

Bases teòrico-metodològiques per al desenvolupament de programes d'educació per a la salut entre la població gitana

Oriol Romaní, Laura Mascarella, Susana Ramírez

GENER 2001

**DEPARTAMENT D'ANTROPOLOGIA SOCIAL I FILOSOFIA
UNIVERSITAT ROVIRA I VIRGILI**

1240

**BASES TEÒRICO-METODOLÒGIQUES PER AL
DESENVOLUPAMENT DE PROGRAMES D'EDUCACIÓ
PER A LA SALUT ENTRE LA POBLACIÓ GITANA**

INFORME FINAL per a la
FUNDACIÓ BOFILL

**Oriol ROMANÍ
Laura MASCARELLA
Susana RAMÍREZ**

BARCELONA, gener de 2001

ÍNDIX

0. Introducció.....	3
1. ¿Què és l'educació per a la salut i com s'ha de fer?.....	5

1.1. Diagnòstic.....	6
1.2. Execució.....	12
1.3. Avaluació.....	14
1.4. Participación Social.....	17
2. Pautes culturals bàsiques a considerar per al disseny de programes de salut en població gitana.....	20
2.1. Introducció.....	20
2.2. Elements històrics dels gitanos a Espanya	24
2.3. Grupos ètnics gitanos.....	27
2.4. Família gitana.....	28
2.5. Classificació de malalties	30
2.6. Models mèdics i pràctiques d'atenció a la salut...	32
1. El Model Mèdic Hegemònic.....	35
2. El Model Alternatiu Subordinat.....	36
3. El Model d'Auto-Atenció.....	40
3. Conclusions.....	42
4. Bibliografia.....	44

0. INTRODUCCIÓ

Aquest informe té per objectiu desenvolupar unes bases teòrico-metodològiques que puguin ser utilitzades en la realització de programes d'educació per la salut destinats a la població gitana. Es tracta de reflexions sistemàtiques basades en dades empíriques que pensem que caldrà tenir en compte en el moment de crear programes específics d'educació per la salut entre aquesta població.

L'informe que aquí presentem sorgeix a partir de diverses recerques sobre gitanos i salut realitzades a Barcelona i Perpinyà entre 1997 i 1999, i d'un estudi micro-social sobre les pràctiques d'atenció a la salut desenvolupat durant l'any 2000 a un barri gitano del centre de Barcelona. En un principi s'havia plantejat un projecte en el que, a més de la formulació teòrico-metodològica que el lector trobarà en aquest informe, s'incloïa també un projecte pilot a una escola, la qual cosa hauria suposat, doncs, treballar amb població infantil i en l'àmbit educatiu. Degut al reajustament del pressupost inicial, i a la limitació temporal per a realitzar aquest treball (10 mesos), finalment hem elaborat només la primera part d'aquell programa inicial, deixant per a més endavant la concreció d'un programa pilot.

Dins de l'equip que signa aquest informe, cal dir que el gruix de la recerca ha estat dut a terme per Susana Ramírez, mentre que Laura Mascarella ha realitzat diverses tasques complementàries d'investigació etnogràfica, i Oriol Romani s'ha dedicat al disseny del projecte, la seva coordinació, i revisió de l'informe final.

L'informe té dues parts principals: la primera, en la que establim la nostra posició en referència als programes d'educació per la salut, tan des d'un punt de vista general com pensant en la població gitana. I la segona part, en la que esboçarem les pautes culturals més rellevants per a la creació de programes educatius en l'àmbit sanitari destinats a col·lectius gitanos. I acabem amb unes conclusions que, en realitat, potser s'haurien d'anomenar precisions finals, i la bibliografia pertinent.

1. QUÈ ÉS L'EDUCACIÓ PER LA SALUT, I CÒM S'HA DE FER?

Iniciem aquí l'explicació de la manera que s'hauria de portar a terme l'educació per a la salut entre la població gitana, quines figures serien les més indicades per a executar aquests programes (plantejats bé des de sectors sanitaris, bé des de sectors de la població) en les seves diferents fases, i esboçar algunes reflexions sobre la participació social, que és el marc en el que els esmentats programes s'haurien de desenvolupar.

Partim de la base, amb Sepilli (1967), que l'educació per a la salut s'expressa a través de la capacitat de la comunitat per enfrontar-se, tan de manera individual com grupal, a comportaments, estils de vida i medi ambient en una comunicació bi-direccional i participativa. Això vol dir que cal contar amb el grup (en aquest cas els gitanos) per a realitzar l'educació sanitària. Cosa que pot semblar òbvia però que normalment, a la pràctica no se sol fer (més enllà de grans declaracions inicials) ja que no es posen les vies metodològiques i tècniques coherents per a fer-ho possible.

Des del seu començament, un dels camps on l'antropologia aplicada s'ha desenvolupat ha estat en el camp sanitari, enfocada sobretot a la millora de l'entesa entre professionals sanitaris i diferents grups socials i culturals. Els antropòlegs varen començar realitzant monografies que mostraven, en diferents societats, la

importància de la etno-medicina; és a dir, del coneixement de les percepcions i les pràctiques de cura de la salut que es manifesten en les diferents tradicions culturals.

Nosaltres creiem que cal conèixer la medicina tradicional o popular, o aquells elements de la mateixa, que poden estar vigents en un grup social. Però no com un pol oposat a l'anomenada medicina científica¹, sinó tenint en compte que l'important és analitzar les relacions existents entre les dues medicines, és a dir, les formes concretes com es barregen constantment en la vida quotidiana de la gent. A això caldrà afegir-hi la consideració de les anomenades "noves religions", que posen el seu èmfasi ideològic i pràctic en les curacions, i que influeixen en noves concepcions dels processos de salut-malaltia-atenció² de diferents cultures, entre elles la gitana.

Per altra banda, tots els programes d'educació per a la salut haurien de tenir les tres fases fonamentals de diagnòstic, execució i avaluació. Com es pot suposar, l'eix de la qüestió no està simplement en l'existència d'aquests tres passos, sinó en la manera com es realitzin. I això cal subratllar-ho especialment en la fase del diagnòstic, ja que moltes vegades es considera que es pot fer de manera més o menys ràpida i, per tan, no s'hi dediquen els esforços (de temps i diners) que caldrien per construir des de bases sòlides aquests programes.

1.1. DIAGNÒSTIC.

El diagnòstic consisteix fonamentalment en la realització d'una recerca etnogràfica i antropològica que tingui per objecte detectar les articulacions entre les representacions i les pràctiques d'aquells processos de salut-malaltia que es pensin treballar. Si els objectius d'un programa d'educació per a la salut apunten en la direcció de produir canvis en les conductes i estils de vida de la població s'hauran

¹ És a dir, aquella que respon al Model Mèdic Hegemònic (Menendez, 1990) del que parlarem més endavant.

² Fem servir el concepte de Menendez (1992) que obliga a pensar en l'articulació d'aquests tres elements. Tenim alguns dubtes sobre la traducció de "atención", que podria ser també "cura", que en català té també un sentit més genèric que l'estrictament sanitari; però, ni que sigui provisionalment, hem resolt deixar-ho tal com apareix al text.

de conèixer, en primer lloc, quines son aquestes conductes i estils de vida per saber de quina manera es pot incidir en ells³.

