un abordaje sanitario inadecuado que no contempla la perspectiva de género y, planteado por esta autora (Ortiz, 2001) al relatar como algunas profesiones estando copadas incluso por mujeres, el androcentrismo y las desigualdades de género entre profesionales, constituyen una dificultad en el desarrollo profesional, con repercusión en la propia práctica asistencial aunque la autora alude directamente a la medicina, podríamos inferirlo al resto de categorías profesionales, ya que argumenta:

Y ocultan que dentro de la profesión han operado, y operan, los mismos sistemas de género que en la sociedad en su conjunto, de tal manera que crean espacios, actividades, conceptos y valores marcados por el género (propios o menos propios de/para mujeres) que acentúan, en la práctica, excluyendo a las profesionales y restringiendo su capacidad de elección y promoción. Al mismo tiempo, privan a la organización de las aportaciones que las mujeres pueden hacer a la definición y organización profesionales a partir de su propia experiencia social (p. 54).

Creemos en la necesidad de considerar la perspectiva de género en el desarrollo de este trabajo, no solo en o desde la institución sanitaria, también, en el resto de instituciones, ya que los valores y referentes de nuestra sociedad en general son, fundamentalmente masculinos.

1.1 El Sistema Nacional de Salud (SNS)

Hoy en día, nuestro modelo de atención a la salud, constituye uno de los sistemas sanitarios mejor valorados del mundo. Intentaremos explicar de forma sintetizada dicho sistema, esperando no caer en reduccionismos extremos y exponer los pilares en los que se sustenta, sus fortalezas, pero también con una mirada crítica sobre las debilidades en el funcionamiento de dicho modelo.

Tabla 10: Competencias de las Administraciones Públicas en materia sanitaria.		
CONSEJO INTERTERRITORIAL DEL SNS	ADMINISTRACIÓN DEL ESTADO	Bases y coordinación de la sanidad
		Sanidad exterior
		Política del medicamento
		Gestión de INGESA
		Planificación Sanitaria Salud
CORPORACIONES LOCALES		Pública Gestión Servicios de Salud
		Salubridad
		Colaboración en la gestión de los Servicios Públicos
Fuente: Reparto de competencias según la Constitución Española de 1978; Ley 14/1986, de 25 de abril, Ley General de Sanidad; y la Ley 16/2003 de 28 de mayo, de cohesión y calidad del SNS.		

La base del sistema sanitario reside en el marco legal que lo ampara y regula, así como en las políticas que lo han desarrollado. La Constitución de 1978 recoge en su artículo 43, el derecho a la protección de la salud y a la atención sanitaria de todos los ciudadanos. Ley General de Sanidad (1986), Ley de cohesión y calidad del Sistema Nacional de Salud (2003), Ley de garantías y uso racional del medicamento (2006), Ley General de Salud Pública (2011) y el Real Decreto-Ley de medidas urgentes para la sostenibilidad del Sistema Nacional de Salud y mejora de la calidad y la seguridad (2012) todas, permiten regular las acciones para hacer efectivo el derecho a la protección de la salud, mediante el derecho a la Financiación pública, universalidad y gratuidad y accesibilidad de los servicios sanitarios, con derechos y deberes definidos para los ciudadanos y para los poderes públicos.

El gráfico anterior, constituye una panorámica de cómo se ordena la administración pública y de sus competencias, donde los servicios de salud de la Administración del Estado (que se encarga fundamentalmente de las bases y coordinación de la sanidad, de la sanidad exterior, de las políticas del medicamento y gestiona el INGESA¹) las Comunidades Autónomas (que gestionan la planificación sanitaria, la salud pública y gestionan los servicios de salud) siendo el Consejo Interterritorial del SNS (el que gestiona o coordina los servicios de salud de las comunidades autónomas entre sí y la administración del Estado, con objeto de garantizar los derechos a las personas en todo el territorio nacional).

Así mismo, las normativas correspondientes, recogen la descentralización política de la sanidad en las comunidades autónomas, la prestación de una atención integral de la salud procurando altos niveles de calidad debidamente evaluados y controlados y, la integración de las diferentes estructuras y medios públicos al servicio de la salud en el Sistema Nacional de Salud.

El Sistema Nacional de Salud establece, una cartera común de servicios sanitarios a nivel nacional y, cada comunidad autónoma posee su propia cartera complementaria de servicios. Estas carteras sanitarias autónomas incluyen, desde sistemas informáticos propios, de registros de salud, hasta prestaciones y objetivos específicos de la comunidad estime, por lo tanto, no existe unificación nacional en todas las materias de salud, solo de la cartera básica que regula el Sistema Nacional de Salud.

El Sistema Nacional de Salud se organiza en dos entornos o niveles asistenciales, siendo esta estructura, común a todas las Comunidades Autónomas:

1. Atención Primaria: los dispositivos asistenciales principales son los centros de salud y consultorios, que prestan atención sanitaria a la ciudadanía, tanto en el centro como en el domicilio de las personas.
2. Atención Especializada: se presta en centros de especialidades y hospitales, bien de forma ambulatoria o en régimen de ingreso o internamiento.

¹ Instituto nacional de gestión sanitaria Ceuta y Melilla.

Tabla 11: Organización de los niveles asistenciales del SNS.

	ATENCION PRIMARIA	ATENCION ESPECIALIZADA
CARACTERÍSTICAS	Accesibilidad	Complejidad técnica
ACTIVIDADES	Promoción de la salud y prevención de la enfermedad con capacidad de resolución técnica para abordar de forma completa los problemas de salud más frecuentes.	Cuenta con los medios diagnósticos y terapéuticos de mayor complejidad y coste cuya eficiencia aumenta si se concentran.
ACCESO	Espontáneo	Por indicación de los facultativos de atención primaria
DISPOSITIVO ASISTENCIAL	Centros salud y Consultorios locales.	Centros de especialidades y Hospitales.
REGIMEN DE ATENCIÓN	En el centro Domicilio.	De manera ambulatoria o con internamiento.

Fuente: SNS 2012.

El acceso a los servicios sanitarios públicos se realiza a través de la Tarjeta Sanitaria Individual expedida por cada Servicio de Salud e identifica a cada individuo como usuario en todo el Sistema Nacional de Salud, el reconocimiento de la condición de beneficiario corresponde al Instituto Nacional de la Seguridad Social, estando sujeta la adjudicación de la misma a determinadas condiciones.

Como dato complementario a la fecha, la plantilla de personal sanitario público consta de 272000 profesionales, siendo mujeres siete de cada diez y, con 19000 profesionales más en proceso formativo, así mismo el número de camas asciende 162538.

Tabla 12: Organización y dotación de los niveles asistenciales del SNS.

SNS 2012	Atención Primaria		Especializada
	CENTROS SALUD	CONSULTORIOS LOCALES	HOSPITALES de cada 10 (4 públicos, 6 privados.)
Nº	3006	790	790
Nº profesionales	+64000		+207000
Nº facultativos	35000		79000
Nº enfermería	29000		128000
Tasa facultativos	× 7.6 x10000		17.2x10000
Tasa enfermería	× 6.3x10000		27.9x10000

Fuente: Elaboración propia a partir datos SNS

1.2 El Servicio Andaluz de Salud (SAS)

Cada comunidad autónoma cuenta con un Servicio de Salud, con asignación presupuestaria diferenciada que obedece a diversos factores, desde el gobierno central. En el caso de Andalucía es el Servicio Andaluz de Salud (SAS) creado en 1986 (Ley 8/1986, de 6 Mayo) siendo la estructura administrativa y de gestión que integra todos los centros y servicios sanitarios públicos.

La tarjeta sanitaria expedida por el (SAS) creado en 1986, además de identificar a nivel nacional, permiten también la asistencia. Solo en la comunidad de referencia se permite el acceso a la historia de salud clínica electrónica de esa comunidad, dado que no se comparte mismo sistema informático, aunque la prescripción y retirada de medicamentos en farmacia a nivel nacional, es posible.

2. NIVELES ASISTENCIALES DEL SAS.

El SAS dispone de una red de servicios asistenciales integrados y organizados para garantizar la accesibilidad y la atención sanitaria de la población, descritos ya en el sistema nacional de salud.

Cada nivel asistencial cuenta con una cartera de servicios específica, con objetivos que están recogidos en el Plan Andaluz de Salud, Contrato Programa entre la Consejería de Salud y el Servicio Andaluz de Salud, Plan Estratégico, Plan de Calidad del Sistema Sanitario Público de Andalucía y Contrato Programa de los hospitales o, Distritos de Atención Primaria del SSPA.

2.1 Atención Primaria en Andalucía.

La atención primaria en Andalucía, cuenta con una estructura organizativa compuesta por, diecisiete Distritos de Atención Primaria y, catorce Áreas de Gestión Sanitaria. Los distritos sanitarios se establecen como estructuras que organizan la planificación operativa, dirección, gestión y la administración.

Estos distritos integran a su vez, delimitaciones comarcales denominadas zonas básicas de salud, que corresponden a determinados municipios.

En cada zona básica de salud se ubican, los centros de atención primaria o centros de salud siendo, las estructuras físicas donde se presta asistencia sanitaria de atención primaria a la población, constituye el primer nivel de atención, integrando la asistencia preventiva, curativa, rehabilitadora y la promoción de salud de los ciudadanos. Estos centros de atención primaria o, centros de salud, están ubicados en los núcleos poblacionales con apoyo de otras dos estructuras, consultorios locales y consultorios auxiliares, que dependen organizativamente y funcionalmente de este para dar cobertura a la ciudadanía. La Atención Primaria pone a disposición de la población una serie de servicios básicos en una isócrona de 15 minutos desde cualquier lugar de residencia.

Existen otras estructuras y servicios, que no se describirán dado que el objetivo es plantear una visión global del sistema asistencial. La red de centros de atención primaria o centros de salud, están repartidos a lo largo de la comunidad andaluza, siendo actualmente las Áreas Sanitaria², la estructura organizativa que integra ambos niveles.

2.2 Atención Hospitalaria en Andalucía.

Tanto los hospitales como los centros de especialidades constituyen, la estructura sanitaria que gestiona o atiende la atención hospitalaria programada y urgente, tanto en régimen de ingreso como ambulatorio, al igual que la atención primaria lleva a cabo otras funciones, promoción de salud, prevención de enfermedad, tratamiento curativo, rehabilitador, docencia e investigación. La estructura organizativa de esta atención.

- Áreas de gestión sanitaria.
- Áreas hospitalarias.
- Agencias sanitarias y consorcio hospitalario

Esta atención constituye el segundo nivel asistencial, dando cobertura para la hospitalización, cuenta con un total de 27 hospitales, distribuidos en la comunidad y

² La organización de la atención primaria queda definida en la norma de creación del Área Sanitaria, sin menoscabo de que las zonas básicas de salud y los centros de atención primaria se organicen de acuerdo al Decreto 197/2007.

dispone también de consultas externas dispuestas tanto en hospitales como en centros periféricos de especialidades y/o de atención primaria de salud.

2.3 Otras áreas de atención en Andalucía.

Configuradas de forma diferenciada y específica tienen organización especial.

- Coordinación autonómica de trasplantes.
- Los centros de transfusión sanguínea.
- La atención a urgencias y emergencias.
- Salud mental.

3 ORGANIZACIÓN ESPECÍFICA DE LA ASISTENCIA EN EL SAS.

3.1 Organización General.

El Servicio Andaluz de Salud (SAS) cuenta en su plantilla con 84.753 profesionales para atender su red asistencial: 22.801 profesionales en atención primaria y 61.952 profesionales atención hospitalaria. Como especificidad el SAS, ha instaurado un sistema para gestionar la asistencia sanitaria vinculada a las unidades de gestión clínica (UGC) dentro de la ya formada estructura asistencial de zonas básicas de salud (ZBS) y/o áreas de gestión sanitaria.

Tabla 13: Organización asistencial del SAS.

SAS	Atención Primaria				Especializada			
	C. Salud	C. locales	C. auxiliar	TOT	H.R	H.E	H.C	HARE
Nº	408	697	418	1,518	9	8	17	13
Nº profesionales	22,801				61,952			
Nº facultativos	6225							
Nº enfermería	6133							
Tasa ½ facultativos	7.6 x10000							
Tasa ½ enfermería	6.3x10000							
PERSONAL SAS	84,753							
Pobl. Andaluza	8.392,635							

Fuente: elaboración propia a partir datos SAS

Estas unidades se establecen como órganos sobre los que se ha ido configurando la organización asistencial desde 2006 y entre cuyos objetivos además de los sanitarios, destaca el control del gasto, con los reajustes oportunos que ello conlleva.

No obstante hay que destacar que el planteamiento de la gestión por procesos asistenciales, se centra en unos elementos fundamentales como:

- Enfoque asistencial centrado en el usuario, según sus necesidades, expectativas y evaluando su satisfacción.
- Implicación de todos los profesionales en la gestión del proceso sustentado en el trabajo de equipo.
- Adecuación de la práctica clínica en base a las Guías de Práctica clínica y planes de cuidados estandarizados existentes.
- Desarrollo integral del sistema de información, que permita evaluar para mejorar.

En el SAS, la actividad asistencial está vinculada a la gestión por procesos asistenciales desde 2002 y, reeditados en 2009 con las modificaciones correspondientes, tanto para la atención primaria como especializada y, con competencias específicas para cada nivel.

3.2 Organización específica de la asistencia sanitaria local.

A nivel más local, el centro de atención primaria de salud local está constituido como UGC con una actividad asistencial vinculada a la gestión por procesos asistenciales del SAS. En el capítulo de metodología, ya ha quedado descrita la descripción de la zona de estudio así como la contextualización de la Zona Básica de Salud.

El gráfico siguiente permite visualizar recursos sanitarios y población.

TABLA 14: Recursos asistenciales sanitarios local y dotación personal. 2012.

MUNICIP.	ATENCIÓN PRIMARIA DE SALUD							ESPECIALIZADA			
	Centro Salud	C1 Local	C2 Aux.	MAP DCCU	DUE	POBL. 2012	ARE	C.E	DÍAL.	CPD	SM SA SB
Guadix	1	3	0	22	21	18920	1	12	1	1	1
Albuñán	0	0	1	0	1	430	0	0	0	0	0
Cogollos	0	1	0	1	0	718	0	0	0	0	0
Gor	0	1	1	1	1	877	0	0	0	0	0
Gorafe	0	1	2	1	1	461	0	0	0	0	0
Valle Zalabí	0	1	1	1	1	2660	0	0	0	0	0

Fuente: Elaboración propia a partir datos SAS.

C1: Consultorio local

C2: Consultorio auxiliar

MAP: Médico de atención primaria

DCCU: dispositivos cuidados críticos y urgencias

DUE: Diplomado universitario enfermería

POBL.: Población

ARE: Alta resolución

CE: Consulta especializada.

DIAL.: Servicio de diálisis

CPD: Centro periférico de drogodependencias.

SM: Salud mental.

SA: Salud ambiental

SB: Salud bucodental

La cartera de servicios y el trabajo por objetivos en las Unidades de Gestión Clínica (UGC) o la gestión por procesos, en cierta medida ha permitido:

- El diagnóstico y seguimiento de aquellas afecciones vinculadas a dichos objetivos.
- La cuantificación de los efectivos incluidos y valoración de la situación de estos a través de los criterios de calidad.
- Delimitación del gasto de la prescripción sanitaria. ¿Por procesos específicamente?
- Orientación asistencial definida por directrices. ¿Político-económicas o sanitarias?

Los planes asistenciales integrados o los procesos, constituyen herramientas muy válidas para desarrollar la actividad sanitaria, con un valioso potencial que aún no se ha terminado de implantar y desarrollar, debido a la dificultad de instituir y desarrollar la infraestructura, la red comunicativa en todos los puntos asistenciales y sanitarios de la geografía andaluza y, que permitiría un acceso integral a la historia socio-sanitaria de la población adscrita.

Al mismo tiempo, presentan también ciertas debilidades en cuanto a, la propia complejidad del sistema relacionado no solo con las dificultades técnicas de su implantación y desarrollo de los planes, sino con aspectos relacionados con reducción de costes y objetivos puntuales orientados a “política sanitaria”, influencia de la farma-industria, etc. con posible repercusión sobre la actividad asistencial, que podrían determinar en cierta medida “resultados orientados”.

El objetivo de presentar ciertas generalidades responde a la necesidad de generar una lectura crítica de las diferentes variables que intervienen y determinan el abordaje de la actividad sanitaria.

El gráfico siguiente, alude a los presupuesto del SAS para el año 2015, aunque no vamos a discutir sobre los mismos, ayudan a configurar una idea general en cuanto a lo que representa el gasto sanitario de la comunidad y la diferente asignación capitular.

Tabla 15: Presupuesto inicial SAS para 2015 de 7.763.892 miles de euros.

Capítulo I	GASTO DE PERSONAL	51.69%	4.013,467 mil e
Capítulo II	GASTOS CORRIENTES EN BIENES Y SERVICIOS	25.26%	1.961,158
Capítulo III	GASTOS FINANCIEROS	0.52%	40.582
Capítulo IV	TRASNFERENCIAS CORRIENTES	21.36%	1.658,316
Capítulo V			
Capítulo V y VI	INVERSIONES REALES	1.17%	90.367

Fuente: Elaboración propia a partir datos SAS.

4 RESULTADOS DE SALUD.

4.1 Parámetros explorados y discusión.

Explorados los datos existentes de determinados procesos asistenciales de la UGC, referidos a la fecha de estudio, nos acercan a una panorámica concreta y general que invisibiliza la situación de la comunidad gitana, al no contemplar datos referentes a la filiación étnica.

En primer lugar, compartimos lo narrado por otros autores al plantear que, la falta de datos en salud referidos a esta comunidad dificulta el conocimiento, la situación real de este grupo e impiden por tanto, un abordaje adecuado de la situación (Vallvé, 2009) en el caso que nos ocupa, de la situación sanitaria.

Los procesos de salud más significativos investigados (por incidencia, gasto sanitario, social...) de la UGC, corresponden al concluir el estudio a:

- Proceso Diabetes Mellitus, (DM) con un total de pacientes incluidos 1282.
- Proceso Hipertensión Arterial (HTA) con un total de pacientes incluidos de 1547
- Proceso Enfermedad Pulmonar Obstructiva Crónica (EPOC) con un total de pacientes incluidos de 160.

Así mismo se han contemplado otros parámetros vinculados a estos procesos:

- Índice masa corporal (peso y talla)
- Niveles lipídicos.
- Tabaco.
- Hemoglobina glicada.

El trabajo de campo ha permitido conocer la dinámica de la población gitana, lo que ha permitido describir su situación sanitaria en relación a los procesos referidos y completar los datos de salud. En anexos se adjunta tabla contingencias que ejemplifica lo narrado, motivo de análisis y discusión en este capítulo.

Los primeros datos encontrados para discutir relacionado con este colectivo son:

- En relación a los procesos asistenciales analizados ambos grupos presentan las mismas patologías es decir, población gitana y no gitana, comparten mismas afecciones.
- La diferencia existente en los perfiles socio-demográficos entre ambos grupos.
- Infra-registro en procesos asistenciales e historia de salud poco documentado.

La presentación de datos se ha realizado contemplando el trabajo de campo, de otra manera habría sido imposible describir la morbilidad de este colectivo, de los procesos asistenciales de especial interés y seguimiento por la administración sanitaria así como, otros hallazgos que presentamos a continuación.

4.2 Resultados de procesos sanitarios asistenciales, cartera servicios atención primaria.

La siguiente tabla muestra información relativa a los procesos asistenciales investigados y el volumen de población incluida los distintos procesos y la población local total.

TABLA 16: Explotación registros procesos asistenciales, patologías y población afectada. SICAP

2012	POBLACIÓN TOTAL	%
POBLACIÓN. GDX	18920	100.0
DM	1285	6.79
HTA	1547	8.22
EPOC	160	0.88

Fuente: Elaboración propia a partir datos INE y SICAP.

Esta tabla expresa los datos recogidos por los programas y procesos asistenciales seleccionados en cuanto a afectación de determinadas patologías o procesos que afectan a la población en general y, su expresión en porcentajes.

El trabajo de campo ha repercutido en una modificación de los datos encontrados, la tabla siguiente corresponde a población total local y población mayoritaria incluida e procesos asistenciales, la población mayoritaria calculada s tras descontar el volumen poblacional que correspondería a la población gitana objeto de estudio.

TABLA 17: Población total y población mayoritaria según procesos asistenciales.

2012	POBL. TOTAL	% total	POBL MAYOR	%	VARONES	% ♂	MUJERES	% ♀
POBL. GDX	18920	100.0	18359	97.0	9181	50.0	9278	50.5
DM	1285	6.79	1254	6.8	598	47.6	656	52.3
HTA	1557	8.22	1519	8.2	942	62.8	577	37.9
EPOC	167	0.88	160	0.8	34	21.2	131	81.8

Fuente: Elaboración propia a partir datos INE y SICAP.

La tabla siguiente muestra los datos corregidos, relacionados con los procesos asistenciales y, la población total local incluida en los mismos, segregada por sexo y expresada en porcentajes y totales, donde situación de la población gitana local respecto a la mayoritaria y en relación a los mismos procesos asistenciales es similar.

TABLA 18: Población total y población gitana según procesos asistenciales.

2012	POBL.	% total	POBL. GIT.	%	VARONES	% ♂	MUJERES	% ♀
POBL. GDX	18920	100.0	461	2.4	224	39.9	237	42.2
DM	1285	6.79	31	6.7	14	45.1	17	54.8
HTA	1557	8.22	38	8.2	15	39.4	23	60.5
EPOC	167	0.88	7	1.5	5	71.4	2	28.5

Elaboración propia a partir datos trabajo de campo y SICAP.

Si en el corte realizado en 2005, encontrábamos datos que se invertían respecto a ambos grupos, siendo en la población gitana algunas afecciones más incidentes, al concluir este trabajo los datos son similares, salvo el EPOC, pensamos que entre otras cuestiones, puede estar más relacionado con cierto retraso en la actualización de los registros, ya que el cambio de modelo informático acontecido a lo largo de la duración de la investigación, ha propiciado ciertos errores en cuanto a la salida de los éxitos o bajas de los procesos asistenciales.

En ese corte, presentábamos los datos explorados en la población mayoritaria y en la población gitana local, fundamentalmente se presentaba incidencia de patologías crónicas de, hipertensión arterial (HTA), diabetes mellitus (DM), enfermedad pulmonar crónica obstructiva (EPOC), obesidad³ y síndrome metabólico (SM), encontrando que algunas afecciones crónicas, incidían más en población gitana que en la mayoritaria.

³ (Pérez, Flores, Alba y Jiménez, 2003) presentaron en el Congreso de la Gypsy Lore Society, un resumen con los resultados obtenidos sobre perfil antropométrico de una muestra de la población gitana de Guadix, vinculados con algunas enfermedades crónicas y su relación con la alimentación.

“Las especificidades étnicas no condicionan un patrón concreto de alimentación, son factores económicos y sociales los que favorecen dichos hábitos, configurándose los mismos como estrategias de adaptación a contextos concretos que pueden tener como resultado patrones poco saludables de alimentación. El bajo poder adquisitivo, graves dificultades en el acceso al mercado laboral y cualificación profesional insuficiente así como, por unas condiciones de vida precarias, siendo lo que condiciona hábitos y perfiles de alimentación inadecuados que se traducen en una mayor incidencia de las patologías asociadas y perfiles antropométricos que difieren de la media mayoritaria”.

Tabla 19: Incidencia de HTA Y DM en población gitana y mayoritaria local. Corte 2005.

PATOLOGIA	POBL.GITANA	POBL. MAYORITARIA
HTA	9.36%	6.85%
DIABETES	6.79%	3.30%

Fuente: Elaboración propia a partir pilotaje trabajo campo.

Al completar el estudio pensamos que en cierta medida, la discrepancia de datos discutida anteriormente, puede relacionarse con las dificultades o atrasos en la actualización de los mismos, de los distintos programas que registra el sistema de salud y, el cambio de programa informático.

No obstante, el padecimiento de determinadas afecciones crónicas de la población gitana respecto a la población mayoritaria y, sin infravalorar su representatividad en cuanto a incidencia, destaca que, pese a ser un colectivo joven, están aquejados de afecciones que por edad no le corresponderían, motivo este para considerar que determinadas variables pueden estar afectándoles más negativamente que al resto poblacional.

El interés por tanto, viene dado por diferentes cuestiones:

- a) Se está invisibilizando la situación de salud de la población gitana local.
- b) Presenta una situación demográfica diferenciada y descrita en el capítulo I de este trabajo y, sin atención específica.
- c) Colectivo aquejado de gran patología, aún cuando la incidencia de algunas de ellas es similar al resto poblacional, la característica de que estas enfermedades, están afectándoles más tempranamente, constituye una particularidad igualmente inquietante.
- d) Que ciertas dolencias descritas en este trabajo, afecten con mayor intensidad a mujeres gitanas, es un rasgo que no pasa desapercibido obligándonos a plantear si ciertos padecimientos están vinculados con diferencias de género en salud, y con que se relacionarían esas disparidades (Fuentes, 2001) que tratamos de describir a lo largo de este trabajo.

e) Por otro lado se ha descargado en el individuo toda la responsabilidad, al plantear los determinantes de la salud en clave individualizada (Mújica, 2015) que aunque ocurre para cualquier sujeto en general, la circunstancia de pertenecer a un colectivo en situación más desfavorecida, perpetua la justificación de acciones inequitativas.

El trabajo de campo ha permitido, disponer de un centenar de efectivos como muestra de esta comunidad para, presentar los datos relacionados con la morbilidad, de los cuales, 73 corresponden a población adulta y 27 a infantes.

Los datos disponibles se han segregado con objeto de, poder presentarlos en relación con el padecimiento de estas afecciones HTA y DM donde, el síndrome metabólico (Reaven, 2005) representa el principal factor de riesgo para las mismas, así como para otras afecciones, cardiovasculares, renales (Quero, Fernández, Fernández, R., Gómez, García, y García, 2015) donde la obesidad⁴, constituye otro de los factores de riesgo principales.

4.3. Parámetros antropométricos:

Es conocido que, el aumento de peso general entre la población adulta es de causa multifactorial (Fernández, 2014) como herencia, sexo, edad, alimentación, estilo de vida, estado de salud, etc., pudiéndose intervenir sobre algunas de estas variables, como es la alimentación ya que tanto, determinados déficits como excesos alimentarios, bien a nivel cualitativo como cuantitativo, pueden determinar alteraciones en los perfiles antropométricos de las personas y, con repercusión en su estado de salud.

⁴ La obesidad no es solo un sobrante de peso, es un trastorno patológico debido a un exceso de grasa. Para hacer un diagnóstico básicamente se sigue utilizando el índice de Quetelet (Kgr/m^2) siendo este, la relación existente entre el peso en kilos y el cuadrado de la talla en metros, estando el rango ideal entre 18.5-24.9, bajo peso $IMC < 18.5$, sobrepeso IMC entre el 25-29.9, obesidad cuando $IMC \geq 30$ de este índice, para los adultos. Otros criterios de medida de la obesidad central lo constituyen, la medida del perímetro circunferencial abdominal así como, el índice cintura/cadera.

Aunque los expertos hablan de diferentes tipos de obesidades, central o abdominal, ginoide o periférica, obesidad homogénea, en función de la localización, causa y afectación, la obesidad, se asocian con otras patologías, diabetes, hipertensión arterial, dislipemias y mayor riesgo cardiovascular a través de la inflamación subclínica endotelial, aumento del tono simpático, perfil lipídico aterogénico, factores trombo-genéticos y apnea obstructiva del sueño, constituyendo un grave problema de salud, por la cantidad de afectados, los costes sanitarios que genera y determinar menor calidad y una esperanza de vida más corta (López-Jimenez y Cortés, 2011).

Los datos de nuestra investigación en cuanto a somatometría indican:

- La talla media de la población gitana es inferior a la media de la población mayoritaria, siendo este dato similar al encontrado por otros autores (Bernasosky-Bernasovka, 1999) cuyo trabajo recoge que los rom de Eslovaquia tienen, menos estatura media que la población no gitana, en nuestro caso no para justificar este hallazgo con diferencias raciales, sino para relacionarlas con otras variables que influyen en la determinación de la talla.
- Elevado IMC, determinado por la relación entre peso y talla, donde al aumentar el peso y/o disminuir la talla, repercute directamente en el aumento IMC.
- El alto índice de obesidad dentro del colectivo con mayor incidencia en las mujeres y de localización central fundamentalmente, así como los casos de obesidad mórbida encontrados afectan mayoritariamente a mujeres de este colectivo.
- Relación entre obesidad y otras patologías, como DM, HTA y SM.

De la muestra analizada de cien efectivos pertenecientes a la comunidad gitana local, se han segregado en dos categorías adultos e infantes, constituyendo el grupo de adultos un volumen de setenta y tres y, cuyos resultados son los que se presentan.

Específicamente se han recogido los datos antropométricos y clínicos que interesaban y que están relacionados tanto con el síndrome metabólico y, con otras afecciones crónicas como diabetes, hipertensión, obesidad y, cuya incidencia en el colectivo de estudio, hemos planteado.

A continuación se presentan algunos de los datos referentes a antropometría de este grupo. En el apartado de anexos se encuentran diferentes tablas de contingencias que muestran algunos de los datos aquí planeados.

Tabla 20: Tabla contingencias según sexo y somatometría, muestra de población gitana, 2015.

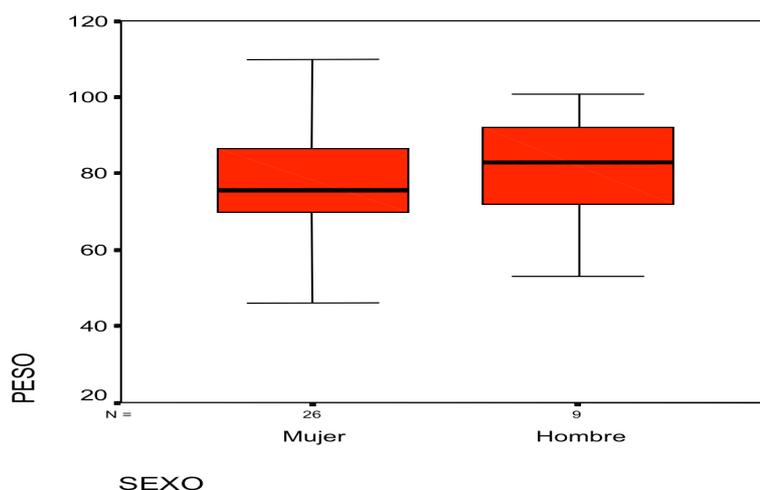
SEXO		PESO	TALLA	IMC
Mujer	Media	82,58	154,77	34,04
	N	43	43	43
	Desv. típ.	20,744	7,518	7,469
Hombre	Media	86,37	165,20	31,42
	N	30	30	30
	Desv. típ.	24,289	7,517	7,829
Total	Media	84,14	159,05	32,96
	N	73	73	73
	Desv. típ.	22,184	9,080	7,676

Fuente: Elaboración propia.

La tabla anterior muestra el resultado del análisis estadístico de los datos, reflejando que el peso y talla media de la mujeres gitanas de esta comunidad está en 82.58 kg. y 154.77cm de talla, mientras el peso y la talla para los varones de esta comunidad está en 86.37 kg. y 165cm de talla respectivamente.

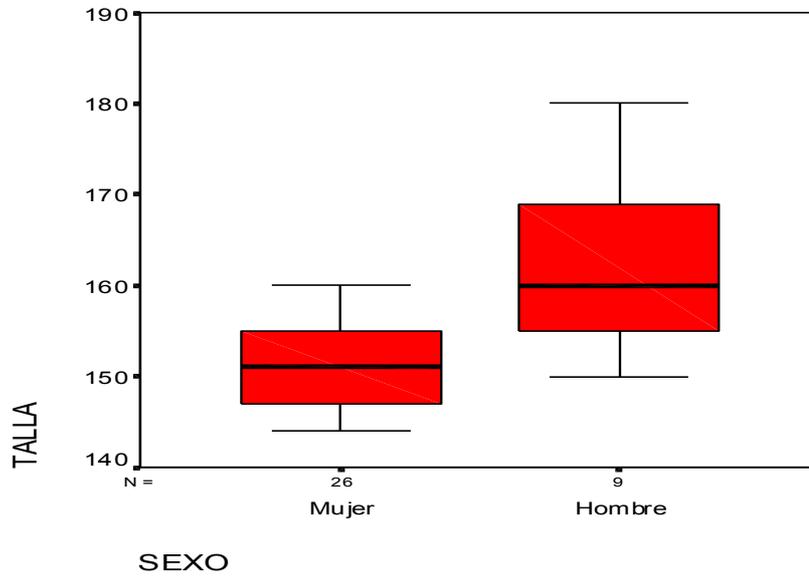
En el corte de 2005 los datos indicaban valores similares, aunque algo más bajos posiblemente relacionado con representación de la muestra, reflejando que, el peso y talla media para las mujeres de la muestra era de 78.57 kg. y de 150,92 cm. y, siendo el peso y talla media para los varones de 80.02 Kg. y 162,11cm. respectivamente.

Gráfico 7: Diagrama de cajas. Antropometría población gitana, 2005.



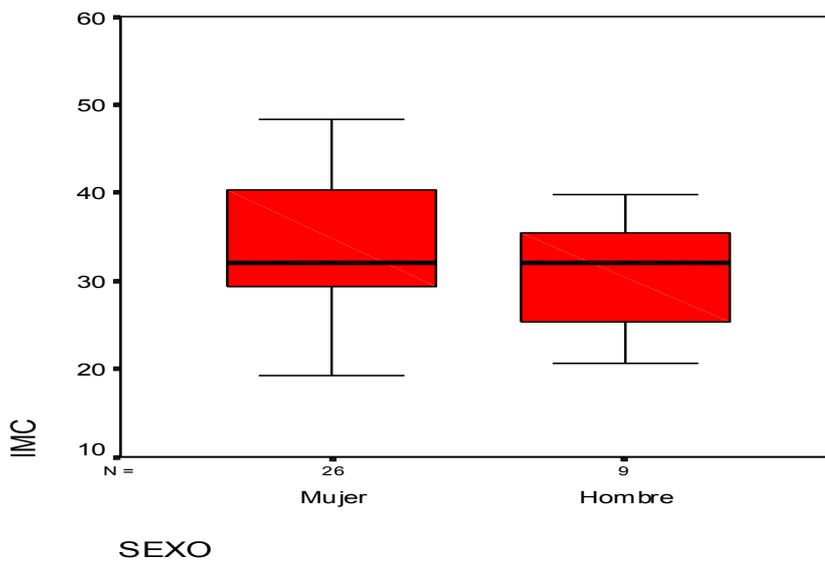
Fuente: Elaboración propia.

Gráfico 8: Diagrama de cajas, antropometría población gitana, 2005.



Fuente: Elaboración propia.

Gráfico 9: Diagrama de caja. Valores antropométricos (sexo e IMC) población gitana, 2005.



Fuente: Elaboración propia.

Los datos evidencian que, la mujer de esta comunidad gitana local presenta, una talla media relativamente más pequeña respecto a la mayoría, pudiendo estar relacionado además de con los factores señalados, con que en ocasiones no han completado su propio desarrollo físico cuando están gestando, pudiendo en cierta medida, estar interfiriendo la gestación temprana, su propio proceso de desarrollo o, que la pauta de alimentación de estas en los primeros años de vida a nivel cualitativo fuese deficiente. Es posible que, el mayor número de embarazos respecto a mujeres no gitanas, podría constituir otro factor a considerar en la predisposición al sobrepeso y la obesidad. Esta diferencia cultural en la pauta reproductiva de la maternidad temprana, prolongación genésica y pronatalista pueden, estar determinando diferencias en salud ligadas a sexo y a etnia.

Por otro lado, si las cuestiones que más influyen en la determinación de la talla, es decir, la talla genética⁵ y la alimentación, percibimos que, aunque la alimentación es, el otro condicionante, la forma, los hábitos, las creencias y prácticas relacionadas con esta, pueden generar diferencias culturales que modifiquen o acentúen este proceso.

Encontramos que la incidencia de otros factores como, poco nivel adquisitivo, trabajo precario, escasez de recursos, deficitario nivel de instrucción, determinados estilos de vida, carga familiar de las mujeres, roles y la presión social, se constituyen como potenciales precursores que estarían incidiendo de manera indirecta en, la elevación del IMC en esta población.

Considerar estas alteraciones antropométricas o interpretarlos como diferencias culturales aplicadas a la alimentación, representaría continuar con la visión reduccionista y sesgada argumentada bajo el epígrafe “cultural” para justificar diferencias y desigualdades en esta comunidad (en el capítulo IV de este trabajo a través de las percepciones de los profesionales puede objetivarse este planteamiento).

⁵ La talla genética de un individuo, viene determinada por la media de las tallas de sus progenitores, a lo que hay que añadir cinco centímetros a esa media en el caso de que el individuo sea varón o, bien restarle cinco centímetros, en el caso de que sea mujer.

El trabajo de campo ha evidenciado que, en la base de dichas interpretaciones radica un proceso adverso que relativiza la pobreza, el acceso desigual a los recursos y la homogenización en cuanto a considerar que los riesgos tanto para los diferentes colectivos como, para varones y mujeres son iguales.

En la investigación desarrollada, no percibimos que sean especificidades culturales las que condicionan un patrón concreto de alimentación, sino que más bien son factores económicos, sociales, educativos, etc. los que determinan y favorecen dichos hábitos, configurándose los mismos como estrategias de adaptación a contextos concretos y, que pueden tener como resultado patrones de alimentación poco saludables que posteriormente se traducen en riesgo para la salud.

En nuestro caso, que esta comunidad presente bajo poder adquisitivo, graves dificultades de acceso al mercado laboral, una cualificación profesional insuficiente, junto a condiciones de vida precarias determina, hábitos y perfiles de alimentación inadecuados, que se traducen en una mayor incidencia de las patologías asociadas, circunstancias estas planteadas también por (Prado et al., 2005) en los siguientes términos:

Persisten sesgos de malnutrición en el colectivo que en parte, pueden ser la causa del retraso en el crecimiento del grupo en relación con la sociedad mayoritaria y del menor tamaño medio respecto de los valores de población española para gran parte de las edades consideradas... La anómala distribución de ingestas y la evolución hacia un consumo de productos de baja calidad sustitutivos en precio pero no en propiedades, los hábitos en una dieta más tradicional al grupo pueden ser origen de riesgos mórbidos degenerativos en situaciones posteriores de la vida. (p. 289).

La incidencia de diabetes e hipertensión entre la población gitana y los elevados índices de obesidad están evidenciando una problemática en salud no percibida por la administración sanitaria, determinando alta morbilidad en este colectivo y sobre la cual no se está interviniendo específicamente. Así mismo, hemos encontrado dentro de la alta incidencia de obesidad que, el tipo de obesidad mórbida con afectación fundamentalmente femenina.

Tabla 21: Tabla de contingencias (sexo y variables relacionadas con síndrome metabólico y patología crónica) 2015.

SEXO		PESO	TALLA	IMC	GLICADA	TRIGLIC.	LDL	COLESTEROL
♀	Media	82,58	154,77	34,04	7,70	192,00	122,9697	207,9130
	N	43	43	43	18	39	33	46
	Desv. típ.	20,744	7,518	7,469	1,541	142,200	43,56280	253,69087
	Error típ. de la media	3,163	1,146	1,139	,363	22,770	7,58331	37,40468
	% del total de N	58,9%	58,9%	58,9%	66,7%	60,0%	63,5%	55,4%
♂	Media	86,37	165,20	31,42	8,26	299,69	184,7895	147,4324
	N	30	30	30	9	26	19	37
	Desv. típ.	24,289	7,517	7,829	2,368	457,628	235,84401	114,26931
	Error típ. de la media	4,435	1,372	1,429	,789	89,748	54,10633	18,78576
	% del total de N	41,1%	41,1%	41,1%	33,3%	40,0%	36,5%	44,6%
Total	Media	84,14	159,05	32,96	7,89	235,08	145,5577	180,9518
	N	73	73	73	27	65	52	83
	Desv. típ.	22,184	9,080	7,676	1,830	310,869	147,39641	204,85676
	Error típ. de la media	2,596	1,063	,898	,352	38,558	20,44020	22,48595
	% del total de N	100,0%	100,0%	100,0%	100,0%	100,0%	100,0%	100,0%

Fuente: Elaboración propia a partir trabajo campo.

Otros autores, han encontrado datos similares (Thomas, 1985) al hallar mayores índices de estas afecciones en la población gitana estudiada, relacionándolo con la alimentación y ciertos aspectos genéticos, concluyendo que la esperanza de vida de una persona de este colectivo es inferior al del grupo control. Igualmente (Sutherland, 1992) encuentra, una alta incidencia de las afecciones descritas entre la población gitana estudiada de los Estados Unidos, aunque no plantean con que se relacionan ni indaga en las diferencias en cuanto sexo.

Por otro lado, no compartimos con otros estudios los datos de mortalidad (Parry et al., 2007) donde se evidenciaba una alta tasa de mortalidad infantil, dato este que en nuestro caso no se ha objetivado, evidenciado en principio una caída de la mortalidad infantil, y por tanto traducido en una mayor esperanza de vida.

En su estudio de salud sobre población gitana (García-Calleja, Liopis y Borrás, 1988) encuentran, una mayor mortalidad en esta población por anomalías congénitas y enfermedades perinatales, coincidiendo con nuestro trabajo en cuanto a evidenciar por los resultados obtenidos otro perfil en la morbi-mortalidad de este grupo, que tradicionalmente antes, estaba ligado a procesos infecciosos y, asemejándose a nuestra investigación en que plantea conocer la realidad de esta comunidad a través de una aproximación a su estado de salud y percepciones aunque no lo desarrollan.

La enfermedad pulmonar crónica obstructiva (EPOC) constituye otra entidad nosológica priorizada por los servicios de salud, por la morbi-mortalidad que ocasionan y su coste sanitario, donde el tabaco representa el principal factor de riesgo en la aparición de esta. Aunque el consumo de tabaco⁶ ha sido predominantemente masculino en la población general (Guidon y Bosclair, 2003) también está ampliamente extendido su consumo entre los varones de estudio y menos extendido entre las mujeres gitanas.

Si el inicio del consumo tabáquico se relaciona con la juventud, con la conquista de estatus o desempeño de ciertos roles sobre todo de las mujeres (Ernster, Kaufman, Nichter, Samet, y Yoon, 2000), el mantenimiento del mismo en el tiempo obedece, por un lado a cierta conducta adictiva, a la dependencia del mismo y por otro, a que el estímulo o condicionante para el consumo lo constituye el que, a través del tabaco se “vehiculiza” aspectos tanto, personales como sociales, donde variables como empleabilidad, tipo de actividad profesional, poder adquisitivo, nivel instrucción, activos en salud, disfuncionalidad familiar, presión institucional, marginalidad, educación, etc. condicionan o determinan el consumo de tabaco.

⁶ Dado que el objetivo de este trabajo consiste en describir y relacionar los datos encontrados, el tabaco constituye un factor de riesgo en la aparición de patología respiratoria, aunque aquí no vamos a profundizar en el patrón de consumo, si debemos plantear que a pesar de la gran variabilidad de consumo (Waldron, 1991) y de las alertas sanitarias en cuanto a los riesgos que conlleva, en el caso de estudio encontramos casi exclusivamente el hábito tabáquico en la modalidad de cigarrillo tanto en mujeres como en varones, un hábito extendido entre la población masculina como femenina. En el caso de las mujeres son consumidoras jóvenes fundamentalmente, relacionándose el hábito con cambios de roles y estatus más tradicionales, pensamos que este hábito contribuye a flexibilizar en cierta medida la “presión social” sobre las mujeres, ya que tradicionalmente el consumo tabáquico femenino ha sido desautorizado (Elkind, 1985). Por otro lado, la tipología de vivienda (la cueva) en la que residen, determina mujeres fumadoras pasivas, que junto a esos cambios en roles de género están determinados posiblemente las diferencias en salud de las mujeres de esta comunidad.

Pensamos que la aceptación social del consumo de tabaco (Elliot, 2006) también entre las mujeres gitanas, es posible que esté determinando cambios en cuanto a la incidencia de morbilidad femenina relacionada con este motivo, evidenciado a través de la manifestación de enfermedad pulmonar crónica.

El interés de los datos expuestos derivaría, no solo de lo de la incidencia de ciertas patologías en esta población, sino de su relación con otras variables y, que otros autores (Kolarcik, Madarasova, Orosova, Van Dijk y Reijneveld, 2009) relacionan con que ciertas enfermedades, son más prevalentes y la esperanza de vida más corta entre las personas con estatus socio-económicos más bajos, nuestro interés también consiste en visualizar no solo la problemática del colectivo, también las diferencias existentes en el seno del mismo no solo en cuanto a sexo y salud reproductiva (Vals, 2001) sino con las variables con las que se relacionarían y, que puede aportarnos información valiosa al desvelar los aspectos que determinan desigualdades en salud, así como los efectos que producen sobre los varones y las mujeres.

4.4. Otros desordenes encontrados:

Si anteriormente hemos descrito las principales patologías crónicas de especial interés para el sistema sanitario, tanto por su repercusión en la salud de las personas como, por el impacto socioeconómico de las mismas, hemos encontrado otros desordenes que no parecen haber sido prioritarios para la administración sanitaria, relacionado quizás con que se desconoce la situación real de salud de este colectivo, al estar integrados datos pertenecientes a esta comunidad, en el contexto poblacional general, diluyéndose así su impacto y representación.

El patrón reproductivo de la población gitana, fundamentalmente endogámico y con una consanguinidad elevada (Bittles, Mason, Greene y Appaji, 1991) ha sido representado desde el punto de vista sanitario como, un factor de riesgo para determinados desordenes relacionados con la genética en el seno de la comunidad gitana.

Aunque está descrito en diferentes investigaciones y estudios científicos las mutaciones genéticas que, predisponen para desarrollar determinadas afecciones, algunas encontradas en este trabajo como, diabetes, fisura paladar, cardiopatías congénitas, enfermedades mentales, otras anomalías genéticas (Alijotas y Ferrer, 2005) debemos insistir y considerar

que, los cambios genéticos no son determinantes sino predisponentes, implicando así que, la concurrencia de otras variables socio-ambientales (Matey, 1998) inciden de igual manera en la expresividad de un trastorno y, sobre algunas de la cuales se podría por tanto intervenir.

En la población de estudio, la superposición de lazos previos de parentesco no parece considerarse en las uniones consanguíneas, no se percibe de manera significativa la carga genética acumulativa relacionada con la consanguinidad, ni por la población gitana ni por la mayoritaria, aun cuando esta última percibe que la comunidad gitana es endogámica.

El encuentro ocasional de heterocromía, con componente genético en ausencia de otra filiación observable, no se ha investigado, dado que no demanda atención ni ha sido percibido como problema de salud.

La limitación del parentesco en la población gitana parece acomodarse a los diferentes roles que sus integrantes desarrollan, sin embargo tanto profesionales como la institución sanitaria, no parecen contemplar dicha relación o índice de consanguinidad, determinando por tanto desigualdades en salud, relacionado con que al no percibir los aspectos culturales de la comunidad gitana, se limitan las posibilidades de acceso a los recursos de esta, al privarlos del consejo, asesoramiento genético, unidades de reproducción y otros.

Encontramos una comunidad con alta endogamia y consanguinidad, al indagar en las relaciones de parentesco, circunstancia esta descrita también por otros autores a través de las dispensas (Bittles y Black, 2010) sin embargo, no hemos podido percibir una relación negativa de esta variables sobre la fertilidad, pues solo hemos encontrado un caso de infertilidad, en mujer que quiere concebir a los cuarenta años y no ha tenido éxito, siendo frecuente como ya relatamos en capítulo I, la maternidad en mujeres con más de cuarenta años, coincidiendo en este aspecto con otros autores que relacionan positivamente la consanguinidad con la fecundidad tardía (Lisa, Astol, Zei and Tentoni, 2015).

Hemos observado diferentes déficits sensoriales con afectación de múltiples miembros de una misma red familiar caso de dos familias emparentadas con siete casos de afectivos/as sordomudos/as, siendo relativamente frecuente casos familiares con este desorden, así como otras anomalías relacionadas con trastornos del habla desde disfluencia, disfemia, rotacismo, estrabismo, incluso otros autores como (Gómez Alfaro, 2010) han descrito

ciertas anomalías como hallazgo circunstancial en el contexto explicativo de otros aspectos: “Por lo que se refiere a los Salazar, parece que tenían alguna predisposición congénita para las dolencias oftálmicas, pues tanto Antonio Salazar como Pedro Salazar, estaban prácticamente ciegos” (p.70).

En niños/as durante las revisiones escolares frecuentemente hemos detectado, criptorquídea, que junto a otras anomalías encontradas que oscilan desde, asimetrías raquis, caries dentales, dermatitis y atopias, alteraciones antropométricas y retraso madurativo configuran una panorámica para investigar sobre, las posibles variables con las cuales se relacionan.

En otros estudios sobre población gitana, los investigadores/as han descrito afecciones diversas en infantes que oscilan desde tipo respiratorio (Sastre et al. 2000) hasta trastornos hematológicos (Calen et al. 2005) como anemias y coagulopatías frecuentemente sin filiar, talasemias y hemofilia, con los cuales compartimos su hallazgo al encontrar casos similares aunque no compartimos, cuando lo hacen, las variables con las cuales los relacionan.

La investigación, ha permitido indagar en diferentes alteraciones congénitas como, braquidactilia familiar con afectación de cuatro hermanos/as de una familia (Pérez, Alché, Núñez, Gamella y Fernández, 2016) diferentes cuadros no filiados, acortamiento de miembros sugestivos de (Madelung), porfirias con afectación variable de red familiar, enfermedad de Marfan en dos hermanos, dos casos de labio leporino, celiacía, Osteum secundum, síndrome de Váctrel, hipotiroidismos familiares, albinismo, tres casos de microcefalia y, retraso mental con diferentes grados de afectación, con repercusión diversa en la salud de las personas (Alíjotas y Ferrer, 2005) que otros autores, también han descrito.

Hemos encontrado distintos desordenes de salud mental, psicosis, esquizofrenia, trastornos adaptativos relacionados con disfuncionalidad socio-familiar, experiencias estresantes, marginalidad, escasez de recursos y medios, etc. algunos de compleja filiación, al estar ciertas patologías relacionadas con condiciones de vida tanto, tanto individualmente como colectivo, otros autores han apuntado la influencia y relación existente entre la exposición

ambiental y la genética, como cierta memoria psicológica hereditaria⁷, vinculada en el caso de la población gitana, con el bagaje histórico persecutorio y excluyente al que tradicionalmente estos colectivos han sido sometidos (Liégeois, 1998) como posible origen de ciertos trastornos psicológicos.

Como señalábamos, las experiencias privativas de libertad, fundamentalmente han afectado a los varones de esta comunidad y, con mucha menor incidencia a las mujeres, constituyendo un proceso disfuncional más allá de la reclusión en sí, con una repercusión importante sobre la salud de la población, su estigmatización y criminalización del colectivo (Barañí, 2001).

Como dato derivado del trabajo de campo encontramos:

Tabla 22: Población gitana con experiencia en Institución Cerrada, 2002-2015.

2002-2015	♀	♂	Total	% respecto a su comunidad
Institución Penitenciaria	4	13	17	3,15

Fuente: Elaboración propia a partir del trabajo de campo.

Aunque alguno/a de los afectados refiere ha sido reincidente, se ha contabilizado como ingreso único con objeto de no sobredimensionar su representatividad. El dato procede de la entrevista en el que los/as entrevistados/as relatan esta experiencia.

Tras la recuperación de la libertad, frecuentemente demandan atención sanitaria relacionada con problemas psicológicos diversos, derivados de la dificultad para adaptarse a su entorno, donde el abordaje de afectados/as y familiares suele ser medicalizado como respuesta sanitaria, ante la demanda de los/as usuarios/as con su incorporación ocasional en

⁷ Queríamos apuntar que diferentes estudios relacionados con la epigenética abordan esta perspectiva y plantean como las modificaciones en la expresión de genes sin alteración en su secuencia sino, a través de la modificación del ADN y de la cromatina, pueden predisponer a determinados trastornos (Juvena, 2014) plantea la relación existente entre diferentes cambios moleculares y determinadas afecciones, cambios acontecidos desde la influencia del medio ambiente, hábitos, dieta, comportamiento... relacionando la psico-neuroendocrinología y la epigenética. Por otro lado (García, Ayala y Perdomo, 2012) en su revisión bibliográfica al respecto encuentra un estudio realizado en Holanda que ciertas carencias nutritivas en una madre, determinan cambios fenotípicos en el feto planteándolo como forma de “reprogramación fetal” predisponiendo en época adulta para desarrollar desordenes metabólicos, ya que la modificación genética habría determinando un perfil ahorrador en el feto que posteriormente en otras épocas de la vida donde ese perfil no encaja, determinaría el trastorno planteado a modo de “rebote”. Así mismo señalan las evidencias existentes sugestivas de que genes con impronta podrían ser responsables de la transmisión de efectos trans-generacionales, como respuesta a los las situaciones vividas por los individuos, justificando que en patologías como el autismo, esquizofrenia donde el trastorno epigenético, explicaría la variabilidad de los efectos parentales observados, planteando incluso la reversibilidad de los cambios epigenéticos.

el circuito sanitario de salud mental ante la cronicidad, hiper-frecuentación de los/as mismos/as y la dificultad del sistema de otras alternativas, con el hándicap añadido del rechazo social que conlleva dicha experiencia (Barañí, 2001) menciona que: “la cárcel produce una importante reducción del estatus social de las personas, así el haber estado presa implica un gran obstáculo, es un dato de su biografía a ocultar, para con ello evitar la estigmatización que supone” (p.233).

La tabla siguiente muestra, una ejemplificación el proceso de salud mental (SM) en un momento del corte de trabajo.

Tabla 23: Relación de procesos SM, 2005.

		ZBS	%ZBS Pobl. general	% ZBS. Pobl. GT.	TOTAL	% LOCAL Pobl. general	% LOCAL Pobl. Git.	% total local
POBL. GENERAL 77	♂	42	0,166	---	37	0.2	---	---
	♀	35	0,138	---	22	0.118	---	---
POBL. GIT. 11	♂	8	---	0,031	3	---	0.016	0,558
	♀	3	---	0,011	2	---	0,010	0,372
TOTALES		88	0,305	---	64	0,318	0,027	0,931

Fuente: Elaboración propia a partir trabajo campo y datos facilitados por SM.

Otros hallazgos encontrados, se relacionan con afecciones oncológicas, destacando más de una treintena de diferentes procesos en esta población, algunos de ellos con afectación familiar y que oscilan desde cáncer de mama, colon, pulmón, piel, ovarios, vejiga, tiroides, cávum, leucemia, etc. Todas las anomalías y problemas de salud, encontrados en este colectivo y descritos en este trabajo constituyen, una ocasión para acaparar la atención no solo de los servicios sanitarios, sino de las instituciones en general para, replantear el conocimiento que se tiene de una sociedad multicultural, como se está atendiendo esta y evaluar la situación, ya que el desconocimiento que se tiene de este grupo, de su situación real y, de la dilución de datos de esta comunidad en el contexto poblacional general, la invisibiliza.

