

Estudio sobre determinantes de la salud de la población gitana cántabra

**OBSERVATORIO DE SALUD PÚBLICA DE
CANTABRIA**



Resumen del Estudio

El presente estudio responde al encargo realizado por la Consejería de Sanidad al Observatorio de Salud Pública de Cantabria, en base a la demanda de las asociaciones gitanas de Cantabria de una acción programada, por parte de las autoridades sanitarias, de mejora de la situación de salud de la población gitana. El **objetivo**, por tanto, de este estudio ha sido identificar los principales problemas, necesidades y prioridades en salud de la población gitana cántabra, y emitir recomendaciones, tanto a las instituciones sanitarias y a la Administración General, como a la sociedad gitana y no gitana, de medidas encaminadas a la cobertura de las mismas y a la eliminación de las desigualdades existentes en la salud de este colectivo.

El presente informe parte de un análisis, a través de los datos e informaciones obtenidas de fuentes secundarias, sobre la cuestión de la discriminación y el prejuicio contra la población gitana en Europa y en España, así como de las desigualdades en salud de la población gitana en el contexto español, analizando los datos disponibles más recientes sobre determinantes sociales de la salud de la población gitana en España y en Cantabria. A partir de este punto se desarrollan los hallazgos y análisis de la **investigación cualitativa** desarrollada, partiendo de la cuestión de la identidad y cultura gitana, y de sus valores y normas en transición; entrando a profundizar sobre el valor de las mujeres en la sociedad gitana, la evolución de la familia gitana y la brecha generacional existente. Este análisis de la estructura social, familiar y generacional de la sociedad gitana nos permite entrar a explorar sobre el nuevo modelo de persona transmitido por la Iglesia Evangélica de Filadelfia, llamada comúnmente "el Culto", y sobre el liderazgo, la representación y la mediación en el pueblo gitano. Este conocimiento nos facilita un mayor acercamiento a las percepciones de la población gitana respecto a la salud y la enfermedad, y a su relación con los servicios sanitarios, a su permeabilidad hacia los mensajes de promoción de la salud, y a sus resistencias y obstáculos a la incorporación de hábitos de vida saludables. En este punto, el estudio se centra en la atención a la población gitana en el sistema de salud, desde las percepciones de las/los profesionales de salud y de las personas gitanas usuarias del sistema.

Finalmente se aborda la intervención en materia de educación y promoción de la salud en el mundo gitano y la cuestión de la mediación en salud.

Se trata de un **estudio participativo** realizado junto a representantes de las asociaciones gitanas y mediadoras/es gitanas/os, y del ámbito de la salud y la educación; contando con la participación como sujetos del estudio de personas gitanas jóvenes y adultas de ambos sexos, clases sociales y ubicación geográfica; líderes gitanos; representantes asociativos; y profesionales (de la salud, educación y servicios sociales). La Comisión Técnica de Seguimiento del Estudio conformada para tal efecto participó en todo el proceso, desde el diseño del estudio, el trabajo de campo y las conclusiones del mismo, aportando la información y retroalimentación necesaria para el equipo investigador.

A continuación hacemos un **resumen de las consideraciones principales** del estudio.

El colectivo Romaní constituye la minoría étnica más numerosa de la Unión Europea y la que sufre más exclusión y discriminación generalizadas a lo largo de toda Europa. En todos los países donde existen estadísticas o encuestas se observa que la etnia Roma tiene menor nivel educativo, tasas de paro mucho más elevadas que la población general e ingresos marcadamente inferiores, además de gozar de peor salud que el resto de la población. Existen, sin embargo, pocos estudios sobre salud de la población gitana y, en concreto, pocos que aborden los determinantes sociales de la salud enfocándose en la identificación de desigualdades en salud. La **escasa producción investigadora** sobre la población gitana en Cantabria conlleva asimismo la insuficiencia de datos existentes en general sobre la misma, datos que a su vez guardan poca exhaustividad y coherencia entre sí. Algunos de los informes existentes a **nivel nacional** parten de la desigualdad observada en relación a la **inferior esperanza de vida** de las personas gitanas respecto a la población española (8 a 10 años menor, de acuerdo a: Ministerio de Sanidad y Consumo & Fundación Secretariado Gitano, 2005). En el estudio *Hacia la equidad en salud. Disminuir las desigualdades en una generación en la comunidad gitana* (Ministerio de Sanidad y Política Social, 2009), que compara los datos de la Encuesta Nacional de Salud de la población gitana con los datos de la Encuesta Nacional de Salud de 2006, se concluye que existen diferencias importantes en la **salud percibida** entre la población gitana y la población general, siendo la primera la que **peor** valora su estado de salud en todos los grupos de edad (a partir de los 35 años), empeorando ostensiblemente a medida que ésta aumenta y existiendo notables diferencias por sexo. Respecto a la población general, se señala que la población gitana presenta una prevalencia mayor de **colesterol, jaquecas, alergia, depresión y asma en**

la población infantil. La población gitana de todos los grupos de edad y en ambos sexos presenta mayores índices de **sobrepeso y obesidad** que la población general de todas las clases sociales. Este patrón comienza en la edad infantil y la adolescencia, en que se observan ya diferencias relevantes. Es de resaltar que a lo largo de todas las edades y para ambos sexos, en la población gitana se presenta una mayor frecuencia de **alimentación** poco saludable: menor frecuencia de desayunos completos, menor consumo diario de frutas y verduras y mayor consumo de azúcares y grasas animales. Al mismo tiempo, las mujeres y hombres gitanos de todas las edades realizan con menor frecuencia **ejercicio físico en su tiempo libre** que los hombres y mujeres de la población general. Los niños y niñas menores de 15 años realizan menos ejercicio físico que sus pares de la población general, siendo siempre las niñas quienes con menor frecuencia lo practican (tanto gitanas como niñas de la población general). Por el contrario, el patrón se invierte en el **tiempo dedicado a ver la televisión**, siendo los niños y niñas gitanos quienes más tiempo dedican (uno de cada cuatro niños y niñas gitanos dedican 3 horas o más a ver la televisión frente a uno de cada diez de la población general).