Intentar promoure canvis de comportament, hàbits o estils de vida requereix un coneixement profund de la cultura en la que es treballa, del seu concepte de salut-malaltia-atenció, del lloc que aquest ocupa en el conjunt de la cultura i, per últim, de l'articulació entre representacions i pràctiques en torn dels processos de salut-malaltia concrets sobre els que es vol incidir.

Si bé, com veurem més endavant, som partidaris dels projectes de participació-acció que impliquen la participació comunitària, no creiem que aquesta es pugui generalitzar a tot tipus de programes i, sobretot, que s'hagi de començar a introduir ja en aquesta primera fase d'un programa. Caldria reservar-la per a les dues fases següents o, com a màxim, com a moment final o complement d'aquesta primera fase, ja que el que es requereix en aquest moment del diagnòstic és una visió externa i que els subjectes que formen part de la recerca no hi estiguin totalment involucrats. Si fos així, podríem parlar d'un moviment social entorn de la salut o quelcom semblant, però no d'una recerca diagnòstica; no hem de confondre els termes.

Per tant, la figura adequada per realitzar el diagnòstic de qualsevol programa d'educació per a la salut que es vulgui endegar en un grup social determinat és el científic social, aquell professional capacitat per a dur a terme una etnografia a través de metodologia qualitativa, pas imprescindible en aquests casos⁴. Serà a través d'aquesta recerca que es podrà establir allò que cal fer, de quina manera, a càrrec de quines persones i en quins llocs de la comunitat. Si, tal com deiem, es veu necessari en un programa la complementació del diagnòstic a través d'algun tipus de "negociació" amb la comunitat, cal que això ho dugui a terme igualment un professional entrenat en la "traducció cultural": si no, el que hauria de ser un "plus"

³ Per estil de vida no entenem l'"esquarterament" epidemiològic de trets aïllats i serialitzats que es consideren característics, com el fumar o menjar grasses, sinó que el que és característic és un conjunt de pràctiques socials i percepcions culturals, amb un cert sentit tan per a l'individu implicat com pel grup social del que forma part (v. Menéndez, 1998). I una cosa que sembla tan òbvia com la que acabem d'expressar aquí dalt, resulta que molts sanitaris la reconeixen discursivament però com que, en el millor dels casos, parteixen de diagnòstics epidemiològics, resulta que a la pràctica no ho porten a terme.

⁴ I en tots els altres en que es pretengui fer ciència, el primer pas consisteix sempre en un enfocament qualitatiu de la qüestió, encara que després això no es reconegui epistemològicament (p. ex., en les metàfores utilitzades pels físics, o els pre-conceptes que basen les recerques quantitatives).

de garantia cara a l'execució del programa, es podria convertir en un element de confusionisme que acabés dificultant la seva realització.

En un primer moment haurem de partir de les dades epidemiològiques existents sobre el grup ètnic al lloc on pretenem fer el programa. Aquestes dades ens donaran pistes útils sobre els problemes de salut que es poden detectar en el col·lectiu sobre el que volem incidir. De tota manera, els epidemiòlegs no acostumen a tenir mai en compte els aspectes referits a l'epidemiologia popular. Segons Menendez, per tenir una visió més propera a la realitat, els epidemiòlegs haurien de realitzar el que ell anomena una "epidemiologia sintètica", en la que es farien servir les dades quantitatives de les malalties reconegudes per la medicina científica, al costat d'aquelles malalties populars que són reconegudes per la població encara que no formin part del Model Mèdic Hegemònic.

Si ens volem apropar a una percepció global del que realment passa al grup en el que volem incidir amb l'educació per la salut, només ho podrem fer amb aquesta "epidemiologia sintètica". Per tan, el registre de l'epidemiologia popular serà un dels passos indispensables del diagnòstic.

Per tan, la metodologia que s'haurà d'utilitzar per al diagnòstic de salut d'una població haurà de tenir en compte, en una primera fase, les dades de tipus quantitatiu: tan les estrictament epidemiològiques, com d'altres més generals que considerem d'interès per a la recerca que estem fent (cens poblacional, serveis socials, etc.) Un cop aquestes dades ens han alertat de l'estat de la salut en aquella població, ens intentarem aproximar a la realitat del grup a través de mètodes qualitatius, centrats sobretot en les seves pràctiques en torn a la salut relacionades amb els factors més crítics assenyalats per l'epidemiologia. Així doncs, mentre l'epidemiòleg ens alertarà sobre les morbiditats i mortalitats més freqüents, l'antropòleg ens orientarà sobre les causes d'aquests índexs i de com s'inter-influeixen per a produir-los factors ambientals, socio-econòmics, laborals, higiènics, culturals i ideològics.

En aquests darrers anys hem pogut observar una tendència a associar temàtiques referides als gitanos amb el consum i venda de drogues, tendint a generalitzar aquestes vinculacions com un afer de tots els col·lectius de gitanos. S'estan realitzant jornades i programes de salut centrades en el problema de la drogodependència, tan des de serveis sanitaris (no gaires, però), com des d'instàncies gitanes, com la FAGIC o el Secretariado Gitano. Podem dir que, a través d'un diagnòstic que vam fer nosaltres mateixos fa pocs anys a un barri de gitanos catalans del centre de Barcelona, constatarem que la problemàtica fonamental de salut no era la drogodependència ni el VIH. Això va portar a que no es realitzés l'execució del projecte consistent en la formació de promotors de salut per a la prevenció del Sida i Hepatitis, ja que no es veia necessari. Però aquesta finalitat tampoc es va reorientar cap a altres prioritats sanitàries que vam detectar, que finalment no varen ser tingudes en compte pels coordinadors del projecte⁵.

Els errors als que poden conduir pre-conceptes d'aquests tipus ens obliguen a assenyalar la importància de realitzar recerques a cada grup concret en el que es pretengui aplicar programes d'educació per la salut. Hem de tenir en compte que no és el mateix parlar de gitanos catalans, castellans, andalusos o portuguesos, i que tampoc podem considerar de la mateixa manera, de cara a la intervenció social, els que tenen diferents tipus d'habitatges (vivendes salubres, insalubres, barraques, nòmades) o que pertanyen a diferents classes socials.

Encara que la medicina científica, pel seu enfocament teòric-metodològic i per les seves pràctiques institucionals, tendeix a homogeneïtzar les poblacions, a l'interior de cada societat existeixen cultures específiques (subcultures) i sub-grups que mantenen les seves pròpies representacions i pràctiques sobre salut-malaltia, que haurem de conèixer si pretenem transformar-les d'alguna manera. Per això és imprescindible el desenvolupament de recerques parcials que ens permetin conèixer els diferents processos de salut-malaltia-atenció dels conjunts socials i entendre les categories que cada col·lectiu elabora en el marc del seu context cultural. Els

⁵ Es tractava d'un projecte finançat per la Unió Europea i coordinat per un equip de sociòlegs francesos que treballaven amb gitanos catalans francesos (entre els que la problemàtica de la drogodependència i el VIH són realment preocupants, tan com en alguns grups minoritaris de casa nostra), el que els va portar a plantejar la qüestió com si tots els gitanos i els seus diferents col·lectius fossin iguals i presentessin els mateixos problemes.

professionals sanitaris no solen estar preparats –ja que no han estat capacitats- per fer aquesta feina, per la qual cosa es fa necessari estructurar equips multidisciplinars que siguin capaços de comprendre i saber actuar enmig de les interaccions i els mecanismes a través dels que es desenvolupen els esmentats processos.