El trabajo de campo ha revelado que la situación de salud de la comunidad gitana es más precaria que la del resto poblacional, que los distintos problemas de salud les están afectando más negativamente y, las causas no se están investigando.

El objetivo por tanto, no consiste en presentar aspectos desfavorecedores ni en acentuar la estigmatización (Liegeois, 1998) de esta comunidad, no se trata de visualizar estadísticas negativas que sirvan para mantener y justificar la desigualdad y la exclusión, sino de describir una situación investigando en el contexto sociocultural de los colectivos que componen una sociedad dada, ello nos permitirá indagar en si las condiciones de salud, educativas, laborales, sociales, etc. se relacionan con otras variables, vinculadas a diferentes desigualdades que podrían corregirse..

CAPÍTULO V

CREENCIAS, PERCEPCIONES Y PRÁCTICAS EN SALUD

CAPÍTULO V. CREENCIAS Y PRÁCTICAS EN SALUD.

1. ASPECTOS GENERALES.

Somos conscientes de que en cierta medida definir los “problemas” de salud de un colectivo ya marginado o hacerlo en clave peyorativa, puede conducir a acentuar su exclusión y segregación (Hajioff y Mckee, 2000) como ocurre en el caso estudiado.

Por otro lado, se perpetúan situaciones de desigualdad diversa, amparadas en justificaciones que ocultan la problemática social existente, relacionado con la incapacidad para percibir y atender la pluralidad de la sociedad.

Pensamos que es preciso un equilibrio para plantear los mismos, donde el matiz no lo constituye el problema en sí, sino los aspectos o variables con los cuales se relaciona, ya que no hacerlo, implica en cierta irresponsabilidad y complicidad, pues pensamos que les condena al anonimato y por tanto a la invisibilidad

En cualquier caso, la consecuencia inmediata es el desconocimiento de la realidad social, la invisibilidad de los colectivos culturalmente diferenciados y/o la justificación de que fundamentalmente los aspectos más desfavorecidos que les afectan, se relacionarían con especificidades culturales, teniendo así una argumentación razonada para la no intervención y garantizando indirectamente la desigualdad existente de forma permanente (Vallvé, 2009).

Es por ello que se precisan investigaciones sobre este colectivo no solo centrados en aspectos estigmatizadores, sino que es necesario hacerlo con una visión más positiva, que refuerce y resalte aquellos aspectos de su idiosincrasia como alternativas existentes y que planteen los aspectos culturales o no de su realidad, de su forma de vida y las variables con las que se relaciona.

Este capítulo, pretende describir las percepciones, las prácticas e itinerarios terapéuticos de la población gitana local, no solo en cuanto al proceso salud, enfermedad y atención, también sobre otros aspectos derivados del contacto con esta comunidad y, que nos acercan a la cotidianeidad de sus vidas.

A diferencia del resto de capítulos, para describir los aspectos investigados y analizados, aquí hemos organizado los datos, según las categorías encontradas y previamente contextualizadas, permitiendo así poder discutir sobre el resultado de los mismos, hemos incorporado las oratorias de los/as participantes, en cuanto a contenido y forma,

ya que tienen más validez que las interpretaciones externas y son demostrativas de la situación de la comunidad gitana local.

Pensamos que la situación de este colectivo, es mucho más compleja y de más calado que los estereotipos atribuidos. El sistema cultural en el que estamos inmersos (Pavlic et al., 2011) es quien define tanto la salud como la enfermedad, dándoles un significado social y creando el contenido terapéutico, son las creencias y conductas de cada grupo cultural las que determinan, quien está sano o quién está enfermo, así como la forma de expresarlo, los itinerarios seguidos y recursos utilizados para su mantenimiento y recuperación.

2. PRESENTACIÓN DE ALGUNAS/OS PARTICIPANTES.

En este apartado, se compila una breve muestra de los distintos perfiles de la población participante. El objetivo intentar vincular los extractos de las entrevistas a una imagen referenciada de los/as participantes, aunque fuese gráficamente para ubicar al lector. Aunque en otros capítulos ya ha quedado referenciada la zona, sus características y en cierta medida también la población, era preciso personalizar algunas de las entrevistas puesto que corresponden a las voces de esta comunidad.

Se ha expuesto una panorámica, intentando destacar los aspectos más significativos que nos interesaban en cuanto al proceso salud, enfermedad y atención desde las trayectorias vitales de las personas.

2.1 Carmina 1993. Mujer gitana.

Mujer joven, que conocimos de alumna en el ámbito educativo, se identifica como mujer gitana.

Sus padres viven, se casaron jóvenes como ella por el rito gitano.

Tiene dos hermanos casados y con familias, todos independizados. Refiere se le murieron dos hermanos, uno con meses y otro cuando tenía unos veinte años por patología cardíaca.

Ella no refiere padecer enfermedad y, no describe patología familiar alguna salvo lo de sus padres e hijo.

No refiere relación de consanguinidad con su marido, refiriendo que sus antepasados sí que tenían cierto vínculo.

Su padre jubilado por enfermedad con cuarenta y tres años por enfermedad ósea degenerativa.

La madre portadora de prótesis rodilla y en seguimiento sanitario por padecer de hipertensión arterial.

Completó la etapa educativa obligatoria de, educación general básica. No se planteó estudiar. Siempre ha narrado que quería formar una familia. Se casó por el rito gitano electivamente. Ha tenido una hija y un hijo, ambos con ciertos problemas de salud actualmente “superados” según refiere.

Ya tienen vivienda propia aunque dependen para la subsistencia de las familias, dado que el marido ocasionalmente trabaja. Se ha retirado método anticonceptivo tipo DIU recientemente, refiere deseo de nueva concepción.

2.2 Josele, 1988. Varón gitano.

Varón joven, lo conocimos en el último año que cursó estudios, no acabo la EGB, abandonando los estudios según refiere para trabajar.

Deportista, ha estado en equipo local, una lesión de rodilla lo ha apartado del mismo, así como padecer “colitis familiar” en tratamiento y seguimiento por digestivo.

Se caso con Carmina, para ambos ha sido su primer matrimonio.

El se identifica con un hombre sano y se identifica como gitano.

Trabaja ocasionalmente dependiente de contrataciones del ayuntamiento.

Los padres viven, saben leer y escribir básicamente.

Red familiar de ocho hermanos, todos casados e independizados, a excepción de dos hermanas solteras. Los padres suponen el apoyo económico de algunos de estos miembros, otros tienen ayuda económica derivada de ciertos trastornos de salud, albinismo y salud mental.

El padre jubilado con 50 años por enfermedad crónica (enfermedad de Crohn, reintervenido en varias ocasiones) refiere situación económica solvente.

Narra la enfermedad familiar centrada en el padre que, dice afectar también a los hombres de la casa y, un proceso oncológico recidivante de mama en su madre.

Aunque no refiere otros antecedentes, en la familia concurren, hasta siete casos de albinismo en familiares de primer grado, así como varios casos de trastornos siquiátricos graves, hipertiroidismo familiar y tres procesos oncológicos. No refiere otras relaciones familiares consanguíneas aunque, hemos constatado su existencia.

2.3 Lola, 1940. Mujer gitana.

Mujer viuda, se identifica como gitana. Refiere haber tenido dos matrimonios, el segundo con un varón no gitano, refiriendo que su descendencia es mixta derivada de esta situación.

Madre de cuatro hijos fruto de su segundo matrimonio del que enviudó (tiene ayuda económica derivada de la situación de viudedad) no volvió a casarse, su primer matrimonio refiere que fue con un varón gitano de su red familiar y sin descendencia.

Convive con la menor de sus hijas, estando soltera y estable laboralmente. El resto de hijos independizados, todos casados y con descendencia.

Matrimonios mixtos de dos de sus descendientes, una hija casada con “payo” otro hijo, casado con “paya”, el tercer hijo casado con mujer gitana.

Perfil familiar con sobrepeso/obesidad de la mayoría de sus miembros.

Refiere no tener estudio alguno, narra no sabe leer ni escribir.

Relata que prácticamente ha criado sola a sus hijos y, que ha tenido buena salud hasta que le dio la diabetes.

Refiere que su familia está bien menos ella, que tiene diferentes enfermedades, diabetes, HTA, cardiopatía, obesidad, EPOC con oxigenoterapia domiciliaria.

Su red familiar es amplia, con relaciones consanguíneas entre sus miembros, aunque no lo explicita.

Las diferentes enfermedades determinan su situación de dependencia física.

2.4 Nana, 1987. Mujer no gitana.

Mujer casada con 16 años, refiere matrimonio único, sin relación de parentesco conyugal según refiere. Estudios de primaria.

Padece de diabetes no insulino dependiente desde hace años y refiere poco control.

Tiene cuatro hijos y dos nietos. Su hija mayor se caso igual de joven que ella según cuenta.

Solo vive su madre que también es diabética, su padre murió joven con patología crónica circulatoria, diabetes y con mal control de su enfermedad.

Situación económica estable, no tiene paro familiar, relacionado con autoempleo.

Presentan además patología familiar hereditaria, tipo “miastenia”. Ha tenido dos hijos y un nieto con estos síndromes, el hijo fallecido con casi ocho años de edad, nunca salió del hospital a diferencia de los demás.

El segundo hijo lo concibió tras la muerte del primero, hijo y nieto prácticamente coetáneos con crianza conjunta, siendo a su vez los miembros más jóvenes de la unidad familiar.

No refiere consanguinidad familiar.

3. LA CONCEPCION DE SALUD.

A través del acercamiento a las percepciones, prácticas e itinerarios seguidos por la población gitana local, hemos accedido a otro sistema cultural, otra escala de valores, diferenciada de la población mayoritaria en algunos aspectos culturales y, en otros aspectos más relacionados con, la exclusión y la desigualdad.

3.1 Definición de salud.

La primera cuestión surge al plantear las diferentes definiciones de salud existentes.

Hablar de algo tan genérico y subjetivo como la salud no es una tarea fácil, la OMS define en una de sus acepciones la salud como *“el completo bienestar físico, psíquico y social y no solo la ausencia de enfermedad.”*

En primer lugar, la definición de salud de esta Institución (OMS, 1948) constituye un esfuerzo por establecer criterios generales muy exigentes en cuanto a lo que la propia definición implica (salud física, social y psicológica).

La segunda cuestión que cabe plantear es, que partimos de una nomenclatura sanitaria, hegemónica y mayoritaria, que no contempla otras variedades ni alternativas y, que etiqueta al paciente desde la enfermedad, no se contemplan diferentes grados de salud como variaciones de la normalidad.

La tercera, se relacionaría en cierta medida con la “exclusión del paciente en su propio proceso” derivado de la especialización, profesionalización y externalización del cuidado y que, prácticamente no ha integrado la perspectiva del paciente.

Por tanto, nos interesaba conocer además de los diagnósticos y tratamientos del proceso salud/enfermedad, como percibe y se desenvuelve la comunidad gitana en este proceso.

Las diferentes definiciones de salud por parte de ciencias, organismos y población, evidencian que, no se puede encasillar un concepto que depende de la subjetividad individual, que es discontinuo, cambiante, vinculado a aspectos físicos, orgánicos, emocionales, económicos y no solo clínicos, y por tanto, también es comprensible que

puedan presentarse diferentes itinerarios, alternativos y válidos respecto al sistema hegemónico, para el mantenimiento y recuperación de la salud.

En este sentido, este informante manifiesta: (Carlos, 2004, varón no us. exPG) que:

“Para mí la salud es eso, es poder hacer todos los días mi vida normal”

El sistema sanitario actual, no solo etiqueta la enfermedad, define al individuo desde la enfermedad, “los diabéticos, las menopáusicas, etc.” por lo que el abordaje “patológico” de la salud, ha llegado hasta el punto de “medicalizar” las fases fisiológicas del desarrollo de los individuos, como la adolescencia, la menopausia o el propio proceso de envejecimiento y que responde a un sistema cultural determinado.

El desarrollo de la tecnología, de mejora social y económica, de acceso a los recursos y demás, han contribuido a la profesionalización extrema de los cuidados, sin embargo el enfoque monocultural, la existencia de relaciones de desigualdad, los desequilibrios en la información y la formación, ha obstaculizado que determinados colectivos, se adaptaran e incorporaran a este sistema.

Que la perspectiva de los individuos tenga poca cabida en el sistema sanitario hegemónico, donde incluso se desacreditan otras alternancias terapéuticas en el proceso salud/enfermedad, ha generado un problema añadido, sobre todo para aquellos entornos donde el cambio de modelo sanitario supuso, más competencia con las creencias y prácticas más tradicionales.

La salud ha dejado de ser definida desde la perspectiva de los individuos, actualmente se define en función de los términos estándar, globalizados, recogidos en el documento médico (CIE-9)⁶ de diagnósticos.

Decíamos que esta nomenclatura, está establecida en términos puramente clínicos, excluyendo la participación del individuo en la misma, donde la connotación subjetiva o no, que permitía que las personas pudiesen integrar diagnósticos y tratamientos en su dimensión real, no tiene cabida, pues viene impuesto desde la autoridad que ejerce un sistema médico líder y por tanto no facilita la reincorporación del diagnóstico en la

⁶La CIE-9, Clasificación Internacional de Enfermedades, se trata de la décima revisión de 1992. Constituye un instrumento desarrollado por la Organización Mundial de la Salud (OMS) para ser usado tanto en la clínica como en investigación y, facilitar un lenguaje común que permita el intercambio de información. Esta CIE, sufre algunas modificaciones por los Centros Colaboradores de la OMS, para adaptarse a las necesidades locales en cada uno de los países. En España el centro colaborador es el hospital San Carlos de Madrid, siendo actualmente la CIE-10, el patrón clasificador de morbilidad desde 2015.

cotidianidad de los individuos, sobre todo en aquellos individuos o colectivos cuyo sistema no es compartido, en menor o mayor medida.

Por tanto, integrar, conceptualizar la salud con su dos dimensiones (Menéndez, 1994) la subjetiva y la objetiva, ambas generadoras de asistencia y que no siempre coinciden, constituyen una dificultad para establecer y encasillar parámetros de medida de la salud y la enfermedad desde la subjetividad individual, dado que todo este proceso está mediatizado por la dimensión cultural (Comelles, 1985).

En este devenir, la implantación y estandarización del Sistema Sanitario cuyo desarrollo en cierto sentido, ha sido más “rápido” que determinados colectivos, ha desplazado a otros sistemas existentes al relegarlos al subdesarrollo en el mejor de los casos, desacreditando tanto su eficiencia como, a los usuarios de los mismos.

Que esta Institución, se erija como monopolio no ha impedido que los individuos puedan simultanear otras alternativas existentes, máxime cuando dicho sistema, no consigue satisfacer las demandas de los/as ciudadanos/as, generando también una tensión añadida para el usuario/a del mismo, sobre todo cuando los sistemas no se complementan o incluso, se contradicen.

El proceso salud y enfermedad constituye no solo un fenómeno sanitario, sino que infiltra la sociedad de tal manera que, es preciso contemplar otras opciones, otros escenarios utilizados por los individuos durante este proceso y, que oscilan desde el curanderismo, superstición, naturopatía, religiosidad, farmacia y otros, que coexisten con el sistema sanitario vigente.

La dificultad se presenta cuando, se plantean los diferentes sistemas como opciones para el mantenimiento y recuperación de la salud, en clave de competencia, que suele ser como ha venido ocurriendo, y no de complementariedad.

Frente a este modelo imperante (Leininger y McFarland, 2006) ya señalaba un nuevo camino hacia la diversidad y universalidad de los cuidados, al contemplar el aspecto cultural en su perspectiva, en su modelo de cuidados, considerando los valores, creencias, normas y modos de vivir compartidos, aprendidos y transmitidos que guían los pensamientos, decisiones y las acciones de los grupos o colectivos de manera específica, modelo que no ha calado suficientemente en la prestación de cuidados, quizás también relacionado con las dificultades, relaciones desiguales y conflictos de poder, a los que las profesionales sanitarias se han visto expuestas (Ortiz, 2001).

Por tanto, se necesita contemplar y valorar otras alternativas al modelo sanitario considerado hegemónico, para la búsqueda y recuperación de la salud y, cuyo uso dependerá de la situación sociocultural (Casabona y Lillo, 2006) sanitaria, personal y familiar de los individuos y que se irán evidenciando en este capítulo, siendo preciso pues, incorporar nuevas perspectivas a la dimensión salud, enfermedad y atención.

Las entrevistas realizadas a la población de estudio, el trabajo de campo de más de una década, nos han aportado otra perspectiva y han permitido obtener claves teóricas para comprender, articular y analizar una serie de prácticas y creencias relacionadas no solo con el procesos salud, enfermedad, atención, sino también de aquellas cuestiones que impregnan su cotidianeidad.

Para hacer más ligeros los resultados obtenidos, se han organizado por epígrafes de referencia.

Con ello, esperamos facilitar las claves que permitirán discernir las percepciones, creencias y prácticas de, las diferencias culturales y, desigualdades en salud de este colectivo respecto a la mayoría.

Los aspectos explorados durante el trabajo de campo, se exponen progresivamente para mejorar la exposición de los datos, aún cuando todo el proceso ha ocurrido de forma simultánea y no linealmente.

3.2 Concepción de salud/enfermedad y población gitana.

¿Se concibe la salud sin enfermedad? ¿Es la enfermedad la oposición de la salud?.

¿Es patrimonio de un colectivo la “normalización” de la percepción de este proceso?.

La versión elaborada, sobre las percepciones o significados de este proceso en la población gitana, pensamos debe abordar además de la reinterpretación que los investigadores realizan, debe integrar la perspectiva de la comunidad estudiada (Gómez y Díez, 2009) incorporando el “diálogo” las voces, los saberes y puntos de vista de los actores y actrices implicados/as durante la investigación.

Es fácil abordar el proceso salud enfermedad atención desde la perspectiva del sistema sanitario hegemónico, un sistema estandarizado que cataloga por igual, pero hablamos de otra cuestión cuando, el abordaje realizado de este proceso, se hace desde la perspectiva de los individuos como grupos o colectivos pues, dependiendo no solo de como perciben la salud y la enfermedad, ya que en función de los diferentes contextos

socio-culturales y, de las posibilidades de acceso a los recursos, dependerán sus actuaciones y utilización de los mismos.

Extracto de entrevista, Octubre 2003 (us MGT 022) Caridad, 1993

“Para mí la salud es estar bien... yo que sé... pues que te encuentras bien. Es que es muy difícil... pues que no te pasa nada... Yo no estoy enferma, no padezco de nada...pues estoy sana.

Todavía estoy en la escuela, no sé lo que va a pasar... pero cuando me case vendré aquí.

Mi único problema ahora es que no me dejan salir... tú ya sabes lo de Jaime... a mí me gusta mucho... cuando me quede embarazada tu me llevas el embarazo.

Ya te traeré la cartilla de vacunas para que me pongas la que me falta... es que el día que fuiste a la escuela yo fui, pero luego no entré, me quedé con Jaime... mis padres se han enterado y no me dejan pisar el tranco la calle... mi mamá me ha dicho que me va llevar a un colegio interna y todo...yo le dicho que como no me dejen salir van a dar lugar a que me escape y mi padre me ha pegado una paliza... a mí me da igual... es que es muy guapo... A mí me gusta mucho... todas van detrás de él, pero él va nada más que detrás mío... ahora está trabajando en la escuela taller... pero es muy deportista, cobra y todo por el fútbol”.

Extracto de entrevista, Diciembre 2004 (us MGT 022-07)

“Yo sabía que me sacarían el pañuelo, la boda estaba muy bien pero yo no disfrutaba... estaba pensando nada más que en el pañuelo... Me lo sacaron a las cinco de la mañana... Me dio tanto miedo que le dije a mi mamá a mitad de la boda que no quería seguir... que me iba a mi casa... mi madre me dijo que ya yo podía ser, que ya no podíamos volver atrás... aunque mi mamá, que me lo contó después, dice ella que iba preparada para lo que fuera... la verdad es que lo pasé fatal... me mareé y todo... para mi hija yo no querré.

Extracto de entrevista, Noviembre 2006 (us MGT 022-07)

“¿Cómo quieres que esté? Estoy fatal... soy una enferma, mira como me quedado, no duermo... no puedo tirar, estoy muy mal, muy mal, muy nerviosa...estoy en los huesos.

Yo quiero estar en mi casa y Jaime quiere que esté a que su madre, pero yo no quiero, me paso todo el día fregando, estaba en mi casa que no hacía nada y ahora todo el día fregando... cuando estamos solos no tenemos problemas...

Conmigo no es que lo hagan mal, me cogen la niña, también, la bañan, quieren que coma... pero yo es que quiero estar en mi casa... pero tenemos que estar allí, nos dan la comida... algunos días también voy a comer a que mi mamá... tenemos que pagar los muebles.

Jaime me deja sola, él sale todo las noches, cada vez que le da la gana y no me dice vente, que yo también tengo 15 años...

La Jacinta detrás de él, que yo lo sé, ella estaba loca por él, también es prima suya...

Lo que pasa también, es que yo soy muy celosa, yo lo sé...

Si cuando estamos solos estamos bien... tengo muchos celos y él en vez de decirme que no, pues no me dice nada... de todas formas aunque yo sea celosa es que lo veo con mis propios ojos... es que lo veo... yo con la niña y él se va por ahí con los amigos...

...Bueno nosotros no es que seamos primos, primos... somos familia pero retirada... primos segundos me parece.

Yo pensaba que estaría mejor con él pero ahora no puedo salir, si digo de salir me dicen que ¿qué hago con la niña...? y es verdad... esta siempre llorando...siempre mala...yo no puedo más...

Si estuviera en mi casa sería diferente.

La casa que tenemos es la cueva del abuelo (cedida) que la hemos arreglado y estamos poniendo muebles y todo.

A dormir nos vamos allí pero de día estoy en su casa... yo no estoy bien me da vergüenza hasta comer... mi mamá no lo sabe...

A ver si me mandas unas vitaminas que engorde, se me está cayendo el pelo y todo, se me cae a puñados, me voy a quedar calva... no tengo ganas de comer... que me he enfermado...yo ya no puedo ni trabajar, menos mal que me puse el DIU...

Además me he ido y lo he dejado... la niña y yo llevamos dos días a que mi mamá... si quiere buscarme ya sabe donde estoy... para vivir así mejor estoy sola...ya me ido más de una vez y lo sabe... y me llevo a la niña... luego viene a buscarme...

Cuando decida que quiere estar conmigo y con su hija... que es su hija...ya sabe lo que tiene que hacer..."

Extracto entrevista, Septiembre 2013 (us MGT 022-4)

¿Qué quieres que te diga...? ahora estamos mejor bueno en parte, siempre hay algo, cosillas, pero bien...

El niño ya está mejor, se ha curado del Pértex y la niña sigue igual pero, ya me da lo mismo, es muy mala...

La verdad es que hemos pasado mucho, primero que el niño no tenía nada según el médico, cuando nosotros veíamos que el niño cojeaba cada vez más.

Al final tuvo que ser el privado el que dio con lo que tenía el niño... el médico no nos hacía caso ni nada, cuando le decíamos que el niño no quería ni jugar...

A fuerza de privado el niño se ha curado.

Nos hemos endeudado con todos, nosotros no teníamos para el privado pero la familia al ver que era de verdad, pues la verdad, si no es por ellos no se qué habría pasado... le debemos dinero a todos, a todo el mundo...

Esto no es como lo del Curro, el hermano de mi Jaime... que pensábamos que era así de chulo para andar y luego tu le descubriste que tenía una pierna más larga... mi suegra lo llevo al médico le puso una plantilla y listo... pero a mi niño es que se quedaba listo... no podía andar...

Ahora estamos en la cueva, en la que arreglamos, el casado casa quiere... lo que pasa es que cuando no te queda más remedio pues tienes que aguantarte...

A comer seguimos yendo a que mi suegra, a ellos no les falta porque mi suegro tiene pensión del extranjero pero si no es por eso... tú me dirás.

Jaime trabaja cuando lo llaman en cosas de la escuela taller y cada vez menos...y mi madre cada vez que puede pues me da...

Mi suegra guisa para todos, todos comemos allí, cuando nos juntamos parece una boda de tantos que somos a la hora de comer...

Por la noche ya comemos muchas veces en mi cueva, pero si hacen morcilla o chorizo a la lumbre también vamos...

Yo ahora estoy bien después de todo lo que he pasado con el pecho... aunque no me han dejado bien, me han dejado una cicatriz feísima...

Todo sea que después me de la lata..."

3.3 Discusión: conceptualizar salud/enfermedad.

Se han elegido estas porciones de entrevista de la misma mujer para intentar visualizar como los discursos, las percepciones cambian cuando el contexto se modifica y las circunstancias también.

Entre ellas existe un espacio de tiempo crucial, donde un cúmulo de experiencias personales y cambio de roles, descrito también por otras autoras (Fonseca, 1995) y, que deben de asimilarse en un periodo de tiempo, sirviendo para ilustrar esos cambios de estatus de las mujeres gitanas, cuando describe y analiza el papel de la mujer gitana en su cotidianidad y, que frecuentemente están invisibilizados (Ardenner, 1975).

El papel de la mujer gitana, así como el impacto que sobre su salud puedan ejercer determinados factores, quizás ha recibido hasta ahora poca atención, posiblemente relacionado con la representación de esta en los distintos estudios (Moore, 1991) y, que no ha sido quizás abordada convenientemente, constituyendo esto, lo que en cierta medida también tratamos de visualizar.

Este primer ciclo relatado en la entrevista es, un periodo adaptativo, de vivencias y relaciones no exentas de complicaciones y con la responsabilidad en cuanto a la formación de la propia familia.

Este complejo periodo coexiste con, el propio proceso de maduración o, formación personal, ya que cuando estas mujeres inician este camino, en ocasiones, su propio desarrollo no se ha completado.

Habitualmente y en esta primera fase o periodo, la situación económica y de sustento general de la nueva pareja depende de sus progenitores.

La necesidad de compartir vivienda, genera una situación potencialmente compleja y tensa para las nuevas parejas, especialmente para las mujeres, al ser en ellas donde pivota la responsabilidad, cuidado y gestión del hogar, estando en esas fases de convivencia familiar sometidas a cierta tutela, supervisión y exigencia familiar, constituyendo una especie de aprendizaje para la gestión posterior de su propio hogar, una vez independizados de los progenitores, y que otras autoras han descrito este proceso en clave de subordinación (Ardévol, 1986).

Solemos encontrar que, la residencia de las nuevas y jóvenes parejas suelen ser patrilocal, al convivir con la familia del marido, sin que en nuestro estudio constituya una clara preferencia general por esta pauta, como se ha descrito en el capítulo sobre demografía.

La alternancia encontrada en la ambivalencia residencial de la nueva pareja se relaciona con la capacidad familiar de afrontar “la carga” que supone la creación de una nueva familia, económica, espacio disponible, acceso a recursos y, que repercute en el resto de miembros familiares convivientes (Wang, 1990).

Por otro lado, en unos meses se ha pasado de una situación joven, saludable, donde las prioridades eran salir, divertirse, etc. a una situación de responsabilidad social y familiar, pasando por un ritual (la ceremonia del pañuelo) que aunque deseada y esperada no deja de ser una situación potencialmente “dura” para la mujer, frecuentemente adolescente, traduciéndose estas tensiones a las que las mujeres se ven sometidas en demanda clínica y con un abordaje frecuentemente medicalizado.

De estas entrevistas podemos deducir, que el sistema mayoritario no parece contemplar la dinámica de esta población, evidenciando que, la adecuación de la vacunación no está orientada a otro sistema socio-cultural salvo el mayoritario.

En ocasiones, el calendario vacunal incompleto ejemplificado en esta joven, suele justificarse como diferencia cultural, reinterpretándose¹ esta situación como resistencia a las vacunas y extensible a otros aspectos socio/sanitarios.

La vacuna referida por la usuaria, era la varicela, la contraindicación para administrarla es la de no estar embarazada y no concebir en unos meses.

Conocer la dinámica de esta población, el posible riesgo de fuga y por tanto de gestación en esta joven, fue un factor a considerar para no vacunar.

El sistema sanitario no contempla ciertos patrones culturales como, la entrada temprana al matrimonio, en el caso que nos ocupa de las mujeres gitanas y, que pueden suponer un conflicto con las directrices sanitarias en cuanto considerar a estas jóvenes en situación de riesgo, con calendarios vacunales incompletos.

¹ En el capítulo IV se describen, estas y otras cuestiones a través del análisis sobre las percepciones de los distintos profesionales implicados en la atención de la comunidad gitana.

No debatir ni adecuar (como ejemplificación) el reajuste de este calendario a aspectos culturales, excluye a terminadas personas de una cobertura o prestación y, sin cuestionarse que estas circunstancias determinan ciertas diferencias o desigualdades en salud (cobertura vacunal en este caso) respecto a la población no gitana, al no contemplar o reajustar el calendario a esta comunidad.

Quizás es momento ya, de abandonar las justificaciones que plantean que las causas de la insuficiente vacunación son, las creencias que perduran en esta comunidad (Vilar, 2000) argumentando la vacunación insuficiente de este colectivo, como rasgo cultural.

4. AFECCIONES CRÓNICAS, GRAVES Y POBLACIÓN GITANA.

Los resultados de las entrevistas y el trabajo de campo realizado, nos han aproximado a la realidad de esta población en cuanto a, la forma en que perciben, expresan y tratan aquellas cuestiones que les afectan.

4.1 Ejemplificación de las entrevistas.

Dado que el objetivo es dar voz al colectivo se ha elegido extractos de entrevistas que ejemplifiquen lo encontrado.

Extracto entrevista Marzo, 2004: Lola (us MG- 001)

“Bueno si... tengo de eso como le dicen... azúcar, me la sacaron estando aquí el otro médico que se murió... y tengo insulina...

Pero padecer no padezco de nada. Bueno a veces me noto la boca muy seca y digo yo que será de eso ¿no? Me dijeron que puede afectar al corazón y todo y hasta morirte.

Bueno también tengo tensión me mandaron pastillas también... cuando me encuentro muy trastornada me las tomo, para que te voy a engañar, pero la insulina me la pongo todos los días, viene la otra niña.

Una enfermedad grave es cáncer, es lo que tiene mi hermana... no vive aquí.

Lo más malo son cuando te salen esas cosas feas... si es tan malo que es mejor decirlo cosa fea...cuando los médicos te dicen que tienes una cosa de esas, malo... a veces se cree uno que se pega, otras veces ve uno que bueno, que hay más en las casa...

El marido de la Inés, tenía una cosilla de esas, la criatura ahí está, pero se nota que está mal, tiene muy mal color... que la cosa no es buena.”

Extracto de entrevista, Febrero 2010: lola (MG 001).

“Tengo diabetis, esa enfermedad del azúcar, mi hermano también tenía azúcar... parece que es de familia.

Yo tengo azúcar de la mala, me han tenido que operar y todo de la vista y veo poco, tengo muchas cosas... me pongo insulina, me la pone la niña...

Eso que te da y ya está, que comas lo que comas te sube el azúcar...

Yo procuro cuidarme pero es que no puedes comer nada... y algo tendré que comer... otros tiene azúcar y comen de todo porque no es de la mala, a la María le cortaron una pierna... eso me da miedo...

Yo hago lo que puedo, pero para hacer dieta también se necesita dinero... para cuidarse también hace falta dinero.

Luego ¿que tendrá que ver el azúcar con que coma pan? ... si no es dulce... me privo de cosas... de muchas cosas.

También tengo tensión, tengo de todo... no estoy bien, te da porque te tiene que dar.

¿Qué te voy a decir yo?... que te pones mala y ya está.

Extracto entrevista Diciembre, 2010: Enca (us MNG- 009)

“La verdad es que no estoy bien, cada vez tengo más cosas... Esto no se quita, me ha tocado pues que le vamos hacer... si en vez de darme este azúcar me da la otra que es más floja, no estaría así... depende de la que te da, si es la floja o la más fuerte... luego pasa que a perro flaco todo se le vuelven pulgas... ya te da de todo, mira mi marido, eso tan feo que le dio al pulmón, se lo llevo por delante...”

Extracto de entrevista, Octubre 2003: Jota (us VGT- 006)

“Vengo a que me pongas la vacuna, no voy a esperar a ponerme malo...”

No sé, por qué no me la pones de una vez, si vengo al médico es para que me veas si tengo algo o no... le he dicho al médico que me haga otro análisis y no quiere, dice que hasta que no pase un tiempo no me lo hace, quiere que pierda peso pero no sé que voy hacer, tampoco como tanto, es la barriga que la tengo gordilla...

Ya sé que me hizo análisis pero a mí me gusta que me haga otro por si tengo algo, para prevenir, pero es tengo mucho miedo de que me salga alguna cosa mala.

Tú eres un hombre joven, no padeces de nada, no tienes antecedentes ¿no? Y además ya te han visto...

Extracto de entrevista, Julio 2008: Jota (us VGT- 006)

“La verdad es que estoy fatal con lo del niño... ha sido un palo... estamos asustados, no nos explicamos cómo le ha salido eso... ahí...”

Si, la verdad nadie se podía esperar que fuera eso... os dijeron que era un cáncer de testículo ¿no?

Hemos pasado mucho, primero que el niño no tenía nada... menos mal que no tenía nada...

Yo también estoy malo, no me sacan nada pero no estoy bien... con esto ha sido ya el remate, yo no tengo espíritu... tengo la barriga cada vez más gorda y la mujer nada más que peleando y desde que el niño esta así estamos fatal, sin trabajo ni nada...nos vamos a tener que ir fuera”.

Extracto de entrevista, Septiembre 2014: Jota (us VGT- 006)

“Ahora no tengo ni tiempo de ponerme malo... el niño está mejor, le volvió a repetir “eso” después de haberlo operado y todo...”

Lo han tenido que operar dos veces, le salió otra vez, le pusieron sueros, casi se muere y con las radiaciones... pensamos que se moría, pero mira. Ahora está bien y menos mal que la dado tiempo a tener su niña y todo, la mujer se porto muy bien, mira que es paya y todo...

Ella dijo que ella se casaba con él aunque fuera con eso... y se casó, antes de que le dieran rayos, lo de medicamentos, eso que tu sabes... porque después ya no podía tener hijos y mira, tiene su niña... le pusieron sueros y le dieron rayos...

Ahora está bien, se han venido de Gerona también ¿que pintaban allí? así nos veníamos todos, aquí estamos pero ellos tienen su casa...

Mira yo, después de todo... mira por donde he salido...”

Te hicieron pruebas y todo salía negativo, te mandaron a los especialistas...

“Me lo han descubierto en Gerona y allí me han operado... ahora tengo una bolsa puesta en la barriga... a mí también me ha salido una cosa mala de esas pero a mí ha sido en las tripas... pero desde que tengo esto, la mujer no puede ni verme esto... es que se maree, yo me lo arreglo... me dieron tratamiento y ya está, tengo que ir a revisión.

Ahora tengo también que cuidar de la mujer, está enferma... es que no es capaz de hacer nada, ni friega ni hace nada, ni guisa ni nada de nada... está del todo, tengo hasta que bañarla... todo tengo que hacerlo yo... a ver si me pueden arreglar lo de lo social para que ella cobre o cobre yo, que estoy cuidando de ella”.

4.2 Discusión.

A través de estos fragmentos podemos acercarnos a la conceptualización de la enfermedad grave, crónica, la prevención, así como a otras cuestiones con las que se relaciona.

También podemos acercarnos a lo implícito, a todas esas circunstancias narradas que afectan exclusivamente a las mujeres de esta comunidad, que pueden estar incidiendo en su estado de salud y están pasando desapercibidas.

Las afecciones crónicas, en el sentido de larga evolución en el tiempo y la necesidad de cuidados prolongados, son percibidas de manera diferenciada por la población, dependiendo de determinadas variables y de las alternativas asistenciales.

De las encuestas a este respecto se desprende:

Que cualquier proceso mórbido prolongado y con cuidados continuados, curse con la resolución del mismo favorablemente, pues constituye casi una paradoja que el cuidado prolongado no sea resolutorio o curativo, luego se cuestiona:

¿Para qué tanto esfuerzo y sacrificio, si no se soluciona?

Luego, los procesos en cuyos primeros estadios, los pacientes están “asintomáticos” como pueden ser, diabetes, hipertensión, dislipemias, trastornos hormonales, etc. requieren de más esfuerzo ya que no se objetiva la necesidad de modificar hábitos...

Si el objetivo de los cuidados es impedir la evolución y complicaciones de la enfermedad, parece incomprensible que esta evolucione en mayor o menor medida, esclavizando a los individuos en un proceso complejo, donde por un lado la farmacoterapia impide la evolución o, mejora la situación de una dolencia pero, en otras ocasiones determina nuevas afecciones o problemas añadidos, por lo que el beneficio/riesgo no siempre convence a pacientes e, invariablemente siempre acontece con coste del afectado/a.

Por tanto, la enfermedad de larga evolución implica, no solo una cronicidad en las patologías, también en los cuidados, en los tratamientos, en el coste económico y humano que ocasionan, en la disciplina que exigen y que no siempre compensa a los individuos, determinando interrupciones, abandonos y búsqueda de otras alternativas que palien la presión a que los individuos y familias están sometidos.

La adhesión al régimen terapéutico en la comunidad gitana se relaciona con, la situación de la persona en cuanto a autonomía o dependencia, la complejidad terapéutica, el tipo de patología, coste económico que supone, existencia de cuidadora/or, la carga familiar

existente, voluntad de adhesión terapéutica, nivel de conocimientos, red social y otros, sin que ninguna de estas variables constituyan rasgos culturales ni, especificidades étnicas, puesto que igualmente, lo hemos encontrado en el resto de la población.

La percepción de la enfermedad crónica no tiene cabida como tal, si no es a través del síntoma o signo por el que se manifiesta, estando esto relacionado más directamente con, el nivel de instrucción previo y, los conocimientos e información recibida sobre el proceso de las/os pacientes.

Que la historia de salud de la población gitana atendida ocasionalmente esté poco documentadas se relaciona con:

- Problemas estructurales narrados anteriormente, falta tiempo de profesionales, programa informático complejo, “objetivos clínicos interesados”.
- Pacientes absentistas.
- Desinterés y/o atención inadecuada a la diversidad, siendo este el punto diferenciador respecto a la atención a la población mayoritaria.

El manejo de vocabulario técnico o profesional supone cierta complejidad para los/as usuarios/as, por lo que la explicación y adaptación del lenguaje al proceso es fundamental (Liégeois, 1987) señala: “la forma de utilizar y de manipular la lengua permiten encontrarse más allá de la diversidad” (p.55). Aunque el autor se refiere a la comunicación entre grupos romaníes, igualmente es extensible para el entendimiento entre cualquier otro grupo y en cualquier contexto.

El cáncer constituye una afección crónica, percibida de forma diferenciada de otras enfermedades crónicas, por su asociación como grave, mortal y tradicionalmente estigmatizada. Ha llamado nuestra atención el encontrar que, cuando el cáncer afecta a mujeres, estas han manifestado más abiertamente su padecimiento, sea de mama, colon u ovario, estando relacionado con una actitud más positiva para el afrontamiento del proceso, vinculado a la necesidad de superar el mismo, al ser habitualmente cuidadora de hijos, la familia, hogar.

No hemos encontrado que los aspectos narrados y relacionados con la enfermedad en general, constituyan una especificidad cultural, no hemos encontrado tampoco, categorías taxonómicas diferenciadas (Méndez y Ramírez, 1999) de enfermedades específicas de la población gitana.

Estos fragmentos, reproducen una oratoria extendida en la zona estudiada, estando más relacionado con, el afrontamiento que se hace de los diferentes procesos, tanto el/la afectado/a como la familia, con el nivel socio-educativo de los individuos, la información recibida sobre el proceso y los recursos disponibles.

Tampoco hemos encontrado un “miedo cultural a la muerte” sino un profundo respeto hacia los seres queridos fallecidos, ornamentan sus tumbas, en los hogares son recordados a través de sus fotos y los funerales constituyen un acontecimiento social de despedida por un lado y, de reencuentro familiar por otro. Esta situación o práctica es similar al resto de población, salvando los matices que cada situación conlleva, la insistencia en resaltar esos matices y que se suelen estereotipar, como oposición a la práctica de población mayoritaria. Popularmente en nuestra sociedad, los difuntos se han velado en los domicilios y se sigue haciendo en los tanatorios como gesto de despedida, respeto y también de reencuentro familiar relacionado con el óbito.

Estas prácticas paulatinamente van cambiando a medida que interviene otras variables, profesionalización de la “muerte”, recursos disponibles, presión social, legal y que afectan a la sociedad en general diferenciadamente.

El sensacionalismo reproducido y manipulado que se realiza prácticamente de todos los aspectos que incumben a la comunidad gitana, de su cotidianidad, no favorece a ninguno de los grupos sociales.

5. CREENCIAS, PRÁCTICAS Y CONSANGUINIDAD.

Las prácticas que una comunidad desarrolla en torno al mantenimiento y recuperación de la salud, constituyen un aspecto fundamental en la cotidianidad de los individuos.

Los/as profesionales, en el caso que nos ocupa los/as sanitarios, debemos garantizar y prestar una atención equitativa a las necesidades de las diversas poblaciones e integrar la atención de acuerdo también a las creencias y prácticas de los grupos sociales.

El sistema sanitario tiende a favorecer actitudes impositoras que dificultan que los individuos integren los problemas en su cotidianidad, por el contrario las actitudes basadas en la benevolencia de los/as profesionales o paternalismos (Vidal, Adamuz y Feliu, 2009) agravan la situación, al despojar a los individuos de los instrumentos que les faciliten el afrontamiento y la integración de los problemas en sus vidas.

Estas cuestiones planteadas, junto al abordaje sesgado de los aspectos culturales de las personas o grupos, determinan que, el acceso a los recursos no se haga equitativamente.

5.1 Algunos resultados encontrados.

En cuanto a los grupos consanguíneos, los que derivan de uniones con parentesco y por tanto comparten antepasados comunes, estas alianzas consanguíneas constituyen una práctica cultural frecuente (Bittles, 2001) para determinados grupos, compartiendo la población gitana esta estrategia de matrimonio consanguíneo y, sin que esto constituya un rasgo o carácter cultural negativo.

Son los efectos de la consanguinidad, quienes se traducen en la mayor probabilidad de padecer ciertas anomalías genéticas bien para los individuos y/o su descendencia, y que en cierta medida el asesoramiento genético (Mueller, 2001) entre otras opciones, podría amortiguar y, sin que este, sea contrario al derecho a la autonomía reproductiva de la población.

El que la población gitana halla “incorporado y relativizado” en sus vidas, determinados aspectos o “problemas” que les atañen relacionados algunos de ellos con efectos de la consanguinidad (Pérez et al. 2016) no debe generar desinterés ni por las instituciones ni por los profesionales, sino que requieren de un abordaje y atención que contemple la diversidad, ya que determinadas afecciones pueden derivar en serias complicaciones o problemas de salud, tanto para los individuos como para su progenie, de ahí que, la importancia de filiar genéticamente en el caso referenciado (la braquidactilia) obedece, a la necesidad de investigar los genes participantes en la anomalía, sus mutaciones y posibles expresiones fenotípicas (Giordano et al., 2003).

Los textos narrados ejemplifican que el abordaje desde salud de estos “rasgos” es inadecuado, están infra-diagnosticados y/o infravalorados, al no ser considerados como subsidiarios de atención específica.

Extracto de entrevista, Junio 2007: M^a July (us MG- 014)

“No, esto de las manos no me ha dado ningún problema (braquidactilia) a ninguno de los hermanos, también lo tenemos en los pies. Nunca nos lo han mirado, tampoco tenemos problema podemos mover las manos, los dedos... Bueno a mí siempre me ha dado vergüenza enseñar las manos por tener los dedos raros, cuando hay gente pues lo que hago es que las escondo, me guardo los dedos de una mano con otra... Nadie me había dicho si esto podía ser también con los problemas que he tenido con los cinco abortos. A mí lo que más me dolió fue que el último que estaba de seis meses era una niña... Yo quiero una niña. Me dijeron que como tenía tantos abortos que me ligara las trompas...”

Ni siquiera lo del niño que estaba medio sordo...hasta que al niño no le han encontrado lo de la sangre... eso de la anemia... ah sí, hemofilia, pues no me han hecho análisis... lo mismo todo viene de ahí.

Siempre he tenido miedo a que mis niños tuvieran las manos como yo...

Cuando nacían, lo primero que preguntaba es si tenían bien las manos...

Pero el problema del tiroides es porque no me tomo las pastillas..."

Pensamos que este extracto de entrevista apoya el planteamiento de otras autoras (Fuentes, 2001) en cuanto a su reflexión sobre la práctica asistencial de los profesionales en su atención a las mujeres, en cuanto a resaltar los problemas de algunos programas de atención sanitaria para las mujeres, los programas de gestación, parto etc. a lo que añadimos, siguen sin adaptarse a las necesidades de atención de estas, aún cuando específicamente están diseñados para ellas:

Los servicios orientados a los problemas reproductivos como el embarazo o el parto tienden a atender el producto pero no a las mujeres... lo que le ocurre a las mujeres después (como tiroiditis, depresión postparto, déficit nutricionales de hierro o calcio, aumento de peso, etc.) no importa, ya no interesa y por ello no se atienden ni se derivan a los/as médico/as de familia. Cuando se produce un aborto, si es espontáneo, se ve como un fracaso de las funciones de las mujeres, pero si el aborto es inducido entonces además se agrega un juicio moral, ya que el aborto no está reconocido como un derecho pleno de la mujer sobre su propio cuerpo, sus capacidades biológicas, o sus deseos y su responsabilidad (p. 227).

Extracto de entrevista, Abril 2004: Gelu (us MG- 0107).

Con lo guapa que es tu niña deberían verle lo de la cara, tiene asimetría ¿no?

"Bueno, eso... no le pasa nada... lo que pasa, es que es, lo mismítico que su abuela... y lo mismo que su padre, los tres tienen la cara igual, tienen la misma cara..."

¿No la han visto por si es una asimetría? si lo tienen los tres lo mismo es otras cosa.

No la han mirado nunca... bueno cada vez que la traigo la ve el médico...

Pero, que van a mirar, cada uno sale a lo suyo..."

Fotos que ilustran algunas de las anomalías encontradas.

Foto 1: Braquidactilia, afectación de manos.



Fuente: Elaboración propia, 2003

Foto: Dedo macrosómico.



Fuente: Elaboración propia, 2003

Foto 3: Labio leporino, fisura paladar.



Fuente: Elaboración propia, 2004

Extracto de entrevista, Octubre 2014: Carmen (us MG- 031)

“La niña esta mejor, ya va a la escuela y todo... no anda pero se arrastra un poco, ya tiene tres años, le estoy arreglando los papeles porque yo la cuido y todo, me dijeron que es retrasailla...”

Si, su padre está bien, bueno tiene lo suyo... una faltilla, que de vez en cuando le da nervio, pero no está enfermo, no toma ni pastillas ni nada... si por eso tiene una paga...”

Y yo tampoco me pasa nada, bueno tengo un poco lo de hablar, tampoco es una enfermedad, lo que pasa es que me entretengo hablando...”

Pero en mi casa nos entretenemos todos, lo que pasa es que yo un poquillo más...”

Extracto de entrevista, Marzo 2004: Tere (us MG- 029)

“Están empeñados en que el niño vaya un colegio diferente porque tiene una faltilla, pues que repita, porque mandarlo allí es como si fuera tonto y mi niño no es tonto...”

Los otros se ríen de él porque no sabe leer, pues peor será en otro sitio.

Pues no, yo quiero que repita, ahora lo van a poner a que le ayuden en la clase, eso es ya otra cosa...

El va más atrasaillo que los demás, pero el niño está bien...

La señorita nada más que dándome la lata para que lo meta allí.

Pues que lo enseñen a leer donde está.

Que no le digan que el niño es tonto porque no lo es, lo que tiene es una “faltilla” pero ya está...por lo demás es muy completo...

No tiene ninguna enfermedad, pasa que tiene eso...

El niño ni esta malo ni nada...”

Extracto de entrevista, Septiembre 2009: Nanna (MNG 039)

“Nosotros tenemos problemas para lo de los niños...”

Ya sabes, que les da eso que no pueden respirar ni andar.

Pero nada más que cuando son machos, aunque tampoco, mi niña tiene un niño y está bien...

Pues es familiar, a nosotros nos hicieron un estudio al final a todos cuando nació mi niño primero, el que se murió...

Cuando yo me quedé embarazada mira que les dije, no vaya a ser que tenga lo que mi otro niño... me dijeron que no, y que no... y me hicieron pruebas y todo... que digo yo ¿para que sirvió?

Y cuando se quedo mi niña igual... cuando nació aún le dijeron que estaba bien... y al poco tenía lo mismo que los otros niños...

Y mira, los dos tenían lo que mi niño el que se murió con siete años.

Ahora ya no quiero más niños...

Pero yo no me arrepiento de tenerlos, aunque sepa que se mueren, pero la satisfacción de tenerlos de verlos disfrutar, de que no les falta de nada...

Es muy duro, pero nosotros los hemos hablado mucho y mi marido pensamos igual...”

Extracto de entrevista, Octubre 2012: Carmen (us MG- 015)

“Tú me has mandado a que me vean los de la cabeza, pues no voy a ir... todo ¿para qué?

Para que me digan que soy tonta, ¿no?

Te hemos enviado porque tus padres querían que te valoraran, por si tienes criterios para tener ayuda económica, si hay minusvalía, que te valore salud mental es lo primero.

“Pues no voy a ir, mi hermano tiene una paga ya, pero se ha casado y todo, él lo que tiene son nervios y yo también, es que me da el nervio... pero para que me digan que soy tonta no, no...”

¿Tú como me ves? ¿Me ves normal?... pues eso me parece a mí.

Yo quiero casarme y tener niños, mi hermana ya tiene un niño.

Yo me casé con el marido de la Magda pero estuvimos muy poco porque se volvió a juntar con ella... me saco pañuelo y todo... pero no me quede embarazada.

Mira que después de que ella lo dejara se ha vuelto a casar y ahora la Pepi está con él... ella ya tiene niños de antes...”

5.2 Discusión.

Estos breves textos constituyen la punta de un iceberg desde el punto de vista de lo que hemos encontrado durante el trabajo de campo y, habitualmente invisibilizado, referido por otro autor (Vallvé, 2009) donde señala que: “El olvido de que la comunidad gitana ha sido objeto en España en materia de planes y políticas específicas...” (p.24). determina que no se esté interviniendo adecuadamente, ya que la atención cuando la hay, se enfoca o centra en los resultados y no en las causas que generan estas situaciones.

Hemos observado diferentes anomalías, con afectación familiar de varios miembros y con amplia variedad o expresión mórbida, alteraciones genéticas, minusvalías sensoriales, retraso mental (porfiria con diferentes grados de afectación, braquidactilia, posible Madelung, microcefalia, anemia, trombofilia, albinismo, sordera...) con una cobertura de las mismas cuando menos insuficiente, como ya hemos indicado y, relacionado con no demandar atención y/o no responder el sistema a las necesidades de este colectivo.

Que se evidencien en este capítulo determinados aspectos, relacionados con la salud de un colectivo tradicionalmente excluido y marginado, obedece a la necesidad de llamar la atención sobre la situación real de esta comunidad.

A menudo, aquellas cuestiones que no interesan de esta comunidad, se tiende a justificarlas como aspectos tradicionales de este colectivo, sin investigar en qué consisten los mismos y sin indagar con que se relacionan, justificando así el que no se investigue al respecto.

La asistencia sanitaria actual, con enfoque monocultural, no aborda determinados aspectos de la salud de la población, es por tanto que a través de este trabajo donde, la población gitana le pone voz a sus acontecimientos.

Cuando se genera una demanda asistencial, no siempre es atendida con la perspectiva adecuada, un abordaje reduccionista de la misma, corresponde a desvincularla de los propios individuos y contextos, implicando un abordaje inadecuado tanto de las situaciones como de las respuestas dadas (Pérez y Núñez, 2015) en otras ocasiones que la población no demande una asistencia definida y explícita, imposibilita o excluye su posible solución, siendo esto lo que tratamos de evidenciar, ya que diferentes problemas en ocasiones con serias consecuencias, quedan sin cobertura, con la repercusión negativa sobre la salud de los individuos y/o descendientes de esta comunidad.

Aunque tradicionalmente han sido los desordenes genéticos los que más sensacionalismo suelen generar (Martínez Frías, 1993) la población gitana suele desconocer el potencial efecto acumulativo que tiene la consanguinidad grupal para determinados trastornos genéticos y hereditarios, el solapamiento de redes y relaciones (Lagunas, 2001) oculta en cierta medida esta variable.

Aunque el matrimonio gitano entre parientes compite no solo a la pareja, también a la familia, al grupo, no parecen relacionar que, en base a un patrón matrimonial endogámico y consanguíneo, puedan derivarse trastornos o anomalías genéticas.

A pesar de las alusiones a antepasados comunes, el vínculo del parentesco parece disolverse (Gamella et al., 2008) hasta donde alcanza la memoria genealógica, como si con ella la memoria genética de esta comunidad, también se diluyera.

Es preciso por tanto, considerar que el índice de consanguinidad en esta comunidad puede constituir un factor de riesgo añadido cuando además concurren otras variables ambientales, educativas, socioeconómicas, desfavorables (Martínez Frías, 1998) para que determinados rasgos genéticos “defectuosos” puedan manifestarse en la descendencia, determinando anomalías congénitas y, que no parecen contemplar instituciones ni profesionales que los atienden, al percibir el rasgo de consanguinidad limitado y no acumulativo o, simplemente no considerarlo.

Algunos autores plantean la consanguinidad como, factor que altera la estructura marital cambiando el patrón reproductivo a raíz de aumentar el periodo genésico (Blanco y

Fuster, 2006) aspecto este que no compartimos, al entender que propone que, el mayor número de descendientes de esta comunidad viene determinado por la estabilidad de la relación conyugal parental, en nuestro trabajo hemos encontrado que la unión consanguínea marital, no garantiza exclusivamente este patrón, puesto que otras variables descritas en los capítulos de este trabajo están afectándoles como, reconstrucciones familiares, monogamias seriadas...

Los datos de nuestra investigación, apuntan a que el periodo genésico se prolonga a expensas de la entrada temprana al matrimonio y la llegada “precoz” del primer hijo, que suele concebirse durante el primer año de relación, otros investigadores también apuntan que esta situación está condicionada por la relación de parentesco (Gamella, Núñez y Martín, 2010) aunque coincidimos en parte discrepamos en cuanto a generalizar que sea el parentesco el que determina la entrada temprana al matrimonio, en nuestro estudio encontramos que constituye algo más circunstancial, debido a la posible escasez de efectivos para uniones intragrupalas, así mismo la reconstrucciones o uniones seriadas con descendencia o no, concurren y determinan relaciones maritales, al margen de la relación de parentesco.