En **Cantabria** el **nivel de estudios** es más bajo que en el resto de España y la brecha de género es aun mayor. Sin embargo, de acuerdo a la Consejería de Educación, el absentismo escolar ha descendido notoriamente en general entre el alumnado de etnia gitana y particularmente entre quienes cursan por primera vez estudios de secundaria, al tiempo que ha aumentado el número de alumnos que se matriculan. La **vivienda** representa un elemento clave de integración en los casos de marginación y exclusión social del pueblo gitano, el cual presenta importantes bolsas de pobreza e infravivienda. Es asimismo importante hacer notar el problema añadido de la **falta de transporte público** en la mayoría de asentamientos de población gitana. Destacan particularmente las necesidades de las personas gitanas con **discapacidades** que residen en situación de infravivienda.

Al igual que en la sociedad general, la **clase social** es un factor determinante de la salud de la población gitana en Cantabria, de la que se pueden definir tres niveles. En primer lugar destaca la élite social gitana a la que pertenecerían los pastores evangélicos, personas llamadas de respeto y líderes asociativos y sus familias extensas, el sector más directamente vinculado al Culto. Este ámbito de influencia, comenzando por el pastor, en tanto que figura de respeto actúa en la práctica como un modelo de referencia para el resto de miembros de la familia extensa. El segundo nivel, el más extenso en términos poblacionales, implicaría a aquellos sujetos y familias pertenecientes a la clase socioeconómica media y media baja, más vinculada a la actividad económica de la venta ambulante, denominada

comúnmente “el mercado” y que participan en el Culto o se ven influenciados por el mismo a través de la familia extensa y contactos sociales. En su mayoría las mujeres y hombres gitanos participantes en el estudio residen en barrios de clase media y media-baja con mayor concentración de población gitana en los núcleos urbanos de Santander (como la Albericia, Cazoña y El Alisal), Torrelavega y Santoña, cuyos hogares cuentan con condiciones de habitabilidad estándar. El tercer nivel correspondería a las familias más excluidas social y económicamente, que se dedican a la chatarra o a los trabajos más precarios, y que residen en asentamientos y poblados en situación de chabolismo, hacinamiento e insalubridad. Se trata de la población gitana cántabra que pertenece a la clase más marginal. En este nivel de exclusión, aunque en menor medida, se da aun así una cierta influencia del Culto, participando algunas familias en los encuentros religiosos. Esta minoría de población gitana reside fundamentalmente en asentamientos o poblados, de los que en el estudio hemos visitado los de Alday, La Penilla, Colindres y Torres.

En la actualidad se está ante una **circunstancia histórica** en que el pueblo gitano está, desde distintas esferas que se abordan a lo largo de la investigación cualitativa desarrollada, en un **proceso de construcción de una identidad** para reconocerse a sí mismo como pueblo. Sin embargo para las/los participantes payos consultados, los gitanos manifestarían más bien los signos de un *atraso cultural*, con lo cual su diferencia se reabsorbería en el momento en que se integraran, en el momento en que salieran de su mundo marginal. El ser gitano, desde esta visión, indudablemente etnocentrista, se resumiría en las palabras de *carencia, falta, atraso, déficit*. Sin embargo desde los discursos de la mayoría de las personas gitanas entrevistadas se constata que la cultura gitana quiere existir y que la comunidad gitana está inserta en una **dinámica de re-creación de su cultura**, que demuestra ser muy importante para ella. La importancia dada a la cultura gitana está fuertemente vinculada al Culto y al asociacionismo gitano. Pero también a las necesidades de adaptación, sobre todo de las y los **jóvenes**, forzadas por los cambios sociales y el escenario económico general. Lo cual daría pie a una suerte de *aculturación selectiva*, que se percibiría como una **modernización** de la sociedad gitana **sin perder sus valores**. Es interesante constatar cómo en la sociedad gitana cántabra se da un progresismo de corte moderno en cuanto a la búsqueda de la prosperidad a través de la necesaria integración al mundo educativo y laboral de la sociedad general, y al mismo tiempo fuertemente conservador en cuanto a la preservación de los valores tradicionales gitanos, fundamentalmente vinculados al control de las mujeres. La propuesta de este sector en este sentido parece ir en la línea de promover el respeto y **reconocimiento a las mujeres**

gitanas, puliendo el trato que se les da pero sin dejar de colocar el peso de la honra familiar en el mantenimiento de la virginidad y las costumbres hasta la consecución de un matrimonio que obtenga el beneplácito de la jerarquía familiar.

Este proceso de construcción de identidad en el que está embarcada la comunidad gitana en Cantabria conlleva un proceso de **repensar sus normas**, sus formas culturales y sus tradiciones en forma de **valores morales universales**, fundamentalmente desarrollado desde el contexto que ofrece el Culto. Los elementos de la cultura gitana que a ojos de la comunidad gitana evangélica confieren al gitano, hoy por hoy, una superioridad moral frente al payo tienen que ver, en el marco de la ética personal, con el elevado valor asignado a la palabra dada, así como con las reglas del comportamiento familiar reconvertidas en valores universales: el lugar central de la familia, la subordinación consecuente del interés personal al interés familiar, el respeto a los mayores y el acatamiento incondicional a su autoridad, el valor de la virginidad femenina antes del matrimonio y la contención de las costumbres derivada de todo ello, entre otros.