En síntesi, els èmfasis metodològics que s'hauràn de seguir en el diagnòstic seran els següents:

5. Quantitatiu: la tècnica principal serà aquí la de l'enquesta, bàsicament de tipus epidemiològic.
6. Qualitatiu: les tècniques principals seran observació participant, entrevistes en profunditat, històries de vida, grups focals. La situació ideal seria que la primera d'elles –la observació participant- fos el contexte en el que s'anessin desenvolupant totes les demés.
7. Investigació-acció: les principals tècniques son grups de discussió i totes aquelles que tinguin relació amb la gestió de grups. En aquesta metodologia els subjectes implicats intervenen en tot el procés de diagnòstic, execució i avaluació. Ja hem dit, però, que en aquesta primera fase no veiem convenient la seva participació (o, en tot cas, de manera molt limitada), ja que si els resultats del diagnòstic ens indiquen que no és apropiat tirar endavant les següents fases, aquesta interrupció podria afectar socialment al col·lectiu que de bon principi s'hagués involucrat seriosament en el projecte.

Moltes vegades, l'actor no és conscient del seu problema, o fins i tot el nega, com pot ser el cas de l'alimentació entre els gitanos catalans de Perpinyà, on existeixen greus problemes relacionats amb aspectes fonamentals de l'alimentació que repercuteixen no només en processos de salut-malaltia concrets (diabetis, obsessió, etc.) sinó també en altres, com el rendiment escolar dels nens.

Són dades negatives com aquestes, sobretot en el no-reconeixement de certs problemes, les que ens alerten sobre les representacions que s'estan construint i que subratllen, si volem de manera paradoxal, el punt de vista de l'actor. La majoria de programes d'educació per a la salut realitzats en Centres d'Atenció Primària han passat per alt, fins ara, la problemàtica específica de "l'altre" (sigui aquest gitano, paio, magribí, paquistanès o senegalès), doncs se solen dirigir a individus i no a col·lectius, el que potser no fària cap problema si no es fés des de la base uniformitzadora del discurs terapèutic.

1.2.EXECUCIÓ.

Un cop realitzada la fase del diagnòstic se suposa que ja coneixem el concepte de salut-malaltia dels gitans, i hem sigut capaços de centrar-nos en l'articulació entre representacions i pràctiques sobre el procés de salut-malaltia en el que pretenem incidir. Aquesta recerca prèvia ens podrà orientar, en relació als processos que volem treballar, sobre quines són les persones de la comunitat més respectades en aquell àmbit, en quin lloc de la comunitat pot ser millor realitzar els programes (centre de salut, església, associació gitana, interior de les cases, etc.), de quina manera s'haurà de fer, i a quines persones s'haurà de dirigir el missatge (sexe, edat, prestigi, si –p. ex.- a les mares exclusivament, o no, etc.)

L'execució de programes d'educació per a la salut s'haurà de realitzar amb equips de treball interdisciplinaris que, en el cas dels gitans en concret, seria interessant que estiguessin formats per metge, infermer, treballador social, expert en comunicació i el científic social que va elaborar el diagnòstic del projecte. Depenent de cada cas concret, haurem d'avaluar la necessitat/ utilitat de crear i formar promotors de salut gitans cara a la prevenció de certes malalties: en uns casos això pot ser molt positiu, mentre que en altres pot ser un inconvenient; per exemple, a un barri on hi hagi molts conflictes entre famílies gitanes, la presència d'un promotor que sigui membre d'una d'elles implicarà gairebé amb tota seguretat que les altres famílies no podran accedir al mateix tipus d'informació i, en general, de prestacions, que ofereixi aquell promotor.

Èr a poder dissenyar de la millor manera possible aquests programes, considerem que la metodologia més encertada per aquesta fase és la de la investigació-acció, a través de la qual les persones seleccionades durant el diagnòstic participaran conjuntament amb els professionals en la creació de continguts del programa, del llenguatge que s'haurà de fer servir per tal que s'entengui per la majoria de la població a la que va dirigit, de les vies més idònies per arribar a aquesta població, de la manera concreta com s'haurà de fer l'educació, així com de la selecció d'aquelles persones que es considerin més indicades per a fer-ho.

En resum, aquesta segona fase constarà de dues parts, la primera el disseny del material i altres aspectes concrets que es necessiten per al desenvolupament del programa d'educació per a la salut que es vol endegar, i la segona, la realització o execució del programa pròpiament dita. El principal problema de l'educació sanitària no és la informació, sinò l'ús que se'n fa d'aquesta i la creació de competència per a poder usar-la, tal com ens recorda l'equip d'antropòlegs del Centro Experimentale per l'Educazione Sanitaria de la Universitat de Perugia.

1.3.AVALUACIÓ.

No cal dir que aquesta fase del treball és tan indispensable com les altres dues. Fins i tot podríem dir que si en un programa d'educació per a la salut no es preveu, no val la pena fer el programa, ja que seria com "dar palos de ciego", és a dir, malbaratar recursos i, sobretot en poblacions gitanes, amb una llarga història de malentesos i recances amb els païos, "cremar" les possibilitats d'accions futures amb elles, si el programa no es pot tancar seriosament amb la participació de totes les parts implicades en ell. Perquè fins i tot en el cas que l'avaluació resulti negativa, l'haver pogut analitzar i discutir les causes d'això suposa un aprenentatge positiu per als participants al procés, molt diferent de quan una iniciativa d'aquest tipus queda interrompuda, "penjada" i, un cop més, els seus teòrics destinataris ténen la sospita que han estat objecte d'algun

oportunisme polític momentani, augmentant així la frustració en les relacions gitanos-païos.

L'avaluació d'aquests programes ha de ser una avaluació "ad hoc", és a dir, que dependrà de les condicions de desenvolupament i dels objectius marcats al final del diagnòstic de cada programa. En altres paraules, l'avaluació ho haurà de ser de dos aspectes bàsics, és a dir, avaluació de processos i avaluació de resultats, que són dues cares de la mateixa moneda. Una avaluació d'aquest tipus, que es basi en els processos micro-socials i locals, que es contrastaran amb els nivells més generals de "context sociocultural" "ètnia gitana", "educació per a la salut" i "educació per a la salut amb poblacions gitanes", és el que realment ens pot permetre aprendre dels errors comesos, millorar els plantejaments i donar-nos certes garanties per implantar el programa en altres llocs.

L'eix fonamental de l'avaluació, haurà de ser, igual que en el moment del diagnòstic, l'anàlisi de les relacions entre representacions i pràctiques, a través del que haurem de detectar l'efectivitat dels canvis proposats en els comportaments o estils de vida que afectin a determinats processos de salut-malaltia. És a dir, haurem d'observar si s'han produït els canvis que ens havíem proposat, i de quina manera l'educació per a la salut ha sigut capaç d'incidir-hi. Per exemple, si es tracta de canvis alimentaris, saber discernir –fins allà on sigui possible– quins canvis es poden atribuir realment a la incidència del programa d'educació per a la salut, o quins ténen a veure amb altres factors externs, com certes campanyes massives o certes alarmes socials en torn a alguns productes.