Durante el periodo de estudio, no hemos encontrado prácticas exclusivas en torno al proceso salud-enfermedad de esta comunidad así como, tampoco hemos encontrado enfermedades que constituyan rasgos culturales específicos de la población gitana local.

Pensamos que, las anomalías encontradas tanto en los individuos como en su prole descritas anteriormente, no es están abordando con la perspectiva apropiada y cuyas causas no son siempre específicamente consanguíneas, sino que la situación de desventaja general y las peores condiciones de vida de este colectivo constituyen la primera cuestión que determina un peor estado de salud, respecto al resto poblacional.

Así mismo limitaciones de los profesionales implicados en cuanto a competencia cultural y su repercusión sobre otro colectivo a través de dificultar el acceso a los recursos de salud, no parecen plantearse como necesidad de estudio e investigación, al margen de otras variables apuntadas en este estudio.

La insistencia en mantener alegatos centrados en las diferencias, sobre todo cuando las causas no se investigan, pensamos que constituyen más, estrategias discursivas que sirven para justificar y mantener, la situación de exclusión de esta comunidad.

6. USO DE LOS SERVICIOS SANITARIOS

El análisis cualitativo de los datos, evidencia aspectos a considerar dependiendo de la situación de salud sentida o percibida por los individuos y de los recursos utilizados.

Dado que trabajamos desde el ámbito de atención primaria de salud, familia y comunidad, hacemos un recorrido por las diferentes opciones asistenciales incorporando las voces de la población.

Contextualizamos brevemente el acceso a las alternativas asistenciales o servicios para poder discutir el resultado de las entrevistas.

6.1 La demanda de atención programada en el centro sanitario.

Suele funcionar mediante la cita programada ya descrita en este trabajo, así como los puntos de atención sanitaria de la localidad.

Habitualmente los usuarios, en el caso que nos ocupa, la población gitana acude el día señalado a consulta para gestionar la demanda sanitaria (para el resto de población local funciona de igual manera).

La demanda de cita programada por la población depende de la disponibilidad existente para el día demandado, determinando el uso de la consulta de urgencias por los usuarios cuando aumenta el tiempo de demora.

La vía para tramitar la cita suelen ser, a través de llamada telefónica a través del servicio de salud responde, mediante acceso a través de la web de gestión de citas, o, a través del servicio de administración del centro sanitario o personándose directamente en atención al usuario en el servicio de administración del centro sanitario en horario laboral.

La cita incluye asignación de profesional, día, hora y consulta específica para la atención.

El acceso informático para solicitar las citas en condiciones “normalizadas” es un recurso útil, que sin embargo, en entornos y contextos deficitarios, supone un agravio respecto a la población con más medios.

Pues precisa que los usuarios dispongan de teléfono y/o internet, así como la destreza o habilidad necesaria para su uso.

Aunque la cita sanitaria depende de la disponibilidad de la misma para el día solicitado, las agendas de los profesionales contemplan unos huecos para atención en el día como urgente y, se gestiona bien a través de vía telefónica o personándose en el centro el mismo día que se demanda la atención, circunstancia que genera conflicto cuando existe

competencia por la cita in situ cuando, es demandada por varios/as usuarios/as al mismo tiempo.

En teoría, dado que el sistema de citas está organizado, no debería generar problemática ni conflicto.

Extracto de entrevista, Octubre 2013 (us MG- 072)

“Vengo con el niño con una fiebre altísima, si la fiebre le ha dado hoy ¿Cómo voy a pedir la cita ayer? me tienen esperando sin hacer ningún caso, me tienen de un lado a otro... que si el pediatra, que si el de urgencias... hasta que me cabree y coja a alguien por el cuello.”

La percepción de necesidad de atención sanitaria, cuando no se gestiona convenientemente genera problemática bien la fase administrativa y/o en la asistencial. Frecuentemente problemas más bien estructurales y relacionados con la gestión de recursos como son: retrasos en la asistencia, derivado del déficit de profesionales, la necesidad de reagrupar a los pacientes a otros horarios y a otros profesionales, conlleva la duplicidad para el mismo horario de pacientes, con falta de tiempo y demora en la atención de los mismos, restricciones en cuanto prescripción de medicamentos y accesorios, sistemas de copago, dinámicas de trabajo vinculadas a objetivos “burocráticos” como reducir lista de espera a expensas de reducir el tiempo de atención médica por paciente, la obligatoriedad/necesidad del registro en historia digital del individuo, la complejidad informática que conlleva registrar en historia de salud, la necesidad de explorar al paciente, hacer entrevista clínica, establecer un diagnóstico y prescribir un tratamiento, todo en cinco o siete minutos de tiempo asignado por paciente, vienen a complicar un sistema sanitario ya complejo, dificultando todo este procedimiento, la atención a la diversidad.

Extracto de entrevista, Noviembre 2014 (us. MG -034)

*Es que siempre pasa lo mismo, pues si vengo porque necesito que me vean ¿qué quieres que haga?
Si no tengo dinero en el móvil ¿cómo pido la cita? Me tengo que esperar hasta que meta dinero y mientras ¿qué hago?
Si estoy mala me tendrán que ver...
Es que siempre pasa lo mismo, me tengo que pelear para que me vean.*

Los usuarios del SAS se desplazan al centro sanitario correspondiente según los recursos de los que disponen, el/la usuario/a suelen acudir andando o en transporte público, otras veces suelen recurrir a otros miembros del grupo que puedan ayudar o facilitar el desplazamiento, usar su vehículo propio o, recurrir a taxi.

En ocasiones concretas, acuden en ambulancia previo filtro para valoración en especializada.

Extracto entrevista Febrero 2007: Concha (usMG- 082)

“Pues cuando necesito ir al médico hago lo de siempre, pido cita y cuando me dan voy, que me mandan tratamiento pues lo hago, si vale muy caro le digo que me mande algo que no sea muy caro porque si no, no puedes y ya está, de todas forma yo no voy mucho, voy cuando lo necesito... a mi me va bien.”

A veces, las personas prefieren acudir al centro sanitario en vez de, que los servicios acudan a su domicilio, estando en parte determinado por, la necesidad de mantener cierta privacidad del hogar, respecto a algunos profesionales, personas ajenas, que pueden cuestionar o no entender su situación, sin que esta circunstancia constituya una exclusividad o rasgo cultural de esta comunidad.

Extracto de entrevista, Septiembre 2010: Juan (usVG- 038)

“Yo prefiero ir a que vengan... a no ser que no me pueda mover, cuando me ha hecho falta han venido... pero prefiero ir, así si necesitas radiografía o algo pues ya estás allí”.

Así mismo, se desplazan al centro sanitario porque el profesional y recursos se encuentran allí, en caso de que precisen otras técnicas o pruebas complementarias se pueden gestionar desde el centro de salud.

De igual manera, para la demanda de atención pediátrica deben desplazarse al centro de salud, ya que los/as pediatras están ubicados en este, al igual que para el resto de especialidades, relacionado también con la circunstancia de compartir ubicación física tanto la atención primaria como la especializada y desde hace unos años.

Extracto entrevista Julio 2002: Juana (us MG -015)

“Yo cuando voy al médico es porque estoy mala, si no, no voy ¿a qué voy a ir? Luego, después de ir digo ¿para qué he ido? No te hacen nada, lo único que me hicieron fue mandarme unas pastillas y ni me escucharon, mira que yo, no voy, si estuviera todos los días allí todavía, así que ¿para qué voy a ir? Prefiero ir a la farmacia y lista... le dicho más de veinte veces que me duele la garganta y que te crees, que ni me la miró...”

Extracto de entrevista Diciembre 2014: Maria (us MG -121)

“La verdad es que me gustaría que el médico fuera más de otra manera... que te mirara más, es que no te mira...”

Nada más que con el ordenador, estas esperando un montón de rato y cuando te toca en menos de cinco minutos te han despachado y te quedas sin poder haberle dicho ni lo que te pasa”

Extracto entrevista Mayo 2012: Loles Horse (MNG -016)

“Yo para mí, no voy, no me pongo mala, a no ser que tenga al niño malo es que no voy... me hacen perder la mañana y ni te escuchan... el niño se puso tan malo, después de haberlo llevado varias veces y decir que no era nada, lo llevamos tres veces, pues mira, casi se muere, que se me cayó en la cocina... me pilló sola, ¿cómo pude armarme de valor y coger al niño y salir volando con él?

Su madre no estaba ¿qué hacía con el niño? menos mal que bajando por la calle, el vecino nos vio y nos bajo con su coche, ya no podía tirar del niño... Haber ido tres veces a su médico, y es que ni siquiera levantó la vista del ordenador, ni lo reconoció, ¡ala!, en menos de un minuto te han echado a la calle, que no es nada... y luego el jarabe, no entra en el seguro... pues ¿para qué vas?

Yo si voy, es porque es de verdad, para que luego no mire al niño ¿pues qué hago? que si ese día no me lo llevo a urgencias se muere, iba sin conocimiento, lo dijeron después los médicos... lo mandaron a Granada... con cinco añillos haberle dado diabetes...

Luego dicen que si les pegan a los médicos..., ¿O dejo que el niño se me muera...?”

Extracto entrevista, Diciembre 2013: Emilio (VNG - 082)

“La verdad es que como no le insistas al médico en que te mire el pecho, es que no te lo mira, le dicho un montón de veces que me duele mucho la garganta y nada como ni caso, manda unas pastillas y a tirar...”

Si hasta le tenido que decir pero ¿es que no me va usted ni a mirar la garganta...? Y es cuando me la visto, me la ha mirado, si no, ni me la mira... total para lo mismo... si uno va al médico quieres que te dedique tiempo, que te mire, a ver qué es lo que te pasa, ¿no?"

Extracto entrevista, Diciembre 2011: Lola (us MG- 001)

"Yo tengo que ir porque tengo muchas cosas, estoy siempre liada de médicos, cuando no es una cosa es otra, estoy muy mal de los pulmones... ¿Es así como se dice?

Tengo tensión, azúcar, tomo muchas pastillas y eso tampoco es bueno... no me gusta ir al médico porque casi nunca está, cuando no es por una cosa es por otra y siempre hay un suplente diferente, que ni te conocen ni nada, bueno a mí sí... ya casi me conocen todos,.

Cuando es para recetas yo no voy, va la niña... y le dice que le haga las cosas, las recetas para mucho tiempo, que no tenga que estar todos los días en el médico...pero no estoy bien..."

Extracto de entrevista, Octubre 2010: Juan (usVG- 029)

"Al médico no se va por gusto, uno va porque lo necesita, porque no está bien... no vas a estar con dolor..."

¿Te tendrán que mandar donde den con lo que tienes? Si no, para que va uno al médico?

Otras veces vas porque lo mismo tienes algo y no lo sabes... pues vas para que te lo digan y si no quieren hacerte pruebas...

Luego vienen los problemas porque ya a lo mejor es tarde, no hay remedio y eso que va uno antes y se lo dice, pero no te hacen caso para eso... a no ser que ya vayas muriéndote..."

Extracto entrevista Mayo 2005: Ester (us MG -009)

"La verdad es que yo no iba al médico, porque no lo necesitaba, lo único que tengo es que he trabajado mucho, una casa de ocho hijos y todo para mí..."

Eso es lo que tenía, mi grande que no ve, mi Ana y mi Santi con eso de la cabeza enfermo mental y mis rubias...

Y mi chico que se ha separado...

Me duele la cabeza, pues no me faltan los problemas y que ni dormía ni nada...

Fui al médico y lo que hizo fue mandarme un montón de pastillas que no me tome ninguna porque yo no estoy mala.

Me mando una para dormir, me mando una para los calores para eso de la menopausia, me mando una dice para el colesterol que yo ni tengo ni nada,

me mando una para que no doliera el estomago y una para los dolores de cabeza... ¿tú te crees...? si me tomo eso me enveneno.”

Intencionadamente se han intercalado extractos de entrevistas pertenecientes a la población gitana y mayoritaria, el objetivo evidenciar que la percepción de la atención sanitaria por la población, no define a un colectivo específico, que en la zona de estudio concurren circunstancias similares para la mayoría de la población que ocupa este espacio evidencia que los discursos pueden ser similares o no, dependiendo de las percepciones, necesidades cubiertas, creencias y otras variables que no, con especificidades culturales.

Estos breves textos vienen, a ejemplificar la problemática existente y que pasa desapercibida, los déficits estructurales condicionan la atención sanitaria en general, por tanto la atención a la diversidad, no tiene cabida en esta estructura, con lo que el mantenimiento de las desigualdades se perpetúa.

6.2 La demanda de atención programada en el domicilio.

La cartera de servicios oferta la visita domiciliar del equipo básico de atención primaria la unidad (EBAP) compuesto por médico/a y enfermería, de pacientes que no pueden desplazarse al centro sanitario por problemas de salud, garantizando la personalización y continuidad asistencial.

Existen otras prestaciones domiciliarias que no tienen ni la difusión ni están tan generalizadas como la visita domiciliar de los EBAP, como son la atención domiciliar para rehabilitación, atención podológica para pacientes inmóviles en programa de diabetes mellitus, al estar dotados de menos infraestructura y cuyo proceso de adjudicación es más “selectivo”.

El desarrollo de la atención domiciliar viene determinado por la cartera de servicios, siendo un objetivo específico de la unidad de gestión clínica del centro de salud local, lo que ha determinado un especial interés por acreditar el mismo, sin dotarlo de recursos.

El trámite de esta demanda o solicitud es gestionada por su equipo básico de atención primaria (EBAP) compuesto por el facultativo de cupo y la enfermería del mismo.

La vía de acceso para este recurso, es a través del teléfono de salud responde, que gestiona la Junta de Andalucía.

Mediante este, se comunica la demanda, indicando que el paciente no se puede desplazar al centro sanitario, pasando esta demanda a su médico de referencia que consensua con paciente y enfermería la visita, otra forma de canalizar la petición es, a través de llamada telefónica al centro de salud al servicio de administración, que filtra la demanda, comunicándosela a quien proceda, facultativos o enfermería.

Aunque la visita domiciliaria podría ser también a iniciativa de los profesionales, esta opción es poco frecuente dada la presión asistencial a la que profesionales se ven sometidos, generando descontento y problemática tanto para profesionales como en usuarios, estando relacionado con diferentes factores, como escasez de profesionales, no sustituciones de los mismos, acumulación de trabajo de compañeros, consultas complejas, con retrasos en las mismas impiden que la actividad domiciliaria se desarrolle conforme se diseñó, derivando en visitas domiciliarias puntuales, no conjuntas del EBAP, derivación de la visita a otro profesional perdiéndose la personalización y seguimiento del paciente.

No obstante, la demanda de atención en domicilio por la población gitana no evidencia rasgo distintivo en su uso respecto a la población mayoritaria, sino que variables descritas anteriormente condicionan su uso y no una especial especificidad cultural.

Así mismo, la idoneidad en el uso de este recurso (atención domiciliaria) está vinculado a la relación generada entre profesionales de referencia de los/as usuarios.

La necesidad de empatía, de respeto, intimidad, personalización y equidad, el esfuerzo profesional “por” y para, son los factores que suelen determinar que la relación para la demanda de un recurso específico como la atención sanitaria, se perciba en clave divergente o de consenso.

Extracto entrevista Diciembre 2014: Jesús (us VG- 018)

“Estoy malísimo, he cogido un resfriado no, lo otro que es más grave como pulmonía y el médico me ha mandado botes (penicilina intramuscular) a mi niño también porque esta igual que yo, solo que a él le ha mandado otro medicamento pinchado también... a nosotros nos gusta que venga a ponernos la inyección a la casa así no tenemos ni que salir con el frio que hace ni estar esperando allí...”

Extracto entrevista Diciembre 2009: Lola (us MG- 001)

*“Yo también prefiero ir, me tiene que llevar la niña porque yo no puedo... me asfixio y tengo muy malas las piernas...
Cuando me he puesto muy mal han venido a verme los de urgencias... de todas formas luego vienen y también te lo huelen todo, lo mismo luego le dicen a las de los sociales que si tienes la casa así o asao...
O tú ves que ponen cara... si tienes o no tienes... o como cuando vino la morenilla esa a verme y me pilló comiendo... luego me dice que no hago y me regaña y todo...o cuando tuve la cueva medio caída...
Hasta que no la pude arreglarme daba vergüenza de que vienen los médicos, pues es mejor que no vean porque luego dicen si vives de esta manera o de aquella...
Antes que no tenía el baño en la cueva pues tenía que meter un cubo en la habitación para orinar ¿tú me comprendes?
Si te ponías mala y venían los médicos pues mira tú la fatiga, luego dicen algunos médicos si tienes los orines o cosas en medio...”*

Extracto entrevista Diciembre 2014: Lola (us MG- 001)

*Señorita ahora estoy fatal... desde que tengo además lo de la pierna es que no puedo moverme, tienen que venir a la casa, pero esto es un descontrol, no vienen, estoy muy descontenta.
Con lo mal que he tenido la pierna que la iba a perder.
Me ponen muchos problemas para venir a la casa, tiene que ir mi niña a recoger a la enfermera porque si no, no viene, dice que no tiene coche y si quiero que me cure hay que ir a por ella...
Ahora cada vez uno, cada vez viene uno diferente, otros días no viene nadie...
Me tengo que ir por urgencias y me han mandado a Granada porque decían que tenía eso... la herida con bichos, como si fueran gusanillos...
Luego en Granada me han curado y me han dicho que no, que no está infectada pero que me siguen allí... lo mismo me hacen injerto de esos.*

Extracto de entrevista Febrero 2003: (us Carmen MG- 034)

*“Bueno, ahora como no puedo andar cuando me pongo mala vienen los médicos, pero yo no quiero ir ni que vengan.
Es mi niña quien los llama... porque no necesito nada. Si estoy mala es por otra cosa... ¿a qué van a venir? A mí no me había visto ningún médico nunca, he tenido a mis niños sola, no me ha hecho falta nadie, ahora me ven por culpa de mi niña, no me gusta tomar pastillas, te matan...”*

Extracto de entrevista Julio 2014: (us Petra MG- 041)

“Cuando me hace falta llamo para que vengan, pero cuando hay algo urgente, si no, ¿para qué vas a llamar? Yo no sabía siquiera que el médico va a tu casa, vamos, se que van cuando llamas a urgencias pero, si ya te ve en la consulta ¿para qué va ir a tu casa...?”

No, no, no a mi casa no hace falta que venga si yo no llamo, y si los llamo, a los de urgencias es para que venga rápido porque es urgente.

Si se han mareado, o se han caído ... lo llamas cuando ves que noooo...”

Extracto entrevista a profesional sanitario, Noviembre 2014: José (PS-2 VNG)

“Es curioso pero te das cuenta que la población gitana no quiere que vayas a sus casas.

Fijate que este paciente que estamos curando ahora, tiene criterios para que los fines de semana y festivos vayamos a curarlo a su casa.

Yo se lo he propuesto, pues prefieren traerlo al centro de salud con el frío que hace, antes de que vayamos a su casa...

Son como muy celosos de su intimidad, no quieren que huelas sus asuntos.”

6.3 Demanda de atención urgente fuera del centro sanitario:

Cuando la necesidad de asistencia sanitaria es percibida como urgente, por la población gitana, se recurre al desplazamiento del paciente, en muchas ocasiones por la propia familia o es, el mismo paciente quien se desplaza, desde su ubicación al centro sanitario. Habitualmente ante la demanda de atención urgente, esta atención es gestionada por el centro coordinador a través del teléfono 061 o a través de salud responde, que según protocolos de actuación moviliza los recursos correspondientes en función de la demanda.

Las llamadas a los teléfonos de emergencias implican, que las urgencias en Andalucía, se gestionan a través de unos centros coordinadores, que analizan la información recibida y se movilizan los recursos idóneos para atenderla, para ese análisis realizan una pequeña entrevista para intentar adaptar el recurso existente a la demanda, indagando sobre cuestiones de, que ha pasado, situación actual, gente afectada, lugar, contacto, etc. para ello filtra la demanda en claves estandarizadas para toda la población. Los modelos de centros de coordinación en España son las CCAA.

Estas han implantado las centrales 112, por lo que encontramos 17, una por cada Comunidad Autónoma.

En Andalucía coexisten el Cecem 112 y la EPES 061, cada uno tiene sus distintos centros de atención.

- El 061 que es un modelo de coordinación, especializado exclusivamente en urgencias y emergencias sanitarias.
- El 112 es un modelo de coordinación integrado, donde se reciben llamadas de emergencias de todas clases, filtrando a cada institución su competencia.

Por tanto la activación de la asistencia sanitaria urgente, está establecida según sea:

A) La organización del recurso en el área de salud a través del centro coordinador, que establecerá la prioridad de la asistencia y el recurso que asigna en:

1. Prioridad 1: P1, no admite demora, la vida del paciente está comprometida
2. Prioridad 2: P2, no admite demora, la vida del paciente puede estar comprometida en breve si no se atiende.
3. Prioridad 3: P3, en principio no está comprometida la vida del paciente, pero hay que verlo apenas se pueda.
4. Prioridad 4: P4, se puede demorar, no pelagra la vida del paciente pero hay que verlo.

B) Auto activación: capacidad de ponerse en activo el equipo de urgencias ante una situación de necesidad aunque a priori no sea filtrada por el centro coordinador, pudiendo ser cualquier tipo de prioridad (1, 2, 3, 4).

Este proceso, para la decisión de movilizar un determinado recurso, puede desencadenar situaciones ambiguas de demora, no siempre comprendidas por la ciudadanía.

La asistencia derivada de una gestión más o menos acertada de esta primera actuación, puede decantar la normalización en la asistencia para el problema de salud en función o, la disfuncionalidad de la misma.

La percepción urgente de asistencia, determina un uso concreto de los recursos disponibles por parte de la población, desde la llamada a emergencias (a veces también este se demora) hasta el traslado del enfermo/a si se dispone de vehículo...

La necesidad de atención urgente por la población gitana se relaciona frecuentemente con, aparición de clínica aguda, donde la sintomatología no se valorar por igual, destacando como criterio de urgencia la presencia de sangrado, la manifestación de dolor y el deterioro o pérdida de conciencia, así mismo las circunstancias derivadas de

accidentalidad, tráfico, caídas o violencia, son percibidas como necesidad de atención de urgencia.

Por tanto, no hemos encontrado que la demanda de atención urgente o, la inmediatez diagnóstica constituya un rasgo cultural del colectivo gitano, como señalan otros autores (Méndez, 1999) aún cuando hemos observado cierta “impaciencia”, sin que podamos extrapolarlo al grupo y estando más relacionado con percepciones sobre el sistema.

Extracto de entrevista Julio 2011: Víctor (VNG-016)

“Llamamos a urgencias porque la Eduarda estaba que se moría... no comía ni nada. Llamamos a urgencia y te dicen que venga su médico ¿pues como te vas a poner? ¿Cuándo va a venir su médico? ¿Cuándo se muera?”

Pues si llamamos es porque lo necesitas si no, no llamaríamos... y es para que la vean ya, porque no está bien.

Luego cuando llamas tres veces te mandan la ambulancia y sin médico ni nada. Si fuera para su madre seguro que la mandaban volando...”

Extracto entrevista profesional sanitario; Mayo 2012: María (PS-11, MNG)

“Es que están acostumbrados a que sean los primeros, es que no tiene espera. Podían pedir cita como todo el mundo.

Luego llaman a urgencias por cosas que no son urgentes... y no tardes en ir que corres riesgo de que te calienten.

Pero ¿toda la población gitana responde así?

Bueno toda no será pero sí que quieren ser los primeros y si piensan que es urgente, es que tiene que ser urgente.

Luego la mayoría de la veces lo que pasa es que usan mal los servicios sanitarios, demanda urgencia cuando no lo es, es que no tienen espera...”

Extracto de entrevista Agosto 2005: Paco (usVG-009)

“Cuando pasa algo urgente y la ambulancia tarda en venir te desesperas, porque piensas, ¿que estarán haciendo...?”

Mientras tu padre, tu madre o tu hijo, se muere... llamas y en vez de mandar rápidamente la ambulancia y a los médicos tardan un montón preguntándote cosas... y después de toda la conversación sigue sin venir... ¿cómo quieres que te pongas?

Pero a lo mejor luego no era tan urgente y os pusisteis muy alterados no?

Pero eso no lo sabemos hasta que lo ven, si tú ves que no responde, o que se retuerce de dolor, pues lo más normal es que pienses que le pasa algo grave, no?

¿Qué pasó?

“Pues nada que lo vieron y lo bajaron al hospital, lo tuvieron allí y le hicieron análisis y todo, ya está bien...”

Extracto entrevista profesional sanitario: Junio 2012: José (PS-2 VNG)

“Cuando ven que tienen una urgencia ni siquiera esperan a que llegue la ambulancia, mira lo que paso cuando dispararon a Paco, le dispararon en la puerta de la casa y lo cogieron, lo subieron en el coche y ellos mismos lo trajeron al hospital y todo para que no se viera la movida de si era ajuste cuentas o si tenían en la casa... y quitarlo de en medio.”

Extracto de entrevista Agosto 2008: Pepa (MNG-01)

La verdad es que luego nos disculpamos y todo por lo que pasó, pero cuando tú ves que el problema es que se muere y la ambulancia y los médicos tardan en venir pues te pones como te pones... pegarle no le pegaron a nadie.

Si le dieron patadas a la ambulancia o no, yo no me enteré, pero como se lió follón que llamaron hasta a la guardia civil... pero pueden llamar a quien quieran, lo que pasa es que como de momento acudieron los vecinos, es que estaba el barrio, todos esperando, sin poder hacer nada y que no vienen los médicos...

Lo que no se puede es dejar que una criatura se muera, porque no llega la ambulancia, es que dejó de respirar, estaba lista, se puso morada...

Extracto de entrevista Agosto 2014: Fina (usMG-0112)

Verá usted, nosotros vamos a urgencias, vamos porque sabe que tenemos una mala situación...

Antes ibas a urgencias te veían y te daban hasta los medicamentos allí mismo, ahora para que te den una pastilla, te ves y te deseas...

Que te lo ponen todo en la tarjera... si, pero ¿si no tienes luego para sacarlas? que si no tienes dinero para sacar las medicinas ¿Qué haces?...

Extracto de entrevista Agosto 2013: Paco (usVG-022)

“Da igual que vayas de urgencias como que no... no te atienden como debe ser, antes de que digas nada, ya te han despachado... es que no te entienden o no les da la gana, y encima pierdo el tiempo.”

Este compas, de percibir y ser percibido diferenciadamente “per se” actúa como resorte que impide otra abertura a esta situación tanto para profesionales, como resto de colectivos, estando más relacionado con estereotipos heredados que, con la situación real.

7. OTRAS ALTERNATIVAS, OTROS SERVICIOS ASISTENCIALES.

La coexistencia de diferentes recursos o modelos asistenciales (Méndez,1999) para el mantenimiento y recuperación de la salud permite a los individuos su uso y alternancia en cierta clave de, oferta y demanda.

El uso de diferentes itinerarios terapéuticos para mantener o mejorar la salud, suponen otra oferta al sistema sanitario, máxime cuando los resultados de este no satisfacen las necesidades de los individuos.

Estas alternativas o modelos oscilan desde el auto-cuidado a los cuidados informales o profesionales, cuidados intervencionistas/conservadores, medicalizados/tradicionales, tecnológicos o religiosos, privados/públicos, etc.

Este abanico de posibilidades asistenciales, complementarias desde la perspectiva de los individuos en cuanto a su uso, que no siempre integradoras, determinan las pautas seguidas por la población en el proceso salud, enfermedad y atención.

7.1 La asistencia sanitaria privada.

De las entrevistas a la población de estudio, se desprende que la asistencia sanitaria privada, se alterna con la asistencia pública en función de las posibilidades, necesidades y recursos de los individuos

Habitualmente el acceso a la consulta privada de la población gitana gira en torno a diferentes circunstancias de los usuarios/as:

- Que no tengan seguridad social, situación excepcional relacionado con la cobertura universal de nuestra sistema, y cuando la hemos encontrado se ha solucionado a través de servicios sociales.
- Que tengan compañía de seguros derivada bien de la actividad profesional o de póliza de seguro privado, circunstancia poco frecuente.
- Acceso directo a consulta privada de profesionales y pago in situ de la misma, siendo esta vía frecuentemente la más utilizada por la población gitana local.

Al igual que ocurre en el resto de la población la alternancia en el uso de la sanidad privada estaría relacionado con:

- Necesidad de adelantar diagnóstico y tratamiento
- Contrastar diagnóstico y/o buscar alternativas al tratamiento.
- Personalización y dedicación de la atención.
- Discreción y anonimato.

No obstante como rasgo general, el sistema sanitario actual, no ha participado en que la asistencia privada se alterne con la pública, sobre todo cuando el uso de la asistencia privada es a iniciativa de los usuarios, como ejemplo, un fármaco indicado por un médico privado no se prescribe a cargo del sistema sanitario público.

El sistema sanitario hegemónico solo comparte o compatibiliza la asistencia sanitaria pública bien sea primaria o especializada, quedando excluidas de esta asistencia todas las prescripciones realizadas por sanidad privada, bien sean diagnósticas, terapéuticas o rehabilitadoras, posiblemente relacionado con discrepancias, conflictos de intereses que escapan al ámbito personal de los profesionales y usuarios.

Así mismo estas circunstancias determinan, que en ocasiones se dupliquen pruebas cuando han sido aportadas por los usuarios desde la privada, pues precisan de la “validación” por el sistema.

Ocasionalmente, concurren situaciones excepcionales “conciertos” en la que esta situación se invierte, siendo la propia institución sanitaria quien deriva a la privada para gestionar aspectos relacionados con la atención sanitaria de los individuos, como, realización de pruebas complementarias, disminuir lista de espera quirúrgica, etc. y, que tienen que ver con presiones y decisiones sociopolíticas, más que sanitarias y por tanto se ofician con las coberturas correspondientes como si se tratara de asistencia pública.

Extracto de entrevista Junio 2006: Encarna (us MG -061).

“Al final fui al privado a que me viera, tú te crees que me puede decir el ginecólogo del seguro que para saber lo que tengo me tenía que hacer una cosa de esa de las embarazadas... si eso la ecografía... pero que me la tenía que hacer por ahí... y digo yo y mi madre... pero ¿cómo me la va hacer por ahí si soy mozica? Pues que haces? Que no vas más

Mujer, yo creo que si le dices que no tienes relaciones, no te puede hacer una ecografía vaginal, hay otros métodos...

Para que me vieras... pues eso me dijo y que si no... me la tenía que hacer por detrás...si, me dijo que entonces me la hacía por detrás, por el culo...

Pues ¿qué hice? Que no fui, por eso fui al privado, me la hizo por la barriga.

Lo mismo que le hacen a las embarazadas, eso me hicieron... pues nos atendió muy bien, estuvo un montón de rato con nosotras y me explicó y todo Me dijo que eran las hormonas, que todavía me provocaban los trastornos de la regla, pero aún podía tener hijos y todo. Me dijo que tenía un quiste en un ovario pero que con eso y todo, no me quitaba de poder tener niños..."

Extracto entrevista; José (us VG -058)

"No puedes ir al privado porque vale muy caro, pero de poder, pues es mejor, porque te ve rápido, te explica sin bulla y acierta.

Yo para mí no voy pero para el niño, para el niño sí, sobre todo si tú ves que no aciertan, que el médico lo ve y no sabe lo que le pasa, y tú ves que el niño se queja y como era muy chico no sabía decir lo que tenía...

El privado fue el que le diagnosticó el Pertez y si no... ya estaría el niño cojo... es que dejo de andar... ya se ha recuperado, nos ha dicho que se ha curado, todavía lo tiene que ver más pero ya está bien...

Nos hemos gastado lo que no tenemos y lo que no, nos han tenido que dar dinero y todo...si no es por eso no habríamos podido.

¿Tú sabes de viajes que hemos tenido que dar?

¿Quien os ayudó? ¿Quien va ser? Pues la familia... pero gracia a Dios ya se ha curado.

¿Y tu madre fue también al privado cuando lo suyo?

Pues sí, fue aquí al de las mujeres a ver si le decía algo diferente, pero no, no, le dijeron lo mismo que en el seguro, que se tenía que operar la teta, era cosa mala.

Y la Carmen, mi mujer también ha ido al privado a que le vean lo del pecho...

¿Tu te crees? porque el cirujano la visto varias veces y le han operado el quiste ya tres veces, pero le vuelve a salir...

Eso es porque no se lo operan bien, ¿no? O ya me dirás..."

Extracto entrevista, Mayo 2003 (us Sara MG- 011)

"Yo no me siento discriminada... si voy a que me atiendan pues me atienden, bueno la verdad es que algunas veces también notas que no te quieren hacer cosas porque eres gitana, cuando iba a alquilar la cueva me dijeron que si... luego cuando se enteraron de que era gitana pues ya no me la alquilaron.

En el médico pues tampoco, te atiende lo mismo que a los demás, te ve, si te tiene que mandar algo te manda y si no pues nada."

Extracto entrevista profesional sanitario: Junio 2012: Loto (PS-19 MNG)

La verdad es que cuando te paras y hablas de estos temas es cuando te das cuenta que a veces lo mismo no lo hacemos ni bien con los gitanos...

Habitualmente como vienen sin número, con prisas...

Aquí el jaleo que hay siempre, acumula consultas, que el otro médico falta... Cuando entran te dicen lo que hay y fuera...

No paras a ver que incluso hay cosas bonitas para estudiar desde la medicina, pero como vamos nada más que a correr...

Con cinco minutos para paciente... y enzima no puedes decirles ni que vayan y reclamen.

Después de toda la mañana estás tan harto que perdemos de ver muchas cosas... es verdad.

7.1.1 Discusión.

A priori, no parece haber diferencias explícitas en cuanto a la atención que los profesionales prestan a la población gitana respecto al resto de la población.

Este ciclo de reproducción asistencial homogeneizada, condiciona en cierta medida la desatención a la diversidad cultural, impidiendo a su vez atender sanitariamente a la población gitana de manera específica (Ferrer, 2003).

Los profesionales locales no perciben las diferencias culturales entre ambas poblaciones estando relacionado con, el desconocimiento de la diversidad existente, pues de conocer los antecedentes culturales de la población a la que atienden, les permitiría un mejor abordaje de estas situaciones (Marrero, 2013).

Mientras tanto, con la justificación de no estigmatizar a unos usuarios sobre otros se estandariza la atención sanitaria, generando una situación de desequilibrio e inequidad asistencial.

Nota de campo. Consultorio Noviembre 2014.

Me pregunto ¿cuanto nos queda por aprender a los profesionales? una pareja ha estado en mi consulta y me ha planteado un problema, Raúl me expuso la situación de que fueron a su médico, comenta que está muy preocupado porque quieren tener hijos, actualmente refieren tener mucha presión socio familiar relacionado con que está casado recientemente, quieren concebir cuanto antes, han tenido un noviazgo corto de pocos meses, que tuvieron que posponer la boda por problema familiar.

Me contó que la ceremonia de boda fue realizada por el rito gitano, aunque también se han casado por la iglesia, la novia ha sacado pañuelo con “sacaora oficial” y la inversión que ello requiere.

Me cuenta que mujer es mayor que él, tiene cuarenta años y está en tratamiento por un problema de salud mental, tiene una psicosis y no debe dejar tratamiento, él decía estar sano pero, refería enfermedad de Charcot, con minusvalía física y refiriendo que le ha costado mucho esfuerzo evitar el avance y desarrollo de la misma a base de sacrificarse con ejercicio físico para no perder la movilidad, no obstante presenta asimetría de miembro inferior, cojera, atrofia muscular y déficit en la funcionalidad de miembros... Me han contado que el motivo de la consulta era que quieren concebir tan pronto que ha pedido cita pensando que ya estaría embarazada, pero que el médico les ha planteado que las posibilidades de gestación son escasas, casi nulas, relacionado con uso de medicamentos y ser mujer añosa para gestar ya que por cada década de la mujer las posibilidades de gestación se reducen en un porcentaje considerable así que prácticamente que para que insistir, con lo que han zanjado la consulta.

La pareja aún no lleva ni un mes de matrimonio, el chico me plantea dice literalmente el shock que le ha supuesto lo que le han planteado, pues refiere que sus familias no se conocían, un matrimonio implica posibilidad de descendencia y refiere que él pensaba que su mujer no tenía problema para concebir... y que el médico le diga esto tan bruscamente, lo ha trastornado.

No cabe duda que la situación sanitaria es esa, pero creo que es preciso atender a la situación socio familiar, personal...

Desconocer la dinámica de esta población y plantear las alternativas desde la propia perspectiva no siempre es lo más acertado, esta familia que prácticamente se ha casado con objeto de procrear, con lo que conlleva en cuanto a compromiso de las familias, confianza... podrían interpretar esta situación en clave de engaño intencionado para casar a la hija por ejemplo, podría ser causa incluso de abandono de la esposa, ante la obstrucción para procrear...

Me consta que no ha habido ninguna intencionalidad a priori, pero creo que de conocer la dinámica de esta población, les habría dicho quizás lo mismo pero diferente, habría incorporado quizás alternativas para la concepción, asesoramiento genético...no sé...

A través de esta breve nota de trabajo, se pretende generar un proceso de reflexión sobre la práctica profesional, las debilidades del sistema para atender a la diversidad y la necesidad de desarrollar habilidades de comunicación.

Desconociendo valores, costumbres, creencias y prácticas, en principio, se “descarga” en la mujer la situación de imposibilidad de concepción, con la generización del problema, cuando no ha habido tiempo real para comprobarlo, es posible que el uso de determinados fármacos afecten a la capacidad reproductiva así como, la edad materna.

Evidenciando aspectos relacionados con una atención sanitaria diferenciada, con desigualdades de género, reproduciendo como indican otros autores (Ruiz-Cantero, 2007) un sistema sanitario androcéntrico y sesgado.

No refiere que les plantearan que existen unidades de reproducción asistida, ni los criterios para acceder, las coberturas o, una alternativa al problema.

Aunque desconocemos si el marido presenta algún problema relacionado con la capacidad reproductiva, a priori se ha asumido que la mujer presenta el déficit, suponemos que en base a la edad, lo que viene a evidenciar también las desigualdades de género existentes en salud que los profesionales generamos, en este caso al cuestionar la capacidad reproductiva de la mujer frente al varón.

Ha sido un primer contacto breve, el facultativo le ha planteado la imposibilidad de concebir pero no le han planteado otras posibilidades y/o alternativas como, derivar a ginecología, unidad de reproducción, consejo genético u otros, ante los antecedentes mencionados o, incluso plantear la adopción.

El problema de fondo, desconocer los antecedentes culturales de la población a la que atienden, con lo que la información o atención prestada, dista de lo esperado, incluso podría desencadenar la posibilidad de ruptura de la pareja, con lo que podría implicar en cuanto a desestructuración y conflicto familiar.

Podría reinterpretarse cierta manipulación de la situación por parte de una de las familias y cuya lectura podría ser, el haber ocultado deliberadamente la situación de una mujer con cierta “tara” para la descendencia o, con engaño deliberado

Desconocemos el impacto final de esta entrevista sobre la pareja, cabe pensar que esta atención no responde a sus necesidades y que buscarán otras alternativas.

El sistema no responde a sus necesidades y, la población no percibe las consecuencias de este, pues a través del desconocimiento del profesional de otras pautas culturales, les condiciona en cierta medida, el acceso a los recursos sanitarios.

Esta entrevista no ejemplifica la generalidad de toda la atención que los profesionales prestan a la población gitana, y el objetivo no es evidenciar una atención negativa, intencionada del profesional, se trata de visualizar las consecuencia de un sistema que, no responde a otras pautas culturales, por lo que contemplar la diversidad cultural en la prestación asistencial constituye mucho más que una necesidad (Plaza y Soriano, 2009).

De este nivel de relación, se generan dinámicas que derivan en la búsqueda de otros itinerarios o alternativas como opciones a las planteadas tanto por el sistema sanitario, como resto de instituciones, además de generar potenciales conflictos e insatisfacción.

En nuestro trabajo no hemos encontrado que esta comunidad use más la medicina privada, en contra de lo hallado por (Cabedo et al., 2000) siendo posible que, la situación económica desfavorable de nuestra población de estudio, condicione este dato.

Es posible que el desembolso económico de esta alternativa, en cierta medida sea ya terapéutico, no obstante, que los usuarios/as valoren cuestiones como, intimidad, atención, escucha, dedicación, información, personalización... apunta a, la situación actual de deterioro en el sistema público y de la atención prestada.

7.2 La farmacia y parafarmacia.

Constituyen otro nivel relacionado con la atención sanitaria.

Habitualmente la farmacia ha proporcionado el tratamiento farmacológico que los individuos han necesitado, previa indicación y tutela de los profesionales de medicina.

Actualmente, relacionado también con los problemas que el sistema sanitario público acarrea, son los usuarios quienes en ocasiones demandan un producto.

La circunstancia de que sea un profesional el que se lo vende y/o le recomienda, genera una nueva situación pues en cierta medida no se percibe como auto-medicación o, auto-atención pues ha precisado de otro intermediario y profesional.

Así mismo, que los medios de comunicación permitan la publicidad medicamentosa y, el acceso “libre” a los fármacos, previo pago, ha restado autoridad al facultativo, pues por un lado no se precisa la autorización a través de receta (hasta hace no tanto tiempo era así, actualmente hay ciertas restricciones sobre todo para antibióticos) no se pierde tiempo en ello, y se ha difundido la existencia de productos definidos para cada síntoma o proceso, avalado todo por un “vendedor profesional” simplificando y facilitando el acceso medicamentoso o producto, por lo que estas alternativas asistenciales, se sitúan como uno de los primeros recursos usados por la población tanto mayoritaria como gitana.

Estos recursos pueden ser utilizados tanto con fines preventivos como curativos.

Solo cuando se percibe gravedad en los procesos, no constituyen primeras opciones de uso por la población.

Por otro lado en relación a la farmacia se presenta un problema de base relacionado con obligatoriedad de prescripción por principio activo, los continuados cambios de laboratorio determinado por cuestiones economicistas, repercuten negativamente sobre el estado de salud de la población, al encontrar duplicidad de tratamientos (en pacientes con manejo dificultoso del régimen terapéutico, no saben leer, etc.) variabilidad en concentración de principios activos y otras cuestiones, que determinan cumplimiento sesgado de tratamientos, siendo esta problemática compartida por el resto de población con similar situación.

Extracto entrevista, Mayo 2013 (us Julia MG- 045)

“Yo la verdad es que no tengo para ir al herbolario, pero si pudiera pues iría porque tienen un montón de productos para que estés bien o para recuperarte, si estas cansada o no duermes y son todos naturales, vamos, que no son medicinas... incluso te controlan más que en el medico... te ponen dieta, te pesan todas las semanas... el problema, pues ya se sabes... que no hay dinero”.

Extracto entrevista, Enero 2009 (us Celia MG- 029)

Yo sé, que lo que ya anuncia la tele no lo receta el médico, pero yo le pregunto y si va bien me lo compro... a veces tampoco me fío de todo lo que venden, pero si hay algo que no sean tan medicina y que te sirva lo mismo, pues ese quite que le quitamos al cuerpo, que ya tomo bastantes pastillas...

7.3 El curanderismo.

Esta alternativa constituye otra de las opciones terapéuticas que los individuos utilizan para la recuperación de la salud, a diferencia con el resto de recursos planteados en este trabajo, es que es el único que suele tener solo una acción curativa, no hemos podido evidenciar el uso del mismo con fines preventivos.

Así mismo como posible itinerario para la recuperación de la salud, la oferta curativa, aborda afecciones diversas, teniendo para algunas su propia taxonomía como el mal de ojo, sin que ello excluya enfermedades “clínicas”.

La práctica de esta actividad, es competencia de un grupo reducido de personas y, que pueden realizar este tipo de sanación.

El trabajo de campo realizado nos ha acercado a estas sanadoras y en cuyas entrevistas han descrito aspectos relacionado con el origen de su actividad, al tener en su historia de vida alguna situación excepcional como, haber nacido en un día religioso concreto, experiencia cercana a la muerte, estar dotadas/os de “gracia, traspaso o herencia de la misma por vía directa, madre o padre.

Suelen abordar diferentes problemas de la salud, los que no abordan o no se curan, son los que suelen ser “incurables”.

En ocasiones abordan problemas ya definidos como incurables y, que la población ya sabe, cuando alguno de estos problemas remite, genera un gran triunfo que se difunde y genera nuevos adeptos.

No obstante las situaciones de desesperación, de impotencia de las familias e individuos ante problema de salud relacionado con agotamiento de los recursos disponibles, no aceptación de los procesos, etc. determina que la población peregrine por las diferentes alternativas buscando la recuperación de la salud, independientemente de compartir o no la confianza en el recurso según se desprende de sus entrevistas, al manifestar que cada recurso supone una posibilidad de dos (puede ser resolutivo o puede que no)

Extracto de entrevista a curandera, Marzo 2007: M^a Morena (CR-MNG-02)

“Bueno yo me di cuenta de chica ya, que tenía esta gracia...

Yo no hice nada especial, pero supe que podía curar.

Yo nací el día del Señor...

Solo hay tres días al año que relucen más que el sol, Corpus Cristi, viernes Santo y día de la Ascensión...

Tú no sabes a la de gente de todos sitios que he curado...gitanos, no gitanos, han venido de todos sitios, hasta médicos... si, si y enfermeros.

He curado de todo, de todo... lo que más curo son las culebrinas... yo no le pongo nada, mi gracia no le pongo nada, ni pólvora, ni tinta china ni nada de nada.

Yo solo tienen que venir a mi casa... encima no voy a ir yo a domicilio.

Vienen a mi casa a una hora que yo les diga, suele ser por la mañana temprano antes que salga el sol... les digo como se preparan, yo les veo la culebrina, mientras le estoy rezando unas cosas... no, no las digo... y le hago una cruz, voy haciendo cruces con mi saliva.

Eso se lo hago tres días seguidos... si... al tercero ya se quitan.

Sí, me pagan, bueno yo no les digo que me tienen que dar tanto... yo le digo, la voluntad...

El resto de cosas no las curo con saliva, pero las curo haciendo otras cosas... depende de lo que sea, dolores, no dormir, verrugas, en fin..."

Estas prácticas requiere de la participación y presencia del paciente, aunque en ocasiones excepcionales, se difieren los tratamientos sin ver al afectado/a, pero sin garantizar el éxito del tratamiento.

Entre las afecciones más demandadas para este recurso destacan el tratamiento de la "carne cortá", las culebrinas, el mal de ojo, las verrugas, los nervios, dolores diversos... Para no sobrecargar este texto se adjuntan en anexos, algunos de los tratamientos a través del curanderismo a los que hemos tenido acceso directo.

Ninguna de las cuatro curanderas locales que hemos conocido y entrevistado durante este trabajo, ha referido pertenecer a la comunidad gitana, una quinta curandera pertenece a población gitana pero no se ubica en la localidad ni hemos tenido ocasión de entrevistar.

La utilización de este remedio tampoco constituye una especificidad cultural, su uso depende de las necesidades de la población y de las respuestas que estos generan.

Así mismo, la población combina y simultanea las diferentes alternativas existentes para el mantenimiento y recuperación de la salud, sin que estas constituyan especificidades culturales, usando más, aquel que da más prestaciones y, es más accesible.

Extracto entrevista, Julio 2006: Eduarda (us MG -007)

"Yo no me ponía ni mala... he sido muy fuerte, he criado a mis hijos y no he tenido nunca nada... Antes es que tampoco había médicos así que te apañabas como fuera... con los remedios de siempre, no había ni pastillas, ni anestesia ni nada... tu veras. Mira los dientes que tengo tan duros, no me falta ninguno y es porque me los serraron de chica una vez que se me pusieron malos, lijaron a sangre fría.

Las niñas querían llevarme al médico del corazón pero ¿para qué? todos te dicen lo mismo... así que me tomo las pastillas y ya está.

Yo lleve a mi José al médico a lo que había antes, pero te costaba el dinero... y luego no podían saber que le pasaba al niño...

Se moría a chorros... porque le dio mal de ojo, pero al final se lo tuvo que curar la Elisa y si no lo llevo se muere, los médicos no curan eso, porque no lo creen. ¿Cómo te lo van a curar si no se creen lo que tú les dices?

A mi niño se le hundió la mollera...dejo de comer, ni lloraba... dijo lo que tenía que hacer y el niño se curó...

Lo que pasa es que ya estoy malilla, desde que me dio la tensión...

Con lo que he trabajado, en el rio, lavando, para mis niños...me los tenía que dejar solillos...

¿Y cómo no te cura a ti lo de la tensión?

Pues porque eso no lo curan, para eso me tomo la pastilla del médico.

La Elisa tiene la gracia y te cura lo que cura, el mal de ojo, pero la culebrina y las verrugas las cura la María Morena, pero no todo el mundo cura todo, porque la carne cortá la cura la de Paulenca...

Ninguna es gitana, pero que va todo el mundo sea payo o gitano...

Claro que te cuesta el dinero, pero no tanto como un especialista.

De todas formas hay cosas que lo médicos no curan, a lo mejor ellas tampoco pero te lo dicen...Con la mujer de mi Antón cuando se puso malilla la vieron un montón de médicos, primero que no tenía nada y luego venga hacerle cosas...

Cuando la vio la María Morena le dijo que lo que tenía era malo, era una hembra... de la enfermedad, por eso no se iba a curar, si hubiese sido un macho se la podría curar porque no se multiplica..."

Extracto entrevista profesional sanitario: Junio 2007: Loto (PS-21 VNG)

"Si, si, aquí hay mucha gente dada a usar los remedios curanderos, luego cuando el remedio no funciona vienen con las prisas...

A lo mejor han estado poniéndose no se qué para la culebrina y cuando está infectada y ve que no va... viene entonces de urgencia... ya no pueden esperar... o lo mismo ocurre con el privado. Mira lo que le paso al Juan Pedro, cuando vino traía unos puparrones, infectada, para que te voy a decir... creo que lo habían curado con pólvora, unas quemaduras..."

Extracto de entrevista a curandera, Febrero 2004: Elisa (CR-MNG-03)

Yo curo el mal de ojo... lo he curado de siempre... un día estaba con mi padre en el campo, yo soy de un cortijo... un día estaba en el campo y mi padre me dijo que paso algo... yo ni me acordaba.

Había un pajarillo que había caído en un trampa y estaba muerto, yo que era una niña lo saque le quite la trampa y me lo puse en la mano y el pájaro salió volando... mi padre que estaba allí me dijo que tenía la gracia...

Cuando viene la gente pues yo la curo...

Primero miro a ver si es mal de ojo lo que tiene y si es, pues le digo lo que tiene que hacer... a veces a cada uno le sale de una manera...

No hace tanto que he curado uno... curo tanto a los gitanos como a los no gitanos...

Los médicos no pueden curarlo porque esto se cura con la gracia y los médicos saben, pero no la tienen y tampoco se lo creen...

Extracto entrevista, Julio 2006: Eduarda (us MG -007)

Supongo que es como todo, cuando uno está desesperado pues hace cualquier cosa... A mi marido lo curé cuando los médicos dijeron que no podían hacer más, le dio tétanos, estuvo tres años malo... me lo lleve a mi casa lo llevé a esta mujer que tiene la gracia y con perdón, lo curó con su porquería y ceniza... se la ponía en la pierna con papel de estraza y liado. Aunque no te la creas, pero si ha y una posibilidad de que funcione pues uno hace lo que haga falta, ¿no? Y si luego no funciona, pues al menos lo has intentado todo... El que quiera creerlo que lo crea y el que no pues que no crea... la desesperación es muy mala...

7.4 La Auto-atención.

Este aspecto constituye el primer nivel de atención que usan los individuos ante cualquier proceso, alteración de la salud o como medida preventiva.

No genera habitualmente competencia con otros recursos, pues se basa en acciones personales habitualmente y sin participación externa.

Suele llevarse a cabo en el contexto familiar al ser el hogar el nivel de cuidados elemental, siendo estos prestados habitualmente por las mujeres y, relacionado con ser tradicionalmente las cuidadoras.

La autoatención dependiendo de las causas que active la misma incluye, desde prácticas relacionadas con medidas higiénico-dietéticas (posturales, ingesta controlada o abstinencia) medidas psicológicas (distracción mental, recursos religiosos, relajación, control mental) métodos o remedios tradicionales (brebajes, ungüentos, infusiones) automedicación...

Nota de campo Centro de salud, 2005

Durante semanas hemos tenido en el tablón de anuncios puesto el método de control de la jaqueca, los compañeros lo habían colgado con una nota como dispositivo para la jaqueca (era un haba seca).

Un sábado atendimos una mujer que llegó por urgencias, nos resulto muy llamativo porque atendimos una jaqueca de días de evolución que al final resulto ser una crisis hipertensiva y, acudió a urgencias con un pañuelo atado a la cabeza, cuando se lo quitamos llamó nuestra atención que este

sujetaba un haba seca en la frente. Nos conto que como remedio tradicional para el dolor de cabeza en su casa siempre han utilizado un haba en la frente sujeta con un pañuelo fuertemente atado.

Para conseguir el método fuese efectivo el haba debía ser hembra, ya que en caso contrario no funcionaría... dado que tras días de dolor no desaparecía, optó por acudir a urgencias.

8. RELACIONES.

El rasgo más llamativo lo constituye el que la comunidad gitana local, se percibe a sí misma y se identifica particularmente con su red familiar, que trasciende el territorio y el tiempo, suelen describirlo en clave de “raza gitana” diferenciando y definiendo esta categoría a las diferentes familias gitanas, estableciendo tantas razas gitanas como redes familiares o linajes según otros autoras (San Román, 1976) y, que definen a los distintos grupos de parentesco.

La auto-percepción de de la población gitana se evidencia en determinados ámbitos y con matices diferenciados.

Nos ha llamado la atención que a su vez, la población gitana local establece dos categorías poblacionales, que la segregan básicamente en dos grupos, gitanos-as/payos/as, incluyendo en la categoría de payo/a el resto de diversidad poblacional.

El uso de la palabra “castellano” por la población gitana para designar a los individuos que no pertenecen a su comunidad, no es homogénea ni generalizada, estando más relacionado con una sub-categoría en cuanto a significado de la misma, teniendo una connotación menos peyorativa que “payo/a”.

8.1 Relaciones con iguales:

La población gitana local se percibe e identifica como “gitanos/as” al mismo tiempo que con matiz diferenciado del resto del colectivo gitano local, se perciben como grupo pequeño respecto a la mayoría, aunque desconocen su representación local, así como de otros aspectos que pueden competirles como grupo.

Rara vez hemos encontrado alusión al resto de población gitana provincial, comunitaria o nacional como grupo de iguales, no hemos percibido una identificación específica o conciencia grupal, como comunidad gitana nacional, más allá de las redes socio-familiares.

Solo a través del “culto” hemos podido percibir, ese rasgo como colectivo, estando más relacionado con aspectos individuales de afrontamiento, de colaboración entre los

miembros evangélicos, que de movimiento asociativo y/o reivindicativo de la comunidad gitana local.