Es preciso resaltar los importantes **cambios** que se están dando en la **estructura familiar gitana**, que ha pasado a adoptar más el modelo de familia nuclear, como unidad reproductiva y productiva con una autonomía mayor de la familia extensa, aunque ésta siga teniendo un peso muy importante incluso en las decisiones familiares. Asimismo el cambio en el número de hijos deseado y en **las prácticas reproductivas** de las mujeres gitanas ha tenido como consecuencia un impacto decreciente en el tamaño de las familias gitanas en los últimos años. El **trabajo** hacia al cual las mujeres comienzan a proyectarse es el trabajo asalariado e integrado en la sociedad general. Paradójicamente, para las mujeres gitanas el trabajo asalariado se configura como un trabajo independiente porque abre un campo de experiencia autónomo, al margen de la familia, aunque tenga la utilidad de favorecer en gran medida la economía familiar.

En el nivel de las **relaciones** de pareja y familiares, las consistentemente aludidas *artes negociadoras* o impositivas de las mujeres en el **terreno privado** contrastan con su sumisión en el **terreno público**, en el de las relaciones externas de la pareja con la comunidad gitana.

Las y los jóvenes gitanos están en su mayoría ateniéndose a los cánones de comportamiento impuestos por la familia y la sociedad gitanas, pero al mismo tiempo están sintiéndose de alguna manera presos, o más bien presas, en ese mundo de normas y reglas sociales que no les permiten expresar su propia naturaleza de forma libre. Se trata de la distancia que existe entre lo que les

gustaría ser y lo que pueden ser en la experiencia posible que les ofrece la sociedad gitana. Se observa con demasiada frecuencia en la investigación a **jóvenes gitanas** agobiadas por una existencia impuesta por la comunidad, en la que queda restringido para ellas un espacio de libertad y de diversión fuera de la propia comunidad. En los **jóvenes gitanos**, sin embargo, no se observa con tanta claridad o con tanta generalidad ese sentimiento de agobio. Parece que en ellos no se dieran apenas discordancias entre el destino que les impone la comunidad y el que ellos íntimamente quisieran realizar. Es en cualquier caso evidente que, al menos en lo inmediato, los mozos disfrutaban de espacios de libertad y de relación mucho más amplios que los que pueden disfrutar las mozas, sin el temor a deshonar a la familia y a la comunidad con el que ellas viven sometidas. Lo que se ha observado en los jóvenes, más que agobio es una sensación de impotencia para enfrentarse a la tarea de hacer realidad sus propios deseos. Esta sensación de impotencia tiene su manifestación más clara en el frecuente **abandono temprano voluntario de los estudios** en el momento en que dejan de ser niños y la educación deja de ser obligatoria. En este sentido se está dando una situación inversa entre ellos y ellas. Mientras que los mozos se sienten incapaces de estudiar, las mozas, aunque no en todos los casos, quieren estudiar, se sienten capaces para hacerlo, pero se ven muchas veces **forzadas a abandonar los estudios** por el hecho de que la familia observa un peligro esencial para el mantenimiento de su honra, la posible pérdida de la virginidad de la moza una vez que se ha hecho sexualmente madura.

La sociedad gitana percibe una serie de **riesgos** a su sostenibilidad como comunidad y a su **salud colectiva** que hacen referencia fundamentalmente a *la mala vida*, en expresión de las propias personas gitanas; o en términos más técnicos, a la *conducta marginal* asociada a la delincuencia. La propia comunidad gitana considera que debido a su precariedad económica y escasas posibilidades laborales en el contexto actual de crisis económica, está en riesgo de que sus miembros puedan elegir el llamado *camino torcido*. Se está ante una sociedad que intenta al máximo defenderse de ese riesgo.

El **cambio** para atajar esos riesgos que se viene actualmente planteando la sociedad gitana está en gran medida determinado por la introducción de **la moral del Culto**. Poco se puede entender de la forma en la que la población gitana cántabra actual representa su propia salud colectiva sin considerar ese reciente fenómeno del Culto, que ha supuesto una auténtica revolución interna en la comunidad. El Culto ha contribuido notablemente a rehabilitar a un sinnúmero de individuos de la comunidad gitana con problemas de drogadicción y delincuencia, en quienes se han dado cambios radicales en la orientación de un comportamiento

que la comunidad familiar de referencia se sentía incapaz de corregir con sus propios medios.

Lo que está implícito en el discurso del Culto es la proposición de un **modelo de persona** para el resto de la colectividad, que va más allá de la evangelización hacia plantear una **filosofía de vida** fundamentalmente orientada a la modificación de pautas o patrones tradicionales de conducta en la dirección de la **proyección de futuro** de sus miembros. Lo que ha conseguido el espíritu que ha creado e introducido el Culto en la comunidad gitana es contribuir en gran medida a la representación de ésta como pueblo. Este avance obviamente no se puede desligar del experimentado a nivel europeo e internacional, como se refleja en los distintos convenios, decretos y resoluciones, hasta la creación en 2005 del *Consejo Estatal del Pueblo Gitano* que instaure nuevos canales de participación política de la ciudadanía gitana y el *Plan de Acción para el Desarrollo de la Población Gitana 2010-2012*, aprobado por el Ministerio de Sanidad y Política Social, en el marco histórico de la vigente *Década de la Inclusión de la Etnia Romani 2005-2015*.