En aquesta fase, doncs, s'haurà de dur a terme una recerca de la mateixa qualitat i contundència que en la del diagnòstic. Moltes de les avaluacions que coneixem se solen basar en dades exclusivament quantitatives, complementades amb dades epidemiològiques, provinents en la majoria dels casos dels Centres d'Atenció Primària que, des del sistema sanitari, és el lloc per excel·lència de realització dels programes d'educació per a la salut. Si bé aquests tipus de dades són necessàries, de cap manera es poden considerar suficients.

Així doncs, serà indispensable una anàlisi qualitativa que ens permeti detectar els canvis que s'han produït. No es tracta només de registrar el que ens diuen els propis actors, sinó també el que fan, i com es pot relacionar allò que diuen amb allò que fan; i això només es pot fer a través de la observació participant o, com a mal menor, si no hi ha les condicions per a fer-ho, a través d'entrevistes a informants privilegiats, observacions sistemàtiques i altres tècniques qualitatives. Només d'aquesta manera podrem relacionar amb certa garantia els processos amb els resultats.

Un factor important a tenir en compte en tota avaluació és el temps. En la fase d'execució haurem de registrar ja algun tipus de dades que seran específicament rellevants per a l'avaluació, i és possible que en alguns casos de manera paral·lela a la implantació del programa poguem registrar ja algun tipus de canvis immediat. Però en aquest camp, el que sol ser més habitual és que els canvis siguin més aviat a mig plaç. Per tant, haurem de tenir en compte aquest factor per tal de no plantejar l'avaluació "a deshora", normalment de forma massa precipitada, ja que d'aquesta manera no disposariem del marge temporal que ens permetria detectar aquelles transformacions més de fons, que en realitat solen ser les més interessants.

Per acabar, en l'avaluació haurem d'utilitzar la "triangulació metodològica" amb els tres tipus de mètodes i tècniques als que ja ens hem referit també al diagnòstic: la sistematització de les dades quantitatives; l'avaluació qualitativa del professional, en el sentit explicat més amunt; i la pràctica de la investigació-acció, en la que l'avaluació es basarà en la discussió de l'equip multidisciplinar, les tasques desenvolupades per ell i la inclusió dels actors socials involucrats en el procés.

Afegir només que, malgrat ser avaluacions "ad hoc" (o precisament per això), disposem d'alguns instruments orientatius, validats en diferents camps de la salut, que ens poden ser útils com a guies de treball. La seva aplicació és diferent de l'aplicació d'instruments estàndards quantitius, no són això i no s'hi ha de confondre. Però per a un professional entrenat, l'ús de guies com el RAP

(Scrimshaw / Hurtado, 1988) o les de Rhodes/ Stimson (1998) i Stimson et al. (1998) poden ser d'una gran utilitat.

1.4. PARTICIPACIÓ SOCIAL

La participació social constitueix un dels nuclis bàsics de l'Atenció Primària i el seu eix està situat en els grups domèstics i les comunitats. Els programes d'educació per a la salut només serveixen si van acompanyats d'una voluntat política d'orientar i recolzar els canvis. Donat que la participació política es defineix pel control del poder, una de les seves manifestacions actuals, un determinat tipus de mecanismes intermitjos, com són els agents de salut, els promotors o els mediadors, apareixen també an altres camps que no són els sanitaris.

Actualment a Catalunya trobem que en molts programes de diferents àmbits (educatiu, sanitari i altres) hi són cada cop més presents els mediadors, que són subjectes dels mateixos grups socials i/o ètnics en els que es vol incidir. Això ens porta a subratllar que la figura del mediador hauria d'acomplir una sèrie de requisits per tal de fer la seva tasca d'ajudar o promoure la participació social, cosa que no sempre és així.

Sense anar més enllà del cas dels gitanos, hem pogut observar que en moltes ocasions el fet de pertànyer a la mateixa ètnia en la que es vol desenvolupar un programa es considera suficient per vehicular la informació entre població i institucions. Es tracta d'un criteri errat, ja que la pertanyença a la mateixa cultura no garanteix automàticament un coneixement més gran de la mateixa, ni acostuma a facilitar la distància requerida per a l'anàlisi i, d'aquesta manera, pot repercutir en una ineficient aplicació dels programes.

Cal insistir en la necessitat de recerques, d'un diagnòstic que ens permeti determinar si el promotor de salut és efectivament necessari, si és necessari que sigui o no de la comunitat gitana, i quines condicions hauria de complir en un cas o en un altre, des de coneixements, aptituds i habilitats, fins -de vegades- característiques personals com edat o sexe.

L'elecció de promotors gitanos pot ser vàlida per a segons quins projectes, però no és adequat el fet de forçar *a priori* la imposició d'aquest tipus de mediadors entre els serveis sanitaris i la població a la que es vol incidir. Els promotors de salut han de ser agents de la comunitat, membres del mateix col·lectiu amb el que es vol treballar, però no es poden confondre els termes: no hi ha res que ens garanteixi que un gitano, posem per cas d'un barri del centre de Barcelona pugui fer una acció eficaç a un barri perifèric de Badalona, p. ex., pel sol fet de pertànyer a una mateixa cultura gitana.

Una altra situació que hem viscut és la de trobar aquests mediadors en cursos de formació de professionals (normalment, treballadors socials, educadors o personal sanitari). De vegades sembla que el criteri dels organitzadors d'aquests cursos de formació, siguin d'àmbit públic o privat, sigui considerar que la persona que millor pot conèixer i reflexionar sobre la seva cultura és per força un integrant de la mateixa, i això és un criteri molt reduccionista. Sens dubte que, per a segons quins aspectes o en determinats casos això pot ser així, però moltes vegades ens fa la sensació que, en lloc de plantejar-se la relació amb el poble gitano seriosament i, per tan, de manera rigorosa, és una manera fàcil de descarregar la mala consciència, quan no un mecanisme demagògic que pot afavorir certes relacions de clientelisme polític.

Les recerques realitzades pels científics socials poden aportar dades i coneixements de pràctiques i, en aquest cas sobretot, de representacions col·lectives d'una cultura concreta que un subjecte de la mateixa cultura no té perquè poder aportar, si no té els coneixements teòrics i els recursos metodològics adequats. Insistim, per tan, que això no vol dir que no es puguin capacitar mediadors pertanyents al mateix col·lectiu, encara que lògicament, les accions que desenvolupin derivaran d'un diagnòstic real i actualitzat de les estratègies que cada comunitat o grup local construeix per tenir cura de les seves pròpies problemàtiques d'atenció sanitària, diagnòstic al que la seva capacitat empàtica hi pot ajudar; però que no pot ser fruit d'una suposada capacitat derivada (màgicament?) de la seva identitat cultural.

La possibilitat de determinar les característiques i necessitats particulars de cada contexte social dependran, doncs, de la solidesa metodològica amb que s'encarin els programes a partir d'un diagnòstic precís. I l'efectivitat de les accions i processos endegats dependrà, al seu torn, de la selecció d'aquests mediadors i de les seves possibilitats reals d'interactuar amb els grups domèstics i les comunitats, potenciant les seves capacitats de comunicar-se socialment, però tenint en compte, al mateix temps, el nivell d'acceptació que elabori, en cada situació, el grup social afectat.