Así mismo, el rechazo a la identificación de iguales, de otro colectivo como la población rumana local, ha sido frontal, relacionado con que vinculan al colectivo con aspectos negativos que no comparten.

Extracto de entrevista, Julio 20007: Antonio (usVG 021)

Si la verdad es que últimamente se ve mucha gente de esa... si rumanos, si. Dicen que son gitanos, pues si lo dicen, pues lo serán... pero no tienen nada que ver con nosotros, no son como nosotros...

Porque no son iguales que nosotros, tienen otras costumbres... no son buena gente, no ¿me comprende?

Se nota que no son como nosotros.

Aquí hay otras razas de gitanos, estamos nosotros que somos ratones, están otros que son canutos, peretes... aunque con algunos no nos llevemos... no se trata de ser superiores, te respetas y ya está, pero cada uno de su raza...

Bueno yo me gusta ser más de la raza de los ratones... aunque la otra también es... no me gusta tanto... me gusta más ser, esta parte de mi madre.

Pero los otros, los de fuera, esos no son gitanos de los nuestros...

8.2 Las redes familiares.

Las redes familiares gitanas constituyen, para los miembros de esta comunidad, una estructura intrafamiliar de apoyo económico, logístico, residencial, etc. en cierta medida se genera un deber, donde la prestación de ayuda puede regular la intensidad relacional y de la que se espera cierta reciprocidad si la situación se invierte, o se demande devolver el apoyo prestado, sin que podamos afirmar que constituye especificidad cultural.

Esta obligada relación de ayuda planteada como vinculante (San Román, 1976) la hemos observados para las relaciones, padres, hijos y hermanos, flexibilizándose esta, conforme se distancia el parentesco. Sin embargo, encontramos una red de apoyo familiar solidaria con relaciones cambiantes que como manifestábamos en el capítulo sobre demografía, en ocasiones los lazos parentales sufren un proceso de acomodación a los roles desempeñados, siendo alternantes e intercambiables.

Este mecanismo de colaboración permite, la mejora de la situación o problema y, por otra parte, impide o limita que determinados miembros salgan de la red familiar colaborativa o, puedan desvincularse de esta dinámica, ante la necesidad de

corresponder a la ayuda previa prestada, directa o indirectamente, generando también un complejo sistema de lealtades.

En determinadas ocasiones, la prosperidad de determinados miembros, sobre el resto de la red o colectivo, permite relativizar cuestiones vinculadas a la “tradicición”, evidenciando el acomodamiento de los roles de esta comunidad a las situaciones acontecidas.

No hemos encontrado diferencias significativas para establecer la preferencia por una red familiar específica matri o patrilineal en cuanto a la relación de ayuda intrafamiliar, en este trabajo hemos observado que, depende más de los recursos familiares disponibles. Es posible que en cierta medida, esto determine el que no encontráramos grandes diferencias entre la misma red familiar y sin que, lo podamos generalizar.

Dada la heterogeneidad de esta comunidad, hemos encontrado también familias con perfiles diferenciados y prósperos, estando relacionado con mejor acceso a los recursos, mejores condiciones socio-económicas, laborales, de vivienda...

Los vínculos en esta comunidad son intensos, ligados al nexo parental, al ser un grupo endogámico mayoritariamente, reforzando y garantizando las uniones constituyendo esta misma situación, un inconveniente para deshacerlas en caso de, desavenencia matrimonial y sin que constituya un impedimento absoluto.

Las condiciones socioeconómicas insuficientes, vivienda deteriorada, escasez de recursos, etc, actúan como desencadenantes del hacinamiento y obliga a la convivencia conjunta que, resalta la intensidad de las relaciones.

Los lazos familiares se hacen más patentes o manifiestos cuando, interfieren individuos o población externa, activando el reagrupamiento de esta población frente a lo ajeno.

No obstante, a pesar de la intensidad de relaciones, las redes familiares no están exentas de conflictos determinando en ocasiones el exilio de parte de sus miembros, ocurriendo en casos extremos un desenlace mortal y, sin que esto constituya una generalidad colectiva.

A pesar de la intensidad de relaciones y de la aparente alta consanguinidad existente, no hemos encontrado categorías diferenciales para clasificar el parentesco en función de criterios matri o patrilineales, solo determinados matices, roles específicos, prácticas

que condicionan el parentesco, como también apuntan otros autores, la proximidad parental no siempre coincide con la proximidad social (Lagunas, 2001).

Nota de campo Septiembre 2003:

“Tras los acontecimientos ocurridos en los que una mujer ha perdido la vida, se percibe una situación tensa en la población gitana, sobre todo en las familias implicadas, pues en cierta medida parece como que se responsabiliza de forma general a la red familiar...

Un vecino no perteneciente a esta comunidad Paco (VNG-014) me comentaba que *“la verdad es que estas cuestiones aunque el otro este huido, las resuelven entre ellos... ya lo encontrarán...”*

Me ha llamado mucho la atención que parte de las familias se marcharan y otros miembros no, aunque supongo que dado el entramado familiar en algún punto el parentesco no se considera tal.

Las cuestiones narradas determinan, una mayor intensidad en las relaciones de esta comunidad, más evidentes para la población mayoritaria en los acontecimientos vitales y participativos de esta comunidad como, matrimonios, nacimientos, celebraciones, enfermedad, óbitos o disputas.

8.3 La relación de pareja.

Tanto en las relaciones familiares como conyugales, las mujeres gitanas han sido representadas supeditadas (Ardevol, 1986) a los varones de las familias, recluidas al ámbito doméstico y excluidas de las relaciones, vida pública, en nuestro trabajo, hemos podido evidenciar que las mujeres gitanas locales no están más recluidas al ámbito doméstico que las mujeres no gitanas, que sean más débiles ni inferiores, no hemos encontrado que esto constituya una especificidad del colectivo gitano, sino que se relaciona con sociedades patriarcales, desigualdades de género, donde la presión y control sobre la mujer no difieren de un colectivo a otro.

Hemos encontrado mujeres gitanas trabajadoras, fuera y dentro del hogar, desarrollando actividades que reportan ingresos para la familia, talleres educativos, actividades agrícolas, jardinería, mantenimiento, tareas domésticas y otras, además del cuidado familiar.

Los diferentes roles desempeñados por las mujeres gitanas han sido descritos (Fonseca, 1995) evidenciando su papel en el ámbito interno y externo (San Román, 1976) estos aspectos confieren a este colectivo cierto movimiento, determinando una dinámica cambiante (Gamella, 2002) donde el papel de las mujeres gitanas es fundamental.

La soltería no es una opción, no hay un rol definido para los/as soltera/os gitanos/as. En general la soltería, no suelen estar bien vista, en el caso de los varones suelen aludir a las dificultades para encontrar una mujer “apropiada” en el caso de las mujeres que se mantienen solteras, suele subyacer la percepción de cierta “tara” o anomalía.

Aunque en el capítulo de demografía ha quedado perfilado el matrimonio, queríamos añadir algunos datos para ilustrar el análisis cualitativo de los discursos de la población.

La temprana edad de entrada al matrimonio, sobre todo para las mujeres gitanas, constituye un rasgo cultural de este colectivo, relatado por otros investigadores (Ardévol, 1987; Gamella, 2000) y, relacionado con la exigencia de la virginidad de la novia, el cambio de estatus de los cónyuges y el acceso a las relaciones sexuales.

En nuestro estudio, la edad más común de entrada al matrimonio para las mujeres gitanas, han sido en torno a los quince, dieciséis años. Ha habido algún caso con trece años y otro con treinta y ocho y, alguno de los caso no ha estado exento de conflicto, relacionado con la juventud de la novia.

Esta temprana edad de casamiento determina a su vez, noviazgos extremadamente cortos, condicionado en cierta medida con la edad de los varones, que suele ser con diferencia significativamente mayor que la edad de la mujeres, pudiendo condicionar esto, la agilización del casamiento.

Excepcionalmente hemos encontrado alguna situación donde la diferencia de edad en la mujer es significativamente mayor que la del varón.

Encontramos mujeres pronatalistas con largos periodos genésicos, hemos encontrado mujeres que han sido madres con catorce años y, mujeres que han sido madres con cuarenta y cuatro años.

Las mujeres gitanas, suelen referir que “*se casan*” con el varón que le saca el pañuelo, identificando a este como su marido, al que justifica públicamente, su virginidad y con independencia de que hayan formalizado oficialmente la relación.

Hemos encontrado que este primer “esposo” representa un valor añadido sobre el resto de parejas y, sin que ello convierta en el más importante en la relación de las mujeres gitanas cuando, tienen más de una pareja o maridos.

Así mismo la diversidad existente en cuanto a la ceremonia, rito, boda... permite que las familias y parejas, adapten sus recursos de forma que el objetivo, la virginidad de la novia y el honor familiar queden compensados, al margen de otras variables que pueden intervenir.

Sin embargo relatan que “*se juntan*” para el resto de relaciones o parejas, cuando se dan reconstrucciones familiares o lo que denominamos en este trabajo como monogamias seriadas, dado que a veces hay dos, tres matrimonios sucesivos con sus descendencias.

Estos varones son identificados también como “maridos” tanto por la mujer, por la familia como por el colectivo, al margen de la formalización documental, con los matices y significados implícitos, de quienes comparten un sistema de valores concreto.

La exploración sobre las pautas de sexualidad de este colectivo apuntan a que no suelen utilizar el preservativo, solo ante determinados casos puntuales relacionados con enfermedad han descrito el uso del mismo, siendo en menor medida usado como método anticonceptivo relacionado con la preferencia de otros sobre este, con independencia de la fiabilidad.

Extracto de entrevista, Agosto 2014: Antonio (us.VG 00X)

“Prima... para entenderlo tienes que remontarte a los antiguos, arrastramos un lazo, aunque no nos toquemos nada... solo cambia el tono de prima... para los gitanos la prima, tiene... significa eso, que no es lo de la familia... ¿tu sabes?

Bueno te puedes casar con tu prima, pero en realidad son los padres los que se tocan... nosotros nos hemos criado hasta separados, no nos conocíamos siquiera... bueno de niños sí, pero ya de grandes no...

La virginidad de la novia es algo nuestro, si una gitana no es virgen, es que no ha respetado a la familia... luego ya es diferente... si tiene otros maridos... y eso no quiere decir que ya sea una mala mujer... porque su honra ya la enseñó...”

Los gitanos cuando nos casamos, pues no vamos como las gitanas ¿entiendes? Bueno el que es muy jovencillo que aun no le ha dado tiempo a salir y a entrar, pues sí...

Lo que pasa, es que los gitanos tienen relaciones con payas, pero cuando quieren formalizar una familia buscan una gitana, es que las gitanas para eso son más...con su respeto, si más formales... es decir como que con una paya pues no tienes seguridad de que otro...

Te puedes casarte con una pariente, es preferible y es mejor, yo no lo veo mal, porque conoces a la familia..."

Por tanto, no hemos encontrado como especificidad cultural que la mujer gitana como refería (Okely, 1995) deba permanecer con el mismo hombre toda la vida, la complejidad de las relaciones humanas no es patrimonio de un colectivo dado y, la reconstrucción familiar tampoco.

Hemos encontrado que, los varones narran la preferencia matrimonial entre parientes, posiblemente relacionado con la confianza que conlleva el lazo parental en cuanto a exigencias, lealtades y patriarcado, que vincula en cierta medida a las mujeres gitanas a la subordinación, impidiendo la emancipación y justificado o traducido en rasgos culturales como (Wang, 1990) ha referido: "Todo parece estar decidido para ellas por los demás, por los suyos... como si no cupiese la menor inflexión de espontaneidad innovadora en su conducta, conformada por la tradición a la voluntad de los varones y al respeto de las leyes no escritas, difusas pero incuestionables" (p.53-55) y, a diferencia de las mujeres que refieren lo contrario.

Así mismo, la virginidad de la novia gitana y su demostración pública configura más que un acto personal, individualizado, determina un acto social, más identitario, a través del cual, el reconocimiento público del prestigio, de la honra familiar, acorde a la "tradición", constituye por otro lado, cierta estrategia de resistencia asimilacionista.

8.4 Los hijos.

Los hijos suelen llegar pronto, concibiéndose en torno al primer año de casamiento de la nueva pareja, dado que la consolidación del matrimonio (San Román, 1976) se establece con la llegada del primer hijo. El uso de métodos anticonceptivos en este periodo no se plantea, puesto que el objetivo de la unión es la descendencia.

La maternidad se concibe como un rol deseado y esperado, que además, empodera a las mujeres, estando relacionado con el sexo y número de sus descendientes y, donde todo el periodo fértil de la mujer gitana es subsidiario y válido para concebir.

En ocasiones la prole aumenta, determinado por el deseo de engendrar varones, ya que se otorga una mayor y mejor valoración social al varón respecto a la mujer ya comentada anteriormente.

El control de la natalidad suele recaer en las mujeres gitanas, al ser quienes disponen los métodos de control natal, ya que habitualmente los varones usan más el método natural. Durante los periodos inter-genésicos la prolongación de la lactancia materna se establece como método de control, aunque no siempre es efectivo.

El control natal con anticonceptivos orales es un recurso para las mujeres durante cortos periodos de tiempo, aún cuando hemos podido observar que en cierta medida el fracaso en el uso de este método está vinculado al gasto económico que supone y a la escasez de medios económicos de las usuarias para su adquisición.

Métodos definitivos, como la ligadura de trompas o el método Essure, son usados con relativa frecuencia por las mujeres gitanas, sin que se haya podido evaluar el impacto del mismo.

Por otro lado, cuando la esterilidad es previa a la descendencia, se interpreta en clave negativa “*cuando un mujer está seca...*” en el caso de los varones “*se ve que el hombre no sirve...*” como lacra personal en cuanto a roles, y lacra social ya que priva al grupo de la posibilidad de nuevos miembros.

Extracto de entrevista, Mayo 2010: Nono (usVG-029)

“La verdad es que da lo mismo tener niños, que niñas... lo que pasa es que los hombres nos gustan los machos... lo mismo que a la mujeres le gustan más las niñas...

Lo que pasa también es que los hombres se valoran más que las mujeres porque son varas... se valoran más por los contrarios y las peleas... es mejor tener hombres para que uno, no este solo... mide fuerza ¿sabes?

Los niños son varas... y las niñas ruinas...el niño cuando se casa y si a veces no va bien... pues se viene a la casa del padre, pero si es al revés... eres tú, el que tienes que ir por la niña... ¿comprendes...?

La honra de la moza también la defienden los hombres y la defensa de la familia pues también...

Si se separan los gitanos... si los niños si son chicos se quedan con la madre y si son más grandes, pues con quien quieran... o si la madre no quiere llevárselos pues se quedan con el padre..."

El que cierta exista, cierta preferencia de los varones sobre las mujeres en esta comunidad, está determinado por lo descrito a través de este extracto de entrevista, no solo por la necesidad de varas en caso de conflicto sino porque al igual que en las mujeres el rol maternal las empodera, con los varones ocurre lo mismo cuando en sus descendientes tiene varones, no obstante este rasgo tampoco lo hemos encontrado como especificidad cultural, pues la sociedad mayoritaria comparte en mayor medida este criterio estando por tanto más relacionado con la sociedad patriarcal en la que convivimos.

9. OTRAS PERCEPCIONES RELACIONADAS CON LA COTIDIANIDAD.

Siniestralidad

Al igual que la salud o la enfermedad, la siniestralidad tampoco se distribuye homogéneamente en la sociedad, relacionado no solo con el comportamiento de la población frente a determinados factores, sino que otras variables inciden de igual manera en, la presentación de la misma, siendo ambientales, sociales, económicas, etc.

La alta siniestralidad observada en la comunidad gitana y durante el periodo de estudio, donde los accidentes domésticos en que los niños están implicados son frecuentes y graves en muchas ocasiones, siendo habitual las quemaduras, intoxicaciones, cortes o pinchazos, caídas y agresiones por animales, así como la alta siniestralidad en los adultos y la accidentalidad laboral, están relacionados con:

- Entorno de riesgo doméstico, debido a las malas condiciones de infraestructuras, cocinas y vivienda en general mal acondicionada, barreras arquitectónicas, viviendas inapropiadas, sin condiciones de habitabilidad, estructuras deterioradas, etc. estando relacionado fundamentalmente con déficit de recursos socio-económicos y laborales.

- Insuficiencia en el mantenimiento del entorno, insuficiente recogida de la basura, animales sueltos y sin control, infravivienda, déficit de infraestructuras y canalizaciones, agua, luz, saneamientos, barreras físicas... relacionado el peor control del entorno con la marginalidad geográfica, poblacional y déficit de recursos.
- Derivación de responsabilidades a niños (niños al cuidado de otros más pequeños y al cuidado del hogar, niños solos) relacionado con la necesidad de ayuda familiar y de atención, que se requiere cuando se tienen varios hijos de corta edad, así como la compatibilidad del trabajo femenino fuera y dentro del ámbito doméstico.
- Ciertas diferencias en la percepción de prevención/riesgos, relacionado más con peor nivel instructivo y tener que gestionar otras prioridades y necesidades no cubiertas.
- La escasez de trabajo y la precariedad del mismo, el desarrollo de trabajos sin contrato, con pocas medidas de seguridad, largas jornadas laborales, falta de cualificación al puesto de trabajo, son factores que contribuyen a esta siniestralidad. Cuando ocurre un accidente, este suele no ser considerado accidente laboral, en la mayoría de los casos se oculta, asumiéndose así ciertos riesgos, ya que puede suponer el cese definitivo de la actividad laboral con accidentalidad encubierta.
- La insuficiente respuesta institucional a las demandas de la población y, la justificación de la situación de esta en base a especificidades culturales.

Extracto de entrevista, GT-002, Octubre 2005.

“Fíjate que cuando hemos tenido el accidente de tráfico mi jefa venía conmigo en el coche, repartimos publicidad... un coche nos ha dado por detrás y me he quedado que no me puedo mover del cuello... cuando nos han atendido en urgencias mi jefa ha dicho que era un accidente... que podía estar unos días sin trabajar... pero luego como no me mejoraba me ha dicho, que no diga que es un accidente cuando estaba trabajando... Me han dado la baja normal, porque después de haber dado tantas vueltas con que si la mutua no sabe nada, que si el médico, que sí, que no...

Me han dicho que me guardan el puesto de trabajo... eso si no complico mucho... así que como voy a denunciar que no tenemos seguro ni nada... ¿que voy hacer?

Mi hermano sí que está asegurado... metes follón y te echan... nos echan a todos... dicen que somos todos iguales... temo que lo echen a la calle... así que aguantaré...”

Discusión.

No cabe duda que las diferentes instituciones públicas al servicio de la ciudadanía, se corresponden con un sistema cultural concreto, el mayoritario, ya que a través de lo expuesto en este trabajo la atención a diversidad social, no constituye una perspectiva ni forma parte estructural en las mismas, por tanto pensar que, a pesar de los discursos en cuanto a accesibilidad, igualdad y universalidad se da cobertura a los diferentes colectivos sociales, constituye cierto error.

Que determinado autores describan ciertos comportamientos como especificidades culturales es comprensible si son los resultados del trabajo realizado (Okely, 1995; Fonseca, 1995) si embargo, entendemos que corresponden a un momento dado, pero siendo dinámica la situación de la población gitana (Wang, 1990) los aspectos descritos como rasgos culturales en un principio correspondientes a rituales relacionados con la higiene, la comida (Sutherland, 1992) en nuestra investigación, no los hemos podido corroborar.

La tendencia a arrastrar un estatismo teórico de la situación de la población gitana no les ha favorecido, pues ha perpetuado la segregación y en cierta medida ha obstaculizado su progreso, contribuyendo a mantener una imagen peculiar, descrita por otros autores (Borrow, 1999; Pabanó, 1980) y que no se corresponde con la situación real actual, ya que la sociedad gitana se encuentra en situación de cambio continuado, adaptándose a las distintas situaciones y contextos y, donde las mujeres desarrollan un papel fundamental.

Es posible que la reproducción de unos estudios a otros sobre determinados aspectos de la población gitana, marcan una inmovilidad, reproducir los atributos relacionados con su forma de vida y, sin que se coteje la información, condiciona el arrastre de un discurso pasado, que no siempre corresponde con la realidad.

No hemos encontrado rituales de limpieza como diferencias culturales, hemos encontrado diferencias higiénicas que están relacionadas con la privación de recursos como agua corriente, cuarto de baño, ducha, agua caliente, etc. (pensamos que si tengo que acarrear el agua desde la fuente para la higiene y dispongo de un recipiente, es lógico pensar que me lavaré la cara, los brazos y el torso antes que los pies) lo que determina la maximización de los recursos disponibles, lo que exige un ritual higiénico, sin que ello constituya una especificidad cultural, a diferencia de algunos autores que lo plantean en clave cultural, lo sucio, lo contaminado (Sutherland,1992) estableciendo divisiones no solo corporales también colectivas, pues han contribuido a crear una imagen dicotómica (Thomas, 1985) determinada, de un colectivo frente a otro, sustentada en acentuar las diferencias en vez de las similitudes.

De la misma manera, tampoco hemos encontrado rituales alimentarios, sino diferencias en cuanto a pautas alimenticias, que se corresponden con prácticas, conocimientos, nivel de instrucción, poder adquisitivo y acceso a los recursos existentes, hemos podido constatarlo a través del trabajo de campo continuado y específico² junto, a la dependencia periódica del comedor social de esta comunidad y, sin que constituyan rasgos culturales diferenciados.

Por tanto, los aspectos descritos y relacionados con la comunidad gitana en cuanto a higiene y alimentación, al igual que en el resto de la población, las diferentes prácticas evidenciadas en este trabajo se relacionan más con los procesos adaptativos a las distintas circunstancias a las que la comunidad se enfrenta.

² En 2004 participamos en el proyecto subvencionado por CICODE, dirigido por el profesor Gamella, de unos talleres teórico-prácticos en alimentación saludable, realizados en el barrio de cuevas de la localidad, donde población gitana y mayoritaria, conjuntamente y entre otras cuestiones, elaboraron diferentes menús que posteriormente, fueron degustados por la población general en la feria local, no hubo rituales, no hubo rechazos en cuanto a preparación, elaboración y consumo de los alimentos, hubo trabajo colaborativo y consumo conjunto.

CAPÍTULO VI
INSTITUCIONES Y
PROFESIONALES/POBLACIÓN
GITANA

CAPITULO VI

INSTITUCIONES, PROFESIONALES Y COMUNIDAD GITANA LOCAL.

Para contextualizar la situación local, referenciamos datos generales que evidencian una panorámica de la situación actual (FOESSA, 2012) donde, la población en riesgo de pobreza de la Unión Europea supera los 115 millones de personas, encontrándose en situación extrema en 2010 más de 40 millones de personas.

En España, suponen 11.675.000 personas quienes estaban en riesgo de pobreza en 2010, siendo 1,8 millones los que están en situación extrema.

Estos datos vienen a evidenciar que los colectivos más desfavorecidos, como el caso de la comunidad gitana, son también los más afectados ante situaciones de crisis socio-económicas, políticas, humanitarias, laborales u otras.

Que actualmente a nivel local concurren situaciones de, empobrecimiento, desempleo, escasez de recursos, en resumen una peor situación respecto a periodos de más bonanza económica, viene a agravar la situación de la comunidad gitana estudiada.

El presente capítulo se centra en dos aspectos concretos, uno sobre la cobertura institucional a este colectivo y dos, sobre la percepción/conocimiento que tienen los/as profesionales de la población gitana local, todo sustentado en el trabajo de campo realizado en la zona¹, que ha permitido conocer tanto, los aspectos demográficos del colectivo como, otras cuestiones relacionadas con morbilidad, percepciones y expresión del proceso salud enfermedad, así como de las posible variables que pueden intervenir.

Para el primer punto, hemos accedido a las instituciones siguientes, la de salud que ha sido anteriormente presentada y cuyo abordaje constituye el hilo conductor de este trabajo, la social o comunitaria y la educativa para, indagar en los aspectos más demandados por este colectivo y, variables con las que se relacionan, así como, las coberturas prestadas.

¹ La zona de estudio, clasificada como Zona Necesitada de Transformación Social y cuya declaración se realiza, en el año 2002, previo estudio realizado por el (IESA) y que clasifica los territorios andaluces en función de la concentración de hogares excluidos y contemplando aspectos cuantitativos y cualitativos de la exclusión. Investigación realizada a iniciativa de Consejería para la Igualdad y Bienestar Social, (Orden 1 de febrero de 2006 de la Consejería para la Igualdad y Bienestar Social (BOJA nº 31 de 2006).

Para el punto dos, hemos indagado en los distintos profesionales locales, en su relación con la población gitana, recogiendo las percepciones de estos a través de sus respuestas en cuanto a la atención prestada a la población gitana local.

1. LAS INSTITUCIONES.

La comunidad gitana de estudio, al igual que el resto de la población mayoritaria, se relaciona fundamentalmente con las instituciones con presencia local, destacando, la social o comunitaria, la educativa y salud o sistema sanitario, a través de ellas describiremos la respuesta institucional.

Hemos excluido de este capítulo la institución sanitaria al quedar relatada en capítulos dos y tres de este trabajo.

1.1 INSTITUCIÓN SOCIAL: SERVICIOS SOCIALES COMUNITARIOS.

Con el trabajo colaborativo desarrollado, hemos podido acercarnos a los servicios comunitarios locales para explorar la asistencia social prestada a la población, el trabajo de campo ha permitido indagar en cómo esta prestación institucional social, aborda a la población gitana local.

En el barrio de las cuevas o ZNTS, convergen todos los problemas socio-económicos de la ciudad, relatado anteriormente y acentuándose estas circunstancias en la población gitana.

Es fundamental que para que los individuos mantengan su autonomía, no solo personal, también social, es preciso garantizar los cuatro pilares que les permitan ejercer sus derechos, tanto de vivienda como trabajo, educación y salud (Castañé-García, 2005), siendo imprescindible el apoyo institucional cuando estos son deficitarios para, paliar tanto el riesgo como la situación de exclusión social que pueden determinar.

El abordaje que los servicios sociales comunitarios realizan de la población, está sustentado en las líneas generales de dicha institución, atendiendo a programas socio/políticos (Vallvé, 2009). Además de contemplar medidas sociales comunes y generales, también se establecen medidas específicas de atención local a los ciudadanos y a las ZNTS.

Por tanto, cada institución gestiona los recursos en base a directrices generales desde gobierno central, las comunidades autónomas y corporaciones locales.

La planificación de las actuaciones que se llevan a cabo en el C.M.SS.SS.CC. (centro municipal de servicios sociales comunitarios) se enmarcan dentro de lo establecido por la Ley 2/1988 de 4 de abril de Servicios Sociales de Andalucía y del Decreto 11/1992 de 28 de enero, por el que se establecen la naturaleza y prestaciones de los servicios sociales comunitarios, estableciendo actuaciones específicas y concretas en función de las necesidades ya, para el año 2015.

Aunque las demandas sociales de la población general de la zona de estudio son similares, dado que concurren las mismas variables en la zona, apuntábamos que estas, inciden con más fuerza en la población gitana local estando relacionado con, peor situación de partida de este colectivo.

En la actualidad, no se desarrolla ningún plan específico para la atención social a la población gitana local.

Hace años y mientras las cuentas de esta institución lo permitieron, el programa de desarrollo gitano estuvo en vigor, siendo interrumpido hace años por déficit presupuestario (Vallvé, 2009) con ello cabe pensar que no se ha considerado prioritario, desconocemos por tanto el alcance del mismo.

1.1.1 Líneas de intervención de los Servicios Sociales Comunitarios locales:

1.1.1.1 Servicio de información, valoración, orientación y de asesoramiento.

1.1.1.2 Servicio de ayuda a domicilio.

- Servicio de tele-asistencia.
- Acuerdo marco de coordinación socio/sanitaria.

1.1.1.3 Servicio de convivencia y reinserción social.

- Intervenciones socio-educativas de menores en riesgo, equipo de intervención familiar (ETF).
- Programa de solidaridad. Compromiso de inserción.
- Grupo de adultos: formación y desarrollo personal.
- Programa prevención absentismo escolar.
- Convenio de colaboración menores infractores.

- Protocolo de colaboración en materia de desahucios.
- Servicio municipal de atención temprana.
- Escuela de verano.
- Programa/actividades para mayores.
- Alojamiento temporal.

1.1.1.4 Cooperación social.

- Apoyo al funcionamiento del consejo municipal de bienestar social, salud, medioambiente, educación y cultura.
- Apoyo económico a diversas entidades.
- Día de la infancia.

1.1.1.5 Otros servicios que la dinámica social exija.

1.1.1.6 Prestaciones complementarias.

- Ayudas económicas familiares.
- Ayudas de emergencia social.
- Programa de alimentos Mercadona.

1.1.2 Líneas sociales demandadas

1.1.2.1 VIVIENDA.

El 70% de la población gitana se concentra en Andalucía, Valencia, Madrid y Cataluña, residiendo el 27% de esta comunidad en una vivienda precaria o infravivienda, estando el 4% de estas estructuras sin agua corriente (FSGG, 2007) lo que viene a contextualizar la situación local en cuanto a este tema.

1.1.2.1.1 DATOS SOBRE VIVIENDA ZONA ESTUDIO.

Los datos obtenidos sobre el número de viviendas de la zona de estudio se centran, únicamente en las habitadas según el censo de población de 2012 y que desde 2002 son similares, sin que se tenga constancia exacta del número total de viviendas, relacionado con la no inscripción de las mismas en los registros y la invisibilidad de algunas de ellas al no reunir criterios de habitabilidad ni tener los permisos pertinentes.

Tabla 24: Relación de viviendas locales.

CERROS DE MEDINA	N° VIVIENDAS
Cañada del Doce	33
Cañada del Ciruelo	16
Cañada del Curilla	8
1° Cañada de la Fifa	14
2° Cañada de la Fifa	16
3° Cañada de la Fifa	6
Cerros de Medina	4
CUATRO VEREDAS	
Virgen de Fátima	25
Eras de Lara	11
E. Lara 1° Cañada	3
E. Lara 2° Cañada	17
E. Lara 3° Cañada	7
E. Lara 4° Cañada	6
Camino los Forasteros	24
Cuatro Veredas	41
4 veredas 1° Cañada	12
4 Veredas 2° Cañada	9
4 Veredas 3° Cañada	24
3 Veredas 4° Cañada	13
ERMITA NUEVA	
La Minilla	7
Tejar de los Caballeros	1
Ermita Nueva	24
Padre Poveda	7
De la Loma	3
Retama	8
Cerezo	10
Placeta de las Bacas	16
Eras de los Belenes	1
Belen	13
Cuesta del Tejar	8
Tejar de la Cucala	9
Alfarería	1
Tejar de San Miguel	6
Fuente Mejias	41
Ocre	4
Cañadas de Gracia	45
Cañillo Pitico	5
Nogal	1
Fuente Maese Pedro	26
Cuevas del Rija	4
Cañada Ojeda	45
Barranco Armero	21
Barranco Armero 1Cañada	10
Barranco Armero 2° Cañada	6

Barranco Armero 3° Cañada	4
Placeta Ocones	11
La Teja	17
VIVIENDAS SOCIALES	
Padre Llanos	45
Victoria Kent	10
Teresa de Calcuta	36

Fuente: elaboración propia a partir de datos de servicios sociales comunitarios

Del siguiente cuadro se deduce que en esta barriada existen un total de 759 cuevas habitadas, aunque otras fuentes de datos estiman la ocupación de 963, desde la explotación de estos datos no ha habido modificaciones significativas.

A fecha de 2015, se está llevando a cabo un proceso de actualización de estos informes por dicha institución, con lo que a posteriori algunos de los datos aquí expuestos pueden presentar variaciones en un futuro próximo.

A lo largo de los últimos años, la población ha seguido recuperando cuevas inhabilitadas, aunque representan una minoría esta ocupación, dichas viviendas poco a poco van sufriendo procesos de habitabilidad, por lo que algunas de ellas, acaban entrando en la red más oficial de “stock de viviendas” municipal, aunque en los últimos años, la escasez o limitación de ayudas, no ha permitido adecuar totalmente muchas de estas viviendas, a pesar de de la inversión parcial de recursos en ellas.

La circunstancia de que no estén actualizadas en registros, tiene que ver con:

- La ocupación de las viviendas en ocasiones se hace de manera intermitente.
- Ocupación de la misma por diferentes familias.
- Carecer, como apuntábamos anteriormente, de criterios de habitabilidad.

En el capítulo de metodología quedaron relatadas las características de estas viviendas catalogadas mayoritariamente como infravivienda, por los criterios deficientes que las definen.

Los siguientes gráficos presentan, las diferentes categorías en cuanto a la tenencia de cuevas, el trabajo de campo ha evidenciado un infra-registro en los datos, relacionado con procesos personales de gestión de las viviendas sin interferencia “oficial” lo que a los individuos facilita tanto la movilidad y disponibilidad residencial, exenta de trabas burocráticas y administrativas.

Tabla 25: Regímenes de Tenencia de Vivienda.

REGIMEN TENENCIA	EXPEDIENTES	% TOTAL
Cedida, Facilitada	63	6,54
Alquilada	71	7,37
Propia, pagándose	30	3,12
Propia, pagada	210	21,8
Otra forma	23	2,39
Sin cumplimentar	566	58,77
Totales	963	100

Fuente: Servicios Sociales.

Dada la situación de precariedad socioeconómica de muchas familias, determina que el acceso a viviendas sea igual de precario, recurriendo a este tipo de infravivienda por ser habitualmente, la opción menos costosa respecto a otras posibles alternativas residenciales.

Tabla 26: Régimen de Tenencia/ Tipo de Vivienda.

	EXPT.	DOMIC	PISO	UNIF	COLECT.	OTROS	CUEVA	DESCON.
CEDIDA	63		22	13	1	11	15	1
ALQU.	71		52	8		2	3	6
PROPIA N/PAG	30		15	15				
PROPIA PAG.	210		73	74		33	26	4
OTRA	23	1	4	10	4	3	1	
NO SABE	566		42	25	6	27	14	452
TOTAL	963	1	208	145	11	76	59	463

Fuente: elaboración propia a partir datos servicios sociales.

1.1.2.1.2 NECESIDADES DETECTADAS EN CUANTO A VIVIENDA.

Con la observación participante y el trabajo interinstitucional desarrollado en esta comunidad hemos podido indagar en que las principales carencias y demandas relacionadas con la vivienda tienen que ver con:

- El precario estado de conservación y equipamientos básicos insuficientes de las viviendas cuevas, constituye una de las principales carencias que de forma periódica la población demanda, relacionado con la necesidad de mantenimiento, roturas, desprendimientos relativamente frecuentes que obligan a la población con escasos medios a solicitar ayuda para recomposición o instalación de servicios mínimos.
- Insuficiente espacio útil, con relación al tamaño familiar (hacinamiento importante) las deficiencias estructurales y materiales de las viviendas e individuos, condicionan y determinan además carencia de privacidad individual.
- Carencia o deficiencia de servicios higiénicos baño y/o cocina, ambos servicios son requisito mínimo para determinar condiciones de habitabilidad de las cuevas, por lo que las demandas al respecto son frecuentes. Es usual que las conexiones provisionales de abastecimiento de agua, luz, antena de televisión se perpetúen.
- Ausencia o insuficiencia de servicios, agua, luz, saneamientos, basura, accesibilidad etc. la orografía del terreno condiciona la red de abastecimiento de servicios mínimos, al tiempo que determina un insuficiente acondicionamiento del terreno y entorno.
- Aislamiento climático, las condiciones naturales de las viviendas cueva determinan un hábitat peculiar con condiciones climatológicas aparentemente favorables ante una climatología adversa y que dista del confort, al mantener constante una baja temperatura ambiental en torno a 16°C, una alta humedad en torno al 20%-60%, escasa luminosidad natural y escasa ventilación de forma mantenida.

En condiciones generales hemos encontrado, que las condiciones de vivienda de la población gitana local son significativamente peores que las del resto de la población, insistimos en no inferir este dato a la totalidad de la población gitana local, dada la diversidad intragrupal existente en todos los ámbitos.

Es frecuente que familias residan en viviendas sin saneamientos, sin agua, donde el abastecimiento de la misma se realiza mediante goma conectada a vivienda próxima, dependiendo de la voluntad del vecino, al igual que pasa con la instalación eléctrica donde, el cableado superficial y visible conectado a la red vecinal o directamente al transformador determina, la discontinuidad y baja calidad de abastecimiento de esta, estando sujeto a cortes y desconexiones continuadas determinando una peor y desigual situación respecto al resto poblacional, al margen de los riesgos que para la salud determinan estas circunstancias.

Un esbozo de entrevista ejemplifica lo narrado.

Extracto de entrevista, Marzo 2005: Reme (us MG-030).

“El casado casa quiere... a mi me gustaría estar en mi casa... pero si no tengo ¿qué voy hacer...?”

Aunque no tenga ni mesa, ni sillas, me gustaría tener mi casa, lo que pasa es que no tenemos un duro, no tenemos donde meternos y mientras encontramos algo, no nos queda más remedio que estar en casa de mis suegros o de mis padres.

Al principio hemos estado en casa de mis padres pero luego, nos hemos ido a que mis suegros... lo que pasa también es que mi suegra tiene más sitio que mi madre, aunque vive con ellos otro hijo...

En casa de mi madre es que somos más... es que no cabemos, y yo soy la única que está casada, tengo diecisiete años.

Es que nosotros ya somos cuatro de familia, necesitamos una casa... estoy esperando a ver si me dan una cuevecilla, mi madre está esperando a ver si la del culto nos la presta aunque tenga que pagar algo y no tenga ni para comer. Me voy apenas me la den... mi marido ha comprado ya el cemento, porque la cueva no tiene ni luz ni agua pero yo me apaño... lo que quiero es que mi marido le eche un suelo de cemento para quitarnos por lo menos la tierra... sobre todo por las niñas, la chica sobre todo, para no dejarla tirada en la tierra. Le va a ayudar su hermano, a ver si la apañan porque, tampoco hay para albañil ni nada.”

Extracto de entrevista, Junio 2015: Marta (usMG 041)

“Fijate la situación, menos mal que tenemos la casa, la zona esta como tú sabes... eso no lo arreglan, siempre dicen lo mismo, para las cañadas de arriba nunca hay dinero.

Lo que ahora necesito es al niño me lo metan en la guardería, tiene trece meses, así si me sale algo puedo trabajar, el Jacinto está parado, como no tenemos ingresos y no hacemos ni declaración ni nada, ¿qué vamos a declarar...? y por eso encima al niño no me lo meten en la guardería, ya no se qué hacer.

Hace tiempo que tenemos la luz y el agua cortada, para bañarnos tenemos que estar acarreado agua para todo, para lavar a mano y todo... a estos dos niños más grandes los voy a mandar con su padre, a ver si mientras se nos apaña la situación.

A nosotros nos la han cortado por falta de pago, yo pagaba mis recibos pero últimamente no podía pagar, el Jacinto lo echaron del trabajo... ahora yo quería pagar pero no me dejan, como otros tenían luz enganchada de la mía, nos han metido a todos en el mismo saco como si fuera estafa... y sin luz y sin agua estamos, apañándonos cómo podemos...”

1.1.2.1.3 INTERVENCION EN VIVIENDA.

Las intervenciones en vivienda han tenido que ver tanto con el acondicionamiento como con la rehabilitación de las cuevas.

Solo excepcionalmente se ha realizado más en una intervención en una misma vivienda y estando relacionado con, derrumbe parcial de la misma que amenazaba la seguridad de los/as ocupantes o situación valorada como de emergencia.

El plan de Infravivienda de Servicios Sociales, vigente desde 1994, permitió:

- Mejorar las condiciones de habitabilidad e higiénicas de las viviendas intervenidas.
- Promover cursos, para la mejora de la calidad de vida de los beneficiarios.
- Realizar visitas de seguimiento durante y después del transcurso de las obras, para comprobar el estado de la familia y de la vivienda.
- Rehabilitar la vivienda para ser habilitada como dormitorios, así como demás dependencias que se consideren oportunas.
- Las actuaciones de rehabilitación llevadas a cabo mediante la subvención económica y a fondo perdido del 70% de la cuantía, a cargo de las arcas del municipio.

Número de actuaciones en rehabilitación: se incluyen Barriada de la Estación y Anejos:

Tabla 27: Cuevas locales rehabilitadas por fases.

FASES DE REHABILITACIONES	Nº REHABILITADAS
1ª fase	10
2ª fase	50
3ª fase	30
4ª fase	20
5ª fase	25
TOTAL CUEVAS REHABILITADAS	135

Fuente: Elaboración propia a partir datos S.S.

Las rehabilitaciones de las viviendas se han desarrollado a través del programa de infravivienda a lo largo de los años, destacando que este programa solo pudo dar cobertura como tal hasta 2008-09, desde entonces y hasta la fecha de este trabajo 2014, no se ha concedido ninguna nueva ayuda para la rehabilitación, al estar el programa desprovisto de fondos. Las actuaciones se han centrado en la Barriada de las cuevas (ZNTS). Su distribución por zonas ha sido la siguiente:

Tabla 28: Total viviendas rehabilitadas por zonas desde, 2002-2014.

ZONA UBICACIÓN CUEVA	Nº CUEVAS REHABILITADAS
Ermita Nueva	10
Fuente Mejías	23
Barranco Armero	16
Cañada Ojeda	13
Cañada de Gracia	10
Cuatro Veredas (comprende Eras Lara)	35
La Minilla, Placeta las Vacas y Cuesta Tejar	8
Cañada de los Perales	1
Salitre de San Miguel	1
Carrera de las Cruces	1
Camino de los Forasteros	1
Barriada de la estación	16

Fuente: Elaboración propia a partir datos Servicios Sociales.

1.1.2.2 SITUACIÓN ECONÓMICA/EMPLEO.

La situación socioeconómica de la zona estudiada se ha desglosado en grandes grupos para visualizar la panorámica local:

- Índice de desempleo.
- Ingresos familiares.
- Actividades económicas.

Pretendemos exponer una panorámica de la situación general de la zona estudiada.

Los parámetros observados difieren a lo largo del tiempo, desde el corte de 2005 ha habido un empeoramiento de la situación económica general de la población estudiada.

Tabla 29: Actividad laboral registrada de la población.

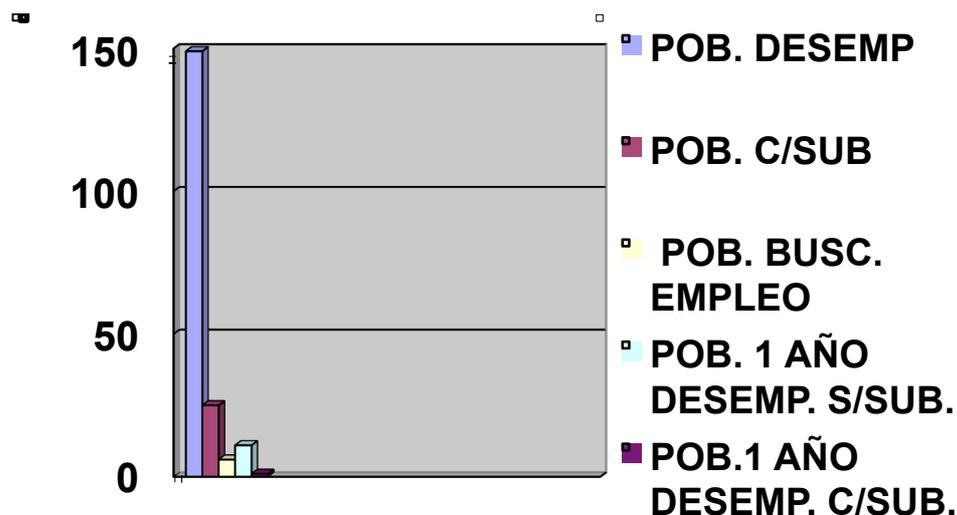
OCUPACION	MIEMBROS	% TOTAL
Trabajadores de servicios	40	1,71
Trabajadores de la industria	18	0,77
Trabajadores de la construcción	11	0,47
Trabajadores agricultura y ganadería	42	1,8
Trabajadores ambulantes	5	0,21
Profesiones no clasificadas	33	1,41
Ocupaciones liberales	4	0,17
Ocupación irregular	7	0,3
No aplicable	38	1,63
Ninguna	838	35,92
Administrativos en empresa privada	6	0,26
Empleados públicos	5	0,21
Directivos de empresas	5	0,21
Sin cumplimentar	1281	5,91
TOTAL	2333	100

Fuente: elaboración propia a partir datos de servicios sociales.

La mayor parte de la población, no tiene ocupación reconocida (838) siendo este sector de población al que van destinadas la mayor parte de ayudas públicas.

Hasta 2008, los trabajos agrícolas y ganaderos (en menor medida) eran los más desempeñados, seguidos de los sectores de servicios y profesiones no clasificadas en el sistema, donde el sector de la construcción suponía una de las líneas de sustento económico de muchas familias, dentro de la precariedad existente, dado la escasez de contratos laborales, seguridad laboral, cotizaciones, etc.

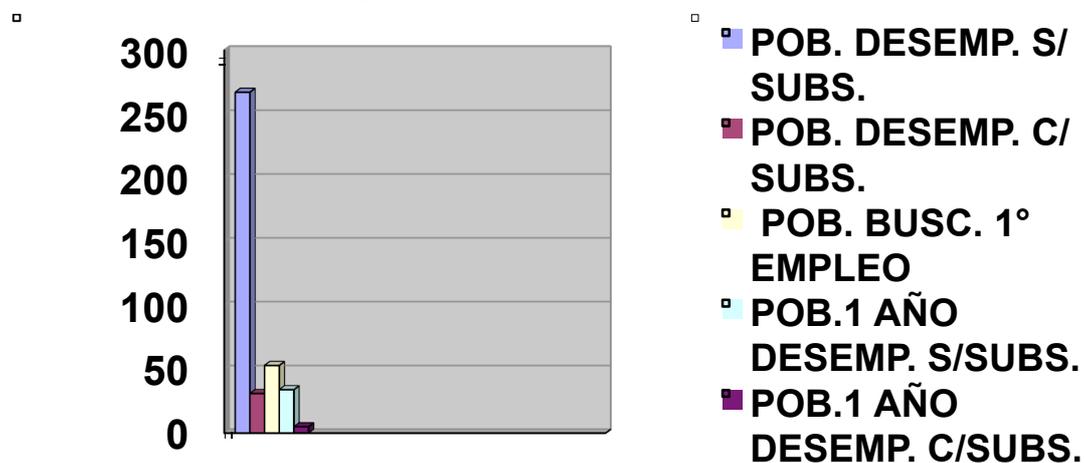
Gráfico 10: Población local desempleada, corte 2005.



Fuente: Elaboración propia a partir de servicios sociales.

Desde 2008 hasta la fecha, el índice de desempleo en la población en edad laboral ha ido aumentando. El nivel de rentas aún se ha desplomado más, procediendo estas fundamentalmente de subsidios de desempleo, programas de solidaridad y pensiones mínimas de la Seguridad Social.

Gráfico 11: Población local desempleada, corte 2014.



Fuente: Elaboración propia a partir de servicios sociales.

La principal entidad de contratación en la zona es el Ayuntamiento, mediante contratos temporales y/o colaboración social a través de programas propios y programas de ayudas de la Unión Europea, actualmente también en fase de contracción.

La situación actual de crisis, de pérdida de puestos de trabajo y la dependencia institucional ha producido cambios en los patrones del mercado de trabajo donde las tasas de actividad y de empleo para los varones y mujeres de esta comunidad no son claras, ante la necesidad de rotar las ayudas institucionales y completar las jornadas exigidas, así como agotar nichos laborales existentes.

Dado que el objetivo de este apartado es contextualizar la situación socioeconómica de la población de estudio, se han sintetizado los datos con objeto de no saturar dado que la situación social ha sido evolutiva.

A fecha de Diciembre de 2015 las prestaciones sociales por parte de los servicios sociales locales se han centrado según tabla siguiente, donde PNGT corresponde a población no gitana y PGT a población gitana.

Tabla 30: Principales actividades de los Servicios Sociales en 2015.

TIPO DE AYUDA ECONOMICA	FAMILIAS (FML)	FML. (PNGT)	FML. (PGT)
Ayuda económica familiar	40	24	16
Ayuda emergencia social	25	23	2
Ayudas a suministros	19	14	5
Ayuda a programa garantía alimentaria	100	73	27
Salario social	204	160	44
Ayuda a la contratación (decreto inclusión) (individuos)	71	42 (28 ♀) (14 ♂)	29 (15 ♀) (14 ♂)

Fuente: elaboración propia a partir trabajo campo y Servicios Sociales.

Al igual que el resto de instituciones los presupuestos destinados a educación, salud y sistema social ha ido en descenso desde 2008, relacionado con la situación actual de contracción de la economía nacional que ha determinado que otras prestaciones sociales se quedaran sin cobertura.

El reajuste al que las familias han tenido que someterse, ha condicionado la dependencia institucional para satisfacer necesidades tan básicas como la alimentación, generando un aumento en las demandas de alimentos, siendo más visible el impacto en la comunidad gitana local a través de la prestación social, reflejado en el gráfico siguiente.

Tabla 31: Ayudas comedor público 2015.

	PROGRAMA REFUERZO ALIMENTACION INFANTIL	ESCOLARES (PNGT)	ESCOLARES (PGT)
COLEGIO RUIZ DEL PERAL	18 alumnos	12 alumnos	6 alumnos
COLEGIO MEDINA OLMOS	9 alumnos	9 alumnos	0 alumnos
COLEGIO PUA	14 alumnos	11 alumnos	3 alumnos
IINSTITUCIÓN TERESIANA			
El programa comedor escolar se prolonga hasta que concluye el curso escolar.			

Fuente: elaboración propia a partir trabajo de campo, servicios sociales e institución educativa.

Tabla 32: Raciones alimentarias de comedor social local 2015.

MES	FAMILIAS	PNG	%	PG	%
ENERO	21	14	66.6	7	33.3
FEBRERO	19	11	57.8	8	42.1
MARZO	23	13	56.5	10	43.4
ABRIL	25	10	40.0	15	60.0
MAYO	27	11	40.7	16	59.2
JUNIO	32	12	37.5	20	62.5
JULIO	30	13	43.3	17	56.6
AGOSTO	35	17	48.5	18	51.4
SEPTIEMBRE	35	14	40.0	21	60.0
OCTUBRE	32	12	37.5	20	62.5
NOVIEMBRE	34	15	44.1	19	55.8
DICIEMBRE	34	19	55.8	15	44.1
TOTAL FAMILIAS	347	161	46.3%	186	53.6%
TOTAL RACIONES ALIMENTARIAS AÑO 2014				95269	

Fuente: elaboración propia a partir trabajo de campo y datos de S.S.

El cuadro anterior ejemplifica la labor social de abastecimiento de alimentos anual a la población, a través del comedor social local y que en 2014 ha dado cobertura a 347 familias de la localidad, correspondiendo casi la mitad a familias gitanas locales.

En función del número de miembros de las unidades familiares, se ha proporcionado raciones de alimentos que cubren las necesidades de desayuno, comida y cena.

Las raciones de alimentos, en gran medida, han sido retiradas del comedor social para consumir en los hogares de la población, no obstante el propio comedor facilita la posibilidad de consumir los alimentos in situ, aunque solo a medio día, dado que el comedor permanece cerrado por la noche, se les proporciona la cena y desayuno a los individuos para llevar.

Por otro lado, el servicio de comedor escolar está excluido en este recuento, por lo que los totales en cuanto a abastecimiento alimentario, son algo mayores.

Así mismo, el banco de alimentos y su distribución a través de caritas, cruz roja y otras instituciones y organismos, representan una cobertura añadida a considerar.

1.2. INSTITUCIÓN EDUCATIVA.

En general los estudios encontrados sobre la situación educativa de la comunidad gitana presenta a esta, con peores niveles educativos que el resto de la población (Liégeois, 1998) independiente del nivel comparativo en cuanto al grado de instrucción y, afectando todas estas circunstancias más desfavorablemente a las mujeres gitanas.

La situación educativa la comunidad gitana sigue caracterizándose por presentar bajos niveles educativos respecto a la población mayoritaria para mayores de 16 años (CIS, 2007) las tasas de analfabetismo siguen siendo superiores respecto al resto de la población (FSGG, 2010) y, solo el 1.6% de los efectivos mayores de 20 años estudia.

Aunque en los últimos años la situación ha cambiado, esta situación sigue siendo deficitaria comparada con el resto de colectivos sociales (Laparra et al., 2013) entre otras cuestiones, se sigue produciendo la segregación del alumnado gitano (Macías y Redondo, 2012) que repercute negativamente disminuyendo la posibilidad en cuanto a, que los/as alumnos/as superen la etapa básica escolar, relacionado con el fracaso escolar de la población gitana infantil.

Dado que el nivel educativo se relaciona con la ocupación laboral y esta, con el estatus económico de los individuos, cabe pensar que peores niveles educativos corresponderían peores ocupaciones profesionales y por tanto peor situación económica, determinando una dinámica que se reproduce y, perpetua situaciones y relaciones desiguales.

En la zona de estudio descrita como ZNTS, implica que el nivel educativo alcanzado por esta población, se corresponda con un perfil más deficitario que en el resto poblacional local.

1.2.1. Situación educativa previa: Los datos recogidos previamente, presentan una muestra de la situación educativa circunscrita, a la zona de estudio aunque son datos reconstruidos de servicios sociales ofrecen una panorámica de la situación educativa de la población de la zona, estando los datos sin segregar.

Tabla 33: Nivel educativo de la población de zona estudio por intervalos de edad y sexo.

CODIGO	6-12		13-18		19-40		41-60		61-+	
	♀	♂	♀	♂	♀	♂	♀	♂	♀	♂
11					5	5	18	14	107	40
21	114	106	25	17	80	92	94	110	147	162
22	24	35	116	111	86	70	15	19	6	3
31	4		27	19	195	190	88	126	26	30
32					1	11	1	5		
41					1	5	1	2		
42					13	12	3	7		
43				3	1					
44					5	3	2	1	3	
45										
46							2	4		

Fuente: elaboración propia a partir de servicios sociales locales. Corte 2005.

- Código 11: No sabe leer ni escribir.
- Código 21: Sin estudios.
- Código 22: Certificado de escolaridad o primaria incompleta.
- Código 31: ESO, Bachiller, graduado escolar.
- Código 32: FP1, Oficial industrial.
- Código 41: FP2, Maestro industrial.
- Código 42: BUP.
- Código 43: Titulado medio.
- Código 44: Diplomatura.
- Código 45: Arquitectura, ingeniería técnica.
- Código 46: Licenciatura, arquitectura, ingeniería superior.

Tabla 34: Distribución en porcentajes por nivel de estudios y sexo.