Este **impulso positivo** de la comunidad evangélica contrasta aun con el **autodiagnóstico negativo** que se hacen las personas gitanas participantes en el estudio, quienes opinan que la mayoría de *los males de la sociedad gitana* se ubican en una suerte de indiferencia personal y colectiva hacia el futuro y, por tanto, hacia la posibilidad de mejorar la propia condición vital. Este autodiagnóstico se concentra en la imagen de individuos angustiados por su propio destino, sin futuro y sin esperanza, enfrentados a la dura tarea de "buscarse la vida" en una sociedad mayoritariamente competitiva y hostil.

Esencial a la noción de pueblo gitano y a sus posibilidades de desarrollo en la sociedad mayoritaria es abordar la cuestión de la **integración** o no de la comunidad gitana a la sociedad general y lo que supone desde la diversidad de perspectivas. Mientras para un sector gitano la integración y los cambios que presupone representan una **oportunidad**, para otro significa una **pérdida** que no está dispuesto a sufrir. El debate navega ostensiblemente entre integración e igualdad de oportunidades, entre integración y autoafirmación. La sociedad gitana cántabra quiere, sin dejar de ser ella misma, (es decir, sin dejar de reconocerse y experimentarse como pueblo diferenciado), integrarse **económicamente** en la sociedad general por la vía de acceder a los recursos que ésta le presta, fundamentalmente **la educación y el trabajo dependiente**, con el objetivo final de dejar de ser pobre y de vivir y experimentar los rigores y los riesgos de una existencia marginal.

Para lograr estas mejoras son **necesarios cambios radicales** en la propia sociedad gitana. No se trata de cambios meramente formales, implica modificaciones profundas en el modo de ser, de pensar, de vivir, de afrontar la existencia, de relacionarse los unos con los otros. Tiene que ser así porque hasta ahora la sociedad gitana se había constituido previamente como un poderoso mecanismo de defensa frente a un medio que se sigue percibiendo como hostil, y en el que ahora pretende instalarse aceptando en gran medida las reglas del juego.

Los cambios necesarios pasan al mismo tiempo por la **participación** de la sociedad gitana en la sociedad general. La cuestión de la participación, tanto individual como asociativa gitana, se enfrenta a una serie de **barreras**, en buena parte compartidas por el resto de la ciudadanía y asociacionismo en lo que se refiere a la escasa práctica en España de una participación política de la ciudadanía fuera de los partidos políticos. Pero en mayor medida coexisten barreras vinculadas al prejuicio persistente de la sociedad general contra la gitana; prejuicio que contribuye a que ésta se abstenga de participar, haciéndose evidente la mayor falta de voz de la población gitana en un sistema democrático que aun tiene que madurar para permitir una participación más coral de toda su ciudadanía.

Lo que se percibe en la investigación como **cimientos** en sólido proceso de construcción por la población gitana son: el cambio en los patrones de comportamiento hacia los no gitanos; el tránsito hacia una ética personal autónoma; el reconocimiento como pueblo y la búsqueda de unas señas de identidad; la asunción de liderazgos colectivos y fórmulas de representación; la emergencia de la pareja y de la familia nuclear diferenciada y con una relativa autonomía frente a la familia extensa; y el impulso de las mujeres gitanas y su potencialidad de transformación.

La salud es percibida por el pueblo gitano **como un valor de superior trascendencia**. Interés por la salud que, en cualquier caso, tiene unos matices especiales (en relación a la que cabe identificar en la sociedad general) que conviene resaltar. No es tanto la **salud individual** (la salud "propia") la que se coloca en el centro de atención, como la **salud colectiva** (la salud "ajena") primordialmente del grupo familiar amplio de referencia. Concepción de salud esencialmente **comunitaria**, en el que prima más **el cuidado de los otros** (de los seres queridos y de los miembros relevantes de la comunidad, fundamentalmente proporcionado por las mujeres) que el autocuidado.

La salud individual es percibida básicamente por la población gitana como **ausencia de enfermedad**. La sensación entre la propia población gitana –que no

es unánime, pero sí bastante extendida- de que el pueblo gitano cántabro se encuentra especialmente **amenazado por la enfermedad** es una cuestión recurrente. El hecho de que la enfermedad sea percibida como una amenaza permanentemente presente en el contexto de la familia gitana no quiere decir necesariamente que enfermen más que el resto de la población, aunque ciertamente los datos existentes indican que su percepción de su estado de salud es más pobre y su prevalencia de enfermedades diagnosticadas es mayor que en la sociedad general, y las/los profesionales sanitarios y otros agentes del mundo no gitano entrevistados para este estudio perciben un riesgo actual para su salud asociado a sus hábitos de vida. Al mismo tiempo, la enfermedad, como **la muerte**, están indudablemente más presentes en una sociedad familiar amplia unida por fuertes lazos de solidaridad, cuidado y afecto entre todos sus miembros. En la sociedad gitana los mayores no pierden protagonismo con la edad, sino que, al contrario, lo aumentan considerablemente; los mayores efectivamente dirigen, en el sentido más propio del término, la comunidad gitana o, más bien, la familia gitana. Por contraposición, en la sociedad no gitana las personas mayores se retiran y/o son retiradas de su liderazgo familiar, perdiendo protagonismo e incluso respeto. En el otro extremo del ciclo de la vida está el nacimiento y la infancia a los que se confiere trascendente relevancia. Las mujeres asignan un **valor supremo a la maternidad**.

Aunque las nuevas recomendaciones de **acompañamiento en el parto** alientan a la pareja a ejercer ese derecho, al que algunos padres se sienten presionados a ejercer; en general las mujeres prefieren la compañía de una mujer en el parto, sea la madre o la suegra, que la del marido o compañero, aunque entre los gitanos más vinculados al Culto los hombres empiezan a acompañar a sus mujeres en el parto.