2. PAUTES CULTURALS BÀSIQUES A CONSIDERAR PER AL DISSENY DE PROGRAMES DE SALUT EN POBLACIÓ GITANA.

2.1. INTRODUCCIÓ.

Des de l'antropologia de la medicina es considera que la malaltia és una construcció sociocultural, en el sentit que aquests elements són bàsics no només, en moltes ocasions, en l'origen de diverses morbiditats, sinó també en la forma de viure i gestionar això que nosaltres anomenem malaltia. En els processos d'emmalaltir es poden distingir tres aspectes, malgrat que en la realitat s'acostumen a presentar molt imbricats entre ells:

1. Les dolències o patiments subjectius (*illnes*)

2. Els signes biològics objectius (*disease*)
3. El reconeixement social dels anteriors (*sickness*)

Ens trobem així que les formes de sentir i interpretar una mateixa malaltia poden ser molt variades, tan des del punt de vista del subjecte com, sobretot, des del punt de vista de la societat i la cultura de la que aquest formi part. Doncs és al nucli domèstic i de relacions informals més quotidianes allà on l'individu viu unes condicions socials que poden afavorir, frenar, generar, etc. determinades morbiditats, i també és aquest el context més immediat d'on ell emergeix com a subjecte, on construeix la seva subjectivitat, aprèn les cosmovisions bàsiques de la seva vida, etc. a través de les que interpretarà i donarà significat a la malaltia.

S'entén així que les variables socio-culturals siguin tan determinants a l'encarar la malaltia, i es pot entendre també la crisi de la medicina científica, que parteix d'una base biologista i individualista. Per això els programes d'educació per a la salut originats als centres assistencials solen ser concebuts a nivell individual i, des d'aquest punt de vista, la cultura per a ells no té molt sentit. I és precisament en aquesta especificitat de la cultura (en el nostre cas concret, de la cultura gitana) on nosaltres creiem que s'ha d'incidir en aquest tipus de programes.

Els col·lectius gitanos formen part d'un sistema socio-cultural minoritari "encapsulat" dins d'un altre majoritari, el de tipus occidental i, pel que fa al nostre cas, aquesta tensió majoria/minoria es dona dins la societat catalana contemporània. Resulta que a la nostra societat, aquests últims anys, amb la progressiva arribada d'immigrants (sobretot magrebis, paquistanesos i senegambians) ha emergit un tipus de conflicte sanitari, en les relacions metge-pacient, que passa per les incomprensions verbals entre el personal sanitari i aquest tipus de pacients immigrants. Aquests problemes de comunicació s'estan convertint en un problema prioritari, més enllà de l'interès que la medicina científica pugui tenir pels processos de salut i malaltia en diferents cultures. Es per això que en aquests últims anys comença a haver-hi alguns centres sanitaris (bàsicament els ubicats en zones d'altas tasses de migrants) que fan demandes de formació especialitzada en la cultura d'aquests col·lectius. Així, un cop més, els gitanos queden relegats en darrer lloc

doncs, com diuen alguns professionals de la salut, “*els gitanos són de casa, els entenem*”.

No és casualitat que en molts dels barris de Barcelona on hi ha una població gitana significativa, siguin també aquells als que s’hi ha anat assentant població que ha emigrat dels països del Sud. Devant d’aquestes cultures més “exòtiques”, els gitanos es veuen reduïts (a nivell discursiu, encara que no a la pràctica) a la mateixa consideració que els païos, per allò que fa referència al tracte i comprensió del sistema mèdic, de tal manera que una certa especificitat no es veu com a necessària o rellevant en la relació amb ells. Això ho hem pogut observar, p.ex., al CAP de Drassanes: davant l’“exotisme” de les altres cultures, presents gairebé de manera majoritària en aquest CAP, la població gitana sembla que no presenta cap tipus de problema per als professionals: “*Els gitanos que vénen aquí –ens deia un metge– estan molt integrats, no es destaquen dins la població del barri, no hi ha molta diferència amb el resto d’habitants no gitanos del barri; amb els que sí existeixen problemes de comprensió és amb els magrebis i els paquistanís*”.

Lamia Missaoui (1999) ha qualificat als gitanos com a “migrants de l’interior”. Aquest concepte, força extès entre alguns sociòlegs francesos, es veu reflectit en jornades o col·loquis sobre migració que poden organitzar diverses institucions públiques, ONG’s, etc. (estiguin o no relacionades amb la salut) en les que els col·lectius obre els que s’acostuma a debatre són els magribins, paquistanesos, subsaharians i gitanos. És a dir, aquests últims queden com “integrats” en els col·lectius de migrants, podem dir que han deixat de tenir el protagonisme de grup més conflictiu que havien tingut anys enrera en alguns barris de Barcelona, i més en concret pel que fa a les dificultats de comprensió en l’àmbit sanitari.

Però aquesta “integració” amb els altres migrants a nivell de discurs, representa a la pràctica una certa desaparició dels gitanos del mapa de les prioritats sanitàries. Així, al CAP de Drassanes vam poder observar com per als metges no es veia la necessitat de fer programes d’educació per a la salut cara als gitanos diferents dels que es farien per a la població païa del barri; de fet, consideren que la població del Raval viu majoritàriament en condicions precàries, i que els únics pels que s’haurien de fer programes específics són els immigrants, expressió que en aquest cas no inclou als

gitanos, com ja hem vist. Un exemple seria el cas del Servei de Planificació Familiar de Drassanes: allí es va fer l'any 1997 un programa específic donada la necessitat que sentien els professionals de conèixer les pràctiques de les dones marroquines relacionant-les amb les seves creences sobre mesures de planificació familiar, anti-concepció, criança dels nens, influències de l'Islam en relació a aquestes pràctiques, etc.

Iniciatives com aquesta no es consideren, com a mínim, prioritàries en el cas dels gitans. Nosaltres considerem en canvi que: a) el coneixement de la cultura és un factor primordial si realment es volen aconseguir canvis d'hàbits i comportaments de la població; b) que això hauria de ser una variable amb la que el sistema sanitari treballés de forma normalitzada; però c) en tot cas, és un element primordial a tenir en compte en aquelles cultures que es diferencien significativament de la més hegemònica a la nostra societat, com és el cas de la població gitana. A Perpinyà, p.ex., ciutat amb una nombrosa població gitana, l'Escola d'Infermeria té un mòdul dedicat específicament a la cultura gitana, basat en la necessitat del coneixement d'aquesta cultura per a la pràctica sanitària, i a partir de la constatació que existeixen conflictes i malentesos en les relacions gitans-personal sanitari.

Molts dels conflictes i rebuïgos cap al desenvolupament de programes dirigits als gitans rau en el desconeixement de les resistències cap a elements culturals que no entenen o no els interessen, i aquestes coses només es podran detectar en la recerca lligada al desenvolupament d'un projecte; sobretot, en el moment del diagnòstic, i també de l'avaluació, podrem precisar més les causes concretes d'aquestes resistències i, per tan, establir les estratègies més efectives per a superar-les, o canviar l'orientació prèvia del programa.

La dimensió cultural és encara més òbvia en els anomenats "cultural bound syndromes" o "síndromes delimitades culturalment", que es refereixen a aquelles dolències, malalties o mals relacionats amb la salut que són identificats i reconeguts localment com a patologies, amb una etiologia, diagnòstic i teràpia que també són reconeguts a nivell popular, com poden ser el "*mal d'ull*" o el "*mal blanc*".

Seguidament, malgrat que la història dels gitanos és un dels seus aspectes més coneguts, creiem que val la pena assenyalar alguns elements-clau de la mateixa per entendre millor els processos que s'han anat produint al nostre país en relació a la seva cultura.