	NIVEL DE ESTUDIO										
	11	21	22	31	32	41	42	43	44	45	46
♀	6.75%	35.16%	24.16%	30.9%	0.66%	0.09%	2.15%	0%	0,4%	0%	0.37%
♂	3.03	34.09%	25.12%	30.97%	1.59%	0.53%	1.69%	0%	0,1%	0%	0.47%

Fuente: Elaboración propia a partir Servicios Sociales. Corte 2005

La presencia de la institución educativa en la zona se remonta al inicio del S. XX, siendo la labor evangelizadora del padre Poveda, la que permitió el acercamiento y abordaje de la población de este barrio marginal que configuraba la zona de cuevas de Guadix, fundando posteriormente la Institución Teresiana, que aunque se acogía a la titularidad religiosa como modelo de humanismo, quedó constituida como institución laica con diversas asociaciones. Actualmente el colegio lleva su nombre.

Dado que este centro no es de titularidad pública, sino que se constituye como centro de enseñanza concertada, la permanencia de esta institución en la zona depende de su financiación, dependiendo en gran medida de las ayudas europeas que han permitido la adecuación de la institución a través de las distintas mejoras realizadas en el centro y que oscilan desde:

La compra de materiales tanto didácticos, dotación material (mobiliario escolar, carros infantiles, cunas, electrodomésticos industriales) hasta la adecuación bioclimática (aislamiento térmico, revestimiento superficies, instalación sistema calefacción...)

Dado que la institución está segregada a fecha actual en tres edificios, la adecuación, mantenimiento y rehabilitación de los mismos se triplica y encarece, lo que dificulta la maximización de los recursos.

Este centro como indicamos anteriormente, se constituye como un colegio concertado, que cuenta con servicio de comedor, tanto para los escolares de preescolar como para los de primaria, lo que facilita la atención del alumnado en situación desfavorecida, de exclusión social o necesidades diversas, garantizando en cierta medida la prevención de situaciones de absentismo escolar y por tanto, favoreciendo los niveles de escolarización y aprendizaje de los/as infantes, así como cobertura mínima en cuanto a necesidades alimentarias.

El centro cuenta también con un aula de integración para alumnos que requieren “necesidades especiales” contando con un programa de compensación educativa.

Ostenta un premio de excelencia educativa expedido por el ministerio de Educación, Cultura y Deportes.

Esta institución, como anteriormente se apuntaba está subdividido en tres edificios, con ubicación diferente en la misma zona, dando cobertura a niños/as desde preescolar hasta completar educación primaria y correspondiendo cada edificio a un nivel educativo (educación infantil y educación primaria separada esta en dos edificios, uno desde primer a quinto curso de primaria y otro edificio con quinto y sexto curso de primaria).

La ubicación del colegio en este entorno facilita la afluencia de los niños fundamentalmente de la zona aunque, también acuden escolares de otras zonas y localidades. Que el colegio esté ubicado en el entorno estudiado, ha permitido el acercamiento a la realidad educativa general y del alumnado gitano.

1.2.2 Evolución educativa de la población durante periodo estudio.

Ya se ha planteado que el acercamiento de una institución o servicio a la población incentiva el uso de la misma, siendo este el caso de la institución educativa referenciada, aunque la asistencia de escolares es diversa, predominan los que residen en el entorno más cercano.

Dado que la gran parte de la comunidad gitana local reside en el entorno de cuevas o cercanías, el periodo de estudio nos ofrece una panorámica de la presencia y evolución de la población gitana infantil en la institución educativa de referencia.

Aunque esta población tiene representación en otros centros educativos de la localidad para los niveles aquí referidos, nos centramos en el ámbito estudiado.

Presentamos los datos escolares referidos a población gitana infantil y no gitana hemos desglosando la información en tablas separadas que permitan su visualización.

Tabla 35: Distribución del alumnado mayoritario en el centro educativo por año y curso.

	EI3	EI4	EI5	1ºP	2ºP	3ºP	4ºP	5ºP	6ºP	TOTAL	PROMOCIONAN	%
2002-03	10	10	8	19	16	17	12	16	14	122	10	71.4
2003-04	14	5	6	18	13	15	12	17	16	116	12	75.0
2004-05	9	10	9	13	9	10	8	12	11	114	8	88.8
2005-06	11	7	15	16	13	13	14	16	15	120	10	63.3
2006-07	23	12	12	14	22	14	18	13	22	150	14	63.6
2007-08	11	21	10	9	19	13	17	12	24	136	12	50.0
2008-09	17	10	23	10	14	13	12	12	21	132	19	90.4
2009-10	6	14	14	17	15	11	16	10	14	117	13	92.8
2010-11	17	6	16	14	20	13	12	17	12	127	9	75.0
2011-12	14	18	7	16	23	15	16	10	18	137	14	77.7
2012-13	10	15	22	7	23	21	23	16	17	154	16	94.1
2013-14	21	11	17	21	9	18	20	19	17	153	14	82.3

Fuente: Elaboración propia a partir datos institución P.P.

En la tabla anterior puede observarse la distribución de la población infantil mayoritaria que durante el periodo de estudio observado (columna de la izquierda que corresponde a los años escolares) y que han pasado por este centro educativo.

La fila superior de la tabla correspondiente a E1, E2, E3, alude a los cursos de educación infantil de primero, segundo y tercer curso respectivamente.

Las siguientes identificaciones de la fila superior 1P... 6P, se corresponden con los estudios de educación primaria, que actualmente va desde el primer al sexto curso sucesivamente.

Así mismo, puede visualizarse el total de alumnos que han promocionado por este centro educativo pasando de una etapa educativa a otra, es decir la promoción alude a los alumnos que cada año pasan al ciclo superior de secundaria en el instituto, expresado al igual que para la tabla anterior, en valores absolutos y en porcentajes.

Tabla 36: Distribución del alumnado de la comunidad gitana en el centro educativo, por curso y año.

	E3	EI4	EI5	1ºP	2ºP	3ºP	4ºP	5ºP	6ºP	TOTAL	PROMOCIONAN	%
2002-03	2	3	5	3	3	4	6	7	6	39	6	100
2003-04	1	2	2	5	5	6	5	8	6	40	5	83.3
2004-05	0	0	3	6	7	6	5	7	7	41	2	28.5
2005-06	4	3	1	6	5	5	7	10	5	46	4	80.0
2006-07	8	5	4	1	11	5	7	7	11	59	3	27.2
2007-08	6	5	5	2	2	7	8	5	14	54	8	57.4
2008-09	6	5	10	4	4	1	5	5	8	48	6	75.0
2009-10	3	5	6	7	7	2	1	4	7	42	6	85.7
2010-11	10	3	6	7	10	4	3	2	5	50	2	40.0
2011-12	6	11	3	5	11	7	7	1	2	53	2	100
2012-13	4	7	9	3	7	11	11	8	2	62	2	100
2013-14	11	3	9	9	5	7	9	8	7	68	0	0.0

Fuente: Elaboración propia a partir datos institución P.P.

El cuadro anterior corresponde, a los datos de escolaridad de la población gitana infantil del centro educativo anteriormente descrito y del periodo estudiado.

Al igual que el gráfico referido a población infantil mayoritaria, expresa los datos referidos a alumnos por año y curso escolar (columna de la izquierda de la tabla).

Se han segregado los datos en tablas diferenciadas para permitir visualizar a la población escolar y su representación por curso escolar y año.

Estas tablas permiten objetivar que la situación de los escolares en cuanto a completar el ciclo de educación primaria obligatoria es similar, así como el inicio temprano en institución educativa infantil, relacionado con la presencia de la institución en la zona y la prestación de recursos in situ, tanto educativos como sociales.

Esta panorámica nos permite observar que la mayoría de alumnos tanto de población gitana como mayoritaria, completan el periodo de educación primaria básica y no hay grandes diferencias, ni entre los colectivos, ni entre los sexos.

Tabla 37: Alumnado total y por colectivos, curso y porcentaje que representa. Periodo estudio.

CURSO	POBL. MAY	%	POBL. GIT	%	TOTAL	%
02-03	122	75.7	39	24.2	161	100
03-04	116	74.3	40	25.6	156	100
04-05	114	70.0	41	26.6	154	100
05-06	120	72.2	46	27.7	166	100
06-07	150	71.7	59	28.2	209	100
07-08	136	71.5	54	28.4	190	100
08-09	132	73.3	48	26.6	180	100
09-10	117	73.5	42	26.4	159	100
10-11	127	71.7	50	28.2	177	100
11-12	137	72.1	53	27.8	190	100
12-13	154	71.2	62	28.7	216	100
13-14	153	69.2	68	30.7	221	100

Fuente: Elaboración propia.

Aun cuando podemos observar los alumnos que cada año promocionan y pasan al ciclo superior obligatorio, no disponemos de los datos sobre los alumnos que terminan los estudios correspondientes a educación secundaria obligatoria (ESO) ni de bachiller.

De igual manera, tampoco disponemos de los datos segregados por sexo en cuanto a la presencia de alumnos/as de la comunidad gitana en los distintos IES locales.

El trabajo de campo junto a la información del centro educativo estudiado apuntan que, la representación de los alumnos/as pertenecientes a la comunidad gitana en los distintos institutos de educación secundaria (IES) locales oscilan según tabla siguiente.

Tabla 38: Estimación de los alumnos/as de la comunidad gitana por IES locales.

IES 2014	% ALUMNOS POBLACIÓN GITANA
RUIZ DEL PERAL	3.6%
MEDINA OLMOS	3.7%
PUA	2.7%
ACCI	4.5%

Fuente: Elaboración propia a partir trabajo campo y datos P.P.

Esta tabla informa de la representación de los/as escolares de la comunidad gitana en los IES (Institutos de Educación Secundaria) sin que dispongamos de datos sobre los escolares que terminan dicho ciclo. En el trabajo de campo hemos encontrado que la población actual con estudios de secundaria es una minoría, siendo la presencia de la población gitana más escasa conforme el nivel educativo es superior, desde el inicio de este estudio tres jóvenes de esta comunidad, han cursado algún estudio universitario.

2. LOS PROFESIONALES:

Para plantear la situación de la comunidad gitana local, teníamos que hacerlo integrándola e incorporando el espacio social donde acontecen las relaciones.

Si hemos planteado el papel de las instituciones con el objetivo de conocer las diferentes respuestas e intervenciones realizadas con la comunidad gitana local, debíamos de incorporar a los profesionales de las mismas con objeto de obtener una perspectiva más completa de la situación de esta comunidad, indagando en el abordaje de la atención a la diversidad desde diferentes perspectivas profesionales.

Es por ello que, se han elegido representantes de las mismas para, acercarnos a su actividad profesional en las relaciones con otros colectivos.

En el capítulo de metodología se justifica la necesidad de incorporar a estos/as, los criterios de inclusión así como, el instrumento desarrollado para acercarnos a los conocimientos, perspectivas, experiencias y prácticas de estos en el desarrollo de su actividad profesional con la población gitana local.

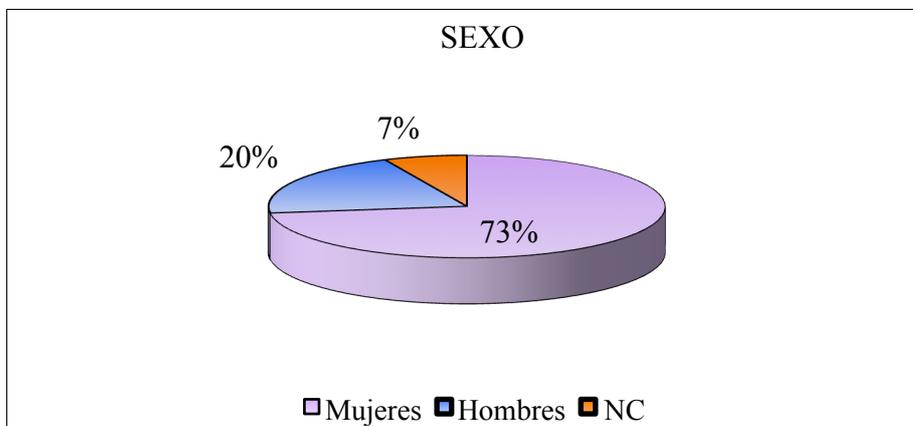
Los resultados de dicho instrumento se presentan a continuación, desglosados según las categorías encontradas.

2.1 RESULTADOS.

2.1.1 Perfil de los profesionales encuestados:

Los gráficos siguientes muestran las variables relacionadas con datos demográficos de los profesionales participantes en esta encuesta.

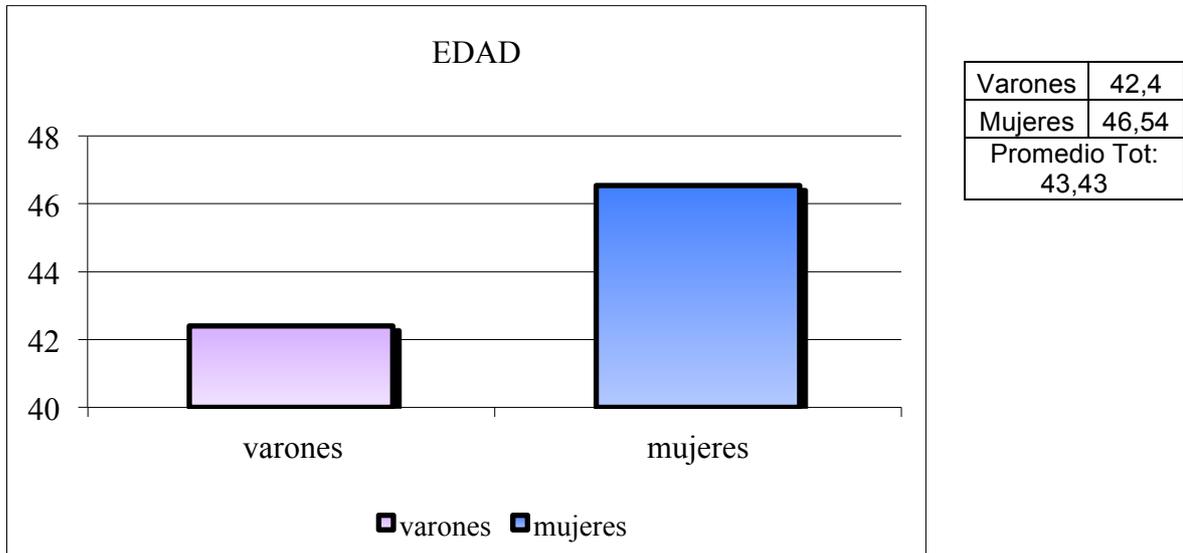
Grafico12: Profesionales encuestados/as segregados por sexo.



Mujeres	43
Varones	12
NC	5

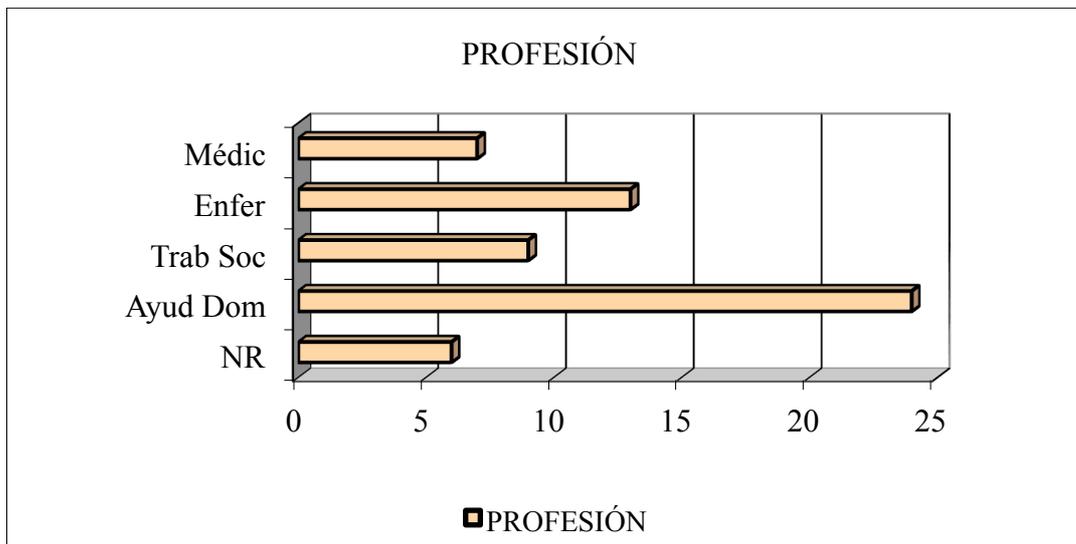
Fuente: Elaboración propia a partir trabajo campo 2013.

Grafico 13: Edad de profesionales encuestados/as.



Fuente: Elaboración propia a partir trabajo campo 2013.

Grafico 14: Profesión de los/as profesionales encuestados/as.



Fuente: Elaboración propia a partir trabajo campo 2013.

Explicación del gráfico 14: categoría de profesionales encuestados/as y número.

No responden.....	6 profesionales
Ayuda Domicilio.....	24 profesionales
Trabajadoras/es Sociales	9 profesionales
Enfermería.....	13 profesionales
Medicina	7 profesionales

FUENTE: elaboración propia a partir trabajo campo 2013.

De las variables demográficas de los profesionales encontramos que, dos de las categorías profesionales, están copadas por el colectivo de mujeres frente a varones y corresponden a, la categoría de ayuda domiciliaria y trabajo social.

El volumen diferenciado de encuestas a las distintas categorías, está relacionado con la voluntariedad de los profesionales a participar y con la limitación del volumen de profesionales que compone las diferentes categorías de los profesionales locales.

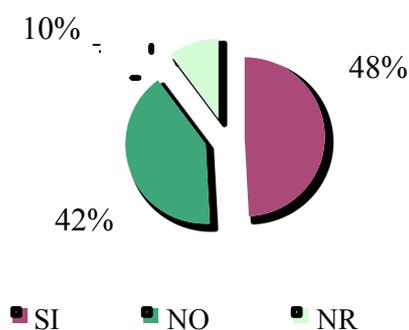
La mayoría de trabajadores/as encuestados narran, haber tenido experiencia profesional con la población gitana local.

Todos los/as profesionales entrevistados, desarrollan su actividad laboral en la comunidad de estudio.

Gráfico 15: Experiencia de los/as profesionales con población gitana.

□

EXPERIENCIA CON POBLACIÓN GITANA



Fuente: Elaboración propia a partir trabajo campo 2013.

El 48% de los profesionales encuestados refieren haber tenido experiencia profesional con la población gitana.

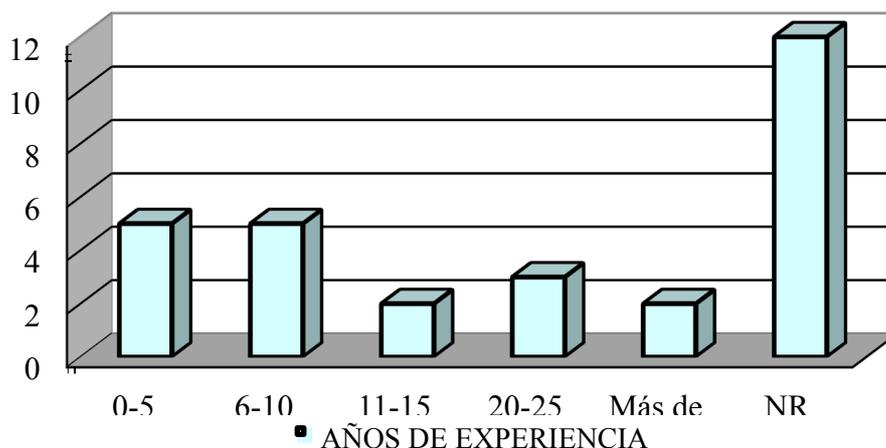
El 42% refiere que no la ha tenido experiencia profesional con la población gitana.

El 10% de los profesionales no ha respondido a esta cuestión.

Casi la mitad de los encuestados refieren, experiencia laboral de varios años con la población gitana.

Grafico 16: Años de experiencia de los profesionales con población gitana.

□



Fuente: Elaboración propia a partir trabajo campo 2013.

2.1.2 Percepción de los encuestados/as sobre demografía del colectivo:

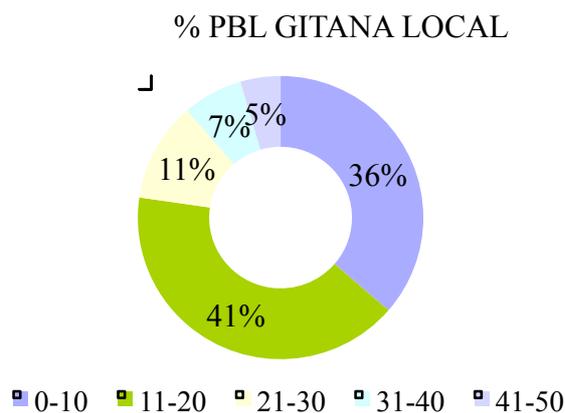
En esta cuestión, los/as entrevistados/as en general tenían un conocimiento bastante real de la estimación de la población total del municipio.

El 90% de los encuestados estiman a la población total entre 18000 y 20000 habitantes.

Las estimaciones del volumen de población gitana, por los encuestados, no eran claras.

Aunque los/as profesionales se decantan por indicar un porcentaje, en la entrevista se percibe el desconocimiento del dato, por lo que algunos, se han “aventurado” por indicar, según nos comentaban en la encuesta, un porcentaje que pareciera acorde respecto a la población mayoritaria.

Gráfico 17: Percepción de profesionales, estimación de la población gitana local.



Fuente: Elaboración propia a partir trabajo campo 2013.

Explicación gráfico anterior:

Los/as profesionales entrevistados, es decir, 16 de ellos, estiman a la población gitana entre el (0-10 %) respecto de la mayoría, correspondiente al 36% del gráfico anterior (rosco).

Los/as profesionales entrevistados, es decir, 18 de ellos, estiman a la población gitana entre el (11-20%) respecto de la mayoría, correspondiente al 41% gráfico anterior.

Los/as profesionales entrevistados, es decir, 5 de ellos, estiman a la población gitana entre el (21-30%) respecto de la mayoría, correspondiente al 11% gráfico anterior.

Los/as profesionales entrevistados, es decir, 3 de ellos, estiman a la población gitana entre el (31-40%) correspondiente al 7% del gráfico anterior.

Los/as profesionales entrevistados, es decir, 2 de ellos, estiman a la población gitana entre el (41-50%) correspondiente al 5% del grafico anterior.

Los/as profesionales perciben por sus respuestas una súper-representación de la comunidad gitana local. El 65% de los encuestados/as que contestan a la pregunta estiman, que la población gitana local representa entre el 11-50% respecto a la población mayoritaria.

De los profesionales que no han estimado cuantitativamente a la población gitana, han referenciado cualitativamente que perciben “*muchos, no sé cuantos pero muchos, muchos, sí muchos, muchísimos...*” cuantificando así el volumen de población gitana según lo perciben respecto a la población mayoritaria.

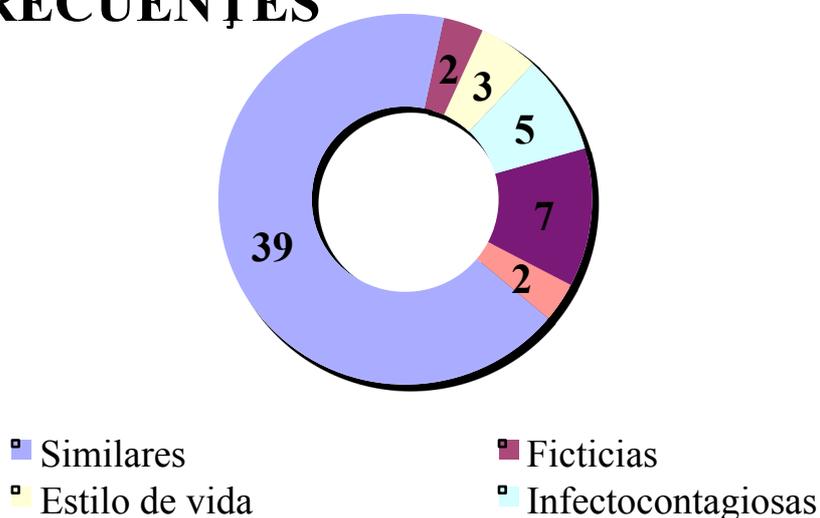
2.1.3 Percepción de los profesionales sobre afecciones de la población gitana:

Al ser preguntados por las afecciones o problemas de salud que pensaban afectaba a la población gitana respecto a las afecciones de la mayoría, y ser una pregunta abierta, las contestaciones se han agrupado según la categoría de respuesta de los encuestados.

La siguiente imagen muestra las categorías encontradas y descritas por los profesionales. Los números del gráfico hacen alusión a los trabajadores que responden a la categoría señalada.

Gráfico 18: Percepción de profesionales sobre afecciones de la población gitana local.

AFECCIONES MÁS FRECUENTES



Fuente: Elaboración propia a partir trabajo campo 2013.

Explicación del gráfico anterior:

2.1.3.1 La mayoría de los/as profesionales entrevistados/as (39 de ellos/as) responden que, las afecciones de la población gitana son similares a las del resto de la población local, expresado en la zona azul añil del gráfico anterior y, no encuentran diferencias significativas según su percepción, determinando a su vez dos sub-categorías de respuesta:

- *No hay diferencias respecto a los padecimientos de la población gitana con la población mayoritaria...*
- *Padecen las mismas afecciones.*

2.1.3.2 Los/as profesionales que consideran que sí hay diferencia (19 de los/as encuestados/as) refirieron que las diferencias, están relacionadas con lo ilustrado en el grafico anterior, correspondiendo a la zona del rosco dividida en porciones más pequeñas y coloreadas según las categorías encontradas. Para facilitar la comprensión de los datos bajo estas líneas explicamos según las clasificaciones que hemos establecido, derivadas de sus respuestas:

- Enfermedades ficticias y/o somatizaciones (7 de los/as profesionales perciben que las enfermedades del colectivo se relacionan con este ítem)
“Tienen rentofilia, ansiedad, más dolor que nadie, magnifican males... Clientelismo. Uso del sistema como recurso”.
- Enfermedades relacionadas con Estilos de vida (3encuestas)
Tienen CIR (crecimiento intrauterino retardado, lo que determina bebes de bajo peso al nacimiento y patología materna y fetal) “relacionado con la alimentación, no se cuidan tanto, aunque lo viven de manera más natural el embarazo”.
“Tienen vacunas infantiles deficitarias, inadecuado seguimiento del niño sano”.
“Tienen síndrome metabólico, dislipemias por las condiciones de vida y hábitos”.
“Padecen de enfermedades relacionadas con la marginación y mala alimentación”.
- Otras enfermedades “culturales” (7encuestas) y que oscilan desde:
“Consumo de tóxicos, alcoholismo, drogas, enfermedades infectocontagiosas albinismo, problemas de desarrollo cognitivo y de madurez puede que relacionado con el cruce de primos, accidentes, patología urgente, marginación, alergias”.

Dos encuestados/as refieren:

“Los gitanos ni enferman, son más fuertes, no se ponen malos a pesar de las carencias que tienen, están muy condicionados por la situación actual, no quieren vacunas, se lo dices y parece que le hablas del demonio...”

“No son propensos a enfermedades. Son anárquicos en hábitos alimentarios...”

“Creo que su naturaleza es más fuerte que la de los castellanos, pues en ocasiones he visto las mismas dolencias y en ellos se han recuperado con más facilidad o a mi me ha parecido...”

2.1.4 Percepción de profesionales sobre los aspectos culturales de la población gitana.

Un 10% de los encuestados/as, no ha respondido a esta cuestión

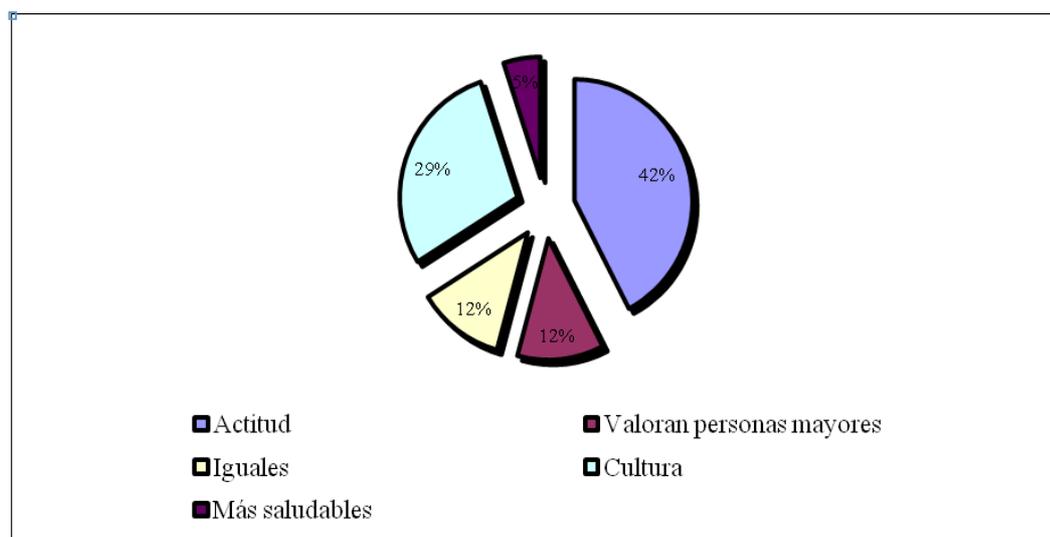
Prima la percepción de manera unánime en los encuestados/as que responden que, la población gitana es un colectivo culturalmente diferenciado de la población mayoritaria, basándose en que son percibidos con códigos de leyes y comportamientos, que difieren de la mayoría.

El 50% de los profesionales que responden a esta cuestión (30 encuestas) refiere tener experiencia profesional con la población gitana y, creen conocer al colectivo.

Un 40% de los profesionales (24 de los encuestados/as) refiere que no tienen experiencia profesional con la población gitana y aunque narran no tener experiencia profesional, refieren saber quiénes son desde la creencias y percepciones.

Al explorar las respuestas sobre, qué perciben los profesionales como los aspectos culturales más llamativos de la población gitana local, al ser otra pregunta abierta, las respuestas se han agrupado por categorías según las respuesta de los encuestados, lo que facilita su síntesis y análisis, estableciéndose cinco categorías de respuesta, donde se agrupan los aspectos culturales percibidos por los profesionales respecto a la población gitana.

Gráfico 19: Aspectos culturales destacados percibidos por los profesionales.



Fuente: Elaboración propia a partir trabajo campo 2013.

2.1.4.1 Percepción cultural, relacionada o percibida como actitud y capacidad de los individuos.

Las respuestas del 42% de los encuestados/as se enmarca en esta categoría:

“Tienen pocas habilidades sociales para incorporarse a sociedad mayoritaria y tampoco quieren integrarse”.

“No tienen interés por superarse”.

“No aprovechan colegios ni las oportunidades que tienen”. “Tienen poca higiene...”

“Lo que tienen es que somatizan, son hiper-frecuentadores”.

“No progresan a pesar de..., reproducen esquemas familiares”.

“Aceptan mal normas sociales...”. *“No trabajan, tiene cochazos...”*

“No se preocupan de los hijos, ni siquiera los acompañan al colegio”.

“Son anárquicos en hábitos alimentarios...”

“No perciben la salud como necesidad prioritaria, le dan poca importancia a la enfermedad, escaso sentido de la prevención, conciben la salud como ausencia de enfermedad y la enfermedad como una situación invalidante cercana a la muerte”.

“Viven al día, no programan... tienen dejadez en general”.

“Eso sí, siempre quieren ser los primeros, no los hagas esperar porque montan conflicto”.

“En general, suelen requerir más atención de urgencias, resultándole difícil acudir a citas reglada, menos uso de la cita programada, no sirven para esperar” .

“No se fían del sanitario”.

2.1.4.2 Percepción cultural del cuidado y la familia como rasgo cultural.

Las respuestas del 12% de los encuestados se enmarcan en esta categoría. En siete de las encuestas, encontramos que los/as profesionales resaltan como rasgo cultural de la población gitana y como un valor destacado:

“El cuidado de los mayores y enfermos, no los dejan solos, los cuidan hasta el final”.

“No vas a ver que lleven a un viejo a una residencia, casi siempre la mujer cuida a los ancianos”.

“Cuando se ponen malos ahí están todos, detrás del enfermo, aunque sea algo banal va toda la familia, no lo dejan”.

“Es una población muy aferrada a sus mayores”

“Cuidan de sus mayores como nadie, es admirable como arropan a los ancianos y no los llevan a residencias”.

“Su cultura es un poco extrema pero su respeto al mayor también”.

“Su respeto a sus mayores fieles a las tradiciones”.

2.1.4.3 Percepción de que los rasgos culturales son iguales.

Las respuesta del 12% de los encuestados/as se encuadran en esta categoría, percibiendo que los rasgos culturales entre población gitana y mayoritaria, son los mismos.

“Son igual que nosotros”.

“No hay diferencia”.

“No hay modificación significativas respecto al resto de la población”.

“Nada. No me llama nada la atención, actos puntuales”.

2.1.4.4 Percepción de que la población gitana es más saludable.

Las respuesta del 5% de los encuestados/as se encuadran en esta categoría, percibiendo que los rasgos culturales destacados de esta población es que constituyen un colectivo más sano que la población mayoritaria:

“Aunque creo que han cambiado igual que el resto de la sociedad, no son propensos a enfermedades, son anárquicos en hábitos alimentarios y algunos higiénicos”.

“Están más sanos que el resto de la población. Están más inmunizados que el resto de la población.”

“Es una raza fuerte, teniendo en cuenta el poco tiempo y esfuerzo que le dedican a la prevención”.

2.5.4.5 Percepción de cultura diferenciada.

Las respuesta del 29% de los encuestados/as se encuadran en esta categoría, percibiendo que los rasgos culturales destacados de esta población es que tienen cultura diferenciada, explicitada a través de sus respuestas, siendo algunas de ellas compartidas por varios encuestados/as:

“Tienen una cultura tan arraigada que se quedan fuera de la integración...”

“En su cultura, es ancestral el papa, la mama, la boda”.

“Su cultura se ha quedado obsoleta, en la sociedad actual sus valores sus costumbres chocan con la sociedad actual”.

“Su cultura es machista no existe la igualdad, son patriarcales”.

“Las mujeres siempre ocupan el mismo escalón en su organización, en otras lugares han avanzado má”.

“La mayoría de la población gitana es que tiene poca cultura”.

“No tienen cultura ni interés”.

“Destacan más por su incultura y su forma de ser”.

“Son muy machistas sobre todo respecto al trato con las mujeres”..

“Lo que me duele, son las maternidades adolescentes sus madres y sus abuelas tenían asumido el rol, ahora son precoces, es una huida del ámbito educativo pero con menos habilidades que sus madres“.

Solo una de las encuestas refleja como rasgo cultural:

“El número de embarazos suele ser mayor que en la población general y en mujeres jóvenes...”

“Lo más destacado de su cultura son las condiciones de salubridad general...”

“En la enfermedad debe considerarse un componente biológico y otro cultural y la salud no es percibida como una de las necesidades más prioritarias... Tienen escaso sentido de la prevención...”

“Tienen una concepción de la salud como ausencia de enfermedad y en la enfermedad como una situación invalidante ligada a la muerte...”

“Su vestimenta y que se agrupan a la hora de ir algún sitio como médicos, compras...”

“Viven la vida al día, sin planificación. La mujer aún cree que su única función es la maternidad... No tiene sentido del esfuerzo, como valor. No se consideran agentes de su salud...”

2.1.5 Percepción de los profesionales sobre instituciones y su relación con la población gitana.

Las retóricas de los profesionales ofrecen varias panorámicas, en función de cómo perciben la respuesta institucional respecto a este colectivo. Por un lado perciben:

“El sistema y las políticas sanitarias están creadas y organizadas para favorecer las desigualdades existentes y por consiguiente se establecen conflictos continuos con los mismos profesionales deshumanizando y estigmatizando a estos colectivos”.

“No dan respuestas las instituciones. Es un sistema paliativo. Cada vez más saturado y con menos recursos”.

“En general se relacionan con las instituciones como el resto de los usuarios, en función de su formación y sus intereses que a veces, no coinciden culturalmente con el del resto de la población”.

“A riesgo de ser reiterativa, considero que tiene más que ver con su estatus económico y cultural que con su etnia o cultura”.

Por otro lado, 29 de los encuestados perciben que la población gitana se relaciona mal con las instituciones, ejemplificado a través de respuestas como:

“Mal, no suelen integrarse en el sistema, quieren que el sistema se relaciones con ellos”.

“Incumplimiento de las normas, demandantes”.

“Fatal. Montan broncas para que sean atendidos”.

“Siempre quieren ser los primeros, no respetan el turno, siempre quieren llevar la razón”.

“Mi experiencia, salvo excepciones, son muy demandantes, poca espera en relación a horarios de consulta, frecuentemente demandan”.

“Mal, a su modo y antojo, mucha exigencia, poco compromiso y obligaciones”.

“Se sienten víctimas porque siempre aluden a que soy gitano, victimismo como alarde”. *“Buscan paga aprovechando el sistema”.*

“Solo tienen en cuenta sus derechos no sus obligaciones”.

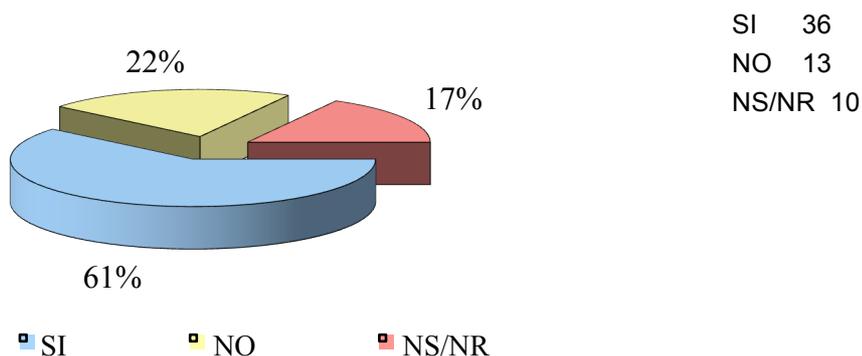
2.1.6 Percepción de profesionales sobre respuesta institucional y su justificación.

Las respuestas de los profesionales a esta cuestión han determinado dos categorías de análisis, los de afirman que las instituciones responden a sus necesidades y los que no.

Gráfico 20: Percepción de profesionales ante la respuesta institucional a necesidades de población gitana.

□

RESPONDEN LAS INSTITUCIONES



Fuente: elaboración propia a partir trabajo campo 2013.

Para el análisis de esta cuestión hemos segregado, por un lado las respuestas de los profesionales que perciben que las instituciones sí dan respuesta a las necesidades de la población gitana y por otro lado, los que perciben que no dan respuesta.

2.1.6.1 Los profesionales perciben que las instituciones dan respuesta adecuada.

Que las instituciones responden a las necesidades de la población gitana, lo piensa el 61% de los encuestados, que equivalen a 36 encuestados/as y, a través de sus respuestas justifican el por qué de su percepción:

“Si responden a sus necesidades, pero como que ellos no lo valoran, así la población gitana piensan que no se los atiende adecuadamente”.

“Si responden porque para eso existe una discriminación positiva”.

“Si responden porque dan numerosos ayudas, quizás más que a otras clases sociales no gitanas”.

“Si, yo no los veo excluidos porque disfrutan de lo que aporta el sistema como todos educación, sanidad gratis, acceden igual”.

“Si, consiguen todo lo que quieren”.

“Si, aunque no siempre están dispuestos a usarlas como se debe, no se normalizan, sino que las usan según sus prioridades y cuando quieren”.

“Dentro de las que conocemos y nos relacionamos si cubren sus necesidades, por sus constantes exigencias, a las instituciones no les queda más remedio”.

2.1.6.2 Los profesionales perciben que las instituciones no dan respuesta.

Las instituciones no dan respuesta a las necesidades de la población gitana, lo manifiesta el 22% de los profesionales entrevistados y que equivale a 13 de las encuestas realizadas, justifican su respuesta argumentando:

“Se necesitan elaboración de folletos o carteles informativos adaptados a un lenguaje sencillo y visual que favorezcan que los/as gitanos/as entiendan fácilmente, que sepan cómo funciona el servicio y cuáles son sus deberes y derechos como pacientes.”.

“No se adecuan a las necesidades reales; Porque todas las instituciones no les entienden y dan respuesta sin preguntarles qué es lo que quieren o necesitan”

“Pienso que sus necesidades y demandas están en niveles diferentes a las respuestas que se les dan”.

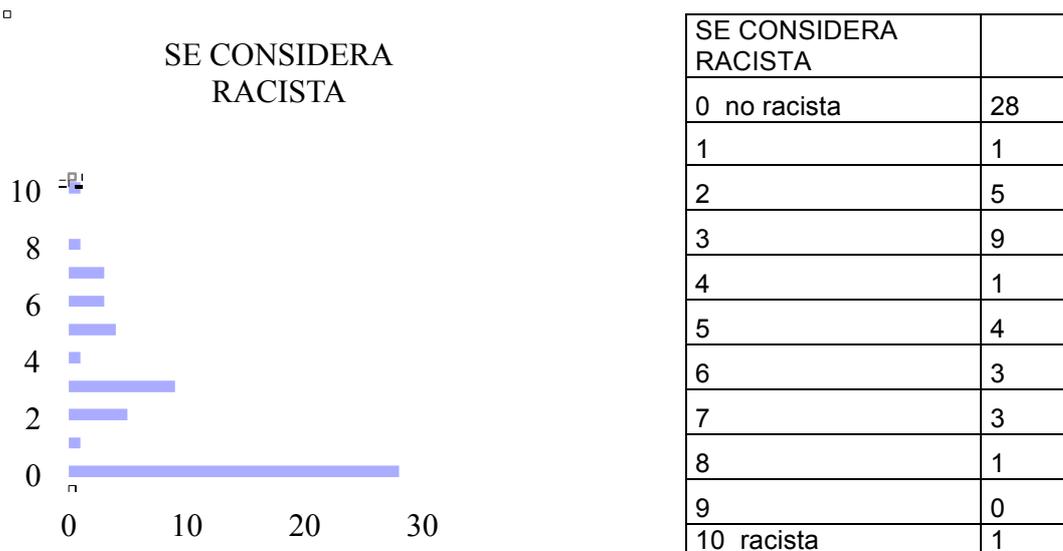
2.1.7 Auto percepción de los profesionales sobre la consideración de racismo.

Esta cuestión se ha planteado en clave de termómetro gráfico graduado, en una escala milimetrada de 0 a 10, donde el cero corresponde a que el profesional se considera, no racista y el 10 se considera racista.

Los profesionales se han ubicado en el mismo rotulando la altura gráfica en la que se auto-perciben en base a esta categoría.

Según los resultados obtenidos, los profesionales se perciben en su mayoría, como no racistas.

Gráfico 21: Auto-percepción de los profesionales sobre su valoración ante la categoría de racismo.



Fuente: elaboración propia a partir trabajo campo 2013.

3 DISCUSION.

Que el informe anual (FSGG de 2013) siga planteando que la imagen social negativa de la población gitana es la principal causa de discriminación, ejemplifica el fracaso para atender la diversidad cultural existente.

A lo largo de este trabajo hemos podido acercarnos a las diferentes instituciones y, a través de sus respuestas podemos percibir que no se dispone de programas, actuaciones consensuadas para el abordaje de la situación socio/sanitaria ni educativa de este colectivo, incluso en ocasiones se homogeniza con la población inmigrante, evidenciando situaciones de déficit y carencias, que la colocan en situación de desventaja socio sanitaria y de exclusión social (Laparra, Gil-González y Jiménez, 2013) respecto a la población mayoritaria.

No cabe duda que la población gitana presenta un mayor empobrecimiento respecto a la población mayoritaria, lo que condiciona a su vez mayor desigualdad dada la situación de crisis actual, con repercusión en todos los ámbitos de la vida, con peores condiciones de vivienda, desempleo, peor nivel educativo y peor estado de salud relacionado en cierta medida con lo que (Pedersen, 1988) señala como la institucionalización del racismo y otras cuestiones relacionadas con diferentes manera de prejuicio cultural, cuando el abordaje de la diversidad social no se hace adecuadamente.

Para mantener el hilo discursivo de este capítulo, seguiremos con el guión establecido a en el mismo para discutir sobre los aspectos investigados.

3.1 VIVIENDA.

Las necesidades en vivienda constituyen un escollo para las instituciones, los datos narrados en el capítulo sobre demografía en cuanto a, la distribución espacial, características, orientan de la situación existente respecto a vivienda.

La escasez del stock de viviendas sociales, favorece que la población necesitada opte por viviendas sin condiciones de habitabilidad, sin luz, agua, saneamientos y otros, con el riesgo socio-sanitario derivado de estas situaciones, en cuanto a morbilidad, accidentalidad, exclusión social y, peor calidad de vida.

La necesidad que en ocasiones presenta la comunidad gitana, en cuanto a reagrupamiento familiar, búsqueda de nuevos recursos, aliviar la presión social, necesidad de independencia y necesidades diversas, determinan la ocupación de viviendas en ocasiones sin las condiciones adecuadas, ocasionalmente las familias no demandan ayuda para la habitabilidad de las mismas, determinando que estas, convivan en condiciones extremas de precariedad y sin que su situación se evidencie.

Estos factores adversos relacionados con la vivienda y, están determinado en la población afectada un estrés ambiental que pasa desapercibido, por lo que no se está valorando el impacto que sobre la salud de los individuos pueden estar ejerciendo, desde siniestralidad al tener la vivienda y entorno, deficientes instalaciones eléctricas, barreras arquitectónicas, hasta ansiedad, depresión, disputas vecinales, parasitosis, etc. cuya origen fundamentalmente es ambiental.

La vivienda tipo cueva dada su peculiaridad requiere, actuaciones periódicas que garanticen mínimos de acondicionamiento y sostenibilidad, siendo imprescindible la rehabilitación periódica de las mismas, ya que los derrumbes parciales son frecuentes y, siendo las infraestructuras y rehabilitaciones realizadas deficitarias, contribuyen a perpetuar una red de infravivienda con necesidades continuadas.

La circunstancia de que los proyectos y ayudas para vivienda, no estén garantizados y dependan de dotaciones económicas puntuales, discontinuas y limitadas, determina un atasco sin resolución en las diferentes solicitudes de ayuda de la población y, constituye

para las familias una lacra económica, imposible de afrontar por las precarias economías existentes, siendo frecuente que las gentes habiten viviendas con derrumbes parciales de sus dependencias, condicionando la reestructuración familiar, las relaciones y la salud (hacinamiento, presión familiar, déficit de intimidad, inseguridad, disconfor...)

No se ha podido constatar un plan específico local para abordar el problema de vivienda de la población gitana, a pesar de los distintos planes y políticas públicas sobre el derecho a vivienda digna (Vallvé, 2009) actualmente las necesidades de la comunidad gitana en cuanto a vivienda no están cubiertas..

A pesar de las intervenciones realizadas en vivienda, el éxito de la intervención es parcial, dada la demanda existente de rehabilitaciones pendientes y la insuficiencia de las mismas.

La cobertura realizada en cuanto a rehabilitación de viviendas de la comunidad gitana, viene a evidenciar no un trato favoritista, sino el intento local de compensar una peor situación de esta comunidad respecto a la población mayoritaria, en cuanto a condiciones de las viviendas.

Por tanto, el territorio y por consiguiente, la vivienda constituye algo más que un espacio, puesto que es capaz de modificar desde la organización social hasta el comportamiento de los individuos, por tanto, el abordaje al problema de la vivienda en la comunidad gitana debe contemplar desde las creencias, valores y prácticas, las diferentes opciones de vivienda, vertical, horizontal, distribución espacial, régimen de propiedad... hasta incorporar el enfoque de género que contemple la esfera reproductiva y productiva de las mujeres (Hofman, 2010) para adecuar el espacio al individuo con estructuras habitables adaptadas y más flexibles.

En el capítulo I, apuntábamos que la población gitana “itinerante” la que temporalmente cambia de residencia de supervivencia, permite la gestión de las viviendas que temporal o definitivamente dejan, con criterios no compartidos² por la población mayoritaria, permitiendo la ocupación de las mismas a otras familias, constituyendo este sistema un

² Nos permitimos expresar así el dato relacionado con los resultados de las encuestas a los profesionales sobre, las percepciones que tienen de la población gitana y que determinan que aquellos aspectos que les afectan se sigan percibiendo con tinte peyorativo y en clave de inferioridad.

Así mismo, los resultados de las entrevistas a la población gitana desvelan una actitud mucho más flexible de esta parte de la población que se moviliza, en cuanto a la posesión de propiedades no trasladables, respecto a la población mayoritaria y que permite la reutilización de los inmuebles por otras familias y sin la complejidad burocrática que conllevan para el resto poblacional.

engranaje similar al que en otros contextos, ejercen empresas turísticas con los intercambios de viviendas para explotación vacacional.

Debemos destacar no obstante que a lo largo del periodo de estudio, ha habido mejoras considerables derivadas fundamentalmente de las ayudas económicas europeas (fondos europeos con dotación de más de cuatro millones de euros) que han mejorado saneamientos, alumbrado público, asfaltado de calles, dotación material, accesibilidad... Actualmente los recursos destinados al mantenimiento y mejora de la zona de estudio, siguen siendo insuficientes pues no han llegado a toda la población de la zona de igual manera, manteniéndose zonas con grandes barreras arquitectónicas, viviendas sin acondicionamiento, entornos con de riesgo de accidentalidad, déficit de infraestructuras y servicios para la población, así como, un mantenimiento precario e insuficiente de los servicios existentes.

Es por tanto que compartimos lo que otro autor precisa y señala al apuntar que, el hábitat donde se ubica la comunidad gitana es precario, marginal y frecuentemente impuesto (Liégeois, 1998) por las condiciones socioeconómicas, políticas, educativas, etc. a las que dicho colectivo se ve sometido y, sin que estas constituyan especificidad cultural del colectivo. “No existe ningún tipo de alojamiento que sea exclusivo de los gitanos... No existe el alojamiento gitano, pero sí una utilización gitana del alojamiento, de su organización, de su espacio...” (p.60).

3.2 ECONOMIA/EMPLEO.

No tenemos un análisis detallado y fiel de la situación económica de esta comunidad, estando relacionado con, déficit de ocupaciones y empleabilidad en el mercado laboral de la población gitana local así como, la escasez de documentos.

Los datos encontrados durante el trabajo de campo, evidencian precariedad laboral, con retribución económica inestable, largas jornadas, sin cobertura de aseguramiento ni existencia de contrato muy habitualmente, los datos aportados por los servicios sociales son escasos y parciales, coincidiendo así con autores (Laparra, 2007) que de igual forma lo atribuyen a la falta de estudios fiables al respecto.

Los datos recogidos ejemplifican, la insegura situación económica de este colectivo, con economías de subsistencia, y si bien es cierto, que no podemos inferirlo al total de la comunidad gitana, si que les afecta en mayor medida que al resto de la población al incidir en este grupo una peor condición socioeconómica previa.

Así mismo, la infravaloración y desaparición de las diversas ocupaciones que tradicionalmente ha desempeñado esta población (hojalateros, afiladores, cesteros, esquiladores, chatarreros, tratantes, herreros, etc.) no han contribuido a empoderar ni sus actividades ni sus economías

Con el desarrollo social, estas profesiones tradicionales han ido desapareciendo, otras han sido devaluadas incluso marginadas, impidiendo la reconversión ocupacional y determinando la abolición de una forma de vida, condicionándoles a la dependencia (Liegeosi, 1998) frecuentemente institucional, al privarles de los recursos con los que tradicionalmente han sobrevivido.

Las circunstancias recientes, vinculadas a periodos de crisis, sin alternancia laboral, discontinuidad en el empleo, actividades no reguladas, ocupaciones en decadencia, han contribuido a la desequilibrar su sistema, impidiendo que esta comunidad pudiera canalizar sus actividades laborales tradicionales, reincorporándolas al mercado laboral, privándoles de autonomía para gestionar y condicionando la subordinación institucional, a través de las distintas y precarias ayudas sociales con que es atendida (Liégeois, 1998) contribuyendo así a reforzar estereotipos que justifican la discriminación, al asociar comunidad gitana a prestación social.

Por otro lado, el tipo de prestaciones económicas otorgadas, consiste en un sistema secuencial y alternativo de ayudas sobre los diferentes miembros familiares, contribuyendo a mantener cierto equilibrio institucional y familiar. Así mismo, estas prestaciones se establecen como sistema de control de la presión social, al incorporar a distintos miembros familiares como potencialmente generadores de ingresos, al incorporar a las mujeres como subsidiarias de la ayuda económica familiar y a través del canje de bonos por víveres, procedente de prestación social o de beneficencia, siendo este, de concesión a mujeres fundamentalmente.

Este sistema rotatorio determina, un impacto desigual dentro del mismo colectivo entre varones y mujeres gitanas/os, posiblemente relacionado con la necesidad de cubrir las exigencias del mercado laboral (en el caso que nos ocupa, el propio ayuntamiento) para optar a retribución, junto con la necesidad de mantenimiento de otros aspectos también laborales y generizados como, cuidado hijos, hogar, tareas, etc.

Es común que las familias dependan mayoritariamente de los ingresos aportados por uno de sus miembros, siendo menos frecuente la contribución económica de dos o más

miembros de una misma unidad familiar, determinando una situación de vulnerabilidad económica por la precariedad, dependencia e inestabilidad de la fuente de ingresos.

Solo las prestaciones relacionadas con minusvalías, viudedad o jubilación que aunque precarias, presentan estabilidad temporal son las suponen el sostén de muchas unidades familiares mientras se gestionan otras fuentes.

Esta situación de reajuste continuado y condicionado por el aspecto económico familiar determina, desde cambios en la pautas de residencia y de vivienda a cambios en la estructura familiar, en las costumbres, en la actividad productiva, de consumo familiar de recursos y reproductiva en esta comunidad, al constituir un factor determinante para dichas variables, la solvencia económica de los individuos y familias.

Al igual que en la población mayoritaria, un gran volumen de mujeres gitanas realizan mayoritariamente trabajo remunerado (INE, 2012) también como alternativa al cese de la actividad productiva de los varones narrada anteriormente. La actividad productiva de estas mujeres es bastante desconocida, evidenciando el desinterés por los aspectos que afectan especialmente a las mujeres gitanas, cuestiones estas a considerar dado que, determinados estudios relacionan la actividad laboral realizada por mujeres dentro y fuera del ámbito domestico (García, Del Rio y Eguiguren, 2007) y su peor salud, sin que se esté investigando en las mujeres gitanas.

Por otro lado, el desarrollo de actividades ilícitas como “modelo económico o de subsistencia” en esta investigación, no constituye un aspecto que pueda inferirse a la generalidad de esta comunidad, tampoco constituye un rasgo cultural, ya que dichas ocupaciones no se relacionan con especificidades culturales sino con entornos marginales, donde la escasez de recursos y el acceso desigual a los mismos y la posibilidad de desarrollar ciertas actividades clandestinas, como fuentes de ingresos constituye una alternativa a la situación existente.

3.3 EDUCACIÓN.

La labor realizada por la institución educativa en la zona estudiada, aunque no es el objeto de este trabajo tiene repercusión sobre el mismo en el sentido más integral de la salud de la población gitana local.