Es natural entre la población gitana considerar a la **infancia** como una etapa de la vida especialmente propensa a la enfermedad. La **aprensión** de madres y padres gitanos en cuanto a la salud de sus hijos/as es resaltada por el grupo de profesionales entrevistados, tanto sanitarios como del ámbito educativo y social. La enfermedad que más sobresale en todos los discursos, tanto de las personas gitanas como de las/los profesionales, es el **asma infantil**. La apariencia, corroborada por los datos que proporciona la Encuesta de Salud, es que las niñas y niños gitanos sufren más este problema que los payos, por lo que la sensación persistente en la comunidad gitana es de que tienen un problema propio en todo ello. El otro "fantasma" que circula entre la población gitana, particularmente en los grupos de discusión realizados en esta investigación, es el del **cáncer**. Existen dudas si en este caso, a diferencia de lo que sucedía con el asma, se está ante una

percepción de sobreindigencia coyuntural o permanente. Entre las posibles causas que se podrían manejar para cualquier tipo de enfermedad, el origen genético es el de más complejo abordaje con las personas gitanas, ya que podría indirectamente cuestionar pautas frecuentemente endogámicas de establecimiento de parejas reproductivas.

Más habitual en enfermedades como el cáncer o el asma es recurrir a la sospecha de posibles **agresiones de tipo ambiental**, que pudieran concentrarse en determinados barrios. Hay que admitir, en cualquier caso, que tanto el cáncer como el asma son de ese tipo de enfermedades cuya etiología resulta muy difícil de determinar para la ciencia médica; por lo que en ausencia de una explicación razonable, es relativamente frecuente que se busquen explicaciones más insólitas en clave de agresiones ocultas y derive en un modo temeroso y peculiar de relacionarse con la enfermedad.

La **negación** es posiblemente el mecanismo psicológico más natural para afrontar ese **miedo a la enfermedad**. El gitano, se dice explícitamente, es muy miedoso en lo que respecta a la enfermedad posible, pero la forma de reaccionar frente a ese miedo es negar la evidencia. Esa **inhibición a acudir a los servicios médicos**, tan aparentemente característica de la población gitana desde su propia perspectiva, que no desde la de las/los profesionales, expresa justo lo inverso de lo que aparenta: no es que las personas gitanas se sientan invulnerables frente a la enfermedad; es más bien todo lo contrario, porque se sienten extremadamente vulnerables, niegan la posibilidad de confirmar lo que íntimamente sospechan. No se acude a los servicios de salud porque se piense que se está sano, si no porque se pueda llegar a descubrir la enfermedad negada.

Al igual que sucede habitualmente en la sociedad general, son las mujeres (esposas o madres) quienes suelen actuar como elemento favorecedor, instando a los hombres a que dejen apartadas sus resistencias a acudir a los servicios de salud cuando es necesario. Es preciso puntualizar que los datos muestran una utilización equilibrada y similar del uso de las consultas médicas entre hombres y mujeres de la población gitana y población general. Este comportamiento de utilización de los servicios sanitarios que está bastante normalizado en el caso de las mujeres gitanas, y como consecuencia en los niños, no está tan claro en los hombres, quienes todavía se muestran reticentes al respecto, traduciéndose frecuentemente en una aparentemente elevada propensión a la **automedicación**. Esta percepción está en concordancia con los datos de las Encuestas Nacionales de Salud a población gitana y población general de España de 2006. En general hay que destacar que a la población gitana se le recetan más medicamentos y consume más

medicamentos que la población general, lo cual puede ser indicativo de una mayor morbilidad, pero al mismo tiempo puede ser debido a la suma de la medicación prescrita y la automedicación.

Otro grupo importante de enfermedades a abordar en relación a la población gitana son las **enfermedades crónicas**, cuya incidencia notoria en la comunidad gitana se ha destacado tanto en los datos de la encuesta de salud como en las entrevistas y grupos de discusión realizados. Parece bastante instalada la idea, al menos en la franja de población gitana estudiada, de que, en gran medida, las enfermedades crónicas son resultado de unos malos hábitos anteriores de vida. La enfermedad por tanto no sería exclusivamente fruto de factores como la *mala suerte* o esa especie de "maldición" fatalista a la que aluden las personas gitanas entrevistadas, sino de factores de tipo social (relacionados al estatus socioeconómico, el nivel educativo y a las condiciones de vida) que estarían ejerciendo una gran influencia sobre unos determinados **hábitos o comportamientos de vida**. Es una idea bastante extendida, tanto entre los profesionales consultados como entre las personas gitanas participantes en el estudio, que los gitanos, hablando en términos generales, tienen **malos hábitos de salud**. El diagnóstico se repite con insistencia, y define un campo de intervención (de promoción y educación para la salud) considerado, también de forma bastante unánime, como muy necesario para la comunidad gitana.

Estamos por tanto ante **una comunidad especialmente preocupada por la enfermedad**, en la que coexisten **dos visiones** de la incidencia de la enfermedad en la comunidad gitana cántabra: una visión, cabría decir, **fatalista**, claramente **tradicional**, que asigna a la enfermedad un carácter de "maldición" o de agresión externa arbitrarias, que el sujeto no puede predecir ni controlar y que llevaría en principio a una **negación** (frente a los primeros síntomas) como mecanismo psicológico de defensa frente al riesgo de enfermar. Desde semejante visión sólo cabe un **abordaje curativo o paliativo** de la enfermedad, una vez que ésta aparece instalada. El miedo hacia la enfermedad se expresa por una parte en la **inhibición al acceso** a los servicios de salud, y por otra parte, en un **acceso ansioso** cuando los síntomas ya no pueden sostener la negación de la enfermedad. Y por otra parte, una visión más **moderna**, centrada sobre la **revisión de los propios hábitos de vida** y dirigida a la mejora de los estándares de salud del colectivo.