2.2. ELEMENTS HISTÒRICS DELS GITANOS A ESPANYA..

La història dels cinc segles de presència gitna a Europa ha estat reconstruïda a partir de referències parcials i d'històries locals, des de la seva arribada al Continent, a mitjans del S. XV. Quelcom semblant passa amb els gitanos a Espanya: es parteix de fonts i documents on la inferència, les anàlisis comparatives i les lectures orientades es converteixen en els únics instruments possibles per a establir, cronològicament, un recorregut diacrònic amb un cert sentit basat en les lleis, restriccions i disposicions de les autoritats dels Estats, les eclesiàstiques i les dels governs locals.

Malgrat que la informació sigui dispersa, els historiadors han aconseguit reconstruir els successius processos d'acceptació, rebuig i integració impulsats pels governs i les societats majoritàries. Encara que és poc el que realment sabem sobre els canvis de la societat i la cultura gitanes, dels seus costums i modus de vida, els períodes previs al segle XX, a través de testimonis directes del seu propi entorn socio-cultural.

Les perioditzacions que es poden establir en relació a la presència històrica dels gitanos a Espanya serien, per un cantó, la de San Roman (1976 i 1997). Aquesta sintetitza el procés en tres priodes fonamentals: el d'acceptació (fins 1499); el de persecucions (fins 1783); i, des d'aquesta última data, la caracteritzada per la igualtat davant la llei enfront la desigualtat socio-econòmica. Mentre que, per altre cantó, Gamella (1996), basant-se en Sanchez Ortega (1986), reconeix quatre etapes en les que es van succeïnt períodes d'exclusió, de reclusió i d'inclusió dels gitanos,

en el context dels canvis polítics i les diferents maneres de concebre les relacions inter-ètniques per part de l'Estat⁶.

El primer període, o període “idíl·lic” (dels volts de 1425 fins 1499) –que es correspon al període d'acceptació de San Roman-, comença amb l'arribada als regnes hispànics dels primers grups gitanos, procedents de França, que entren aquí com a peregrins cristians que fugen de la influència pagana. Segueixen líders de pomposos títols i honors, com “Juan de Egipto Menor”, el “Conde Tomás” o el “Duque Pablo de Egipto Menor”, la condició dels quals fa que no sigui difícil establir una estreta relació entre gitanos i noblesa. L'estatus particular que en aquest segle varen adquirir els gitanos, arribats pel Camí de Santiago als regnes cristians d'Hispania, va quedar reflectit en la rebuda que els van fer els grans senyors d'aquests regnes, i en les normes i resolucions reals que els reconeixien una gran autonomia, honors i privilegis, fins a permetre'ls mantenir el seu propi sistema d'administració de justícia. Cap el final del període van començar a produir-se situacions de conflicte amb alguns sectors del camperolat, en alguns pobles i llogarrets pels que passaven; al mateix temps que es va anar tensant la relació amb l'Estat, que s'orientava cap una època d'homogeneització cultural i religiosa.

El segon període, o de l'expulsió, situat entre 1499 i 1633, es caracteritza per una marcada reacció contra els gitanos, tal com queda reflectit en la famosa “Pragmatica” dels Reis Catòlics d'aquell primer any, que els obligar a deixar definitivament la transhumància, amb l'amenaça de severes penes en les que es barrejaven els càstigs corporals i l'exili. Aquest procés d'expulsió d'aquells que no s'adaptessin a les noves estructures que s'anaven consolidant en l'Estat, basades en la radicació forçosa i la submissió als senyorius, es va convertir en el primer pas conduent a les lògiques d'integració i de sedentarització que caracteritzaran les etapes posteriors.

⁶ Per redactar aquesta part ens hem basat, a més de San Roman i Gamella, en els treballs de Gomez Alfaro (1980), Sanchez Ortega (1986) i Leblon (1987 i 1998).

El tercer període, que Sanchez Ortega (1986) anomena com d'“assimilació forçosa”, se situa a gran part del S.XVIII, des del final dels Austries fins el 1783, i es caracteritza pel seguit de legislacions i normes referides a la integració dels gitanos al sistema legal, econòmic i social adoptat per l'Estat centralitzat. En aquest període coincideixen, per un cantó, l'exclusió dels gitanos dels drets vigents per a la resta de la població del territori, i per altre cantó les acusacions d'immoralitat, bruixeria o endevinació que els feien susceptible de presó o confinament forçat. La tensió entre els gitanos, que s'agrupaven, organitzaven i convivien sota les seves pròpies normes, i l'Estat, que va anar eliminant paulatinament tots els drets i reconeixements atorgats en anys previs, va marcar un dels moments més negres de persecució de la minoria, que només es començarà a modificar amb les normes instaurades per Carles III.

El quart període, del 1783 fins ara, és l'etapa d'incorporació i igualtat legal, però, simultàniament, de la desigualtat de fet (San Roman, 1976). S'inicia amb la Pragmática de Carles III, que assenyala un nou cicle jurídic per als gitanos en el que passen a tenir les mateixes obligacions que la resta de la població, encara que es veuen obligats a abandonar els seus vestits tradicionals, a no utilitzar públicament la seva llengua (*caló*) i a radicar-se de forma permanent. En realitat, la situació de conflicte va persistir, no només degut a l'ostracisme que gran part de la població exercia sobre els gitanos, sinó també perquè molts grups es negaven a abandonar el seu nomadisme. Si bé la constitució aprovada per les Corts de 1812 va significar el reconeixement de la situació legal dels gitanos, la ciutadania de ple dret no es va consolidar per a ells fins la Constitució de 1978 (Gamella, 1996).

2.3. GRUPS ÈTNICS GITANOS.

Considerem important tenir notícia dels diferents grups de gitanos que existeixen al món i, més en concret, al nostre país, per a la realització de qualsevol programa d'intervenció social i, per tan, també en el camp de la salut.

Per un cantó, P. Clébert, prenent com a base la llengua, estableix els següents tipus de comunitats gitanes:

Kalderash. Anomenats també Hungars, habiten principalment a les regions centre-europees. Es dedicaven tradicionalment a reparar recipients de metall. Se'n poden trobar alguns a Espanya; aquests últims anys, en relació als canvis polítics a l'Europa de l'Est, sembla que han augmentat la seva presència.

Gitanos. El seu nom es fa derivar de la paraula “egipcianos”. Es troben per Espanya, Portugal, França i el Nord d'Àfrica.

Sinti o manush. El nom de *manush* significa en sànscrit “homes veritables”. Apareixen principalment a França, Alemanya i Itàlia. Molts segueixen essent nòmades.

Gitanos anglesos, irlandesos i escocesos. Se'ls considera d'un tipus diferent dels altres.

A Espanya, seguint San Roman (1976), es trobarien els següents tipus de gitanos:

Bètics. També anomenats gitanos andalusos. Parlen en castellà i són els que es troben majoritàriament a Andalusia.

Catalans. Han viscut “des de sempre” a Catalunya. Parlen el català i fa molts anys que viuen en assentaments urbans permanents.

Castellans i extremanys. Se'n poden trobar a Catalunya i Andalusia, però tradicionalment habiten a altres punts de la resta del territori espanyol. No s'acostumen a relacionar ni amb els bètics ni amb els catalans. Des de fa uns quaranta anys també la majoria de gitanos extremanys viuen en assentaments permanents.