En primer lugar, la dependencia de ayudas externas para el desarrollo de la actividad educativa de este colegio en la zona de estudio es un dato a considerar y, puede suponer un grave problema el cese de las mismas tanto para, la continuidad como para la permanencia en la zona de dicha institución.

Dadas las características de este centro educativo, de ser un centro pequeño, permite maximizar otros recursos, con atención educativa innovadora y centrada en cierta medida en atención a la diversidad.

La situación de los escolares en cuanto a, iniciar el ciclo de educación infantil y primaria obligatoria, es similar, tanto para la población mayoritaria como para la población gitana, posiblemente relacionado con, la prestación de recursos tanto educativos como sociales en el mismo entorno, como la presión institucional ejercida y el que lo también se favorezca así, la conciliación familiar.

Que este colegio permita la cobertura educativa desde, educación infantil hasta completar la educación primaria supone una ventaja para la población, pues maximiza los recursos familiares y, favorece el seguimiento y aprendizaje de los/as escolares.

Por otro lado, supone un inconveniente para las familias, los escolares y la propia institución educativa, en cuanto a maximización de recursos, la segregación de los edificios pero, dado que la distancia es relativamente accesible entre ellos y su dinámica educativa viene a compensar los aspectos estructurales, relativizando en cierta medida esta circunstancia.

En nuestro trabajo no hemos encontrado ese desinterés por la escolarización de los infantes de esta comunidad que otros autores en clave de rasgo cultural (Gamella, 1996; Planton, 2003) han planteado y, pensamos que no ha beneficiado a la comunidad gitana, ya que fomenta la fractura y las diferencias entre otros colectivos sociales, coincidimos en que cierta resistencia existente, reside en el enfoque escolar inadecuado al que los escolares de la comunidad gitana, frecuentemente son sometidos (Liégeois, 1987).

Compartimos con otros autores que, el proceso educativo del individuo comienza en el entorno familiar. Cuando el contexto familiar es diferenciado, se estereotipa y no se integra en el entorno educativo, genera la ruptura entre este y el ámbito escolar determinando no solo ese rechazo a la escolarización que (Gamella y Sánchez, 1998; Navas y Cuadrado 2003) describen, sino que aboca al fracaso del proceso educativo para estos/as infantes, dado que dicha ruptura se perpetua a lo largo de todo el proceso y visible en los resultados escolares.

Al mismo tiempo, la propia institución educativa debe hacer frente a la diferentes presiones, unas externas derivadas del resto poblacional en cuanto a afrontar la conciliación que requiere un centro multicultural, ante la presión de progenitores de los infantes mayoritarios que “amenazan” con la retirada de sus hijos/as del colegio, al valorar en clave negativa la presencia escolar de otro colectivo y, otras presiones internas, derivadas como señalábamos antes de la distancia cultural existente tanto en forma como en contenido entre las familias e infantes de la comunidad gitana y la comunidad escolar (Liégois, 1987) suponiendo un esfuerzo y reto continuado para este centro, dado el déficit de apoyos.

En general, no hemos encontrado elevadas tasas de absentismo escolar, posiblemente relacionado con la obligatoriedad de la escolarización y el haber vinculado la institución, el no absentismo a dietas, cobertura de material escolar, comedor y otras cuestiones, lo que reduce el mismo a, los rangos mínimos exigidos para que los/as escolares no pierdan las prestaciones, constituyéndose esta dinámica en cierta medida coercitiva, pues solo avala la asistencia del alumnado gitano, como apunta (Liégois, 1998) y no la idoneidad de la educación “La integración autoritaria de los gitanos, por ejemplo en España, ha mostrado con el curso del tiempo ser tan ineficaz como la exclusión...” (p.39) así como tampoco garantiza el éxito escolar de los/as niños/as de esta comunidad.

No obstante, las tasas de mayor absentismo escolar, se corresponden con población gitana infantil y cuyas causas hay que investigarlas no como diferencia cultural sino en clave de las variables que les afectan y determinan que los escolares falten al colegio (procesos mórbidos, descanso insuficiente, ritmos familiares, hábitos, escasez de recursos, desplazamiento desde otra localidad etc.) pero sobre todo, se relaciona con el sistema educativo con una escolarización inadaptada que se traduce en el fracaso escolar de los/as alumnos/as gitanos/as.

Aunque otros autores (Gamella, 1996) plantean como causas de este absentismo y abandono escolar de los alumnos/as gitanos/as el trabajo infantil, el trabajo de los padres que obstaculiza la escolarización y cierto desinterés familiar, cuestiones estas que, en nuestro trabajo no hemos podido corroborar, relacionado posiblemente con la situación generalizada de desempleo estructural, la circunstancia del tutelaje institucional de los alumnos en edad escolar independientemente de la actividad parental y el “desinterés familiar”, quizás más relacionado con un sistema educativo que no contempla la diversidad cultural (García, 2005) y cuyas familias, en cierta medida también están al margen de la actividad educativa o con implicación insuficiente, como el autor (Liégeois, 1987) expresa: “los hijos están sometidos en la escuela a las influencias de un sistema de valores que ni es el suyo, ni desean adquirirlo” (p174).

Encontramos que el absentismo, suele ser más frecuente en jóvenes por encima de 13-14 años así como, el abandono escolar, dado que los/as alumnos/as están en el periodo obligatorio de escolaridad, frecuentemente más por edad que por nivel de estudios.

Las causas relacionadas con el absentismo escolar en nuestra investigación están relacionadas, más que con aspectos culturales con: agotar el periodo obligatorio escolar sin el nivel académico exigido, cambios de roles de los/as jóvenes, posibilidad de colaborar en actividades de sustento económico, la configuración de nuevas unidades domésticas por matrimonio, poca perspectiva educativa y laboral futura (Abajo, 1997) con escasa aplicabilidad a su cotidianidad, escasez de estímulo y soporte familiar para continuar los estudios, desconocimiento de recursos para otro abordaje y/u opciones educativas junto a, un sistema “exclusivo” que se retroalimenta (Abajo, 1997; Calvo, 1989).

Todos estos factores coinciden igualmente, para el abandono definitivo del proceso educativo de los/as jóvenes de la comunidad gitana y quizás en mayor medida con el enfoque educativo monocultural, que genera exclusiones y reproduce un proceso continuado de aislamiento y marginación (García, 2005).

El actual sistema educativo, en cierta medida invisibiliza a los/as alumnos/as repetidores dado que el sistema obliga a las instituciones a que los/as escolares promocionen obligatoriamente, siendo en ocasiones a expensas de las capacidades y conocimientos exigidos para el nivel, lo que en cierta medida determina también que, los/as infantiles lleguen al final del ciclo sin el nivel académico exigido, constituyendo una barrera estructural para los/as escolares que requieren de más aprendizaje, posiblemente

relacionado no con las capacidades, también con el abordaje educativo inadecuado ante la diversidad cultural que, obstaculiza dicho proceso (Liégeois, 1987).

Un sistema educativo igualitario, se traduce en la justificación para cumplir con un modelo educativo excluyente, que no responde a las necesidades sociales, aun cuando aparentemente garantiza un nivel mínimo educativo para toda la población, sigue siendo no equitativo, que además determina el acceso desigual a niveles de secundaria.

Si la Unión Europea, sitúa el bachillerato como el nivel educativo básico para la inclusión social de la población gitana, o como apuntan otros autores, donde hay una menor presencia de alumnado gitano es en secundaria (Alfagueme y Martínez, 2004), quizás debamos plantear que, a pesar de los esfuerzos realizados no acabamos de garantizar el adecuado abordaje educativo de la comunidad gitana, mientras los pretextos culturales siguen legitimando la exclusión educativa de este colectivo.

Por otro lado, la situación de las escolares gitanas en cada uno de los ámbitos analizados, se ve doblemente perjudicada relacionado con desigualdades de género y por otro lado, con el hecho de que diferentes estudios sobre este colectivo, mantienen a las mujeres en una situación de estatismo, ancladas a descripciones estereotipadas y excluidas per se, de la vida social (Árdevol, 1986) y, que no corresponden necesariamente con contextos actuales ni reales.

A pesar de los aparentes esfuerzos educativos y otros aspectos de mejora de esta institución, desde nuestro enfoque no tenemos elementos suficientes para evaluar la adaptabilidad de esta institución a la comunidad gitana, ni es nuestro objetivo. Solo podemos describir los resultados educativos disponibles. Cabe pensar por tanto que se desarrolla una dinámica aún poco adaptada, traducida como apunta (Liégeois, 1987) en que: “una clase tiene condición de adaptada a partir del momento en que los padres ya no encuentran razones para retirar a sus hijos o para dudar de enviarlos, como consecuencia de un rechazo, de una pedagogía desestructurante o inaccesible para ellos; o bien de unos resultados nulos o negativos.” (p.181). Aunque la situación está mejorado respecto a escenarios anteriores, al garantizar la escolarización temprana, cubrir el ciclo obligatorio primario, queda pendiente un largo camino.

3.4 LOS/AS PROFESIONALES.

Poder interactuar con diferentes profesionales locales, relacionados con la prestación de cuidados y atención a la población gitana nos ha permitido conocer en cierta medida y en función de sus percepciones, las argumentaciones para atender a esta comunidad.

Del análisis de variables demográficas de los profesionales:

1. Que algunas categorías profesionales este copadas por mujeres fundamentalmente, predominando sobre el colectivo de varones, está relacionado con la feminización de algunas de la profesiones (Ortiz,2001) sobre todo las que tienen que ver con el cuidado de la persona y, de aquellas actividades que se han desarrollado tradicionalmente hacia el ámbito doméstico y del cuidado familiar, siendo el colectivo más numeroso, el de trabajadoras de ayuda a domicilio de la localidad, casi exclusivamente integrado por mujeres y gestionado también por estas, del aproximadamente el centenar de trabajadoras que constituyen esta empresa, en torno al 2% son varones.

Así mismo el colectivo de trabajadoras comunitarias encuestadas, está integrado por mujeres mayoritariamente, pues solo dos varones desarrollan esta actividad.

No ocurre con los colectivos de enfermería y medicina donde mujeres y varones constituyen aproximadamente el 50% de los colectivos, aspectos relacionados con el empoderamiento de algunas profesiones tradicionalmente femeninas y la conquista laboral por las mujeres de determinadas actividades profesionales.

2. Que la mayoría de profesionales encuestados desconozcan aspectos demográficos de la población gitana local aunque sea a grandes rasgos, constituye el primer punto a discutir.

Un perfil diferenciado que sugiere un momento vital de desarrollo diferenciado, de necesidades diferenciadas y por tanto cabe pensar que no se corresponden las necesidades de la población mayoritaria con las de la población gitana.

3. Las instituciones y servicios, están orientados a satisfacer las necesidades de una sociedad mayoritaria (baja natalidad, baja mortalidad, población longeva, con enfermedades crónicas y situaciones de dependencia vinculadas a esta cuestión entre otros) solo de forma puntual, algunas instituciones conservan algún plan o programa, orientado a atender aspectos relacionados con diversidad social.

Estas circunstancias determinan que la continuidad para atender sociedades plurales, está comprometida, sirva como ejemplo que programas específicos como el programa de desarrollo gitano local dependen de las dotaciones presupuestarias y humanas, discontinuas e insuficientes, lo que se traduce en la no prioridad del mismo.

Desde salud, tampoco se dispone de plan específico para atender a la población gitana local, los/as profesionales carecen de formación para atender la diversidad, no se cuenta con recursos y cabe pensar que esta cuestión, no se ha sentido como necesidad, aún cuando hace tiempo que, desde la Comisión Europea se aprobó un Marco Europeo de estrategias nacionales de inclusión de la población gitana para 2020, siendo las áreas de intervención prioritariamente educación, empleo, vivienda y salud, y que a juzgar por la situación actual, no se han priorizado o canalizado.

En principio, solo a través de servicios sociales comunitarios un aspecto parcial de lo que suponía esta estrategia, mencionado anteriormente, se ha desarrollado a través del Plan de acción de desarrollo del pueblo gitano, y que no siempre se ha mantenido, ante la insuficiencia de recursos materiales y humanos.

4. Los/as profesionales encuestados, reconocen que la población gitana, constituyen un grupo diferenciado de la mayoría, pero, desconocen las causas, y, cuando creen identificarlas, estas, son percibidas como “rechazo”, respecto a una perspectiva etnocéntrica y excluyente (Gamella, 1996) que rige la normalidad al imponer como universalidad la perspectiva mayoritaria, más que como un derecho a la diferencia cultural, a la diversidad,

Perciben y describen a la población gitana en clave peyorativa de diferencia o, como rasgos que facilitan y justifican la exclusión, la desigualdad (Navas y Cuadrado, 2003) ejemplificado en discutir sobre habilidades, capacidades, actitudes que además suelen inferir y generalizar al colectivo.

5. Perciben un matrimonio diferenciado de la población gitana, con mujeres que entran en él sin las capacidades o exigencias requeridas según sus percepciones, sin considerar otras opciones.

6. Plantean el rito del pañuelo como signo de subordinación, práctica arcaica, perciben que las mujeres gitanas están replegadas al ámbito doméstico, proyectando los profesionales su visión generizada sobre este colectivo y como especificidad cultural.

Interpretan el valor de entrada al matrimonio y de la descendencia como irresponsabilidad, el valor de la prole no es interpretado como capital humano.

Las relaciones familiares y su intensidad, son percibidas como aglomeración, el hacinamiento como voluntario y con tinte despectivo. No se plantean que otros aspectos o variables puedan estar afectándoles y/o estén relacionados con, la escasez de recursos socioeconómicos y que serían quienes determinan la dependencia de las familias, quedando obligadas a compartir espacios e infraestructuras con otros miembros familiares o del grupo.

7. Los resultados muestran, como una parte de estos/as profesionales perciben la salud de esta comunidad sin encontrar diferencias respecto a la población mayoritaria, lo que también viene a evidenciar que determinados aspectos, relacionados con la salud y necesidades reales de este colectivo pasan percibidos a los/as profesionales, otros/as, cuando encuentran diferencias tampoco perciben la relevancia ni trascendencia que estas pueden suponer.

El trabajo de campo ha permitido, que podamos comprobar cómo las familias se contraen y expanden según intervienen factores diversos, sociales, económicos, familiares, conflictos, etc. por lo que el hacinamiento percibido, no constituye una elección de la población gitana, sino que, es el resultado de otros factores y que en definitiva, vehiculiza la maximización de los recursos existentes.

No suele encontrarse población mayor de la comunidad gitana viviendo sola, salvo excepciones y en situación de independencia para ABVD³ y que suelen estar vinculados a la red familiar de apoyo mutuo.

8. En resumen y en este aspecto, los profesionales equiparan problemática socio sanitaria a especificidad cultural, así como que identifican determinados rasgos culturales (maternidad temprana) como problemática socio sanitaria, lo ejemplifica el que una entrada temprana al matrimonio, con valor temprano por la descendencia, se interpreta en clave de riesgo sociosanitario (gestaciones accidentales, no deseadas, embarazos adolescentes y otros) asocian la gestación temprana de la mujer gitana con irresponsabilidad, promiscuidad y connivencia familiar.

En definitiva, un sistema sanitario hegemónico que no parece atender a la diversidad, al plantear estas cuestiones en “clave negativa, de riesgo del colectivo”,

³ ABVD (actividades básicas de la vida diaria) escala que mide la autonomía de los individuos.

cuando en realidad, la entrada temprana al matrimonio es deseada, la gestación buscada y el consenso familiar preestablecido y todo, esperado.

Si bien podríamos discutir, sobre los aspectos o riesgos potenciales para la salud de las madres o mujeres, en cuanto a una gestación precoz, relacionado con que no ha terminado su desarrollo físico en algunos casos, el psicológico u educativo, que puede interrumpir u obstaculizar su proceso formativo y, sin que los profesionales aludan a estas cuestiones. Es por tanto que el eje donde pivota la percepción de los profesionales es, en el desconocimiento que tiene la población mayoritaria de este colectivo y, el no reconocimiento de la diversidad cultural existente.

9. Así mismo, mujeres pronatalistas con largos periodos genésicos, se valora como negativo, de sumisión o irresponsabilidad.

Los/as profesionales desconocen que el periodo fértil de la mujer gitana es un valor socio-familiar añadido, por la capacidad potencial de aumentar la descendencia y porque según se prolonga el periodo genésico este se hace más eficiente, ya que disponer de otros cuidadores permite menos inversión maternal en la crianza, así mismo, los profesionales desconocen que, este largo periodo fecundo implica un valor social añadido, al reportar un refuerzo tanto de la masculinidad como, de la feminidad a determinadas edades.

Los datos descritos en este trabajo evidencian una realidad, donde el valor cultural del colectivo, corresponde entre otros, al valor dado a la descendencia, la cual depende a su vez de la mujer, por lo tanto quizás es excesivo plantear en clave sensacionalista el control sobre la sexualidad de esta, cuando en realidad “el pañuelo” constituye un rasgo puntual del sistema cultural de esta comunidad.

La prole constituye el capital de este colectivo.

Los aspectos relacionados con la constitución de las primeras y nuevas parejas, lo constituyen el “roneo”, el pedimiento, la fuga, la inspección de la novia, el pañuelo, la boda, etc. que determinan rasgos culturales de este colectivo, y valorados como arcaicos o anacrónicos por los profesionales, cuando al mismo tiempo refieren desconocer implícitamente otras pautas culturales.

Que los/as profesionales planteen, peor cobertura vacunal como rasgo cultural o “actitud” frente al sistema mayoritario, contribuye a justificar las desigualdades existentes e imposibilita poder indagar en los determinantes de estas situaciones así

como, en las vías para solucionarlos. Este dato, ejemplifica una dinámica que justifica la desigualdad en salud, e ilustra nuestro planteamiento.

Durante el periodo de investigación, se ha podido constatar en un primer periodo que la cobertura vacunal infantil de la comunidad gitana estaba por debajo de la mayoritaria.

El registro de los datos sobre vacunas, ha permitido abordar ese déficit.

Cuando indagamos en esta circunstancia encontramos, que la mayoría de infantes no vacunados, con calendarios incompletos o irregulares correspondía a población gitana.

El trabajo de campo permitió contrastar que, dicho déficit no obedecía a una actitud concreta, despreocupación o irresponsabilidad de los progenitores, sino que básicamente la cobertura vacunal insuficiente, se relacionaba con cuestiones que giraban en torno a:

- Migraciones temporales de familias buscando recursos y que al movilizar a los/as niños/as de los colegios, no se garantizaba la atención o cobertura inmunológica.
- Absentismo escolar puntual que en ocasiones correspondía con programación de vacunaciones, lo que excluía a los infantes no presentes.
- Limitación de recursos tanto humanos como materiales para dedicar atención a la comunidad gitana específicamente.
- Estatismo de la prestación asistencial, no ofertar la vacunación en otros puntos, personalizar actuaciones, flexibilizar horarios, comunicación no efectiva y otras.
- Trabas burocráticas, cartilla de vacunaciones, registros, etc.
- Déficit de conocimientos, de información y de formación de habilidades sociales de los/as profesionales, para atender a la diversidad social y en menor medida, ciertas actitudes relacionadas con el rechazo a lo diferente de algunos/as profesionales.
- Políticas concretas, en cuanto a inclusión de vacunas en el calendario vacunal de los infantes no subvencionadas, modificación en la indicación de determinadas vacunas sin tener en cuenta, especificidades concretas de este colectivo.
- Otras cuestiones relacionadas con marginalidad, exclusión, escasez de recursos sociales, económicos, que limitan hasta poder pedir cita telefónica, traducido en el uso de la consulta urgente como ejemplo e, identificadas como, rasgos culturales del colectivo.

Que los/as profesionales perciban una super-representación de esta comunidad, tiene más que ver con, la visibilidad de algunos/as de sus miembros, la forma en que son representados/as por la mayoría, de visualizarlos/as los medios de comunicación, con la

movilidad geográfica reiterada de algunos/as miembros del colectivo, con la intensidad de las relaciones y su reagrupamiento ante acontecimientos concretos, enfermedad, muerte, celebraciones, etc.

Los/as encuestados/as, no perciben las necesidades reales de cuidados, derivadas tanto de una cultura diferenciada como de sus condiciones familiares, sociales, económicas, laborales y otras.

La forma de relacionarse la comunidad gitana local con las instituciones, está relacionado con sus necesidades que difieren de la mayoría y no, con una actitud de ir “contra natura”.

Los profesionales tienden a homogeneizar al colectivo, a partir de cuestiones concretas y fundamentalmente negativas, que infieren al grupo, percibiéndolas como diferencias culturales y usándolas como pretexto para justificar la exclusión.

Que la mayoría de los profesionales se perciban como no racistas, ha llamado nuestra atención, no dudamos de su percepción ni de su buena intencionalidad, pero, pensamos que para afrontar la atención a la diversidad se precisa más que una percepción subjetiva, requiere predisposición, información, formación, actitud social y apoyo institucional.

A modo de compilación de este capítulo, podemos deducir que una serie de carencias, determinan la continuada invisibilización de las necesidades de la comunidad gitana y perpetúan la reproducción de situaciones de desigualdad hacia este colectivo.

Es imperativo que los profesionales e instituciones tomen conciencia de la situación real, no abordar la diversidad sociocultural existente determina en el mejor de los casos, acciones igualitarias para los diferentes individuos, que no equitativas por lo que tenderán por ende, a perpetuar un abordaje desigual en la atención en nuestro caso, a la comunidad gitana local, coincidiendo con (Liegeois, 1998) al plantear que: “En nombre de una igualdad que puede no ser otra cosa que voluntad de normalización” (p. 136) lo que equivale a una asimilación normalizada.

Los prejuicios y estereotipos creados sobre la población gitana, condicionan las actuaciones de los profesionales tanto explícitas como implícitas. La discriminación, la desigualdad, se presenta con múltiples caras, una forma sutil, aprendida y reproducida, aunque no sea intencionada.

La prestación de asistencia socio-sanitaria no está adaptada a las necesidades de la población gitana, el esfuerzo de muchos profesionales para garantizar la igualdad de trato hacia la población gitana respecto a la mayoría, se traduce en desigualdad al no contemplar en esa “igualdad”, la diversidad existente, confundiendo tanto profesionales como organismos cuestiones como igualdad con equidad, lo que coloca a la población gitana en situación de desventaja socio-sanitaria, justificándose esta situación como rasgos o especificidades culturales.

En este trabajo hemos observado y descrito que la comunidad gitana local presenta en general una peor situación social, educativa, laboral y económica, que el resto de la población mayoritaria local.

Que los distintos profesionales perciben erróneamente la atención a la diversidad y las instituciones no la contemplan. Pensamos que, quedan esbozados los grandes rasgos que condicionan la inadecuada atención a este colectivo, el déficit formativo de los profesionales, incluso actitudes personales discutibles, pero este, no es solo el problema, pues acabamos reproduciendo estrategias discursivas y modus operandi dominantes, sobre los que se construye la diferencia y que se traducen en una práctica diferenciada, siendo la falta de apoyo institucional y estructural quienes determinan en cierta medida que, accesibilidad, igualdad, equidad y otras alternativas, se gestionen adecuadamente.

Pensamos que las instituciones son rígidas, pues evidentemente corresponden a una construcción cultural determinada, sin responder a las necesidades reales de una sociedad plural, pero que podrían hacerlo, si realmente garantizaran el derecho a la diversidad, a través de acciones específicas y políticas reales y equitativas que contemplen la situación de la población gitana.

Se precisan cambios en las instituciones, que permuten medidas exclusivas por medidas inclusivas, que contemplen desde variaciones del modelo explicativo del proceso salud enfermedad a cambios en itinerarios terapéuticos, formación concreta de profesionales, apoyo con mediadores, así como de acciones específicas y adaptadas que transformen y disipen situaciones de desigualdad, que permitan la integración de los individuos atendiendo a la diversidad y no a otras cuestiones, con mecanismos de valoración y evaluación de las políticas, proyectos y programas emprendidos.

Por tanto la prioridad debería establecerse en, evitar que la diversidad cultural constituya una barrera tanto en el acceso a las distintas instituciones como, en la prestación de atención y asistencia de estas.

Pensamos que las sociedades son cambiantes, el pluralismo enriquece la sociedad común, de la voluntad y formación de los individuos dependen la convivencia y el desarrollo, las instituciones y sus dirigentes, deberían de garantizar los medios para incorporar la atención a la diversidad, en la cotidianeidad.

Es por ello que compartimos con el investigador (Liégeois, 1998) cuando relata que: “Pretender promover la diversidad y el respeto de las identidades, sin dar a cada cual –y menos aun a las minorías- la posibilidad de adquirir los instrumentos para una adaptación activa, es una hipocresía” (p.99).

CAPÍTULO VII

CONCLUSIONES

CAPITULO VII

CONCLUSIONES GENERALES

Concluir este trabajo supone una tarea difícil por lo sensible de la temática de estudio, la descripción socio-sanitaria de un colectivo minoritario, el caso de la población gitana de una localidad, en el contexto de una mayoría.

Por lo tanto, debemos insistir en la necesidad de manejar con cautela el resultado obtenido en este estudio en cuanto a, extrapolarlo al resto de la comunidad gitana más allá del ámbito local estudiado. Esta investigación constituye un trabajo descriptivo, la situación de la comunidad gitana, en un momento dado y en un entorno definido.

Descontextualizar resultados, estereotiparlos o interpretarlos perversamente, dado que no constituye el objetivo de esta investigación, será responsabilidad del intérprete.

La población gitana local, constituye una comunidad diversa, relacionado con la heterogeneidad existente, tanto intragrupal como intergrupala, así como con las peculiaridades que cada entorno genera.

Las variaciones culturales atribuidas a este colectivo, han quedado descritas en esta investigación, tanto si se trata de especificidades culturales o, si por el contrario constituyen diferentes desigualdades.

Los materiales aquí mostrados, constituyen un mosaico para ejemplificar la situación de este grupo sin necesidad de sensacionalismos, ni estereotipos. Hemos participado de más matices de los que mostramos, otros en cierta medida, nos han sido vetados y otros, seguramente no hemos sido capaces de percibirlos.

Concluir todos los aspectos que determinan la idiosincrasia de esta población, es osado e incluso injusto, creemos que también constituye un derecho, el reservar determinados aspectos de esta comunidad.

No obstante, concluiremos los temas que se han abordado en este trabajo siguiendo, la línea discursiva narrada en los diferentes capítulos.

Confiamos en la lectura empática de este trabajo, pues el primer obstáculo lo constituye la propia lectura, pues aunque usamos un idioma compartido con este colectivo, para describir las relaciones, las instituciones, el parentesco, las creencias, sin embargo son los significados los que difieren, pues cobran sentido solo para aquellos quienes los comparten.

Hemos pretendido poner voz a esta comunidad y, evidenciar su situación a través de la descripción aquí realizada, esperando haberlo conseguido.

1º Demografía diferenciada:

La investigación realizada evidencia que, la situación demográfica de la población gitana difiere de la población mayoritaria, cabe pensar que esta circunstancia podría inferirse al resto de grupos o comunidad gitana nacional, amparado en que otros estudios también han descrito una situación demográfica diferenciada y similar a, la encontrada en nuestro trabajo.

La población gitana representa una minoría local, en torno al 2.5% respecto a la población mayoritaria.

Alta natalidad:

La estructura y dinámica demográfica diferenciada del resto de la población, se evidencia en el mantenimiento de una alta natalidad, basada fundamentalmente en:

- Entrada temprana de la mujer al matrimonio, lo que determina largos periodos genésicos dado que la actividad reproductiva se inicia con el matrimonio. Acercar el matrimonio a la menarquía se relaciona con, la exigencia de la virginidad de la novia, pues potencialmente implicaría más riesgo potencial para las mujeres de no conservar la virginidad, conforme se distancian ambos acontecimientos.
- Mujeres pronatalistas.
- El valor por la descendencia como capital humano del grupo.
- Bajos niveles de soltería.
- Capacidad de reconstrucción familiar, “monogamia seriada” con potencial descendencia que validan las uniones.

Estos aspectos mencionados, constituyen algunos de los rasgos culturales de esta comunidad, evidenciados a través de la edad temprana de acceso al matrimonio, deseado, esperado, compartido por el grupo, así la virginidad de la novia no constituye un rasgo de subordinación para esta comunidad, ni de promiscuidad la entrada temprana al matrimonio, sino que se relaciona con aspectos culturales concretos y diferenciados

respecto a la población mayoritaria, siendo el patrimonio y el valor de la población gitana, su capital humano, sus miembros.

Así la prolongación genésica y pronatalista de las mujeres de esta comunidad, empoderan al colectivo a través de la descendencia y viceversa, la descendencia empodera tanto a grupo como a progenitores, independientemente de la edad de estos, reforzando tanto la masculinidad como la feminidad, conforme se gestan nuevos descendientes.

La existencia de los aspectos que determinan la estructura encontrada y, que influyen en el patrón reproductivo encontrado, no se visualizan externamente, siendo preciso indagar en el campo para acercarse a la realidad del colectivo.

Mortalidad adelantada:

Otro rasgo estructural encontrado y diferenciado, lo constituye que la población gitana local presenta, una mortalidad sino aumentada, si adelantada respecto al resto poblacional, evidenciada en la cúspide puntiaguda de la pirámide poblacional deduciéndose de esta lectura, que los efectivos que llegan son menos numerosos y menos longevos y, sin que se estén explorando las causas que lo determinan, contrastando con la cumbre piramidal de la población mayoritaria, donde destaca la longevidad y volumen de sus efectivos, sobre todo mujeres.

En el caso de la población gitana encontramos, menos mujeres en el vértice piramidal a diferencia de la población mayoritaria, podría relacionarse con constituir este colectivo local una muestra relativamente pequeña y por tanto, poco representativa o, que determinados factores están incidiendo sobre la salud de la mujeres gitanas determinando, una morbi-mortalidad prematura respecto al varón, sin que tampoco, se esté investigando y, sin indagar en si diferencias de género en salud, pueden estar condicionado esta situación.

La mortalidad cuando ocurre a temprana edad, se relaciona con procesos infecciosos, causas congénitas y muertes imprevistas o relacionadas con violencia. Cuando ocurre a edad más tardía se relaciona con procesos crónicos o, con agotamiento del ciclo vital, al igual que ocurre en la población general, sin embargo se invisibiliza que los procesos mórbidos son más incidentes en la población gitana, determinando peor estado de salud

y peor calidad de vida percibida, y, sin que esta morbi-mortalidad, esté relacionada con especificidades culturales.

No hemos encontrado mortalidad infantil diferenciada respecto al resto poblacional, en el periodo de estudio se ha observado dos casos de mortalidad infantil, una muerte súbita y otra debida a síndrome de Vactrel, la limitación de muestra impiden conclusión.

Bajo índice de soltería:

La baja incidencia de soltería encontrada en esta comunidad, en torno al 5%, constituye otro rasgo cultural grupal, afectando ligeramente más a mujeres que a varones.

La soltería en el contexto estudiado, no constituye una opción para los miembros de esta comunidad, siendo infravalorada respecto a la elección marital, a diferencia de la población mayoritaria donde la soltería, se consolida como una opción válida tanto para varones como para mujeres y, con cierta desigualdad de género en ambos casos, estando relacionado con la sociedad patriarcal imperante.

En nuestro estudio la soltería se relaciona más con, la presencia de anomalías o enfermedad de los/as afectados/as o, con aspectos relacionados con la homosexualidad, estando ambas cuestiones desvaloradas diferenciadamente, dado que la segunda se oculta y rechaza y sin que esto constituya especificidad cultural alguna del colectivo.

Reconstrucciones familiares:

Las monogamias seriadas constituyen una forma de regeneración familiar y, determinan a priori descendencia potencial al constituirse una nueva pareja, constituyendo la prole el criterio que valida las relaciones conyugales, seriadas o no, empoderando tanto a los progenitores como al colectivo, relacionado con el valor añadido del capital humano como patrimonio de esta comunidad y, donde la circunstancia frecuente de no registrar oficialmente las uniones, libera de trabas burocráticas a los individuos, facilitando todo el proceso.

Hemos encontrado gran capacidad de reconstrucción familiar, constituyendo un obstáculo en las nuevas parejas la esterilidad artificial o inducida de las mujeres, al impedir en cierta medida, la legitimación de la relación conyugal a través de la descendencia y, privar a la comunidad de nuevos miembros.

Pensamos que la presión ejercida por las instituciones en cuanto a la esterilidad prematura en las mujeres gitanas, indirectamente puede estar cambiando su dinámica poblacional afectando a la capacidad reproductiva de esta comunidad, al “facilitar, aconsejar, inducir...” tratamientos definitivos de esterilidad a las mujeres gitanas y a temprana edad, en detrimento de otros métodos de control de la natalidad y que pueden estar cesando y cambiando la capacidad reproductiva de las mujeres gitanas.

Es posible que estos cambios, ajenos a la tendencia en la estructura y dinámica demográfica de esta comunidad, estén condicionando un panorama diferente hasta el punto de poder plantearlo incluso como, método de control demográfico grupal, privando de un potencial capital humano, de una parte de la sociedad, posiblemente en un intento por condicionar la mejora de la situación del colectivo al control natal. En nuestro estudio, no hemos encontrado relación entre cambio en el status de las mujeres gitanas y la elección de este método de anticoncepción definitivo.

Pensamos que en cierta medida, se está “generizando” una tendencia, al incidir sobre la mujer y con este método. Ignoramos las posibles consecuencias a medio largo plazo, derivadas de estas intervenciones al no tener constatación de datos de otros entornos.

Relaciones:

Encontramos un alto índice de matrimonios mixtos, donde uno de los cónyuges se identifica como perteneciente a población gitana, frecuentemente no visibles, dada la circunstancia de no inscripción en registros y las reconstrucciones conyugales seriadas que ocultan este dato, constituyendo, solo cuando hay descendencia, la evidencia de dicha unión. Estas uniones “mixtas” y su descendencia, representan por otro lado, una renovación de la carga genética grupal para las uniones endogámicas y consanguíneas.

El número medio de convivientes encontrado es de 4.64 miembros por unidad doméstica, superando a la población mayoritaria, estando relacionado con la capacidad reproductiva, la reorganización y reagrupamiento de las familias ante la necesidad de maximizar los recursos existentes, determinando cambios en la estructura y composición de las mismas, aumentando o disminuyendo los miembros familiares como estrategia adaptativa.

Apreciamos una red de apoyo familiar solidaria, con relaciones cambiantes, donde el matiz del parentesco para el matrimonio se diluye con la coetaneidad, y donde la

crianza conjunta de los efectivos, modifica la presión parental que, junto a un sistema de roles ambivalente respecto al vínculo del parentesco, acomoda parentesco y rol.

No hemos encontrado diferencias que justifiquen preferencias matrimoniales por linajes patri o matrilineales, por lo que la elección de unos y otros miembros obedecen a, diferentes estrategias no siempre explicables en claves de especificidades étnicas.

Se ha hallado mayoritariamente matrimonios endogámicos, así como consanguíneos con diferentes grados en la de relación de parentesco, donde el matrimonio entre primos segundos y primos hermanos es relativamente frecuente. Aunque no hemos observado preferencias por líneas de parentesco, sí encontramos que, predomina mayoritariamente el reagrupamiento de la nueva pareja formada, en la unidad doméstica patrilocal. Cuando la reconstrucción de la nueva pareja no precisa de ceremonia del pañuelo porque ambos proceden de parejas anteriores o, de uniones de parejas “mixtas” la residencia de la nueva pareja se desvincula de la patrilocalidad.

No se ha podido objetivar que los matrimonios consanguíneos sean preferenciales en nuestra investigación, constituyendo esta cuestión algo más circunstancial que electivo, estando relacionado con las variables anteriormente descritas y la “limitación” de posibles opciones entre el grupo. Así mismo percibimos que el matrimonio entre iguales, refuerza y tiende a reproducir un sistema cerrado de valores comunes, compartidos como signo identitario, donde la filiación a través de la descendencia es la clave.

Sistema de creencias, valores y prácticas:

Los aspectos poblacionales narrados, junto a un sistema de creencias, valores y prácticas como uniones frecuentemente endogámicas y consanguíneas, tutelaje de la nueva pareja, relaciones familiares intensas y reagrupamiento familiar ante determinados acontecimientos, el mantenimiento de su idiosincrasia y el celo de sus acontecimientos vitales, nos aportan las claves para comprender esta dinámica demográfica.

La folclorización de estas prácticas, creencias y/o su desvalorización, no solo contribuye a descontextualizar las mismas y reforzar las diferencias, sino que además permiten justificar situaciones de exclusión y marginalidad de esta comunidad.

Esta comunidad presenta un patrón de arraigada sedentarización en la localidad, solo un porcentaje en torno al 9-10% de sus miembros mantiene patrones de movilidad, fundamentalmente de temporalidad variable y que lejos de constituir una especificidad

cultural del colectivo se relaciona con la búsqueda de recursos en otros contextos, seguimiento de las campañas agrícolas como medio de subsistencia, alivio de presión institucional y presión intragrupal ejercida, condicionando todo ello, la movilidad de algunos de sus miembros y, que suelen retornar pasado un tiempo variable.

No se ha “constatado” por tanto ese “carácter nómada” a atribuido a esta comunidad como rasgo cultural. La movilidad rotatoria de este porcentaje, permite la compensación de salidas de efectivos con entradas de nuevos miembros, manteniendo una comunidad local estable, en torno a los quinientos cincuenta miembros. Aspectos relacionados con la movilidad de algunos de sus miembros, determina en cierta medida la percepción de súper-representación de este colectivo.

La paradoja de su visibilidad e invisibilidad, se relaciona por un lado con el movimiento de algunos de sus miembros, con el reagrupamiento familiar y colectivo ante determinados acontecimientos, ciertas pautas o rasgos culturales diferenciados de la población mayoritaria, así como, la tendencia por parte del resto poblacional generalmente a homogenizar al colectivo y, a resaltar fundamentalmente los aspectos negativos relacionados con esta comunidad.

Al mismo tiempo, la invisibilidad de esta comunidad como grupo, se relaciona mayoritariamente con habitar en un espacio geográfico definido y “marginal”, aún cuando en ocasiones, la proximidad respecto al resto poblacional es cercana, se mantiene el aislamiento social.

El que constituyan una comunidad relativamente pequeña, que tengan escasa representatividad grupal a nivel público o institucional, el desconocimiento de su situación real demográfica, educativa, sanitaria, etc. obstaculiza el abordaje de su situación, con su dilución en la mayoría poblacional local, quedando invisibilizados todos los aspectos que como colectivo les afectan y, evidenciando que como comunidad generan poco interés.

El valor por la descendencia, en definitiva el capital humano, sus efectivos, son quienes constituyen el patrimonio del colectivo, siendo a través de su reagrupamiento ante determinados acontecimientos, la evidencia de la intensidad de las relaciones familiares y colectivas.

2º Situación de salud de la población gitana local.

Hemos encontrado, una peor situación sanitaria de la población gitana local, respecto al resto de la población, no se ha constatado que el peor estado de salud de esta comunidad se relacione exclusivamente con aspectos culturales del colectivo. Los resultados expuestos nos acercan al punto de partida, al plantear que las diferencias en salud encontradas entre población mayoritaria y gitana, son reales, que existen y, además estas diferencias están camufladas y justificadas como, diferencias culturales.

Las diferencias encontradas sobre morbilidad, nos dan una panorámica de la situación, si bien los procesos mórbidos no pasan inadvertidos para los profesionales en cuanto a diagnóstico, pasa desapercibida su incidencia y la edad de aparición, dado el perfil demográfico de este colectivo.

Poder constatar que, determinadas patologías crónicas están afectando igualmente a población gitana y a población mayoritaria, siendo la presentación o debut de las mismas en el caso de la población gitana, en etapas más jóvenes de la vida como, hipertensión arterial, diabetes Mellitus, obesidad, dislipemia, enfermedad pulmonar y procesos de salud mental, que están determinando perfiles de morbilidad diferenciados y, no están siendo investigados.

Estas enfermedades crónicas, están afectando con mayor virulencia e incidiendo más tempranamente en la población gitana donde, variables relacionadas a su vez con estilos de vida, derivados de condiciones socioeconómicas más precarias y desfavorables, junto a otros determinantes como son, escasez de recursos, rentas bajas, nivel de instrucción deficitario, pobreza, marginalidad, desempleo, generan cambios en las pautas de alimentación y conductas poco saludables, que a su vez se traducen en mayor riesgo para el padecimiento de diabetes, hipertensión, síndrome metabólico y otros, determinando un peor estado de salud y peor calidad de vida percibida por este colectivo y, cuyas causas, distan de constituir especificidades culturales, evidenciando así que, no son factores culturales los que están afectándoles negativamente.

Situaciones de peor control de las dolencias crónicas evidenciado a través de diferentes datos descritos de esta comunidad, evidencian que las cuestiones narradas se justifican habitualmente como especificidades culturales (incumplimiento de tratamiento, no citas programadas, atención de urgencia, híper-frecuentación, disfuncionalidad, etc.)

proyectando el fracaso terapéutico en el individuo mediante la justificación de que constituyen un colectivo culturalmente diferenciado.

No se plantea ni se investiga si las situaciones anteriormente narradas se relacionan con precaria atención a la diversidad y/o peores condiciones socioeconómicas, laborales, educativas, peor acceso a los recursos de este colectivo, ausencia de mediadores, falta de consensos y abordaje sanitario inequitativo.

No indagar en si las causas que determinan estas anomalías, se relacionan con aspectos culturales o, si por el contrario se relacionan con una deficitaria atención a sociedades cada vez más plurales, evidencia que lo que constituyen son, diferencias en salud.

La investigación sobre morbi-mortalidad del colectivo, muestra por un lado, una mortalidad prematura respecto a la población mayoritaria que pasa desatendida. Por otro lado, la expresión de enfermedades a más temprana edad que el resto poblacional, como diabetes, hipertensión arterial, obesidad, dislipemias y otras afecciones derivadas o relacionadas con estas, donde las variables como niveles de hemoglobina glicosilada, cifras tensionales, niveles lipídicos e índices de masa corporal más alterados, están evidenciando un peor control de las afecciones y por tanto, peor estado de salud de esta comunidad.

En cuanto a la mortalidad adulta encontrada llama nuestra atención, no solo por la edad de la misma, también por las causas con las que se relaciona, siendo fundamentalmente enfermedades correspondientes con, el agotamiento del ciclo vital cuando ocurren a avanzada edad, cuando acontecen a más temprana edad, las causas derivan de diferentes tipos de afecciones oncológicas, afecciones congénitas, enfermedad infecciosa y violencia, sin que estas causas constituyan en general, especificidades culturales ya que, se articulan con otro tipo de variables vinculadas a estilos de vida, nivel socioeconómico, instructivo, exposición ambiental, predisposición genética, etc.

Hemos localizado una gran variedad de “trastornos o anomalías” algunos de ellos no filiados y, que sugieren cierta relación con la consanguinidad, como alteraciones antropométricas, ciertos déficit cognitivos, déficit sensoriales etc. y, que no demandan atención sanitaria y en los que no se está interviniendo específicamente (asesoramiento, consejo genético...)

Aunque la consanguinidad a priori, no constituya un elemento negativo único en la salud de los individuos, si que puede suponer un aumento potencial de la morbimortalidad para determinadas afecciones, siempre considerando que existen otras variables ambientales, marginalidad, pobreza, exclusión, déficit y acceso desigual a los recursos, que pueden estar incidiendo de igual manera y/o condicionando la expresividad de dichas alteraciones y, no se están considerando ni interpretando en la misma clave de riesgo.

Por tanto, no podemos establecer que la consanguinidad por sí sola, se relacione con un peor estado de salud de la comunidad gitana.

La escasa demanda de la población gitana ante estas alteraciones y las respuestas de un sistema que no atiende a la diversidad, determinan un abordaje insuficiente, parcial y sesgado de dichas afecciones.

La aparición de enfermedades infecciosas y parasitosis relacionadas con este colectivo, no constituyen especificidades culturales, sino que están vinculadas con, malas condiciones de vida, marginalidad, pobreza, exclusión social y peor acceso a los recursos disponibles, la precaria situación de partida de este grupo, determina un sistema que se retroalimenta a sí mismo, reproduciendo una peor situación socio-económica, educativa, peor acceso al mercado laboral, a los recursos y, peor estado de salud en general.

Se detecta, un deteriorado estado de salud mental, con manifestación de grandes procesos mentales y otros menores, en relación al resto poblacional. La medicalización de determinados procesos, en principio “no clínicos” como, marginalidad, paro laboral, escasez de recursos, instrucción deficitaria, dificultad acceso mercado laboral, exclusión social, que en ocasiones determinan o desencadenan, trastornos somáticos, del sueño, estrés, conductas disfuncionales fundamentalmente adictivas a alcohol y/o tabaco y, expresados como problemas de salud, empeora la situación, al añadir un “problema sanitario o psicológico”, repercutiendo negativamente todo este proceso tanto en el individuo como en su unidad familiar.

Este abordaje, determina en cierta medida la “medicalización de mujeres gitanas” por diferentes cuestiones, minimizando o invisibilizando otros aspectos que pudieran afectarlas y determinado diferencias de género en salud, estando relacionado con

aspectos vinculados con la desatención a la diversidad y escasa perspectiva de género estructural.

No se está investigando el impacto que, sobre la salud de las mujeres gitanas pueden estar ejerciendo diferentes variables que afectan, no solo a la esfera psicológica de la mujer, también a las relacionadas con aspectos físicos al iniciar la reproducción cuando en ocasiones, su propio desarrollo no se ha completado, así como aspectos educativos, puesto que la asunción de nuevas responsabilidades y cambios de roles de las mujeres gitanas que en cierta medida condicionan el abandono escolar, así como cambios en conductas (fumadoras activas o pasivas) y otras variables derivadas de sus condiciones de vida, determinando todas estas cuestiones, peores niveles de salud y calidad de vida percibida.

El perfil antropométrico diferenciado, con menor talla, mayor peso y mayor índice de masa corporal, sobre todo de las mujeres gitanas respecto a la población general pasa desapercibida en el contexto general, sin que se indague en las posibles causas, estilos de vida, acceso a recursos, patrones culturales como maternidad temprana y pronatalista, herencia, etc.

Encontramos un sistema sanitario etnocéntrico, androcéntrico y monocultural, que no responde a necesidades ni expectativas de la población gitana, que dificulta la articulación o complementariedad con otros recursos o alternativas existentes para el proceso salud/atención, desacreditando tanto la eficiencia de otros itinerarios y prácticas así como, a los usuarios/as de los mismos.

La peor situación de partida de la comunidad gitana, respecto a la población mayoritaria en el ámbito educativo, social, sanitario, ambiental, etc. determina peor nivel de salud respecto al resto poblacional.

3º Percepciones de la población gitana local:

La población gitana se percibe e identifica como tal, en base a criterios de descendencia. Identifica y establece a su vez dos categorías clasificatorias de la población, gitanos/as y “payos/as” constituyendo la expresión de “castellano/a” una sub-categoría de “payo/a” con carácter menos “peyorativo”.

No hemos percibido una identificación específica o “conciencia grupal”, como comunidad gitana nacional, más allá de las redes socio-familiares, solo a través del “culto” hemos podido intuir, cierta visión más colectiva o grupal de los participantes.

Las redes familiares gitanas constituyen, para los miembros de esta comunidad, una estructura interna de apoyo económico, logístico, residencial y humano que predomina frente al ámbito institucional, siendo en este espacio relacional, donde los lazos parentales sufren un proceso de acomodación a los roles desempeñados, con carácter alternante.

Los lazos parentales de esta comunidad, se hacen más patentes o manifiestos cuando, interfieren individuos o población externa, activando el reagrupamiento de esta población frente a lo ajeno, por otro lado sus relaciones inter e intragrupal no están exentas de conflictos al igual que ocurre en cualquier otro grupo, determinando en ocasiones esta circunstancia, el exilio de parte de sus miembros, constituyendo este matiz, un rasgo diferenciado del resto poblacional.

Las mujeres gitanas desarrollan un papel fundamental dentro y fuera de esta comunidad, no se perciben ni son percibidas por su grupo como, subordinadas y/o recluidas al ámbito doméstico como especificidad del colectivo gitano, dicha creencia o percepción, que se relaciona con sociedades patriarcales y desigualdades de género, donde la presión y control sobre la mujer no difiere en este colectivo de la población mayoritaria. Estas mujeres perciben la maternidad, como uno de los roles más importantes, sin que este sea exclusivo, puesto que además de la tarea reproductiva, desarrolla un importante papel en la actividad productiva familiar.

Las uniones conyugales no suelen registrarse oficialmente. Las mujeres gitanas, suelen referir que “*se casan*” con el varón que le saca el pañuelo, este primer “esposo” representa un valor añadido sobre el resto de parejas que “*se juntan*” y, sin que esa circunstancia, convierta a ese varón en el más importante. Al margen de la formalización documental, los matices y significados implícitos, de quienes comparten un sistema de valores concreto, son los que dan sentido a “esposo/a, marido, pareja, juntos, casados...”

En ocasiones el registro oficial de las uniones, suele estar más relacionado con reunir requisitos administrativos para poder acceder a recursos existentes, más que con compartir una dinámica social o creencia.

Tampoco hemos encontrado como especificidad cultural el que los hijos/as, cuando se deshacen los matrimonios o parejas, convivan necesariamente con el padre o la madre en base a criterios patriarcales, sino que conviven con uno u otro indistintamente en función de otras variables, recursos existentes, economía, red de apoyo y otras.

La diversidad existente en cuanto a la ceremonia de las uniones, rito, boda, oficial etc. permite que las familias y parejas, adapten sus recursos de forma que el objetivo, la virginidad de la novia y el honor familiar queden compensados, al margen de otras variables que pueden intervenir.

La virginidad de la novia es deseada por las mismas mujeres gitanas y su manifestación pública esperada y querida, constituyendo los aspectos culturales centrales y diferenciados del sistema de matrimonio de esta comunidad.

Los varones narran la preferencia matrimonial entre parientes, posiblemente relacionado con la confianza que conlleva el lazo parental en cuanto a exigencias, lealtades y patriarcado, a diferencia de las mujeres que, refieren preferir relación no parental.

La exploración sobre las pautas de sexualidad de este colectivo, el uso de métodos anticonceptivos durante el primer periodo en la constitución del matrimonio no se plantea, ya que el objetivo de la unión es la descendencia, dado que generalmente son mujeres pronatalistas el uso de métodos de control es limitado, recayendo en la mujer fundamentalmente el control natal, sin que este control constituya tampoco un rasgo cultural.

Los métodos naturales suelen ser preferidos por los varones, el uso de anticonceptivos hormonales con diferentes presentaciones suelen ser usados en periodos breves por las mujeres y siendo la esterilización de las mujeres gitanas a temprana edad frecuente y, sin que se haya podido evaluar el impacto de la misma, los métodos de barrera usados lo constituye exclusivamente el preservativo masculino, con un uso muy reducido del mismo, relacionado fundamentalmente con que son costosos para ciertas economías, el rechazo del varón que lo percibe como obstáculo a su masculinidad.

La población gitana no percibe prácticas diferenciadas de la mayoría en torno al proceso salud/enfermedad, ni presenta aspectos que constituyan rasgos culturales específicos relacionados con este proceso.

No perciben que el parentesco, la consanguinidad puedan influir en la expresividad de determinadas afecciones congénitas o hereditarias, dado que relaciones y parentesco se acomodan a las necesidades, constituyendo este aspecto, un rasgo cultural del colectivo. No se ha podido discernir si perciben que su situación sanitaria no se está abordando con la “perspectiva apropiada”, pero manifiestan frecuentemente su “disconfor” tanto con la atención sanitaria como resto de instituciones.

El estado de salud de la población gitana, se relaciona en general con la percepción que los individuos tienen de su calidad de vida, e influenciado no solo por la existencia o no de enfermedad, sino por diferentes variables tanto objetivas como subjetivas, que oscilan desde aspectos físicos u orgánicos, psicológicos, sociales y ambientales, siendo estos cambiantes y dinámicos, estando esta percepción compartida con el resto de la población mayoritaria estudiada.

No se ha descubierto una especificidad cultural relacionada con la percepción de la enfermedad crónica, ya que esta no tiene cabida como tal, si no es a través de la expresión del síntoma o signo por el que se manifiesta, estando esto relacionado más directamente con, el nivel de instrucción, los conocimientos e información recibida sobre el proceso de las/os pacientes, situación socioeconómica, recursos disponibles, etc.

Tampoco encontramos que, la población gitana perciba las enfermedades como rasgos culturales diferenciados de la mayoría ni, que estas sean atribuidas a mala suerte o fortuna, así como el miedo ante la muerte, tampoco constituye una especificidad cultural, siendo en el abordaje, en la expresión de esta, donde algunas pautas difieren de la población mayoritaria.

Encontramos en la población más mayor (relacionado con peor nivel instructivo y socio-económico) que subyace cierto rasgo en cuanto a percibir la cronicidad como algo relativo, estando vinculado con situaciones sociales inestables, con pocas posibilidades de programar y donde urge la cobertura de otras necesidades básicas más urgentes y preocupantes, comida, vivienda, deudas, trabajo... y, sin que constituya específicamente

un rasgo cultural, dado que igualmente lo hemos encontrado en el resto de población que comparte mismas condiciones ambientales, educativas, socioeconómicas.

No hallamos enfermedades típicas de población gitana y de población no gitana, tampoco encontramos prácticas específicas o diferenciadas sobre cuidados de salud de la población gitana, la alternancia de recursos e itinerarios en el establecimiento y recuperación de la salud se mimetiza en entornos donde las circunstancias son similares para la población en general, hemos encontrado que las bolsas de pobreza generan bolsas de enfermedad, accidentalidad, donde los individuos movilizan y usan los recursos disponibles, independientemente de los rasgos culturales de la sociedad.

Averiguamos que la población gitana usa más los servicios sanitarios de urgencia, estando relacionado con, la presentación de patología y siniestralidad, siendo las condiciones socioeconómicas más desfavorables de base, las que limitan hasta poder concertar cita telefónica, el “desconocimiento” del funcionamiento institucional y, un sistema sanitario que no responde a las necesidades de esta población, o como han señalado otros autores con la generación de patologías de la aculturación, más que con especificidades culturales.

Así mismo, los aspectos de demanda urgente de las diferentes afecciones, se relacionan con la manifestación de síntomas, donde el sangrado evidente, cambio del nivel de consciencia y la expresión de dolor, generan gran alarma general, sin que esto constituya tampoco un rasgo cultural en nuestra investigación, pues igualmente se perciben, alarman y mimetizan estas manifestaciones, en la población mayoritaria.

No se ha podido constatar un mayor uso de los servicios sanitarios privados por parte de la comunidad gitana local, relacionado con la imposibilidad de poder acceder y contrastar el dato y, que presentan una situación socioeconómica basal, más precaria que el resto poblacional, aunque refieren intencionalidad de su uso si pudieran.

Dada la tendencia encontrada, en cuanto a reconstrucciones familiares y, el que muchas de estas mujeres ya se habían sometido a una esterilización, perciben y plantean la imposibilidad de nueva descendencia en clave de problema de salud, pues el patrón tradicional reproductivo de esta comunidad narrado anteriormente y, de uniones validadas a través de la descendencia, queda truncado ante la nueva pareja y situación.