El tema de la **promoción de hábitos saludables** en la comunidad gitana sitúa a ésta en un espacio de modernidad nuevo, ya que la población gitana ha aplicado a su salud, y sigue aplicando en muchos casos (la población masculina por excelencia

y una buena parte aun de la población femenina que relega el propio cuidado por el cuidado de los otros), un abordaje más curativo que preventivo de la misma.

Sin embargo, desde la investigación se ha observado una notable **permeabilidad** a los mensajes de promoción de la salud entre la población gitana más directamente analizada, es decir la más vinculada al mercado y al Culto. Permeabilidad que parece ser sensiblemente menor en las poblaciones gitanas más marginales que habitan en los asentamientos. El diagnóstico actual de que la población gitana en general tiene malos hábitos en salud se concentra predominantemente en la cuestión de los **hábitos alimenticios**, produciéndose un cambio importante respecto a un pasado reciente en que el acento se ponía primordialmente en las drogodependencias. Apenas hay "cultura del deporte" en el mundo gitano, lo cual ciertamente dificulta que éste pueda encontrar algún sitio en la agenda cotidiana: siempre habrá algo más urgente o más apetecible. El trabajo con niños, niñas y jóvenes de ambos sexos parece fundamental en una apuesta a medio y largo plazo por introducir a la comunidad gitana en la cultura del deporte, fundamentalmente a las niñas a quienes prácticamente les está vedado por temor a que los ejercicios físicos puedan poner en peligro su virginidad.

El capítulo de la alimentación saludable es posiblemente el que más se ve influido por el modo de vida de las gitanas y los gitanos del mercado. La **comida rápida** – como también ha sucedido en la población general- ha entrado en escena de forma clara y rotunda en el mundo gitano. Todos los indicadores o todas las tendencias apuntan a la identificación de la **infancia gitana** como de **especial riesgo** desde el punto de vista de la adopción de hábitos alimentarios desfavorables. Las niñas y los niños gitanos tienen más **sobrepeso y obesidad** que los de la sociedad general. Algunos de las/los profesionales de salud y docentes consultados apuntan asimismo a la existencia, al igual que en las adolescentes de la población general, de problemas de **anorexia** en las adolescentes gitanas.

Una cuestión relevante que plantean fundamentalmente el grupo de matronas y que corroboran las mujeres gitanas en sus discursos es el **abandono de la lactancia materna**, percibido por las primeras como una pérdida para la salud pública, con la consecuente creciente adopción de la lactancia artificial como símbolo de la modernidad y de su adhesión a la sociedad de consumo.

Resulta difícil en la comunidad gitana **salirse de la norma**, desviarse del patrón ideal de lo que se considera la conducta adecuada de un gitano, en contraposición con el patrón de comportamiento payo, el mencionado **apayamiento**, que la comunidad gitana no ve con buenos ojos. La intencionalidad de esa presión

conservadora colectiva es clara: mantener la identidad gitana como algo radicalmente contrario a la identidad paya.

La posible **introducción de hábitos saludables percibidos como payos** en el mundo gitano choca directamente con ese muro conservador colectivo, que no necesariamente con las personas gitanas concretas. El **temor al qué dirán** es tan potente en el mundo gitano, que apenas le queda margen al sujeto concreto para desmarcarse de sus propuestas conservadoras.

Pero al mismo tiempo la comunidad gitana, como se lleva repitiendo, está cambiando. Y uno de los cambios fundamentales es la creación, con la pareja, de un espacio de privacidad en el cual el sujeto puede **desarrollar una experiencia propia**, al margen de la comunidad. En ese mundo privado recién constituido comienzan a modificarse algunos patrones tradicionales; modificaciones que muchas veces se realizan con un cierto aire furtivo, intentando que no trasciendan a la comunidad.

El Culto por otro lado, está transmitiendo el mensaje de que hay que cuidar la salud porque el cuerpo es sagrado, lo que la comunidad interpreta como que cuidarse es también una conducta que se presupone a un buen gitano.

Aunque en general la población gitana accede a los servicios sanitarios desde motivaciones más paliativas que preventivas, en este segundo orden comienzan a observarse algunos avances en relación a un pasado relativamente reciente, a pesar del consenso generalizado de que queda mucho trabajo por hacer para **mejorar la participación de la población gitana en programas de promoción de la salud**.

De las apreciaciones expuestas por la diversidad de actores se deduce lo que venimos observando desde la propia investigación: **hay un mundo gitano** alrededor del Culto y del mercado **en el que están cambiando substancialmente determinados comportamientos**; pero también sigue habiendo un mundo más excluido de gitanos donde las cosas no han cambiado tanto o incluso han empeorado para algunos.

Pero **¿en qué se materializa ese cambio?** Son pocos los profesionales que hablan realmente de cambios substanciales en el modo de abordar la salud y la enfermedad. Ambas culturas, la gitana y la sanitaria, permanecen alejadas, debido en gran medida a un nivel importante de **desconocimiento mutuo** que precisa ser abordado. Una cuestión significativa que plantean algunos profesionales se refiere a

su propia **incomodidad en abordar temas** que les resultan de especial dificultad con la población gitana, como es la **violencia de género**.

El referido problema por parte de las/los profesionales sanitarios de la **escasa participación** de la población gitana en programas de prevención y promoción de la salud choca con la **falta de estrategias diferenciales** en esa dirección, no considerándose ni siquiera en muchos casos su necesidad.

Es relevante destacar que el sector más avanzado de la población gitana está empeñado en **disolver el muro de desconfianza y prejuicio** que todavía pervive en el mundo payo, y para ello se ha auto-impuesto una exigencia: la de **aceptar las reglas del juego**, en todos los ámbitos de la sociedad, incluido por supuesto el sistema sanitario. Y para ello las personas gitanas entrevistadas consideran que se requiere aun la adaptación por parte de un sector de población gitana.