“Cafeletes”. És una denominació que se'ls va posar a principis del segle XX a aquells gitanos castellans, extremanys o bètics que van immigrar i estan assentats a Catalunya. La seva llengua és en castellà, i solen conviure amb els castellans i els bètics recent immigrants als mateixos barris.

2.4. LA FAMÍLIA GITANA.

Quan parlem de família gitana ens referim sempre a família extensa. Els gitanos ténen filiació patri-lineal, és a dir, pertanyeran al mateix grup de filiació els que estiguin emparentats a través de vincles de sexe masculí. Quan una dona es casa, entra a formar part del llinatge del marit i, en cas de no poder anar a viure a una casa pròpia, aniran a viure a casa dels pares d'ell. De tota manera, després del matrimoni la dona segueix mantenint els vincles amb el seu llinatge, sobretot amb el seu pare i germans, que s'encarregaran de defensar-la, fins i tot del seu propi marit, si cal.

La família té molta importància per a totes les coses, però fonamentalment als moments crucials de la vida, com són la malaltia, el casament i la mort. Aquests són moments que reuneixen a tot el grup familiar extens, per funcions tan de recolzament econòmic com sentimental. És per aquest motiu que, als hospitals, es reuneixen tan gitanos al costat dels malalts, dia i nit fins que surten d'allí; aquest és un dels factors que s'haurien de tenir en compte per a la comprensió d'algunes de les actituds freqüents del col·lectiu gitano en relació a la malaltia.

D'altra banda, els gitanos solen fer-se càrrec dels ancians i dels disminuïts de qualsevol tipus, així com de la majoria dels malalts amb malalties psiquiàtriques o cròniques (com en el cas del VIH, p. ex.). Podriem assegurar que la majoria dels gitanos no deixarien a un ancià a una residència, ni a un malalt a un hospital psiquiàtric, ni a un disminuït a una residència especial. La família es fa càrrec de la cura perllongada que requereixi qualsevol membre d'ella, i són les dones les cuidadores (i "curadores") d'aquest tipus de malalts.

Els homes grans són homes de prestigi i respecte, necessaris per al control dels conflictes a la comunitat, a diferència del que passa al camp de la salut, en el que normalment són les dones les preparades per a resoldre els problemes.

A les aliances matrimonials existeix una preferència entre cosins i les estretes relacions de consanguinitat repercuteixen en molts casos en l'aparició de malalties o en la perpetuació de les que ja existeixen. Així passa, p. ex., amb el cas de la diabetes entre

els gitanos de Perpinyà, on la majoria de la població gitana en sofreix, presentant-se com un component genètic en la majoria dels casos.

Existeix un fort dret consuetudinari, el que els gitanos anomenen “la llei gitana”, compostat per una sèrie de normes i sancions d’acord amb les diferents situacions. Pel que fa a les dones, les sancions que podrien rebre seria sobretot a causa de separació, adulteri, abandonament dels fills, robatori o furt a altres gitanos o deutes impagats. L’avortament és mal considerat entre les pròpies dones, així com la pèrdua de la virginitat entre les solteres; en general, se solen casar abans de complir la majoria d’edat⁷.

Els homes de respecte dins la comunitat són aquells homes casats, de “mitja edat” cap amunt (més de cinquanta anys), que reben el nom de “Tio”, fins que passen a ser ancians. El “Tio” és un personatge al que se li atorga una certa capacitat de decisió en la resolució dels problemes que sorgeixen entre els membres de la comunitat, i ha de tenir un ampli coneixement de les lleis consuetudinàries. Com diu San Roman (1976): *“Un anciano puede perder el ‘Tio’, es decir, hacerse indigno del tratamiento y de lo que este implica. Las razones para ello son varias, tales como alcoholismo, ser adicto a las drogas, manipulación de otros gitanos para obtener un beneficio económico para uno mismo, abandono de los hijos menores, provocación y locura y en una mujer haber tenido demasiados maridos, además de todo lo anterior”*.

2.5. CLASSIFICACIÓ DE MALALTIES.

Sense perdre de vista les especificitats de cada col·lectiu i la necessitat de realitzar els diagnòstics pertinents, tan de les diferents unitats que es vulguin treballar, com dels processos de salut-malaltia concrets en els que es vulgui incidir, esboçarem alguns punts que es poden plantejar com hipotèticament extensibles al conjunt dels col·lectius gitanos pel fet de compartir una cultura comuna.

D’acord amb les nostres recerques, podem dir que els gitanos fan una classificació de les malalties que es podrien expressar en els següents termes:

⁷ Sobre les dones gitanes –en el context del matrimoni i la construcció del gènere dins la seva cultura- a Andalusia acaba de sortir una monografia molt completa, que és la de Gamella (2000).

Senzilles. Totes aquelles malalties o afeccions de poca importància que es poden curar amb els medis que hom té més a mà.

Fortes. Aquelles malalties que només poden ser curades per Déu: *“La ciencia son escasas las cosas que puede”*.

Mentals o psicològiques. Són aquelles que poden ser tractades per un metge, i que tinguin alguna causa originada en problemes psicològics. Són malalties amb un límit de classificació fràgil, fins i tot en alguns casos confús, en relació a les malalties “diabòliques” (com l’anorèxia) que ara veurem.

Diabòliques. Són aquelles malalties produïdes pel diable, i que només poden ser curades per Déu; abarquen el conjunt de malalties psiquiàtriques: *“Todas las enfermedades mentales es porque el diablo se ha apoderado de la persona”*.

Encara que les classificacions per les classificacions no ens acaben d’agradar, creiem que val la pena recollir aquesta taxonomia que ens han transmes els gitanos, ja que aquesta manera d’agrupar les malalties implica una certa forma de reaccionar davant d’elles, i això és important conèixer-ho en programes de salut. No deixa de ser una taxonomia orientativa, doncs els límits entre unes i altres categories són força fràgils, sobretot entre les “psicològiques” i les “diabòliques”, on allò normal i allò patològic moltes vegades es confon (v. Méndez i Ramírez, 1999).

2.6. MODELS MÈDICS I PRÀCTIQUES D’ATENCIÓ A LA SALUT.

Aquí partim de la proposta teòrica d’Eduardo Menéndez (1990) que planteja la capacitat analítica i heurística del concepte de “model mèdic”. Entendrem per models mèdics *“aquellas construcciones que a partir de determinados rasgos estructurales suponen la consideración no solo de la producción teórica, técnica e ideológica de las instituciones específicas -incluidos los ‘curadores’-, sino también la participación en todas estas dimensiones de los conjuntos sociales implicados en su funcionamiento”*.