4º Las instituciones, los profesionales:

Abordar la diversidad social y cultural existente en la sociedad actual, sigue dependiendo de los esfuerzos puntuales y discontinuos, desarrollados por las diferentes instituciones y profesionales, basadas fundamentalmente en acciones personales vinculadas a la predisposición de ayuda, solidaridad o beneficencia.

Las instituciones no garantizan el abordaje ni la continuidad de los programas atendiendo a la pluralidad social, relacionado con que dicha perspectiva no está incorporada en la estructura institucional, situación que se agrava ante situaciones de crisis, repercutiendo más negativamente en las poblaciones más desfavorecidas y, relacionado con la peor situación de partida de estas.

La población gitana local sigue estando en una situación de segregación respecto a la mayoría, aún cuando el colectivo es heterogéneo, se tiende a inferir a la totalidad grupal aspectos relacionados mayormente, con una imagen social negativa, diferenciada que justifica la peor situación del colectivo su marginalidad y desigualdad. La escasez de datos tanto cuantitativos como cualitativos sobre este grupo, determinan su invisibilidad y les condena al anonimato, al integrar los datos minoritarios en el contexto general y diluyendo así su situación, condicionando que las diferentes necesidades de este colectivo pasen desapercibidas, promoviendo una situación continuada de desigualdad y exclusión o, reproduciendo pautas y actuaciones que no les favorecen.

Parte de esta percepción reside en la insistencia en mantener a esta comunidad estática, recluida a un momento o contexto y, que diferentes trabajos e investigaciones han insistido en plantear del colectivo, contribuyendo a reproducir su estatismo, arrastrando una imagen de la comunidad no siempre real.

La escasa perspectiva multicultural en las instituciones determina, que aspectos relacionados con la exclusión, dependencia, escasez de recursos, pobreza... se aborden en el resultado final que producen y no, en las causas que los generan, constituyendo esto uno de los principales problemas encontrados. Esta dinámica de interesarse en los resultados, que no por los orígenes, justifica la intervención realizada para atender a este colectivo, mientras se está contribuyendo a perpetuar el enquistamiento de la problemática existente, sin resolución de la misma, al no intervenir en las causas que generan estas situaciones de desigualdad.

Así mismo, la falta de interrelación entre las distintas instituciones, acentúa el abordaje parcial y por tanto sesgado de la situación real de este colectivo, que bajo un marco teórico de acceso igualitario a los distintos recursos por la población en general, excluye a colectivos y/o personas que están en situaciones de más desventaja social, beneficiando a otros sectores poblacionales al no contemplar la diversidad social existente, ya que paradójicamente el modelo socio-sanitario y educativo imperante responde menos positivamente a necesidades de grupos más desfavorecidos y necesitados, siendo en nuestro caso, la población gitana.

La falta de registros y datos que objetiven la situación de esta comunidad, oculta su situación en el contexto poblacional general, siendo en ocasiones las propias instituciones quienes en cierta medida, obstaculizan las investigaciones ante la falta de perspectiva, recelo, desconocimiento y/o desinterés.

Dado que el abordaje de este trabajo, de la comunidad gitana local, ha sido desde salud, insistimos en la necesidad de:

- Por un lado romper el planteamiento institucional de que los determinantes de salud atribuidos tradicionalmente como riesgos, y de manera individualizada a las personas, con lo que se descargaba en estos la responsabilidad y las acciones para solventar las situaciones de desventaja, enfermedad, exclusión, pobreza, etc.
- Por otro lado, exigir la corresponsabilidad de las distintas instituciones, ya que los resultados apuntan que los determinantes de la salud de los individuos y colectivos son de causa mucho mas multifactorial que el riesgo individualizado.

Este trabajo pensamos que evidencia diferentes “elementos de juicio”, respecto a la relación/atención entre, instituciones, profesionales y población gitana, estando todavía altamente influenciados por las referencias culturales de un modelo tradicionalmente etnocéntrico, monocultural y androcéntrico, a pesar de los avances conseguidos, donde la falta de perspectiva estructural ante la diversidad social como de género, determinan una atención sesgada que tiende a reproducirse y que es preciso superar.

Las voces de los/as integrantes de esta comunidad las encontramos en las entrevista, no se visualiza a este colectivo ni en los programas ni en las instituciones, tampoco lo hace socialmente y cuando lo hace se plantea desde la segregación. No encontramos asociaciones gitanas locales visibles ni con representación social significativa, no hemos

percibido movimiento asociativo, ni mediadores formales, en pro de los derechos y representación del colectivo gitano en las instituciones locales.

Pensamos que es preciso visualizar y empoderar a la comunidad gitana, siendo necesario para ello objetivar su situación y su incorporación no solo en los discursos, sino en el espacio social, institucional, político, legal que le corresponde.

Cultura diferenciada.

La población gitana constituye un colectivo culturalmente diferenciado de la población mayoritaria, pudiendo percibirse esta situación a través de la panorámica demográfica del colectivo, con un patrón reproductivo que difiere de la población mayoritaria, un sistema de matrimonio fundamentalmente endogámico, consanguíneo y, un sistema de valores, creencias y prácticas que difieren en algunos aspectos de la población mayoritaria.

Así mismo, esta población gitana local es percibida por la población mayoritaria como diferenciada, aún cuando se desconocen las causas en las que residen esas diferencias.

A través de este trabajo se ha visualizado que, las diferencias existentes entre población gitana y mayoritaria quizás no son tan grandes como nos pensábamos, sin embargo, la insistencia en reforzar las diferencias de forma continuada, contribuye a justificar y mantener la exclusión de la comunidad gitana.

Nos hemos acercado a la realidad de este colectivo para, describir creencias, percepciones y determinadas pautas como, matrimonio temprano, ceremonia del pañuelo, baja inscripción en registros de las uniones, preferencia por uniones entre iguales y con parentesco, el valor a la virginidad de la novia, los distintos pasos del cortejo de la novia así como, las distintas posibilidades de resolución de la relación y la participación grupal e intensidad de las relaciones familiares, que configuran rasgos culturales destacables del colectivo.

Cuando los eventos que ocurren en el seno de la comunidad gitana son extrapolados y, esos rasgos se descontextualizan de las creencias y valores de quienes los comparten, se desvirtúan y pierden su sentido, pues es en el seno del grupo de cada cultura donde esos eventos son coherentes, ya que se perciben y se expresan en función de los valores y creencias compartidas de los implicados/as.

Aspectos identificados habitualmente con diferencias culturales, radican y se relacionan más con diferencias y desigualdades socioeducativas, económicas y sanitarias, pues hemos podido percibir que, marginalidad, desempleo, dificultad de acceso al mercado laboral, precariedad laboral, desestructuración familiar, bajo nivel de instrucción, pobreza, fracaso escolar, enfermedad, dependencia, no constituyen rasgos culturales de la comunidad gitana, ni especificidades étnicas, sino que están relacionados directamente con peor posibilidad de acceso y control de los recursos existentes, respecto a la población mayoritaria.

Es preciso que volvamos destacar los aspectos de vital importancia que tanto explícita, como implícitamente han quedado descritos en este trabajo y, han permitido que la comunidad gitana local conserve toda su genuinidad e idiosincrasia independientemente de las mayorías en las que se inserta, manteniendo rasgos destacables como:

- Valor por el capital humano, más devaluado quizás por y en la sociedad mayoritaria.
- Riqueza por las relaciones familiares, convivencia, ayuda y solidaridad mientras en la sociedad mayoritaria se tiende al individualismo.
- Habilidades para determinadas profesiones y alternancia en las mismas como estrategia de supervivencia y en condiciones de desigualdad.
- Capacidad de adaptación, resistencia y supervivencia en entornos adversos.
- Destreza y tesón para mantener rasgos identitarios frente a sociedades y presiones asimilacionistas.
- Cualidades para aspectos relacionados con las artes, el flamenco y la música.
- En general diversidad y riqueza cultural del colectivo.

Peor situación social de la población gitana local respecto a la mayoría:

A pesar de la heterogeneidad grupal del colectivo, la población gitana local en general se percibe y presenta, con una peor situación social, respecto al resto de la población mayoritaria, estando relacionada no con aspectos culturales, sino con peor situación socioeconómica, que condiciona desde características de la vivienda, hasta el consumo, estatus, roles, prácticas, etc.

La situación de crisis de los últimos años, se ha cebado con la comunidad gitana local, su peor situación de partida respecto al resto de la población determina que actualmente ronde el dramatismo para muchas familias. La situación de desempleo estructural, condicionada por pérdida y/o destrucción de puestos de trabajo en los distintos sectores y servicios, la falta de cualificación profesional junto a, expectativas laborales de dudosa mejora, escasez de rentas o recursos para subsistir, inexistencia de entramado industrial y servicios que generen empleabilidad, condicionan una panorámica preocupante que determina un futuro incierto de la situación para esta comunidad.

Ante esta realidad, es comprensible que, la dependencia institucional constituya si no la única vía de subsistencia de esta comunidad, sí una de las más importantes, donde la respuestas inadaptadas de las distintas instituciones determinan soluciones transitorias, discontinuas, desconectadas y descontextualizadas lejos de responder a las necesidades planteadas, trasladan la problemática a medio largo plazo.

Las necesidades de reagrupamiento de las unidades familiares como estrategias para maximizar los recursos junto, el cuidado de los mayores si además generan cierta ayuda monetaria, suponen estrategias económicas que condicionan a su vez, las relaciones, estructuras familiares y dependencia.

En gran medida, la población gitana sigue estando segregada tanto geográficamente como socialmente, ocupan espacios y nichos territoriales más desfavorecidos y, que nada tienen que ver con preferencias personales, sino con elecciones paliativas derivadas de variables anteriormente expuestas, presión social, escasez recursos, peor acceso a vivienda, etc.

Sus viviendas suelen tener en gran medida categoría de infravivienda, con peores condiciones de habitabilidad, hacinamiento y, sin que ninguna de estas características constituya rasgo cultural o especificidad del colectivo, sino que depende y se relaciona con variables sociales, educativas, económicas, demográficas y políticas.

El abandono escolar y menor promoción de los escolares de la comunidad gitana respecto a la mayoría, está relacionado con, peor situación socio-familiar para afrontar el proceso educativo institucionalizado, falta ocasional de referentes familiares que incentiven la instrucción, déficit de espacio y condiciones de habitabilidad que potencien el aprendizaje, siendo determinante un sistema educativo poco adaptado a las

necesidades de otro colectivo, con valores, creencias, prácticas diferenciadas y una institución rígida poco diversificada, condicionan un futuro inminente poco alentador para los infantes de esta comunidad.

Que los escolares tengan dificultad para acabar la educación obligatoria hasta ESO, supone una barrera que obstaculizará los procesos posteriores tanto de desarrollo personal como de integración social, al condicionar indirectamente el acceso a servicios y recursos. Este “escollo” educativo con serias repercusiones sobre otros ámbitos de la vida y relaciones de los individuos, concurre con los anteriormente expuestos, evidenciando la actual y deficitaria situación de esta comunidad respecto al resto poblacional.

Los temas planteados ilustran que la situación de la población gitana local sigue estando en desventaja social, educativa y sanitaria respecto a la mayoritaria y, las causas no se relacionan exclusivamente con diferencias culturales, sino que la peor situación de este colectivo se corresponde con procesos discriminatorios, acceso desigual a los recursos, marginalidad, pobreza, exclusión, abordaje inadecuado a la diversidad social existente y escasa perspectiva de género. La diversidad social y cultural es un hecho constatado, donde la comunidad gitana al igual que el resto de colectivos está en un continuo proceso de cambio y acomodamiento, en base a su sistema de creencias, valores y prácticas, donde los ritmos y variaciones dependen de la flexibilización cultural, tanto del grupo en sí como, del resto de colectivos con los que convive.

El abordaje para atender las variaciones culturales existentes, depende de los esfuerzos que las distintas instituciones y organismos quieran desarrollar para que esa diversidad sea atendida y gestionada como merece.

Seguir planteando la situación de la población gitana en clave dicotómica y rígida respecto a la mayoría, contribuye a mantener la segregación, el prejuicio, es preciso contemplar y plantear que dicho colectivo también presenta su propio proceso de flexibilidad cultural, no siempre explícito o percibido por el resto de población y que permite su acomodación a nuevos contextos y situaciones, sin que ello constituya, la pérdida de su identidad ni estatismo cultural.

Algunos de los aspectos culturales diferenciados de esta comunidad han sido expuestos en este trabajo, son particularidades culturales y como tales estas constituyen solo un aspecto de la comunidad gitana.

Por tanto debemos huir de la inferencia a toda la comunidad gitana de particularizar peyorativamente, cada uno de los aspectos de su dinámica vital, ya que los descontextualiza y les margina.

Concluimos que, en esencia los rasgos que difieren de esta comunidad respecto a la población mayoritaria, son menos divergentes de lo que pensábamos antes de iniciar esta investigación.

Es preciso plantear la atención hacia esta comunidad en clave inclusiva e integradora, entendemos que es el conocimiento del otro, el respeto y la atención a la diversidad existente, lo que determina que nuestra rigidez respecto a la percepción negativa de lo diferente se amortigüe y cambie, para ello es necesario renovar el enfoque actual por una perspectiva flexible y adaptable de la interculturalidad y, no solo de las instituciones, también de los profesionales y comunidad en general.

Para ello, es preciso evidenciar la situación real de la comunidad gitana, desde nuestro acercamiento y perspectiva sanitaria, hemos planteado tanto los problemas de salud de este colectivo como, las carencias sanitarias, desigualdades en salud existentes, así como, su situación educativa, social, laboral, etc. para plantear la corresponsabilidad de las distintas instituciones y de la sociedad en general y la necesidad de atender adecuadamente a esta comunidad.

La invisibilidad del colectivo y por tanto de su situación, obstaculiza de entrada la posibilidad investigar y por tanto de intervenir, de diseñar, adaptar, consensuar y evaluar, medidas que mejoren la situación general, insistir en mejorar un aspecto concreto o específico solo contribuye a volver a parcelar, justificar y reproducir lo existente, es preciso un cambio sustancial y activo, normativo, con implicación institucional, profesional y social, que rompa el tradicional abordaje de la población gitana en clave “normalizadora” que solo ha contribuido a fracturar la sociedad y gestar actitudes y acciones desigualitarias, sesgadas y reduccionistas de otros colectivos socioculturales, siendo en el caso que nos ocupa, la comunidad gitana local.

BIBLIOGRAFÍA

BIBLIOGRAFÍA

- Abajo, J.E. (1997). *La escolarización de los niños gitanos*. Madrid: Ministerio de Trabajo y Asuntos Sociales.
- Alfaro, A. (1993). *La gran redada de gitanos*. Madrid: Presencia Gitana.
- Alfaro, A. (1999). Tipología: Matrimonios mixtos y mestizajes gitanos en los censos históricos andaluces. *Demófilo*, 30, 30-52.
- Aguirre, J. (2006). *Historia de las itinerancias gitanas. De la India a Andalucía*. Zaragoza: Institución Fernando el Católico.
- Alfagueme, A., y Martínez, M. (2004). Estructura de edades, escolarización y tamaño de la población gitana asentada en España. *Reis*, 106, 161-174.
- Alijotas, J., y Ferrer, J.C. (2005). Trombofilia congénita y aborto recurrente: estrategias diagnósticas y recomendaciones terapéuticas. *Medicina Clínica*, 125(16), 626-631.
- Álvarez, D., Rodríguez, C., Sanchidrian, C., Alejos, B., y Pla, R. (2012). Aportaciones e inconvenientes de la incorporación de metodología cualitativa en la evaluación de servicios sanitarios. Un caso práctico: la evaluación de una consulta de alta resolución. *Revista Calidad Asistencial*, 27(5), 275-282.
- Amezcuza, M. (2000). El Trabajo de Campo Etnográfico en Salud. Una aproximación a la observación participante. *Índex de Enfermeria*, 30, 30-35.
- Árdevol, E. (1986). *Antropología urbana de los gitanos de granada*. Granada: Ayuntamiento de Granada.
- Ardener, E. (1975). Belief and the problem of women. En S. Ardener (Ed.), *Perceiving women* (pp. 1-17). Londres: Dent. 1-17
- Argimon, J.M., y Jiménez, J. (2004). *Métodos de investigación clínica y epidemiológica*. Madrid: Elsevier.
- Barley, N. (1989). *El antropólogo Inocente*. Barcelona: Anagrama.
- Bericat, E. (1998). *La integración de los métodos cuantitativo y cualitativo en la investigación social: significado y medida*. Barcelona: Ariel Sociología.
- Bittles, A.H. (2001). Consanguinity and its relevance to clinical genetics. *Clinical Genetics*, 60, 89-98.
- Bittles, A.H., Mason, W.M., Greene, J., y Appaji, N. (1991). Reproductive behavior and health in consanguineous marriages. *Science*, 252, 789-794.

- Bittles, A.H., y Black, M. L. (2010). Consanguinity, human evolution and complex diseases. *Proceedings of the National Academy of Sciences*, 107, 1779–1786.
- Blanco, M.J., y Fuster, V. (2006). Reproductive pattern in consanguineous and non-consanguineous marriages in La Cabrera, Spain. *Annals of Human Biology*, 33(3), 330-334.
- Bongaarts, J. (2002). The end of the fertility transition in developed World. *Population and Development Review*, 28(3).
- Borrow, G. [1907] (1999). *Los zíncali. Los gitanos de España*. Sevilla: Portada.
- Briones, R. (1995). Aproximación Antropológica a tres casos de religiosidad marginal en la provincia de Granada. *Gazeta de Antropología*, 11, 71-81.
- Bryman, A. (1984). The debate about quantitative and qualitative research: ¿A question of method or epistemology?. *The British Journal of Sociology*, 25(1), 75-92.
- Cabedo, V.R., Ortells, E., Baquero, L., Bosch, N., Montero, A., Nájher, A., Sánchez, B., y Tamborero, M.A. (2000). Cómo son y de que padecen los gitanos. Castellón. *Atención Primaria*, 26, 21-25.
- Cabrero, J., y Richard, M. (2000). El debate investigación cualitativa frente a investigación cuantitativa. *Enfermería Clínica*, 6(5), 12-17.
- Calvo Buezas, T. (1989). *Los racistas son los otros: gitanos, minorías y derechos humanos en los textos escolares*. Madrid: Popular.
- Callén, E., Casado, J.A., Tischkowitz, M.D., Bueren, J.A., Creus, A., Marcos, R., Dasí, A., Estella, J.M., Muñoz, A., Ortega, J.J., de Winter, J., Joenje, H., Schindler, D.R., Hanenberg, H., Hodgson, S.V., Mathew C.G., y Surrallés, J. (2005). A common founder mutation in *FANCA* underlies the world's highest prevalence of Fanconi anemia in Gypsy families from Spain. *Blood*, 105, 1946-1949. doi:10.1182.
- Casabona, I., y Lillo, M. (2006). Gestión de cuidados de salud y competencia cultural. *Cultura de los cuidados*, 20, 83-86.
- Casals, M., Pila, P., Langohr, K., Millet, J.P., y Caylà, J.A. (2012). Incidence of infectious diseases and survival among the Roma population: a longitudinal cohort study. *European Journal of Public Health*, 22(2), 262-266.
- Castañé-García, J. (2005). La vivienda, un largo camino por recorrer. En P. CABRERA (Ed.), *Vivienda y alojamiento*. Documentación Social, nº 138. Madrid: Cáritas Española.

Centro de Investigaciones Sociológicas (2007). *Encuesta sociológica a los hogares de la población gitana*. CIS.

Clevert, J. (1965). *Los gitanos*. Barcelona: Ayma.

Coleman, J.S. (1988). Social Capital in the Creation of Human Capital. *American Journal of Sociology*, 94. (Supplement Organizations and Institutions: Sociological and Economic Approaches to the Analysis of Social Structure, 95-120.

Comelles, J.M. (1985). Sociedad, salud y enfermedad: los procesos asistenciales. *Jano: Medicina y humanidades*, 665, 71-83.

Consejería de Salud, (2007). Proceso asistencial integrado: Enfermedad Pulmonar obstructive crónica. Servicio Andaluz de Salud.

Corretger, J.M., Fortuny, C., Botet, F., y Valls, O. (1992). Marginalidad, grupos étnicos y salud. *Anales Españoles de Pediatría*. 36(48), 115-117.

Davis, K. (1945). The world demographic transition. *The Annals of the American Academy of Political and Social Sciences*, 237, 1-11.

D'ALEPH/FSG (2008). *Mapa sobre vivienda y comunidad gitana en España 2006-07*. Madrid, Fundación Secretariado Gitano.

De Amicci, D., Gasparoni, A., Chirico, G., y Bogliolo, O. (1998). The Influence of Race on Breast Feeding. *European Journal Epidemiology*, 14, 413-415.

Delgado, M., y Castro, T. (1998). *Encuesta de fecundidad y familia 1995 (FFS)*. Opiniones y actitudes, Nº 20. Madrid. CIS.

De Luna, J.C. (1951). *Los gitanos de la Bética*. Madrid: EPESA.

Elliot, R. (2006). Everybody Did it'-or did They. The use of oral History in Researching Women's Experiences of Smoking in Britain, 1930-1970. *Women's History Review*, 15(2), 297-322.

Elkind, A. (1985). The social definition of women's smoking behaviour. *Social Science and Medicine*, 20(12), 1269-1278.

Equipo Barañí, (2001). *Mujeres gitanas y sistema penal*. Madrid: Metyel Feder.

Ernster, V., Kaufman, N., Nichter, M., Samet, J., y Yoon, S. (2000). Women and Tobacco: Moving from policy to action. *Bulletin World Health Organization*, 78(7), 891-901.

Fernández, R., Fernández R., Álvarez, M.A., Núñez, A.M., Flores, C., y Quero, A.I. (2014). Evaluación del estado nutricional en pacientes trasplantados renales durante 5 años de seguimiento. *Revista Nutrición Hospitalaria*, 30(5), 130-134.

Ferrer, F. (2003). El estado de salud del pueblo gitano en España. Una revisión de la bibliografía. Alicante. *Gaceta Sanitaria*, 17(3), 2-87.

FOESSA (2012). *Exclusión y Desarrollo Social*. Análisis y perspectivas. Fundación Foessa.

Fonseca, I. (1997). *Enterradme de pie. El camino de los gitanos*. Barcelona: Ediciones Península.

Fuentes, M. (2001). El estado de la investigación en salud y género. En, C. Miqueo, C. Tomás, C. Tejero, M.J. Barral, T. Fernández y T. Yago, (Ed.), *Salud reproductiva y salud integral de las mujeres. Reflexiones desde la práctica en Asistencia Primaria* (pp. 225-235). Madrid: Minerva.

Fundación Secretariado Gitano (2005). *Discriminación y comunidad gitana*. Informe Anual 2004. Madrid: FSG.

Fundación Secretariado Gitano (2006). *Discriminación y comunidad gitana*. Informe anual. Madrid: FSG.

Fundación Secretariado Gitano (2007). *Discriminación y comunidad gitana*. Informe anual. Madrid: FSG.

Fundación Secretariado General Gitano (2010). *Evaluación de la normalización educativa de las alumnas y los alumnos gitanos en la etapa de Educación Primaria*. Madrid: Instituto de la Mujer.

Fundación Secretariado Gitano (2013). *Discriminación y comunidad gitana*. Informe anual. Madrid.

Gamella, J.F. (1996). *La población gitana en Andalucía. Un estudio exploratorio de sus condiciones de vida*. Sevilla: Consejería de Trabajo y Asuntos Sociales. Junta de Andalucía.

Gamella, J.F., y Sánchez, P.S. (1998). *La imagen infantil de los gitanos*. Valencia: Fundación Bancaixa.

Gamella, J.F. (2000). *Mujeres gitanas. Matrimonio y género en la cultura gitana de Andalucía*. Sevilla: Junta de Andalucía.

Gamella, J.F. (2002). *Los gitanos andaluces. Los andaluces gitanos*. Córdoba: Instituto de Asuntos Sociales de Andalucía.

Gamella, J.F., y Martín, E. (2008). Vente conmigo primita. El matrimonio entre primos hermanos en los gitanos andaluces. *Gaceta de Antropología*, 24(2).

Gamella, J.F., Núñez, A.M., y Martín, E. (2010). Entre marido y mujer. Discursos eclesiásticos en las causas de dispensa de los matrimonios consanguíneos celebrados en la diócesis de Granada, 1892- 1963. *Gazeta de Antropología*, 26(2), 39, 1-42.

García, R., Ayala, P.A., y Perdomo, S.P. (2012). Epigenética: definición, bases moleculares e implicaciones en la salud y en la evolución humana. *Revista de Ciencias de la Salud*, 10(1), 59-71.

García-Calleja, L.A., Liopis, E., y Borrás, E. (1988). *Los gitanos de Torrent: estudio de salud de un colectivo marginado*.

García, M.M., del Río, M., y Eguiguren, A.P. (2007). Desigualdades de género en el cuidado informal a la salud. *Revista Vasca de Sociología*, 44, 279-296.

García, A. (2005). La educación con niños gitanos. Una propuesta para su inclusión en la escuela. *Revista Electrónica Iberoamericana sobre Calidad, Eficacia y Cambio en Educación*, 3(1).

Garreta, J. (2003). *La integración sociocultural de las minorías étnicas: gitanos e inmigrantes*. Barcelona: Anthropos.

Garriga, C., y Carrasco, S. (2000). *Els Gitanos de Barcelona. Una aproximación sociològica*. Barcelona: Diputació de Barcelona.

Gastaldo, D., y McKeever, P. (2000). Investigación cualitativa ¿intrínsecamente ética?. *Index de Enfermería*, 28(9), 9-10.

Giordano, N., Gennari, L., Bruttini, M., Mari, F., Meloni, I., Baldi, C., Capoccia, S., Geraci, S., Merlotti, D., Amendola, A., Martini, G., Nuti, R., Gennari, C., y Renieri, A. (2003). Mil brachydactyly type A1 mapstochromosome 2q35-q36 and is caused by a novel IHH mutation in a three generation family. *Journal of Medical Genetics*, 40(2), 132-135.

Gómez-Alfaro, A. (2010). *Escritos sobre gitanos*. Barcelona: Asociación de Enseñantes con Gitanos.

Gómez-Alfaro, A. (2012). *Legislación Histórica Española dedicada a los Gitanos*. Sevilla: Junta de Andalucía. Consejería de Igualdad y Bienestar Social.

Gómez, A., y Díez, J. (2009). Metodología comunicativa crítica: transformaciones y cambios en el S. XXI. *Teoría de la Educación. Educación y Cultura en la Sociedad de la Información*, 10(3), 103-118.

Guindon, E., y Bosclair, D. (2003). Past, current and future trends in tobacco use. Geneva: tobacco free initiative. World Health Organization.

Greenhalgh, S. (1995). En S. Greenhalgh (Ed.), *Situating Fertility* (pp.3-28). Cambridge: Cambridge. University Press.

- GRUPO PASS. (1985). Asentamientos gitanos en Andalucía oriental. Estudio previo y posibles programas de intervención.
- Hancock, I. (1998). *The Pariah Síndrome*. Michigan: Karoma Publishing.
- Hajioff, S., y Mckee, M. (2000). The health of the Roma people: a review of the Publisher literatura. *Epidemiol Community Health*, 54, 864-869.
- Hammersley, M., y Atkinson, P. (1994). *Etnografía: Métodos de investigación*. Barcelona: Paidós.
- Henry, L. (1983). *Manual de demografía histórica. Técnicas de análisis*. Barcelona. (Traducción de *Techniques d'analyse en démographie historique*, París, 1980).
- Hofman, D. (2010). La visión humana como motor de la realidad. In *Psychology Reader*. Foundation for the Advancement of Behavioral and Brain Sciences.
- Huberman, A.M., y Miles, M.B., (2000). Métodos para el manejo y el análisis de datos. En C.A. Denman y J.A. Haro (Compiladores) *Por los rincones: antología de métodos cualitativos en la investigación social* (pp. 253-301). El Colegio de Sonora: Hermosillo, Sonora, México.
- Informes, Estudios e Investigaciones (2012). *Estrategia Nacional para la Inclusión de la Población Gitana en España 2012-2010*. Madrid: Ministerio de Sanidad, Servicios Sociales e Igualdad.
- Juvenal, G.J. (2014). Epigenética: vieja palabra, nuevos conceptos. *Revista Argentina de Endocrinología y Metabolismo*, 51(2), 66-74.
- Kawulich, B. (2005). La observación participativa como método de recolección de datos. *Forum Cualitative Social*, 6(2), 43.
- Kelly, J.A., Amirkhanian, Y.A., Kabakchieva, E., Vassilev, S., McAuliffe, T.L., DiFranceisco, W.J., y Dimitrov, B. (2006). Prevention of HIV and sexually transmitted diseases in high risk social networks of young Roma (Gypsy) men in Bulgaria: randomised controlled trial. *British Medical Journal*, 333(7578), 1098-1101.
- Kenrik, D. (1995). *Los Gitanos: de la India al Mediterráneo*. Madrid: Presencia Gitana.
- Kolarcik, P., Madarasova, A., Orosova, O., Van Dijk, J.P., y Reijneveld, S.A. (2009). ¿Towhatextentdoessocioeconomic status explain differences in health between Roma and non-Roma adolescents in Slovakia?. *Social Science y Medicine*, 68,1279-1284.

- Lagunas, D. (2001). La presencia en el mundo. Alianza y reproducción social entre Los 'calós' catalanes. *Gazeta de antropología*, 17, 1-13.
- Lagunas, D. (2005). *Los tres cromosomas. Modernidad, identidad y parentesco entre los gitanos catalanes*. Granada: COMARES.
- Laparra, M. (2007). *Informe sobre la situación social y tendencias de cambio en la población gitana*. Madrid: Ministerio de Trabajo y Asuntos Sociales.
- Laparra, M. (2009). *La comunidad gitana: el grupo étnico más excluido de la sociedad española. La exclusión social en España*. M. Laparra y B. Pérez Eransus. Madrid: Fundación Foessa.
- Laparra, M. (Coord.). (2011). *Diagnóstico social de la comunidad gitana en España. Un análisis contrastado de la Encuesta del CIS a Hogares de Población Gitana 2007*. Madrid: Ministerio de Sanidad, Política Social e Igualdad.
- Laparra, D., Gil-González, D. y Jiménez, A. (2013). Los procesos de exclusión social y la salud del pueblo gitano en España. *Gazeta Sanitaria*, 27(5), 385-386.
- Leblon, B. (2001). *Los gitanos de España*. Barcelona: Gedisa.
- Leininger, M. M., y McFarland, M. R. (2006). *Culture care diversity and universality: A worldwide nursing theory*. Jones & Bartlett Learning.
- Lévi-Strauss, C. (1984). *La mirada distante*. Barcelona: Argos Vergara.
- Liégeois, J.P. (1987). *Gitanos e itinerantes*. Madrid: Editorial Presencia Gitana.
- Liégeois, J.P. (1989). *Seminarios europeos sobre formación y escolarización de niños gitanos*. Madrid: Presencia gitana.
- Liégeois, J.P. (1998). *Minoría y escolaridad: el Paradigma Gitano*. Madrid: Presencia gitana.
- Liégeois, J.P. (2011). El derecho a una educación de calidad: hacia una educación de calidad para los Romá/Gitanos. Estrasburgo: Consejo de Europa.
- Lisa, A., Astolfi, P., Zei, G., y Tentoni, S. (2015). Consanguinity and Late Fertility: Spatial Analysis Reveals Positive Association Patterns. *Annals of Human Genetics* 79(1), 37–45. doi: 10.1111/ahg.12092.
- López de Meneses, A. (1967). El documento más antiguo relativo a la inmigración gitana en España. *Pomezia*, 6.

- López-Jiménez, F., y Cortés-Bergoderi, M. (2011). Obesidad y corazón. *Revista Española de Cardiología*, 64(2), 140-149.
- Macías, F., y Redondo, G. (2012). Pueblo gitano, género y educación: Investigar para excluir o investigar para transformar. *International Journal of Sociology of Education*, 1(1), 71-92.
- MacInnes, J., y Pérez Díaz, J. (2008). La tercera revolución de la modernidad: la revolución reproductiva. *Revista española de investigaciones sociológicas*, (122), 89-118.
- MacInnes, J., y Pérez Díaz, J. (2009). The reproductive revolution. *The Sociological Review*, 57(2), 262-284.
- Martín, E. (1999). La estructura de la población gitana andaluza: notas introductorias. *Demófilo*, 30, 89-105.
- Martínez-Frías, M.L. (1993). *Malformaciones Congénitas en la Población Gitana. Estudio Epidemiológico en un grupo de la Población Gitana*. Madrid: Documentos 38/95. Real Patronato de Prevención y de Atención a Personas con Minusvalía.
- Martínez Frías, M.L. (1998). Análisis del riesgo que para defectos congénitos tiene diferentes grupos étnicos de nuestro país. *Anales Españoles de Pediatría*. 48(4),400.
- Marrero, C. M. (2013). Competencia Cultural. Enfoque del modelo de Purnell y Campinha-Bacote en la práctica de los profesionales sanitarios. *ENE, Revista de Enfermería*, 7(2).
- Matey, P. (1998). Marginalidad y defectos congénitos en nuestro país. *Salud y Medicina*, 298, 12-16.
- Matras, Y. (2002). *Romani: a linguistic Introduction*. Cambridge: Cambridge University Press.
- Méndez, C., y Ramírez, S. (1999). Gitanos: contextos, trayectorias y salud. *Formación Médica Continuada*, 6(4), 213-214.
- Méndez, E. (2004). Políticas públicas de acomodación de los inmigrantes en el ámbito sanitario. *Quadern CAPS*, 32, 18-23.
- Medina, M., y Fonseca, M.C. (2005). Trayectoria de paradigmas que explican la fecundidad. *Revista Desarrollo y Sociedad*, 55, 57-100.
- Menéndez, E. (1994). La enfermedad y la curación. ¿Qué es medicina tradicional? *Alteridades*, 4, 71-72.
- Moore, H. (1998). *Antropología y feminismo*. Madrid: Cátedra.

- Morgan, D.L., Atie, J., Carder, P., y Hoffman, K. (2013). Introducing dyadic interviews as a method for collecting qualitative data. *Qualitative Health Research*, 23(9), 276-284.
- Mueller, R., y Young I.D. (2001). Alteraciones cromosómicas. *Genética Médica*. Madrid: Marbon.
- Mújica, O.J. (2015). Cuatro cuestiones axiológicas de la epidemiología social para el monitoreo de la desigualdad en salud. *Revista Panamericana Salud Pública*, 38(6), 433-441.
- Navas, M., y Cuadrado, I. (2003). Actitudes hacia gitanos e inmigrantes africanos. Un estudio comparativo. *Apuntes de Psicología*, 21(1), 29-49.
- Núñez, A.M., Pérez, A., Fernández, R., Olmedo, M.M., Fernández-Castillo, R., y Muros, P. (2015). La noche europea de los investigadores en el campus de Ceuta. Una experiencia compartida. *El asesoramiento genético entre consanguíneos*, 1 (pp. 260-262). Ceuta: Universidad de Granada.
- Omran, A.R. (2005). La transición epidemiológica: una teoría de la Epidemiología de Población Cambio. *Milbank Quarterly*, 83, 731-757. doi: 10.1111/j.1468-0009.2005.00398.x
- Okely, J. (1995). Donne zingare. Modelli in conflitto. En L. Piasesre (Ed.), *Comunita girovaghe, comunita zingare* (pp. 251-293). Napoli, Italia: Liguore.
- Ortiz, T. (2001). El género, organizador de profesiones sanitarias. En C. Miqueo, C. Tomás, C. Tejero, M.J. Barral, T. Fernández y T. Yago, (Ed.), *Perspectivas de género en salud* (pp. 53-75). Madrid: Minerva.
- Ortiz, T. (2002). El papel del género en la construcción histórica del conocimiento científico sobre la mujer. En E. Ramos (Ed.), *La salud de las mujeres: hacia la igualdad de género en salud* (pp.29-49). Madrid: Ministerio de Asuntos Sociales. Instituto de la Mujer.
- Pabanó, F.M. [1915] (1980). *Historia y costumbres de los gitanos. Colección de cuentos viejos y nuevos, dichos y timos graciosos, maldiciones y refranes netamente gitanos*. Madrid: Ediciones Giner.
- Parry, G., Van Cleemput, P., Peters, J., Walters, S., Thomas, K., y Cooper, C. (2007). Health Status of Gypsies and Travellers in England. *Journal of Epidemiology and Community Health*, 61,198-204.
- Pavlič, D.R., Zelko, E., Kersnik, J., y Lolić, V. (2011). Health beliefs and practices among Slovenian roma and their response to febrile illnesses: A qualitative study. *ZdravstvenoVarstvo*, 50 (3), 169-174.

- Pedersen, B. (1998). *A hand book for development multicultural awareness*.
- Pérez, A., Flores, M.L., Alba, M., y Jiménez, M.L. (2005). Nutrition and health in a Spanish gipsy community [Resumen]. *News letter Gipsy Lore Society*, 28(3), 10.
- Pérez, A., y Núñez, A.M. (2015). Profesionales y diversidad cultural: la población gitana local. En J.J. Gázquez, M.C. Pérez, M.M. Molero, I. Mercader, A.B. Barragán y A. Núñez (Comps.), *Calidad de vida, cuidadores e intervención para la mejora de la salud en el envejecimiento*, 3(pp. 695-704). ASUNIVEP.
- Pérez, A., Alché, V., Núñez, A.M., Gamella, J.F., y Fernández, R. (2016). Braquidactilia en la población gitana: descripción de un caso familiar. *IATREIA*, 29(2), 218-227.
- Pérez-Díaz, J. (2003). *La madurez de masas*. Colección Observatorio de las personas Mayores. Nº 12, Madrid.
- Pérez-Díaz, J. (2005). Consecuencias sociales del envejecimiento demográfico. *Papeles de Economía Española*, 104, 210-226.
- Plantón, J. (2003). *Los gitanos, su cultura y su lengua*. Málaga: Unidad de Recursos Europeos de la Diputación Provincial de Málaga.
- Plaza, F.J. y Soriano, E. (2009). Formación de los profesionales de enfermería: Cuidar en la sociedad multicultural del siglo XXI. *Index de Enfermería*, 18(3), 190-194.
- Pujadas, J.J. (2002). El método biográfico: El uso de las historias de vida en ciencias sociales. Madrid: CIS.
- Prado, C., Marrodán, M.D., Sebastián, J., Carmenate, M., y HoltNielsen, A. (2005). Crecimiento y nutrición en los niños de los realojos. *Revista Cubana Salud Pública*, 31(4), 285-90.
- Preoteasa, A.M., y Serban, M. (2012). Situación de los gitanos en Rumania, 2011: Entre la inclusión social y la migración. Soros Romania.
- Quero, A.I., Fernández, R., Fernández, R., Gómez, F.J., García, M.C., y García, I. (2015). Estudio del síndrome metabólico y de la obesidad en pacientes en hemodiálisis. *Nutrición Hospitalaria*, 31(1), 286-291.
- Reaven, G.M. (2005). The metabolic syndrome: requiescat in pace. *Clinical Chemistry*, 51, 931-938.

- Redondo, G. (2012). Pueblo gitano, género y educación: investigar para excluir o investigar para transformar. *International Journal of Sociology of Education*, 1(1), 71-92. doi: 10.4471.
- Reher, D.S. (1996). *La familia en España: pasado y presente*. Madrid: Alianza Editorial.
- Reher, D.S. (2003). Transformación demográfica y modernización de la sociedad española durante el siglo XX. *Sistema. Revista de Ciencias Sociales*, 175, 35-50.
- Reher, D.S. (2004). Población y sociedad en España durante el siglo XX. En J. Leal (Ed.). *Informe sobre la situación demográfica en España*. Madrid: Fundación Abril Martorell.
- Rodríguez, R., y Moya, M. (2003). La diferencia percibida en valores como proceso vinculado a las relaciones intergrupales de payos y gitanos. *Psicothema*, 15(2), 176-182.
- Ropero-Núñez, M. (1999). Los Gitanos en la Cultura Española: Una perspectiva histórica y filológica diferente. *Demófilo*, 30.
- Ruiz-cantero, M.T., Vives-Cases, C., Artazcoz, L., Delgado, A., García, M.M., Miqueo, C., Montero, I., Ortiz, R., Ronda, E., Ruiz, I., y Valls, C. (2007). *Journal of Epidemiology Community Health*, 61(II), 46-53.
- San Román, T. (1976). *Vecinos Gitanos*. Madrid: Akal.
- San Román, T. (1986). Evolución y contexto histórico de los gitanos españoles. En T. San Román (Ed.), *Entre la marginación y el racismo. Reflexiones de la vida sobre los gitanos*. Madrid: Alianza.
- San Román, T. (1997). *La diferencia inquietante*. Madrid, Siglo XXI.
- Sánchez-Ortega, M.H. (1986). Evolución y contexto histórico de los gitanos españoles. En T. San Román (Ed.), *Entre la marginación y el racismo. Reflexiones de la vida sobre los gitanos*. Madrid: Alianza
- Sastre, E., Miranda, M.T., Muñoz, A., y Galdo, G. (2000). Situación de salud entre niños gitanos y no gitanos en una comarca granadina. *Anales Españoles de Pediatría*, 53, 223-228.
- Segalen, M. (2001). *Antropología histórica de la familia*. Madrid: Taurus universitaria.
- (Sen, G., George, A., y Ostlin, P. (2005). Incorporar la perspectiva de género en la equidad en salud: un análisis de la investigación y las políticas. *Organización Panamericana de la Salud*. Center for Population and Development Studies.

Recuperado de http://www.paho.org/Spanish/DD/PUB/PO_14_contenido.pdf.
[Fecha de consulta: 11 de Abril 202].

Sutherland, A. (1985). *Gypsies: The Hidden Americans*. New York: The Free Press.

Sutherland, A. (1992). In Cross-cultural medicine: decade later, gypsies and health care. *Western Journal of Medicine*, 157, 276-280.

Strauss, A., y Corbin, J. (2003). *Bases de la investigación cualitativa*. Capítulo 16, *Criterios de evaluación*. Medellín: Universidad de Antioquia.

Szászdi, I. (2009). Los gitanos en la España del siglo XV y su vinculación a Hungría. *Estudios de Historia de España*, 11, 165-196. Recuperado de <http://bibliotecadigital.uca.edu.ar/repositorio/revistas/gitanos-espana-siglo-xv>.
[Fecha de consulta: 10 de Mayo de 2014].

Taylor, S.J., y Bogdan, R. (1990). *Introducción a los métodos cualitativos de investigación*. Buenos Aires: Paidós.

Thomas, J.D. (1985). Gypsies and Americal Care. *Annals of Internal Medicine*, 102, 824-845.

Thomas, J.D., Doucette, M., Thomas, D.C., y Stoeckle, J.D. (1987). Disease, lifestyle and consanguinity in 58 American Gypsies. *Lancet*, 2(855), 377-379.

Tuset, M.G., Roca, A., Alamillo, P., y Martorell, M.A. (2012). La salud y las creencias del pueblo gitano en Europa: revisión bibliográfica. *Cultura de los cuidados*, 16(34), 71-80.

Valls, C. (2001). El estado de la investigación en salud y género. En, C. Miqueo, C. Tomás, C. Tejero, M.J. Barral, T. Fernández y T. Yago, (Eds.), *Perspectivas de género en salud* (pp. 179-195). Madrid: Minerva.

Vallvé, X. (2009). Estudio temático sobre la población gitana y la vivienda en España.

Van de Kaa, D. J. (2002). The Idea of a Second Demographic Transition in Industrialized Countries. Paper presented at the *Sixth Welfare Policy Seminar of the National Institute of Population and Social Security*. Tokyo, Japan.

Vidal, R., Adamuz, J., y Feliu, P. (2009). Relación terapéutica: el pilar de la profesión enfermera. *Enfermería global*, 8(3).

Vilar, C. (2000). *Cobertura vacunal infantil y factores asociados en población gitana de la zona básica de salud de Atarfe*. Granada: EASP.

Wang, K. (1990). *Mujeres gitanas ante el futuro*. Madrid: Presencia Gitana.

Waldron, I. (1991). Patterns and causes of gender differences in smoking. *Social Science and Medicine*, 32(9), 989-1005.

Zeman, C.L., Depken, D.E., y Senchina, D.S. (2003). Roma Health Issues: A Review of the Literature and Discussion. *Ethnicity and Health*, 8(3), 223-249.

ANEXOS

ANEXO I

MAPA LOCAL

Se dispone de mapa de la localidad sectorizado para visualizar la zona estudiada.
Se adjunta boceto.



ANEXO II

PROTOCOLO ENTREVISTA DE LA POBLACIÓN

1º DATOS DE LA ENTREVISTA:

1. Codificación.
2. Fecha.
3. Soporte.
4. Sesiones.

2º DATOS DE FILIACIÓN:

1. Nombre y apellidos
2. Fecha nacimiento.
3. Nivel de estudios.
4. Residencia y procedencia.
5. Estado civil.
6. Tipo de matrimonio (civil, gitano o eclesiástico)
7. Ocupación.
8. Ingresos económicos.
9. Apodo.
10. Grafico de convivientes (genealogía)

3º ANTECEDENTES FAMILIARES DE SALUD

1. Enfermedades familiares.
2. ¿Con que se relacionaban esas enfermedades?
3. ¿Con que otros nombres se identifican?
4. ¿A que son debidas?
5. ¿Tienen cura? ¿por qué? ¿Cómo?
6. ¿Pasan de padres a hijos? ¿Por qué? ¿Cómo? ¿afectan más a hijas o a hijos? ¿Por qué?
7. Que enfermedades pueden pasar de padres a hijos?
8. Muertes familiares, edad y motivo de las mismas.
9. Intervenciones quirúrgicas, hospitalizaciones de los familiares?
10. Lugar donde se produce el óbito del familiar, casa, hospital... ¿por qué allí?
11. ¿Donación de órganos? ¿Enterramiento? ¿Crematorio?
12. Pensiones por invalidez, enfermedad o viudedad?

4º SALUD PERSONAL:

1. Antecedentes personales.
2. Enfermedades infantiles.
3. Historia ginecológica/reproductiva.
4. Con que otros nombres se denomina la menstruación? ¿Qué significado tiene? ¿Que repercusión tiene sobre la salud de la mujer?
5. Si se sangra, ¿Es una enfermedad? ¿se medicaliza? ¿Por qué?
6. Padecimientos o enfermedades. ¿Con que las relacionas? ¿Alimentación, profesión, azar, herencia, deseo divino...?

7. ¿Accidentalidad? ¿Que tipo? Cuando? ¿Cómo?
8. Intervenciones quirúrgicas, ¿cual?
9. Calendario vacunal.
10. ¿Has recibido asistencia sanitaria el último año? ¿mes? ¿Nº veces? ¿Por qué?
11. ¿Utilización de automedicación? ¿Por qué?
12. Lo has hecho de forma urgente o programada? ¿Cuando? ¿Por qué?
13. Otras alternativas ¿Remedios caseros? ¿Curandero? ¿Herbolario? ¿Medicina privada? ¿Cuando? ¿Por qué?
14. ¿Quién resuelve los problemas de salud? ¿Cómo?
15. Medidas antropométricas (peso, talla, índice masa corporal)
16. Menopausia, edad, ¿que significa? ¿Es una enfermedad? ¿Por qué? ¿se medicaliza? Repercusión de esta sobre la salud de la mujer.
17. ¿Son los problemas dentales una enfermedad? ¿Por qué? ¿Conservas tus dientes? ¿En qué estado se encuentran? ¿Tienes prótesis dental? ¿Cada cuanto tiempo vas al dentista?
18. ¿Te has realizado algún control o chequeo de salud? ¿Cuando? ¿por qué?

5º CONOCIMIENTOS Y PERCEPCIONES EN SALUD/ ENFERMEDAD:

1. ¿Qué significa salud? ¿Con que se relaciona? ¿Por qué?
2. ¿Como se clasifican las enfermedades? ¿Por qué?
3. ¿Que son enfermedades graves? ¿Cuales son? ¿Con que las relacionas? ¿Qué síntomas tienen? Y ¿las menos graves?
4. ¿Es lo mismo síntoma que enfermedad? ¿Por qué? ¿Qué síntomas son más graves?
5. ¿Que son las vacunas y para qué sirven?
6. ¿Que son las enfermedades crónicas? DM, HTA? ¿con que las relacionas? Como afectan al individuo? ¿Qué síntomas producen? ¿ Son graves? Porqué?
7. ¿Entiendes el diagnóstico médico y prescripciones? ¿Quien te lo explica? ¿Confías en el diagnóstico? ¿Por qué?
8. ¿Cumples prescripciones o las modificas? ¿Por qué?
9. Es el mal de ojo una enfermedad? ¿Con que se relaciona? ¿Es grave? ¿Qué síntomas tiene? ¿Quién la cura? ¿Cómo? ¿Puede dar más de una vez?
10. ¿Tienen mejor salud los varones o las mujeres? ¿Por qué?
11. ¿Hay enfermedades exclusivas de varones y exclusivas de mujeres? ¿Cuáles?
12. ¿Concebir a temprana o tardía edad, tiene repercusión sobre la salud de la mujer? ¿Por qué? Y ¿sobre el niño? ¿por qué?
13. ¿Afecta el embarazo a la salud de la mujer? ¿Por qué? ¿Cómo?
14. Usas métodos contraceptivos? ¿Cuál? ¿Porque ese y no otro? ¿Tiene repercusión sobre la salud de la mujer? ¿por qué?
15. ¿Quién decide tener los hijos? ¿Por qué?
16. ¿Hay enfermedades de población gitana y otras de población no gitana?

6º CONOCIMIENTOS Y PERCEPCIONES SOBRE EL CUERPO HUMANO:

1. Diferencias entre el cuerpo femenino y masculino.
2. Conoces el ciclo menstrual? ¿la reproducción? Explícalo.
3. ¿Requiere el embarazo seguimiento? ¿Por que?
4. ¿Qué es la virginidad? ¿Qué significado tiene sobre la salud de la mujer?

5. Los nervios, la tensión que sufren las mujeres ante diferentes situaciones son motivo de enfermedad? ¿Cómo? ¿Por qué?
6. Son más frecuentes las enfermedades físicas o las síquicas en las mujeres? ¿por qué? ¿Cuáles son más graves?

7º ROLES FEMENINOS/ EDAD Y SALUD:

1. ¿Qué periodo de tiempo es más vulnerable para la salud de la mujer? ¿Por qué?
2. Existe relación entre la salud de la mujer y las diferentes etapas por las que la mujer atraviesa? ¿Cómo? ¿con que se relaciona?
3. ¿Da prestigio o poder el padecimiento de algunas enfermedades o problemas de salud? ¿Por qué?
4. ¿Supone el rito del pañuelo un trauma para la mujer? ¿Por qué?
5. Se expresan los síntomas de igual manera cuando el médico que atiende es varón o mujer? Por qué?
6. ¿Acude la mujer sola a demandar asistencia sanitaria? ¿Por qué? ¿En que situaciones ocurre?
7. ¿Quién presta los cuidados de salud a la familia en el ámbito doméstico? ¿Por qué?
8. ¿Quién conoce los remedios tradicionales para la prestación de cuidados en el ámbito doméstico? ¿por qué?
9. Cuando es una mujer autónoma para prestar cuidados de salud a la familia? Por qué? ¿Quién la dirige y asesora mientras ocurre?

PRÁCTICAS EN SALUD:

¿Quién presta los cuidados en la familia? ¿porqué?

¿Acudes al sistema sanitario solamente cuando se enferma? ¿Por qué? ¿es la primera elección? ¿Acudes primero a la privada? ¿Por qué?

Remedios tradicionales usados para curar o prevenir.

Otros.

OTROS:

1. ¿Tienes tarjeta sanitaria? ¿Qué significa tener esa tarjeta?
2. ¿Pensionista o activo?
3. Conoces el sistema sanitario? ¿Conoces cómo funciona la atención primaria y la especializada? Explícalo.
4. Sabes que es un proceso de incapacidad laboral transitoria? En qué circunstancias se otorga? ¿Qué requisitos se necesitan? ¿Tiempo de duración de la misma? ¿conoces las repercusiones que pueda tener sobre el puesto de trabajo?
5. ¿Conoces los derechos que tienes como usuario del sistema sanitario? ¿Cuáles?
6. ¿Conoces los deberes? ¿Cuales?
7. ¿Es el sistema sanitario payo? ¿atiende igual a payos /as que a gitanos/as? Por qué?
8. ¿Responde el sistema sanitario a las necesidades planteadas por población gitana? ¿Por qué?
9. Has tenido problemas con el sistema sanitario? ¿Cuáles? ¿Cómo se solucionaron?
10. Has presentado reclamaciones escritas al sistema sanitario? ¿Cuándo? ¿Por qué?
11. ¿Pagas seguro de los muertos? ¿Por qué?

ANEXO III

ENCUESTA A PROFESIONALES SOBRE PERPECCIONES RELACIONADAS CON LA SALUD DE LA POBLACION GITANA LOCAL.

SEXO varón mujer EDAD CÓDIGO

CATEGORIA PROFESIONAL

1° ¿Cuánta población total tiene el municipio?

2° Tienes experiencia trabajando con población gitana SÍ NO TIEMPO

4° ¿Cuánta población gitana hay en la localidad? %

5° De que padece la población gitana?
.....
.....
.....
.....
.....
.....

6° ¿Hay algún aspecto que te llame la atención sobre ellos, de su cultura, su salud...?
.....
.....
.....
.....
.....

7° ¿Cómo se relaciona dicha población con el sistema sanitario e instituciones?
.....
.....
.....
.....
.....

8° ¿Responden las instituciones a las necesidades de la población gitana?
¿Porque?.....
.....
.....
.....
.....

9° Posiciónate con una marca en la escala, siendo el cero no racista y el diez racista.

NO RACISTA
0.....1.....2.....3.....4.....5.....6.....7.....8.....9.....10 RACISTA

ANEXO IV

ENCUESTA SOBRE SALUD REPRODUCTIVA DE LAS MUJERES GITANAS.

Fecha

CODIFICACIÓN

F. Nacimiento.....

RED FAMILIAR (árbol por detrás)

CICLO REPRODUCTIVO

Menarquia _____ Edad de menopausia _____

EEM él _____ N° de matrimonios _____ Cómo se disuelve _____

EEM ella _____ N° de matrimonios _____ Cómo se disuelve _____

E ideal para casarse _____

Matr. Civil SI NO OTRO _____

Ceremonia pañuelo SI NO QUIEN la realizó _____

FO: gestaciones, abortos, partos, nacidos vivos, viven.

G _

A _ (a, b, c);

P _ (, , , , ,)

NV _

V _

IVÉ (conoce, practicada, practicaría)

¿Qué es más valioso niño o niña? ¿Por qué?