De acuerdo a los líderes gitanos, **el trato** por parte **de las/los profesionales** al *enfermo gitano* puede ser bueno pero donde tienen una mayor **dificultad** es **en comprender el entorno**, el mundo gitano. En ese sentido, quienes parecen tener más dificultades en la comprensión y, por ende, en la relación con los gitanos, son fundamentalmente el personal auxiliar y administrativo, y en parte el personal de enfermería, es decir quienes lidian en primer plano con los usuarios gitanos y sus familiares, ya que las/los profesionales médicos se centran en el tratamiento y eluden las problemáticas que se dan en el entorno, especialmente en la hospitalización. El principal problema que se plantea, según nuestros interlocutores gitanos, es el de la **arbitrariedad de las normas y de las soluciones** a los conflictos que surgen, dependiendo a quien atienda.

Un sector amplio de profesionales consultados de la **Atención Primaria** fundamentalmente manifiesta no tener demasiados problemas actualmente con sus pacientes gitanos porque han desarrollado sus estrategias para manejar las situaciones particulares que pueden producirse en la consulta. **Estrategias diversas** que fluctúan entre **no hacer concesiones** a presiones y tratarles como al resto de sus pacientes, con la consiguiente irritación que puede resultar en algunos usuarios gitanos; **acceder a la demanda** particular para resolver la situación en vez de discutir; y darles un **trato diferenciado** por considerar que tienen **necesidades especiales**, como otro tipo de usuarios con otras necesidades, y que el sistema debe asumirlo. Parece por tanto evidente que es **importante sistematizar respuestas** de forma que tanto quienes no hacen concesiones como quienes acceden inmediatamente a la demanda puedan incorporar la postura de considerar el trato diferenciado cuando se hace necesario,

en la medida que todos los usuarios de ambos sexos y de diversas capacidades, grupos étnicos, étnicos o socioeconómicos la precisen **en aras a una atención equitativa en salud**, es decir, no a todos por igual sino en base a sus necesidades. Al tiempo, por supuesto, que se mantienen unas normas necesarias para el buen desarrollo de la actividad en los centros. Para todo lo cual se hace precisa la **implicación institucional que respalde dicho modelo de atención y sus normativas**.

La **intervención en materia de educación y promoción de la salud** en la población gitana resulta, por lo mencionado ya, sumamente compleja. Partimos primeramente de que desde el sistema de salud se hace muy poco en relación a las carencias y necesidades identificadas. Al mismo tiempo se observa que en general las escasas intervenciones que se han llevado a cabo, en base al esfuerzo de profesionales interesados, han pasado prácticamente inadvertidas por parte del propio sistema de salud, mientras chocaban en muchas ocasiones con un muro de **indiferencia, desinterés o dependencia** por parte de la comunidad gitana. Es difícil intervenir porque resulta difícil que la propia comunidad gitana acepte ser intervenida desde fuera. Pero además es necesario considerar que la falta de participación de la población gitana en los programas existentes de prevención y promoción de la salud para la población general es el gran nivel de **desconocimiento y desconfianza existentes entre las personas gitanas y no gitanas**, que hace que ambas se sientan incómodas compartiendo el mismo espacio.

Intervenir de otra manera implica implementar situaciones comunicativas en las que las personas gitanas identifiquen claramente que es la comunidad gitana quien les propone efectuar determinado tipo de cambios en su comportamiento. Se trata de **negociar y colaborar** directamente en la planificación, la gestión y la implementación de recursos de promoción de la salud para la población gitana **con quienes son reconocidos como líderes** por parte de la misma. Parece que solo desde el propio liderazgo gitano se pueden proponer cambios razonables para los propios gitanos en cuanto a sus hábitos o comportamientos, sin que se resistan colectivamente a considerarlos y a incorporarlos.

La promoción de la salud posiblemente no sea la **prioridad** más destacada al momento para la comunidad gitana, a pesar del interés mostrado por sus líderes en la misma. Otras cuestiones como el **trabajo**, la **vivienda** y la **educación** se presentan como más prioritarias. Resulta comprensible que las mayores energías estén puestas en ellas; en conseguir aumentar la escolarización en todos los niveles, en aprovechar las vías alternativas de formación y reciclaje laboral para

conseguir una posibilidad de entrada en el mundo laboral asalariado y en lograr viviendas dignas. Y desde dentro, desde las propias asociaciones que trabajan con la comunidad gitana, lideradas por gitanos o por payos, se están desarrollando esfuerzos (aunque no de forma coordinada entre las asociaciones), no sólo destinados a conseguir que la sociedad general relaje sus prejuicios y sus barreras y ofrezca recursos adecuados, sino también, y fundamentalmente, destinados a conseguir que la propia comunidad gitana cambie en la forma de valorar la educación y el trabajo, en la forma de aprovechar los recursos que la sociedad general ofrece al respecto.

La intervención en salud con la comunidad gitana **difiere en necesidad y abordaje** principalmente **de acuerdo a su posición social y económica**. Mientras que **la élite gitana** cántabra actual en cuyo seno se encuentran los líderes, pastores del Culto y personas de respeto y sus familias y redes de influencia más cercana, con un poder simbólico y socioeconómico mayor que el resto de la población gitana, son **pretendidamente modélicos** para la misma, porque la función de liderazgo que tienen asumida en relación a ella implica el testimonio personal, mostrar con el propio comportamiento el camino a seguir al resto de gitanos, representando un papel en relación a la propia comunidad gitana como de agentes informales de promoción de la salud; el nivel de **la clase más vinculada al mercado y al Culto** en el que se encuentra la gran mayoría de la población gitana cántabra y de la que se analiza en este estudio, sería en principio sobre el que **más potencial de incidencia** se podría tener en cuanto al cambio de actitudes y comportamientos en materia de salud; y finalmente **la intervención más urgente y prioritaria** y que representa un **nivel más alto de complejidad** en todos los ámbitos y en concreto en materia de salud, es la que correspondería a **la población gitana cántabra en situación de mayor exclusión**, en su mayoría marginal, que aparece más alejada de la influencia del Culto. Es en este nivel donde cabría esperar, en la dirección que apuntan más frecuentemente otros estudios, un comportamiento más ajustado al tradicional de marcada indiferencia hacia la prevención y los hábitos saludables. Es por tanto la población en situación de **mayor vulnerabilidad** y más a **riesgo de mala salud física y mental**, simbolizando más que cualquier otra las **desigualdades sociales** en nuestra Comunidad Autónoma y por tanto, planteando la necesidad de un **abordaje interinstitucional e intersectorial** en aras de la equidad en cuestión de derechos, lo cual implica el **compromiso de las instituciones públicas autonómicas y municipales**. Dichas intervenciones deberían comenzar por garantizar una vivienda digna a las familias que llevan largos períodos viviendo en asentamientos en condiciones insalubres o inadecuadas para una vida sana. Sin el

desarrollo económico y social del sector más excluido de familias gitanas no se puede hablar de equidad en salud en Cantabria. Esto implica grandes retos a las instituciones públicas en general, al sistema de salud y al interior de la propia comunidad gitana. Realmente en este nivel es donde la **intervención en base a mediadores** gitanos en salud se hace más necesaria, aunque es al mismo tiempo la que plantee más desafíos y de la que se pueda cuestionar más su posible eficacia. Dificultades que no pueden justificar en ningún caso la inacción. La intervención en este nivel altamente complejo requiere de todos los esfuerzos posibles, sin desechar ninguna herramienta de intervención.

El entorno con el que se perfila más adecuado el diálogo y negociación con las instituciones públicas hacia una **intervención consensuada** es el de las **asociaciones gitanas** cántabras, que están actualmente planificando experiencias piloto en centros de salud de mayor afluencia gitana. **La figura de la mediadora o mediador gitano en Cantabria** se ha implementado desde hace más tiempo para otras cuestiones, particularmente la educativa. Y los resultados parecen muy positivos especialmente en la **reducción del absentismo escolar**. Parece natural, por tanto, y necesario **repensar este modelo de intervención** demandado desde las asociaciones gitanas, **en el ámbito de la promoción de la salud**. Si se considera que ésta es urgente y necesaria para corregir los malos indicadores de salud de la población gitana, y si se acepta que intervenir directamente de forma eficaz con la población gitana es sumamente complejo y las/los profesionales y la población gitana se pueden beneficiar de un apoyo del tipo que ofrece la mediación en salud, parece una idea sugerente recoger el guante que tienden a la Administración sanitaria cántabra las asociaciones gitanas en su deseo de desarrollar sistemáticamente la figura de la persona mediadora social gitana en salud.

En el proceso de repensar el modelo sería preciso reflexionar en cuanto a un **planteamiento de mediación** que **promueva oportunidades y no estigmatice** ni imponga formas de vida que no sean escogidas por la propia comunidad, y simultáneamente **no favorezca la imagen de la diferencia frente a la de la igualdad**. Una mediación que ayude en la negociación sin imposiciones de códigos que puedan ser percibidos como presión asimiladora. Una mediación hacia la **búsqueda de un terreno común libre de prejuicio**. La labor de la mediación y por tanto del mediador/a intercultural abarcaría aspectos fundamentales como **facilitar la comunicación** entre personas gitanas y payas y **fomentar la cohesión social**, al tiempo que **promover la autonomía e inserción social** de las personas gitanas en la sociedad general.

Dado el desconocimiento de la cultura gitana identificado por los propios profesionales y descrito en este informe, consideramos que se hace igualmente necesario en el contexto que manejamos abordar la **idoneidad de una mediación intercultural desde los mismos profesionales de la salud**. Con una mediación articulada desde la comunidad gitana y la comunidad sanitaria se favorecería el conocimiento y la comunicación mutua y se contribuiría a acercar las distancias y a eliminar las brechas existentes entre ambas culturas. La figura de mediador o interlocutor intercultural profesional de salud con la población gitana contribuiría a resolver los problemas que surgen en los centros, además de mejorar las relaciones tanto entre las/los profesionales como con la población gitana. No se empezaría desde cero porque se parte de los aprendizajes de la experiencia de mediadores interculturales en educación y del conocimiento derivado de las experiencias en otras Comunidades Autónomas, pero correspondería realizar un proceso de **diálogo y negociación entre ambos colectivos**, desde sus percepciones y experiencias, para determinar objetivos comunes en cuanto a los avances necesarios en materia de salud de la población gitana, las prioridades y las estrategias que es preciso desarrollar para conseguirlo, como qué tipo de **formación específica en promoción de la salud** debería de tener o facilitársele a la persona mediadora gitana, y qué competencias tendría que desarrollar y asumir la o el mediador profesional de salud.

Un listado más exhaustivo de recomendaciones, tanto a la Administración sanitaria como a la General y a las asociaciones y población gitana y no gitana, derivadas del estudio se encuentra en el capítulo 15 de reflexiones y recomendaciones finales. Las recomendaciones que emanan de este estudio están en la línea de las acciones recomendadas por el Grupo de Salud del Consejo Estatal del Pueblo Gitano, enmarcadas en el Plan de Acción para el Desarrollo de la Población Gitana (2010-2012).