PLANIFICACIÓN SEXUAL

Sexo:

Origen de la vida

Técnicas para elegir sexo del bebé

¿Qué haces para no tener hijos?

¿Uso de preservativo? ¿Por?

¿Conoces otras formas?

¿Cuál te gusta más y por qué?

¿Qué piensa tu marido de estos métodos?

Métodos naturales

Abstinencia

Anticonceptivos orales

Preservativos

DIU

Otro

¿Quien se ha arreglado para no tener niños tú o tu pareja? ¿Por qué?

¿Quien lo ha decidido? Él o ella

Ligadura: la conoce o no, practicada o no, la practicaría o no.

Vasectomía: la conoce o no, practicada o no, la practicaría o no.

¿Quien toma las decisiones en la casa?

Otras posibles preguntas (subrayar lo correcto o escribir)

¿Has ido a todos los controles del programa del niño sano? _ ¿Por qué?

Antes no estaba; lo desconocía; no le interesa; no lo ve necesario...

¿Crees que es recomendable casarse con un familiar, por ej un primo? ¿Por? (alianzas, efectos, beneficios, mejor cuidado, fidelidad, seguridad, todo queda en familia, percepción social, anomalías)

¿Te casarías/habrías casado; o te gustaría que tu hijo se casara con su primo?

¿Crees que es mejor o peor? ¿Por qué?

Grado de consanguinidad. Anomalías genéticas familiares.

¿Han usado consejo genético? _ ¿Qué es?

¿Es importante preguntarle al médico?

¿Para qué sirve?

C. econoc: alto, medio alto, medio, medio bajo, bajo. Personas q habitan en la vivienda _ Generaciones

C. laboral: trabaja SI/NO por cuenta ajena/por cuenta propia. Y el cónyuge. En:

Fuente de ingresos: ¿pensión? ¿Minusvalías? ¿Del FI? ¿Ayuntamiento?

C. religioso: cristiana, adventista, otra _____

C. sociocultural: alto, medio alto, medio, medio bajo, bajo.

C. educativo: ninguna, primaria (graduado o ESO), *secundaria (bachiller o COU)*, universitaria (diplomatura o licenciatura), posgrado

Hábitos (tabaco, alcohol, otro _____). ¿Consumo, diario, semanal?

GRAFICOS GENOGRAMA

¿Eres gitano/a? _ ¿por qué?

¿Qué significa ser gitano/a para ti?

¿Ser gitano/a es una ventaja en la actualidad o un inconveniente? ¿Por qué?

Fórmula obstétrica: G = número de embarazos; P = partos; A = abortos; NV = nacidos vivos, V = hijos/as que viven.

Indagar observaciones

1a (aborto espontáneo), 1b (aborto que precisó legrado), 1c (uso IVE).

ANEXO V

CONSENTIMIENTO

CONSENTIMIENTO INFORMADO PARA PARTICIPAR EN ESTUDIO/TESIS DOCTORAL

TITULO: SALUD Y POBLACIÓN GITANA

YO: _____

Me han explicado en lo que consiste este consentimiento.

He podido hacer preguntas sobre el tema de estudio/tesis.

He recibido y he entendido las explicaciones que sobre el mismo me han dado, he hablado con el profesional _____

Mi participación es voluntaria.

Puedo retirarme cuando quiera, sin necesidad de dar explicaciones y sin que tenga ninguna repercusión.

Se me ha informado de que todos los datos obtenidos de este estudio/tesis doctoral serán confidenciales y se trataran conforme establece la Ley Orgánica sobre Protección de Datos de Carácter Personal 15/99.

Se me ha informado que la información obtenida solo se utilizará para los fines específicos del estudio/tesis.

Firma de participante
(O representante legal en su caso)

Firma del profesional.

Fecha:

ANEXO VI

FICHA 1, OBSERVACIÓN.

CONTENIDO DE LA COCINA/BAÑO

Electrodomésticos	1SI	2NO	Estado / Limpieza 1 APTO, 2 NO APTO	BAÑO	1 SI	2 NO
Hornilla gas				Wáter		
Vitro-cerámica eléctrica				Ducha		
Frigorífico				Bañera		
Congelador				Lavabo		
Horno				Agua caliente		
Microondas				Saneamiento		
Freidora				Mampara		
Batidora				Bidé		
Lavadora				Armarios		
Fregadero				Dentro vivienda		
Agua corriente				Fuera vivienda		
Calentador				Más de un baño		
Televisión				Espejo		
Cafetera eléctrica				Secador		
Campana extractora				Calefacción		
Lavaplatos						
OTROS						

ANEXO VII

FICHA 2, OBSERVACIÓN.

CONTENIDO DE LA DESPENSA.

ALIMENTOS	1 SI	2 NO	Cantidad	Tipo	ESTADO 1 APTO, 2 NO APTO
LEGUMBRES					
PAN					
PATATAS					
ARROZ					
PRECOCINADOS					
PASTA					
Bollería industrial					
Conservas pescado					
Alcohol					
Conservas verduras					
Azúcar					
Café					
Colocado					
Leche					
Refrescos					
Zumos					
Bebidas alcohólicas					
Bollería industrial					
Aceite girasol					
Otros aceites					
Aceita oliva					
Vinagre					
Verduras varias (cebollas, ajos, etc.)					
Cereales					
Embutidos					
Cuches					
Productos dietéticos					
OTROS					

ANEXO VIII

FICHA 3, OBSERVACIÓN.

CONTENIDO DEL FRIGORÍFICO.

PRODUCTOS / ALIMENTOS	Presencia en la despensa		Cantidad	Tipo	Estado 1 APTO, 2 NO APTO
	SI	NO			
Carne					
Pescado					
Huevos					
Lácteos					
Fruta					
Verdura					
Bollería industrial					
Embutidos					
Mantequillas					
Patés					
Fiambres bajos en grasas					
Chuches					
Productos dietéticos					
OTROS					

ANEXO IX

FICHA 4, OBSERVACIÓN.

CONTENIDO DEL CONGELADOR.

PRODUCTOS / ALIMENTOS	SI	NO	Cantidad	Tipo	Estado 1 APTO, 2 NO APTO
Carne					
Pescado					
Pan					
Hielo					
Helados					
Verduras / Salteados / Ensaladas					
Congelados para freír (croquetas, etc.)					
Sobras comida					
Guisos					
OTROS					

ANEXO X

CUESTIONARIO. TALLER ALIMENTACION

1 DATOS SOCIODEMOGRAFICOS:

P1. NOMBRE Y PSEUDÓNIMO DEL INFORMANTE _____

P2. SEXO:

1. Varón
2. Mujer

P3. EDAD _____ P4. FECHA NACIMIENTO _____

P5. PESO EN KGR. _____

P6. TALLA EN CM. _____ P7. IMC _____ %

P8. NIVEL DE ESTUDIOS:

1. Menos de primarios
2. Primarios
3. Graduado escolar
4. FP
5. Bachillerato/COU
6. Universitarios

P9. OCUPACIÓN _____

P10. Estado civil:

1. Soltero/a
2. Casado/a
3. Viudo/a
4. Pareja de hecho
5. Separado/a-divorciado/a

P11. Número de hijos: _____

P12. Número de miembros co-residentes en hogar: _____

P13. Características de los miembros co-residentes:

Relación con ego	sexo	edad	Nivel educativo	ocupación

P14. Ingresos familiares mensuales:

1. Menos de 300 euros
2. Entre 301 y 600 euros
3. Entre 601 y 1000 euros
4. Entre 1001 y 1500
5. Entre 1501 y 2000
6. Más de 2000 euros

P15. Fuentes de ingresos:

1. Salario por cuenta propia
2. Salario por cuenta ajena
3. Pensiones (especificar....)
4. Prestaciones (especificar....)

2 ESTADO DE SALUD

P16. Enfermedades dolencias del informante:

	Enfermedad /dolencia	Duración	Tratamiento (especificar seguimiento y resultados que perciben)	Automedicación
Diagnosticadas				
Percibidas				

P17. Enfermedades dolencias que padece la familia del informante:

	Enfermedad /dolencia	Duración	Tratamiento (especificar seguimiento y resultados que perciben)	Automedicación
Diagnosticadas				
Percibidas				

3 HÁBITOS DE VIDA.

P18. Actividad física:

Actividad	Frecuencia	Tiempo	Motivación	Beneficios	Inconvenientes

P19. Consumo tabaco:

Edad inicio tabaco	Frecuencia	Intentos abandono/reducción	Motivos abandono	Motivos recaídas
	1 ocasional	nunca		
	2 semanal	1-2 veces		
	3 diario	3 veces o más		
Nº cigarros/día				

P20. Consumo de alcohol

frecuencia	Tipo alcohol	Edad inicio
1 a diario		
2 fines semana		
3 varias veces por semana		
4 alguna vez al mes		
5 alguna vez al año		

P21. Consumo tranquilizantes:

Frecuencia	Tipo tranquilizante	Edad inicio	Prescripción médica	Automedicación	
				motivos	Quien sugirió
A diario					
Semanalmente					
Ocasionalmente					

P22. Consumo productos herbolario/parafarmacia:

Frecuencia	Producto herbolario/parafarmacia	Indicaciones
Diario		
Mensual		
Anual		
esporádicamente		

P23. Recurso a remedios caseros/itinerarios terapéuticos:

Frecuencia	Tipo de remedios caseros	Curanderos/sanadores	Otros

4 PERCEPCIONES ALIMENTACIÓN/ SALUD /CUERPO

P23. Definición subjetiva de su estado de salud.

P24. Antecedentes familiares.

P25. Situación de la salud de la familia nuclear.

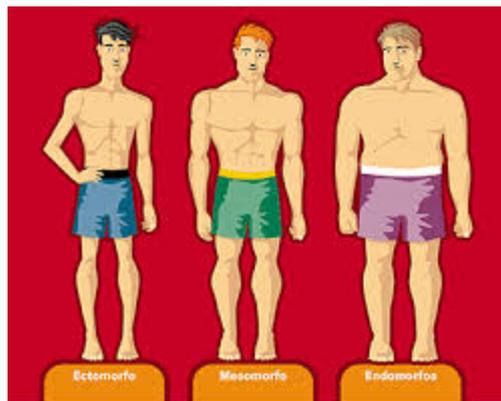
P26. Relación de la alimentación con la enfermedad.

1. ¿Cree que determinados alimentos pueden contribuir al padecimiento de algunas enfermedades? ¿Por qué? ¿Cómo sabe que esos alimentos perjudican a la salud?
2. ¿Tiene alergias a algún alimento?
3. ¿Sabe si la diabetes mellitus tiene relación con las comidas? ¿Cómo?
4. Sabe si la hipertensión arterial tiene relación con la alimentación? ¿Cómo?
5. ¿Tiene caries? ¿sabe porque sale caries?

P27. Relación salud/cuerpo/alimentación:

¿Con que silueta se siente identificado/a?

Silueta con la que se identifica	Silueta que considera gorda
1	1
2	2
3	3



CUESTIONES	SI	NO	¿PORQUE?
Se ve o siente gordo			
Quiere perder peso			
Estar gordo es estar sano?			
Estar delgado es estar sano?			
Hay relación alimentación/ peso			
Que alimentos engordan?			
En que cantidades?			
Que alimentos adelgazan?			
En que cantidades?			
El agua engorda?			

P28. Prácticas/hábitos/alimentación:

- Reflexión alimentación hacia el pasado. ¿ha pasado hambre? ¿Qué comia?

P29. Numero de comidas al día: _____

- Que comidas son?

Señala que comida Que hacen	Que toman en general en cada comida	Pican entre comidas	Sustituyen comidas por
desayuno			
Media mañana			
Almuerzo			
Merienda			
Cena			

P30. Interacción comida/familia:

¿Comen todos lo mismo?			
¿Comen todos juntos?			
¿Comen fuera de casa?			
¿Cuantos comen en la casa?			
¿Quien cocina?			

P31. Alimentos que ingirió ayer:

	Que toman ha tomado en cada comida
Desayuno	
Media mañana	
Almuerzo	
Merienda	
Cena	

P32. Consumo de bebidas:

1. ¿Qué tipo de bebida toma?
2. ¿Qué importancia tiene beber alcohol? ¿Cuánto? ¿es saludable? ¿Por qué?
3. ¿Cuánta agua bebe al día? Embotellada, grifo...?

P33. Alimentos de consumo común y frecuente:

	¿Por qué?	A diario	semanal	¿Cómo lo prepara?
Lo que menos le gusta comer				
Lo que más le gusta comer				
no consume nunca o casi nunca				
Cuanta leche consume				
Bocadillos				
Pescado				
Ensalada y verdura				
Productos envasados				
Refrescos				

P34. Dietas:

1. Estaría dispuesto/a a modificar costumbres alimentarias? ¿Por qué?
2. Se ha puesto alguna vez a dieta?
3. Que tipo de dietas?
4. Porqué se decidió aponerse a dieta?
5. Cuanto tiempo la hizo?
6. Hubo seguimiento médico?
7. Utilizo algún producto adelgazante
8. Efectos conseguidos con la dieta?
9. Abandono y fracasos. Causas
10. Alguno de la familia sigue dieta? Causas?
11. Sabe que es la anorexia y bulimia?

P35. Preparación de comidas y recetas:

1. Sabe cocinar?
2. Le gusta cocinar?
3. Cocina a diario?
4. Quien le enseñó a cocinar?
5. Es importante preparar un menú para la semana? Porque?
6. Conoce recetas tradicionales? Quien se las enseñó?
7. Cuéntenos el menú de ayer y el de mañana y porque ese.

8. Para cuantos cocina?

P35. Presupuesto:

1. Que presupuesto destina a comida?
2. Hace menú para la semana?
3. Compra al día o semanalmente?
4. Quien hace la compra?
5. Donde compra? Porque?
6. Que marcas compra? ¿Por qué?

P36. Prácticas higiénicas en la alimentación:

1. Se lava las manos antes de cocinar?
2. Guarda los restos de comida? Donde?
3. Lava la fruta y verdura antes de consumir? ¿Por qué?
4. Usa delantal en la cocina?
5. Donde conserva los alimentos? Porque?
6. Controla las caducidades de los alimentos
7. Recicla los residuos?
8. Cada cuanto tiempo saca la basura? Porque? Quien lo hace?

5 PERCEPCIÓN /CREENCIAS /CONOCIMIENTOS SOBRE ALIMENTACIÓN.

P37. Conocimientos sobre propiedades nutritivas de una lista de alimentos.

1. Rueda de alimentos
2. Que son proteínas, para que sirven y en que alimentos se encuentran.
3. Que son hidratos carbono, para que sirven y donde se encuentran.
4. Que son las grasas, para que sirven y que alimentos contienen más o menos.
5. Que son las vitaminas y para que sirven y donde se encuentran.

P38. Conocimientos sobre las diferentes formas de preparar los alimentos

1. Cocidos
2. Al vapor
3. Asados
4. Microondas
5. Rebozados
6. Salazones
7. Fritos
8. Crudos

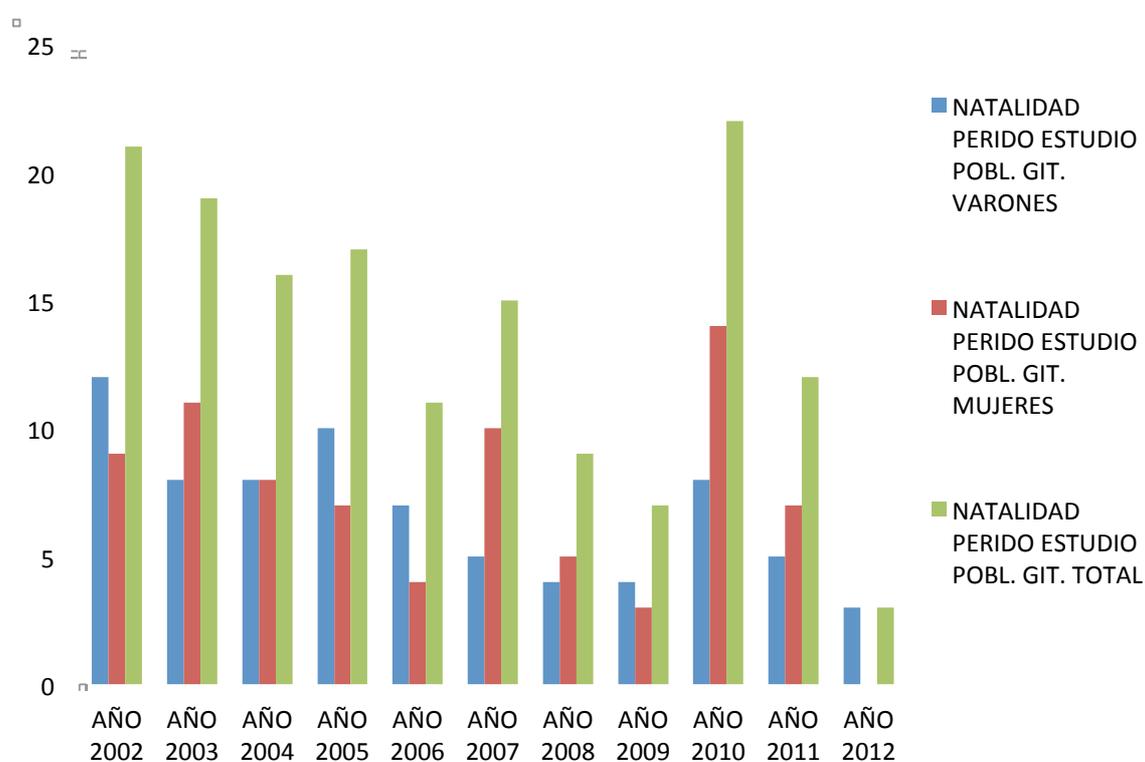
P39. Alimentación equilibrada.

1. Qué es? Para qué sirve? Porque crees que es equilibrada?
2. Que alimentos hay que consumir para una dieta equilibrada?
3. Qué función cumplen los diferentes alimentos?.

ANEXO XI

1. Tabla y gráfico de natalidad población gitana local en periodo de estudio.

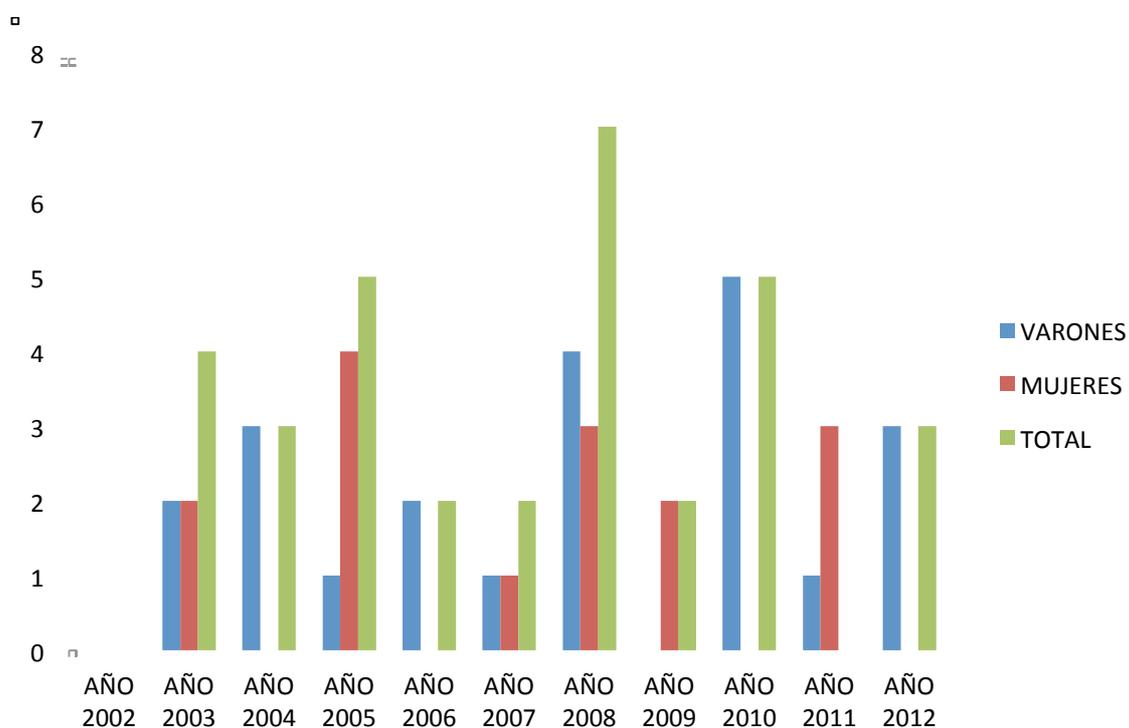
AÑO	NATALIDAD PERIDO ESTUDIO POBL. GIT.		
	VARONES	MUJERES	TOTAL
AÑO 2002	12	9	21
AÑO 2003	8	11	19
AÑO 2004	8	8	16
AÑO 2005	10	7	17
AÑO 2006	7	4	11
AÑO 2007	5	10	15
AÑO 2008	4	5	9
AÑO 2009	4	3	7
AÑO 2010	8	14	22
AÑO 2011	5	7	12
AÑO 2012	3	0	3



ANEXO XII

2. Tabla y gráfico de mortalidad población gitana local y periodo de estudio.

AÑO	MORTALIDAD PERIDO ESTUDIO POBL. GIT.		
	VARONES	MUJERES	TOTAL
AÑO 2002	0	0	0
AÑO 2003	2	2	4
AÑO 2004	3	0	3
AÑO 2005	1	4	5
AÑO 2006	2	0	2
AÑO 2007	1	1	2
AÑO 2008	4	3	7
AÑO 2009	0	2	2
AÑO 2010	5	0	5
AÑO 2011	1	3	0
AÑO 2012	3	0	3



ANEXO XIII

Diferentes tablas de contingencias para ilustrar algunos datos referenciados.

Resumen del procesamiento de los casos

	Casos					
	Válidos		Perdidos		Total	
	N	Porcentaje	N	Porcentaje	N	Porcentaje
DISLIPEMIA 1: SI, 2: NO; se desconoce 0 * HTA 1: si 2:no *	99	100,0%	0	0,0%	99	100,0%
SEXO DISLIPEMIA 1: SI, 2: NO; se desconoce 0 * DM 1dmid, 2noid, 3 no dm * SEXO	99	100,0%	0	0,0%	99	100,0%
DISLIPEMIA 1: SI, 2: NO; se desconoce 0 * TABACO1si2no *	99	100,0%	0	0,0%	99	100,0%
SEXO DISLIPEMIA 1: SI, 2: NO; se desconoce 0 * IMCgrup * SEXO	99	100,0%	0	0,0%	99	100,0%

DISLIPEMIA 1: SI, 2: NO; se desconoce 0 * HTA 1: si 2:no * SEXO

Tabla de contingencia

Recuento

SEXO			HTA 1: si 2:no		Total
			NO	SI	
Mujer	DISLIPEMIA 1: SI, 2: NO; se desconoce 0	NO	16	5	21
		SI	13	17	30
		NC	1	1	2
	Total		30	23	53
Hombre	DISLIPEMIA 1: SI, 2: NO; se desconoce 0	NO	17	3	20
		SI	11	11	22
		NC	2	2	4
	Total		30	16	46
Total	DISLIPEMIA 1: SI, 2: NO; se desconoce 0	NO	33	8	41
		SI	23	28	52
		NC	3	3	6
	Total		60	39	99

Pruebas de chi-cuadrado

SEXO		Valor	gl	Sig. asintótica (bilateral)
Mujer	Chi-cuadrado de Pearson	5,466 ^b	2	,065
	Razón de verosimilitudes	5,667	2	,059
	Asociación lineal por lineal	3,250	1	,071
Hombre	N de casos válidos	53		
	Chi-cuadrado de Pearson	7,789 ^c	4	,100
	Razón de verosimilitudes	8,555	4	,073
	Asociación lineal por lineal	3,428	1	,064
Total	N de casos válidos	46		
	Chi-cuadrado de Pearson	13,102 ^a	4	,011
	Razón de verosimilitudes	14,043	4	,007
	Asociación lineal por lineal	6,679	1	,010
	N de casos válidos	99		

a. 5 casillas (55,6%) tienen una frecuencia esperada inferior a 5. La frecuencia mínima esperada es ,06.

b. 2 casillas (33,3%) tienen una frecuencia esperada inferior a 5. La frecuencia mínima esperada es ,87.

c. 5 casillas (55,6%) tienen una frecuencia esperada inferior a 5. La frecuencia mínima esperada es ,09.

**DISLIPEMIA 1: SI, 2: NO; se desconoce 0 * DM
1dmid, 2noid, 3 no dm * SEXO**

Tabla de contingencia

Recuento

			DM 1dmid, 2noid, 3 no dm			
SEXO			No diabetes	Insulinodepend	No Insulinodepend	Total
Mujer	DISLIPEMIA 1: SI, 2: NO; se desconoce 0	NO	17	1	3	21
		SI	15	8	7	30
		NC	2	0	0	2
	Total		34	9	10	53
Hombre	DISLIPEMIA 1: SI, 2: NO; se desconoce 0	NO	19	1	0	20
		SI	13	2	7	22
		NC	4	0	0	4
	Total		36	3	7	46
Total	DISLIPEMIA 1: SI, 2: NO; se desconoce 0	NO	36	2	3	41
		SI	28	10	14	52
		NC	6	0	0	6
	Total		70	12	17	99

Pruebas de chi-cuadrado

SEXO		Valor	gl	Sig. asintótica (bilateral)
Mujer	Chi-cuadrado de Pearson	7,033 ^b	4	,134
	Razón de verosimilitudes	8,191	4	,085
	N de casos válidos	53		
Hombre	Chi-cuadrado de Pearson	10,182 ^c	4	,037
	Razón de verosimilitudes	13,145	4	,011
	N de casos válidos	46		
Total	Chi-cuadrado de Pearson	15,413 ^a	4	,004
	Razón de verosimilitudes	17,562	4	,002
	N de casos válidos	99		

a. 4 casillas (44,4%) tienen una frecuencia esperada inferior a 5. La frecuencia mínima esperada es ,73.

b. 5 casillas (55,6%) tienen una frecuencia esperada inferior a 5. La frecuencia mínima esperada es ,34.

c. 7 casillas (77,8%) tienen una frecuencia esperada inferior a 5. La frecuencia mínima esperada es ,26.

**DISLIPEMIA 1: SI, 2: NO; se desconoce 0 *
TABACO1si2no * SEXO**

Tabla de contingencia

Recuento

SEXO			TABACO1si2no		Total
			,00	SI	
Mujer	DISLIPEMIA 1: SI, 2: NO; se desconoce 0	NO	14	7	21
		SI	18	12	30
		NC	1	1	2
	Total		33	20	53
Hombre	DISLIPEMIA 1: SI, 2: NO; se desconoce 0	NO	8	12	20
		SI	7	15	22
		NC	0	4	4
	Total		15	31	46
Total	DISLIPEMIA 1: SI, 2: NO; se desconoce 0	NO	22	19	41
		SI	25	27	52
		NC	1	5	6
	Total		48	51	99

Pruebas de chi-cuadrado

SEXO		Valor	gl	Sig. asintótica (bilateral)
Mujer	Chi-cuadrado de Pearson	,367 ^b	2	,832
	Razón de verosimilitudes	,365	2	,833
	Asociación lineal por lineal	,355	1	,551
	N de casos válidos	53		
Hombre	Chi-cuadrado de Pearson	2,439 ^c	2	,295
	Razón de verosimilitudes	3,644	2	,162
	Asociación lineal por lineal	2,262	1	,133
	N de casos válidos	46		
Total	Chi-cuadrado de Pearson	2,875 ^a	2	,238
	Razón de verosimilitudes	3,117	2	,210
	Asociación lineal por lineal	2,474	1	,116
	N de casos válidos	99		

a. 2 casillas (33,3%) tienen una frecuencia esperada inferior a 5. La frecuencia mínima esperada es 2,91.

b. 2 casillas (33,3%) tienen una frecuencia esperada inferior a 5. La frecuencia mínima esperada es ,75.

c. 2 casillas (33,3%) tienen una frecuencia esperada inferior a 5. La frecuencia mínima esperada es 1,30.

**DISLIPEMIA 1: SI, 2: NO;
se desconoce 0 * IMCgrup
* SEXO**

Tabla de contingencia

Recuento

SEXO			IMCgrup					Total
			<18,5	25-29,99	30-34,99	35-39,99	>40	
Mujer	DISLIPEMIA 1: SI, 2: NO; se desconoce 0	NO	14	0	6	0	1	21
		SI	2	7	6	7	8	30
		NC	0	0	0	0	2	2
	Total		16	7	12	7	11	53
Hombre	DISLIPEMIA 1: SI, 2: NO; se desconoce 0	NO	15	0	3	1	1	20
		SI	5	2	8	4	3	22
		NC	2	0	1	1	0	4
	Total		22	2	12	6	4	46
Total	DISLIPEMIA 1: SI, 2: NO; se desconoce 0	NO	29	0	9	1	2	41
		SI	7	9	14	11	11	52
		NC	2	0	1	1	2	6
	Total		38	9	24	13	15	99

Pruebas de chi-cuadrado

SEXO		Valor	gl	Sig. asintótica (bilateral)
Mujer	Chi-cuadrado de Pearson	36,108 ^b	8	,000
	Razón de verosimilitudes	40,734	8	,000
	Asociación lineal por lineal	18,355	1	,000
	N de casos válidos	53		
Hombre	Chi-cuadrado de Pearson	13,162 ^c	8	,106
	Razón de verosimilitudes	14,728	8	,065
	Asociación lineal por lineal	2,770	1	,096
	N de casos válidos	46		
Total	Chi-cuadrado de Pearson	39,728 ^a	8	,000
	Razón de verosimilitudes	45,772	8	,000
	Asociación lineal por lineal	15,443	1	,000
	N de casos válidos	99		

a. 7 casillas (46,7%) tienen una frecuencia esperada inferior a 5. La frecuencia mínima esperada es ,55.

b. 11 casillas (73,3%) tienen una frecuencia esperada inferior a 5. La frecuencia mínima esperada es ,26.

c. 11 casillas (73,3%) tienen una frecuencia esperada inferior a 5. La frecuencia mínima esperada es ,17.

Resumen del procesamiento de los casos

	Casos					
	Válidos		Perdidos		Total	
	N	Porcentaje	N	Porcentaje	N	Porcentaje
TABACO1si, 2no * SM 1: si patologia, 2: no * HTA 1: si 2:no	99	100,0%	0	0,0%	99	100,0%

Tabla de contingencia TABACO1si2no * RESP 1: si patologia, 2: no * HTA 1: si 2:no

Recuento

HTA 1: si 2:no			RESP 1: si patologia, 2: no			Total
			NC	SI	NO	
NO	TABACO1si, 2no	,00	19	6	4	29
		SI	24	4	3	31
	Total		43	10	7	60
SI	TABACO1si, 2no	,00	13	6	0	19
		SI	10	9	1	20
	Total		23	15	1	39
Total	TABACO1si,2no	,00	32	12	4	48
		SI	34	13	4	51
	Total		66	25	8	99

Pruebas de chi-cuadrado

HTA 1: si 2:no		Valor	gl	Sig. asintótica (bilateral)
NO	Chi-cuadrado de Pearson	1,059 ^b	2	,589
	Razón de verosimilitudes	1,062	2	,588
	Asociación lineal por lineal	,799	1	,372
	N de casos válidos	60		
SI	Chi-cuadrado de Pearson	1,967 ^c	2	,374
	Razón de verosimilitudes	2,357	2	,308
	Asociación lineal por lineal	1,752	1	,186
	N de casos válidos	39		
Total	Chi-cuadrado de Pearson	,010 ^a	2	,995
	Razón de verosimilitudes	,010	2	,995
	Asociación lineal por lineal	,001	1	,970
	N de casos válidos	99		

a. 2 casillas (33,3%) tienen una frecuencia esperada inferior a 5. La frecuencia mínima esperada es 3,88.

b. 3 casillas (50,0%) tienen una frecuencia esperada inferior a 5. La frecuencia mínima esperada es 3,38.

c. 2 casillas (33,3%) tienen una frecuencia esperada inferior a 5. La frecuencia mínima esperada es ,49.

Resumen del procesamiento de los casos

	Casos					
	Válidos		Perdidos		Total	
	N	Porcentaje	N	Porcentaje	N	Porcentaje
TABACO1si2no	99	100,0%	0	0,0%	99	100,0%
* EPOC 1: SI, 2: NO, se desconoce 0 *						
HTA 1: si 2:no						

Tabla de contingencia TABACO1si2no * CARDIO 1: SI, 2: NO, se desconoce 0 * HTA 1: si 2:no

Recuento

HTA 1: si 2:no			CARDIO 1: SI, 2: NO, se desconoce 0			Total
			NC	SI	NO	
NO	TABACO1si2no	,00	23	3	3	29
		SI	27	1	3	31
	Total		50	4	6	60
SI	TABACO1si2no	,00	10	8	1	19
		SI	13	6	1	20
	Total		23	14	2	39
Total	TABACO1si2no	,00	33	11	4	48
		SI	40	7	4	51
	Total		73	18	8	99

Pruebas de chi-cuadrado

HTA 1: si 2:no		Valor	gl	Sig. asintótica (bilateral)
NO	Chi-cuadrado de Pearson	1,255 ^b	2	,534
	Razón de verosimilitudes	1,300	2	,522
	Asociación lineal por lineal	,266	1	,606
N de casos válidos		60		
SI	Chi-cuadrado de Pearson	,652 ^c	2	,722
	Razón de verosimilitudes	,653	2	,721
	Asociación lineal por lineal	,431	1	,511
N de casos válidos		39		
Total	Chi-cuadrado de Pearson	1,471 ^a	2	,479
	Razón de verosimilitudes	1,478	2	,478
	Asociación lineal por lineal	,654	1	,419
N de casos válidos		99		

a. 2 casillas (33,3%) tienen una frecuencia esperada inferior a 5. La frecuencia mínima esperada es 3,88.

b. 4 casillas (66,7%) tienen una frecuencia esperada inferior a 5. La frecuencia mínima esperada es 1,93.

c. 2 casillas (33,3%) tienen una frecuencia esperada inferior a 5. La frecuencia mínima esperada es ,97.

Resumen del procesamiento de los casos

	Casos					
	Válidos		Perdidos		Total	
	N	Porcentaje	N	Porcentaje	N	Porcentaje
HTA 1: si 2:no * IMCgrup * SEXO	99	100,0%	0	0,0%	99	100,0%

Tabla de contingencia HTA 1: si 2:no * IMCgrup * SEXO

Recuento

SEXO		IMCgrup					Total
		<18,5	25-29,99	30-34,99	35-39,99	>40	
Mujer	HTA 1: si	15	4	6	1	4	30
	2:no	1	3	6	6	7	23
	Total	16	7	12	7	11	53
Hombre	HTA 1: si	18	2	6	2	2	30
	2:no	4	0	6	4	2	16
	Total	22	2	12	6	4	46
Total	HTA 1: si	33	6	12	3	6	60
	2:no	5	3	12	10	9	39
	Total	38	9	24	13	15	99

Pruebas de chi-cuadrado

SEXO		Valor	gl	Sig. asintótica (bilateral)
Mujer	Chi-cuadrado de Pearson	16,139 ^b	4	,003
	Razón de verosimilitudes	18,707	4	,001
	Asociación lineal por lineal	13,492	1	,000
	N de casos válidos	53		
Hombre	Chi-cuadrado de Pearson	8,062 ^c	4	,089
	Razón de verosimilitudes	8,759	4	,067
	Asociación lineal por lineal	5,942	1	,015
	N de casos válidos	46		
Total	Chi-cuadrado de Pearson	22,561 ^a	4	,000
	Razón de verosimilitudes	24,198	4	,000
	Asociación lineal por lineal	19,886	1	,000
	N de casos válidos	99		

a. 1 casillas (10,0%) tienen una frecuencia esperada inferior a 5. La frecuencia mínima esperada es 3,55.

b. 5 casillas (50,0%) tienen una frecuencia esperada inferior a 5. La frecuencia mínima esperada es 3,04.

c. 7 casillas (70,0%) tienen una frecuencia esperada inferior a 5. La frecuencia mínima esperada es ,70.

Resumen del procesamiento de los casos						
	Casos					
	Incluidos		Excluidos		Total	
	N	Porcentaje	N	Porcentaje	N	Porcentaje
SEXO * IMC	73	86,9%	11	13,1%	84	100,0%
SEXO * TALLA	73	86,9%	11	13,1%	84	100,0%

Resumen del procesamiento de los casos

	Casos					
	Incluidos		Excluidos		Total	
	N	Porcentaje	N	Porcentaje	N	Porcentaje
PESO * SEXO	73	86,9%	11	13,1%	84	100,0%
TALLA * SEXO	73	86,9%	11	13,1%	84	100,0%
IMC * SEXO	73	86,9%	11	13,1%	84	100,0%

Informe

SEXO		PESO	TALLA	IMC
Mujer	Media	82,58	154,77	34,04
	N	43	43	43
	Desv. típ.	20,744	7,518	7,469
Hombre	Media	86,37	165,20	31,42
	N	30	30	30
	Desv. típ.	24,289	7,517	7,829
Total	Media	84,14	159,05	32,96
	N	73	73	73
	Desv. típ.	22,184	9,080	7,676

ANEXO XIV

Fotos de la zona de estudio. Elaboración propia 2005.

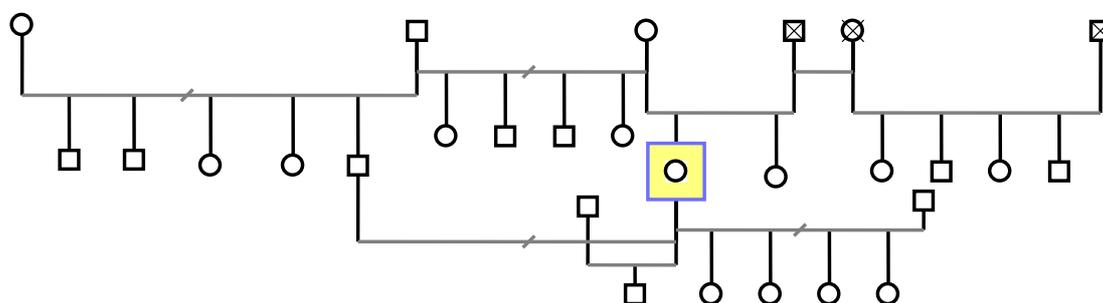




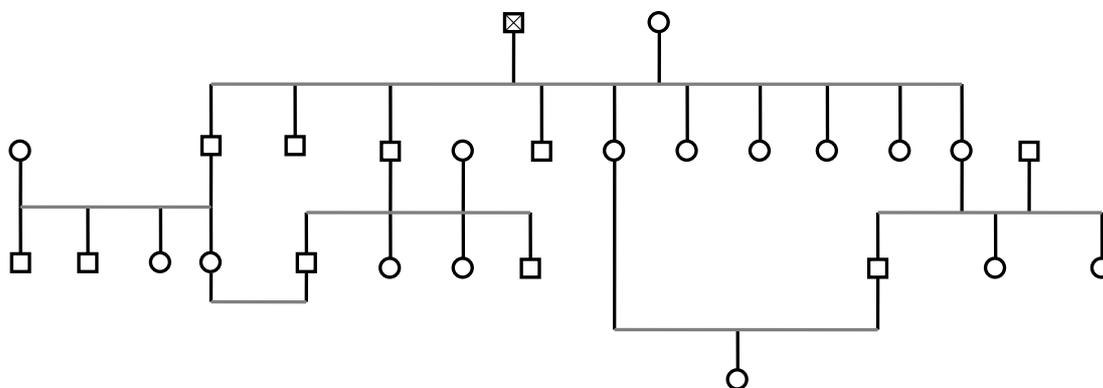
ANEXO XV

Genealogías que ejemplifican la complejidad de algunas de las relaciones familiares en la comunidad gitana local.

1. Genealogía:



2. Genealogía:



ANEXO XVI

NOTA DE CAMPO 1.

Primeras impresiones y sensaciones. Julio /2002.

El primer día que acudí a mi puesto de trabajo en el consultorio, localizado en la zona de Cuatro Veredas, necesité que me guiaran hasta llegar allí, a veces pensaba que el coche no cabría por algunas calles.

Una vez en mi puesto de trabajo y observando los alrededores, pude notar algo que en un primer momento no había visto, me refiero al hecho que desde lejos parece que este barrio está poco poblado, porque al no estar orientadas las cuevas hacia el mismo sitio, parece más despoblado, cuando en realidad en lo que podría ser una esquina o recodo hay tres, cuatro o cinco viviendas, pasando algunas casi inadvertidas al confundirse con el monte por lo deterioradas que están, o ser confundidas entre ellas por su proximidad.

La población, mucha de ella sabía de mi llegada y me acompañaba a los diferentes avisos domiciliarios a los que tuve que ir, gente servicial y amable.

Me llamó la atención la cantidad de gente esperando en la puerta del consultorio, aunque predominaban las mujeres el número de hombres presente también era notorio.

Así mismo lo que llamaba mi atención era, lo que a primera vista me pareció que casi toda las personas que veía parecían población gitana a juzgar por el aspecto externo, la apariencia que presentaban.

El hecho de que la gente fuese con indumentaria concreta como ropa deteriorada, superpuesta, mezcla de colores chillones, aspecto empobrecido, y un color renegrido de los individuos, fueron los determinantes de mi pensamiento y saber que el barrio, por lo que me habían insistido, era “gitano”.

Durante una semana, cada mañana en la que me proponía llegar al consultorio sin novedad, acababa perdiéndome y pidiendo ayuda para llegar a mi destino.

Las diferentes calles y cañadas me parecían un laberinto, del cual dudaba de poder salir, tenía que preguntar continuamente.

En ocasiones tenía que bajarme del coche para ir a comprobar podría pasar con este, ya que algunas calles son tan angostas y sin visibilidad, que dudaba de si podría seguir.

Llamó rápidamente mi atención la humildad en la que una gran mayoría de personas vivían, por mi profesión visito a la gente en su hábitat habitual, en sus domicilios, y puedo observar las condiciones en las que viven, siendo desgraciadamente en muchos casos miserables, lo llamativo de este entorno es que esta circunstancia, está muy generalizada o extendida en la zona.

Algo impactante para mí, ha sido el cambio de temperatura existente entre el interior de las cuevas y el exterior... La sensación de humedad, de olor peculiar a poca aireación, no siempre desagradable, era constante prácticamente en todas las cuevas, las que además tienen poca higiene, el olor se hace nauseabundo, ya que se confunde la humedad, orina, sudor, basura y por supuesto moscas, muchas moscas...

NOTA DE CAMPO 2.

La invasión de las moscas. Agosto/2002. .

Si desde mi llegada algo ha sido impresionante para mí en esta barriada, ha sido desde luego la presencia de las moscas.

Mi repulsa a estos animales casi que puede rondar la paranoia, en el caso actual por el número, es increíble, y me dan un asco terrible.

Pues bien prácticamente todo el mes de Julio ha sido una guerra abierta por mi parte contra estos insectos que se colaban en avalancha en mi consulta al abrir la puerta. Estaba todo el día con el insecticida, pero este no hacía otras cosas que alimentarlas, ya que observaba que no era efectivo, por lo que el matarlas a golpes era más eficaz pero también más asqueroso. Estaban pesadas, insistían en permanecer revoloteando a mí alrededor amenazando con posarse encima...

Mientras me empeñaba en matar unas cuantas moscas entre que salía un paciente y entraba otro, me sorprendió una vecina Dña. Kika me pidió que, cuando terminase la consulta me acercase a su patio, quería que me asomara a su casa, no tenía que desplazarme solo asomarme a la verja en cuya puerta dejo estacionado mi coche.

Dadas las temperaturas, esta familia tiene el patio delantero algo protegido con una especie de toldo, plantas... para protegerse del sol y porque según me dijo *“no podemos estar dentro ya que es tal la cantidad de insecticida que tenemos que poner que resulta tóxico para nosotros, incluso el gato se nos ha muerto y creemos que ha sido por los venenos usados, pero tenemos que usarlo porque las moscas me pican y mire usted como estoy* (mostró piel de brazos, escote... llena de punteado rojizo, añadiendo que le picaba) añadió que en ocasiones tenía problemas respiratorios por los insecticidas.

Mi sorpresa fue increíble cuando pude observar auténticas tortas o emplastes de miles de moscas que se acumulaban muertas en multitud de diferentes recipientes, aunque estos no se veían por estar cubiertos de estas.

Tuve que preguntar si realmente eran moscas porque no podía dar crédito a lo que veía. Me comentaron que llevaban así mucho tiempo, achacaban que eran debidas a la suciedad acumulada en cuevas vecinas en la cual había animales, cabras, ovejas, algún caballo. Decían que se habían quejado en al ayuntamiento al concejal que conocían pero que no les daban una solución, ellos pensaban que los animales no deberían de estar en el núcleo urbano, que no podían vivir así, me pidieron ayuda para que yo hiciese lo que pudiese aludiendo a que a mí me harían más caso.

Me dijeron que más gente se quejaba pero que no hacían una protesta conjunta porque la gente no se une, que los que tienen los animales son muy conflictivos, refieren que *“aunque no son gitanos, son peores que ellos”*.

Después de esta visita en días posteriores seguía viendo la plaga de moscas que invadía todo, estaba claro que esto era un problema de salud pública.

Lo comuniqué al director del centro de salud y fui a la alcaldía y se lo comuniqué al alcalde, escuchó mis argumentos y me puso al corriente de la actuación que se llevaría a cabo.

A los pocos días se produjeron las primeras fumigaciones, pero los vecinos seguían quejándose y las moscas no desaparecían, añadían que el problema no se solucionaría hasta no haber quitado la suciedad.

El empleado encargado de fumigar opinaba lo mismo, decía que las larvas o los huevos estaban debajo del estiércol y que allí no llegaba el veneno con lo que el problema no se solucionaba.

Las fumigaciones se repitieron varios días discontinuos, prácticamente todo Agosto se ha pasado con este incidente.

En otra visita o actuación por parte del personal de desinsectación del ayuntamiento, en la que fueron con intención de limpiar parte del estercolero de la zona, tuvieron que irse ya que las picaduras de “pulgas” impidieron que pudiesen trabajar.

Los trabajadores en días posteriores comentaron que las pulgas que llevaban les picaron también a sus familias, referían que *sus esposas no sabían cómo lavar la ropa para matar tanta pulga*.

Así se concretó en que de nuevo se volvería a fumigar para poder levantar la suciedad y volver a fumigar. Fue preciso fumigar de nuevo y después con una pala mecánica en varios días, levantar la suciedad y llevársela de allí.

También se habían comprometido los dueños de los animales a cambiarlos de esta cueva, a otra facilitada por el ayuntamiento (se han trasladado a pocos metros de la anterior, con lo que el problema solo ha cambiado de sitio, sigue en la misma zona solo que unas cuevas más arriba), estos eran muy reacios a cualquier intervención, alegando que lo que querían los vecinos era en realidad que le quitaran el ganado.

Desde que se procedió a la limpieza de dicha cueva el problema de las moscas ha remitido al menos hasta finales de Agosto en que de nuevo se empiezan a quejar del mismo problema. También yo puedo observar que estos animalitos han vuelto por mi consulta.

Mientras este proceso se ha llevado a cabo los conflictos entre los dueños de los animales y los vecinos no han cesado, siendo en algunos casos graves (se relata en nota aparte con el título de, *lo que traen las moscas*).

NOTA DE CAMPO 3.

Sanar de enfermedad. Septiembre/2004

La fuerza del manrubio

Hoy ha vuelto la paciente (MNG-005) ha acudido para ponerse un inyectable (un antibiótico, debido a una neumonía).

A pesar de que los contactos no son muy prolongados, la circunstancia de que acudan frecuentemente, permite la recogida continuada de datos en torno a prácticas ante el proceso salud enfermedad que alternan junto a la demanda sanitaria. La siguiente nota ha sido recogida en el consultorio. A pesar de no compartir dichas creencias, sí que me resulta llamativo el ritual, pero sobre todo, la percepción que tiene de realidad y eficacia de estas prácticas, saberes compartidos, conocidos y extendidos entre quienes los comparten. La paciente viste vestido de verano estampado, rebeca de manga larga y alpargatas, a pesar de su edad casi octogenaria, mantiene una lucidez extraordinaria.

Me ha regalado una bolsa de manzanilla en manojos, según refiere criada en su placeta, limpia y protegida de “las meadas de perros”, relata que cuida mucho la limpieza.

Sigue refiriendo como continuidad a días anteriores, que desde pequeña que le dio “*tericia*” (ictericia) que no está bien, aunque se curó del color amarillo, la inflamación no le ha desaparecido, ni las molestias tampoco (aunque no lo dice explícitamente, se refiere a la inflamación hepática que le ha acompañado a lo largo de los años y etiquetada desde el sistema sanitario como hepatopatía tras padecer una hepatitis).

Cuenta que cuando contaba siete u ocho años, enfermó de “*tericia*” y que su abuela la llevaba al campo con el fin de encontrar una yerba llamaba “*manrubio*” añade que “*es como una penca*” me da tantos detalles que llego a la conclusión de que es una hoja de chumbera según deduzco.

El siguiente ritual se realiza en torno a dicha planta y constituye un medio alternativo al sistema sanitario, relata:

“Antes los tratamientos eran esos, no había tantas medicinas como ahora pero también curaban...Pues cuando tenía poca edad, era casi una niña pero me acuerdo bien, para curarme del hígado que me había enfermado, como medio de curación mi abuela y yo íbamos al campo y cuando encontraba dicha “yerba” yo la saludaba y le decía unas oraciones... “buenos días manrubio, buenos días te dé Dios, te traigo más de almorzar, unas poquitos de orines y una mijica de sal”.

“Yo llevaba un puñaillo de sal en mi mano, orinaba encima de la planta, le echaba la sal y me iba.

Mi abuela me llevaba, antes esos eran los médicos... se me quitó el amarillo pero la inflamación la tengo...

Esto hay que estar haciéndolo hasta que el color amarillo se quita, y antes que salga el sol”

EL RESFRIADO Y LA CURA

Nota de campo, Noviembre /2006.

Han comenzados ya los resfriados, gripes y demás procesos respiratorios propios de la estación invernal, que el consultorio sanitario esté ubicado en esta zona marginal es un recurso para esta población. Este se utiliza en función de las necesidades que presentan y de forma alternativa a las prácticas relacionadas con la recuperación de la salud y prevención de la enfermedad.

Acude M. (MNG-051) siempre acompañada por su esposo, quien apenas habla y nunca se sienta, permanece siempre tras la mujer como en un segundo plano pero, asiente con la cabeza a cada cosa que su esposa relata.

En su discurso sobre el catarro señala que ha venido al médico para que le receten algo ya que se ha resfriado, en este contexto refiere que ya las cosas no son como antes, sigue narrando remedios que ella usaba con su familia para el resfriado.

*“Este remedio en concreto lo aprendí de una mujer de Alcudia me lo dijo, desde entonces yo a mis niños no los he traído al médico nunca.
Antes también se resfriaban pero se trataban con otras cosas, yo cuando se resfriaban le daba un terrón de azúcar al que le echaba cuatro o cinco gotas de aguarrás, se lo daba por la noche y se lo daba para el resfriado, esto se lo daba nada más que un día.
Mi niño me decía, mama no me des más azúcar con menta.
Lo que pasa es que este remedio esto, destapa los poros del pecho...
Ahora no puedo usarlo porque mi marido ya tiene más resfriado de lo que sirve este remedio”.*

Nota de campo, Noviembre 2009.

CULEBRINA

Esta mañana de Noviembre, dado que hace un frío terrible y que llueve a cántaros ha favorecido que la asistencia de usuarios al consultorio disminuyera significativamente por lo que se he podido aprovechar para hablar algo más con los pacientes.

Por eso y puesta en antecedentes cuando entra en la consulta (MNG-CR 021) acompañada por su marido, ambos vestidos de invierno, abrigados, el señor lleva un sombrero, visten ropa humilde, sin distintivos, algo pasada.

Yo sé que es curandera en la zona, cura la culebrina, así una vez terminado con el motivo de su visita que era el control de HTA, le pregunto sobre el asunto.

Me relata que:

“para curarlas, tengo que estar en ayunas y con mi saliva las curo, unto saliva con el dedo gordo de la mano derecha durante tres días, al tercero ya no tiene que venir más, algunos no vienen porque al segundo día ya se les quita...”

Ya no curo porque la gente es muy desagradecida, por no dar no da ni las gracias, encima que me levanto temprano para que no pierdan el día de trabajo si son hombres y están trabajando...

Desde que tengo doce años las curo, es una gracia.

¿Cómo se dio cuenta que podía curarlas? Porque me salió a mí un herpes y mi madre me dijo que probara a quitar...

Tienen que salir dos culebrinas, un macho y una hembra aunque no tienen que salirle a la misma persona, si a alguien le sale un macho a otro la sale una hembra...

Yo sé conocer si es un macho o una hembra, a mí me salió una hembra en la barriga, los aficionados cortan las vejigas y luego se infectan porque ponen pólvora, tinta china... yo le voy tocando con mi dedo así (describe una especie de ese pequeña con el dedo gordo en posición como de santiguarse o lo mismo son cruces).

Ahora si puedo dalearme me daleo... (quiere decir que si puede evitarlo) he curado a mi yerno, a mis hijos... las pomadas no sirven, no son buenas para eso, son un alimento.

Un médico de Jaén ha estado viniendo a que le curara una en la espalda.

Jesús de Alquife, un enfermero venia en pijama y con la ambulancia a que lo curara.

¿Sabes que te dicen? Ya volveré...

En Paulenca hay una mujer que cura “la carne cortá” pues a esa yo le curé una culebrina, cuando pregunto ¿qué es eso? Me dice es un dolor de como si se te abrieran las carnes... (me lo dice como diciendo ¿cómo no sabes lo que es la carne corta?

Lo primero que les digo es que no se echen pomadas ningunas, medicamentos ni nada... Se curan igual si es un macho que una hembra.

El macho tiene los granos más gordos.

Si salen dos juntas o juntándose la cola con la cabeza ya no tiene solución... porque empieza ahondar y se muere la persona. Empieza ahondar antes que se junten.

Mi madre tenía también ese don, ahora una hija mía mi Consuelo también lo tiene...

Nota de campo, Noviembre 2009.

Sordera

Esta mañana ha acudido Cato (VNG- 017) es un hombre algo tímido con hipoacusia severa, refiere que no tiene problemas de salud, solo que no escucha.

Relata que eso le viene de pequeño y que no lo ha mirado porque ya sabe lo que tiene.

Cuanta que cuando era pequeño sufría de continuos dolores de oídos, relata:

antes no había médicos, teníamos que apañarnos con lo que había... yo era un niño que siempre tenía malos los oídos, siempre me dolían y mi madre para curarme lo que hacía era meterme en cada oreja un trocillo de tocino del jamón..

¿Para qué hacía eso?

Pues hombre, como me dolían tanto los oídos, al meterme el trocillo de tocino dentro, lo que pasa es que el gusanillo de la oreja mientras comía, me dejaba tranquilo y no me dolían... de ahí vengo que no oigo...