Dins d’aquesta definició, l’autor defineix tres models bàsics:

- a) El **Model Mèdic Hegemònic** seria aquell que es refereix al “conjunto de prácticas, saberes y teorías generadas por el desarrollo de lo que se conoce como medicina científica, el cual, desde fines del siglo XVIII ha ido logrando dejar como subalternos al conjunto de prácticas, saberes e ideologías que dominaban en los conjuntos sociales, hasta lograr identificarse como la única forma de atender la enfermedad, legitimada tanto por criterios científicos como por el Estado” (Menéndez 1990).
- b) El **Model Alternatiu Subordinat** integra “a las prácticas generalmente reconocidas como ‘tradicionales’, además de la medicina curanderil urbana y fenómenos como la dianética o las prácticas espiritistas, prácticas que son influidas por el Modelo Médico Hegemónico”. Dins aquest concepte, les esmentades pràctiques constitueixen opcions institucionals englobades pel MMH que hem vist abans, i en una posició ideològicament subordinada per aquest. Els caràcters bàsics que constitueixen aquest model són: “concepción globalizadora de los padecimientos y problemas –les accions terapèutiques tenen gairebé sempre l’eficàcia simbòlica i la sociabilitat com a condicionants de la seva eficàcia- tendencia al pragmatismo, ahistoricidad, asimetría en las relaciones curador-paciente, participación subordinada de los consumidores, legitimación comunal o por lo menos grupal de las actividades curativas, identificación con una determinada racionalidad técnica y simbólica, tendencia a la exclusión del ‘saber y prácticas curativas’ de los otros y tendencia reciente a la mercantilización”
- c) El tercer, el **Model d’Autoatenció**, es defineix així perquè es basa en el diagnòstic i l’atenció que duen a terme els integrants del grup familiar o dels grups comunitaris, sense la intervenció de curadors professionals.

Hem pogut comprovar que aquests diferents models mèdics coexisteixen, s’articulen o es diferencien els uns dels altres, manifestant-se això de la següent manera: el Model Mèdic Hegemònic (MMH) és representat per la medicina oficial; el Model Alternatiu Subordinat (MAS) per l’església evangèlica i la medicina tradicional; mentre que el Model d’Autoatenció (MA) és representat per la dona

gitana. Les pràctiques que s'exerceixen en torn a la salut a l'interior d'aquests models estan relacionades amb l'itinerari terapèutic que es recorre quan apareix un malalt a la família.

Considerem que tan el coneixement dels itineraris terapèutics com el dels sistemes mèdics als que recorre la població gitana són necessaris per a la comprensió de les seves concepcions sobre salut i malaltia que, com ja hem dit abans, és el primer pas a tenir en compte dins del diagnòstic d'un programa d'educació per a la salut.

Segons el tipus de malaltia, dolència o mal a la salut que es presenti, es recorrerà a una o altra pràctica d'atenció a la salut, essent el més habitual el que es barregin diferents tipus de pràctiques. En el MA, qui decideix en quin moment i quin recurs terapèutic s'ha d'utilitzar és normalment la mare o l'àvia de la família. En general, les *malalties simples* són ateses dins l'espai domèstic amb l'ús de remeis casolans, medicaments de patent, massatges o oracions. Quan les dolències es diagnostiquen com corresponents a *malalties fortes*, acostumen a ser ateses pel metge o el terapeuta tradicional (en el cas que n'hi hagi), malgrat que això pot coexistir amb altres recursos, inclòs el de l'autoatenció. En el cas de les *malalties mentals* i en les *diabòliques*, les famílies que pertanyen al culte evangèlic solen recórrer al pastor de l'església.

A l'hora d'encarar-se amb problemes sanitaris, és important tenir presents aquests tres models mèdics. Una de les conseqüències de tenir-ho en compte és l'evidència, en certs casos, que el Centre d'Atenció Primària pot no ser el lloc ideal –o l'únic– on es pugui dur a terme l'educació per a la salut. El seu desenvolupament s'hauria de fer en diversos espais de manera coordinada, ja que les pràctiques i els sistemes mèdics utilitzats per ells no responen exclusivament al sistema mèdic científic (MMH), sinó que són més variats. Com que el MMH tendeix a anular i subordinar els altres models terapèutics, aquests no se solen tenir en compte a l'hora de dissenyar programes de salut, donant com a resultat que l'enfoc està centrat gairebé exclusivament dins el sistema de la medicina científica. D'aquí la inoperància de molts d'aquests programes.

Ara veurem com funcionen cada un els tres models en relació als gitanos, i com s'han de treballar cara als programes d'educació per a la salut.

1) El Model Mèdic Hegemònic.

Degut a les diferents polítiques socials –i, més en concret, sanitàries- que existeixen als llocs on es troba població gitana, i també a causa del “nomadisme sanitari” que pot existir, per exemple entre els gitanos catalans d'ambdós costats de la frontera franco-espanyola, aquest model s'haurà de treballar de manera específica (a partir de cada diagnòstic i del disseny dels materials que es vulguin usar per a la realització del programa). Donada l'amplitud de la qüestió, les línies següents es limiten a proposar unes pautes bàsiques entre les que s'haurien de tenir en compte a l'hora de treballar aauest model.

En primer lloc, hem de partir de les dades epidemiològiques existents a la comunitat o barri en que es vulgui desenvolupar el programa. Després hem de detectar els diferents punts de contacte entre el sistema sanitari i els gitanos: els metges de confiança de la majoria de la població considerada, tan públics com privats; les farmàcies, ja que és en elles on s'acostuma produir el primer contacte entre els gitanos i el sistema mèdic científic; el personal d'infermeria acostumen a ser les persones més properes a la població, encara que això haurà de ser comprovat en cada cas en particular. També és important el contacte amb els hospitals, mútues privades i totes aquelles instàncies sanitàries, públiques o privades, que puguin ser un lloc de referència per a la població gitana en la que es vol incidir. Se'ls ha de conèixer i integrar-los d'alguna manera a la recerca del diagnòstic, ja que la informació que tots ells ens donguin, a part de “formar part de la situació”, ens obrirà portes per al disseny del material i permetrà que ens apropem a vinculacions terapèutiques importants, com són la relació metge/pacient o la de gitano/personal sanitari. Precisament en els paràrrafs següents veurem algunes pautes culturals que hem pogut observar en diferents comunitats gitanes referents a aquestes relacions:

- L'immediatesa. Necessiten saber el diagnòstic de la malaltia immediatament, per la por que ténen a patir una malaltia greu. Per aquest motiu moltes vegades van a metges privats, o directament a urgències de l'hospital.
- Als hospitals, la família està dia i nit amb el malalt. Degut al nombre de persones que això significa (recordem que es tracta normalment de la família extensa la que hi va), la situació acostuma a produir conflictes entre els gitanos i el personal sanitari d'aquestes institucions. Aquest últim, moltes vegades no coneix la importància dels mecanismes socials d'acompanyament de la malaltia entre els gitanos; i sigui com sigui, tot això crea dificultats per al compliment dels horaris i regles de l'hospital. Hem pogut comprovar que la concepció del temps dels gitanos és diferent de la de la societat majoritària, la qual cosa té una notòria influència en molts aspectes sanitaris.
- És fonamental tenir en compte, en aquestes relacions, els mecanismes del llenguatge no verbal, ja que les actituds dels interlocutors són tan o més importants per als gitanos que el mateix llenguatge verbal.
- I, és clar, el llenguatge verbal (la manera d'expressar la malaltia, la denominació de les seves pròpies categories de malaltia, etc.) també s'haurà de tenir en compte com un altre element important.

2) El Model Alternatiu Subordinat

En aquest model hi podem incloure tan la medicina tradicional com l'església evangèlica gitana. Caldrà veure la vigència de la medicina tradicional en cada cas, ja que mentre en algunes comunitats continúen existint els terapeutes tradicionals, en altres no es troba cap vestigi d'aquest tipus de pràctiques.

L'església evangèlica, en canvi, és un dels factors més influents en els processos contemporanis de salut-malaltia de la població gitan, encara que també afecta de manera semblant a alguns sectors de població no gitana. Es pot dir que l'església evangèlica, com institució, és capaç de fer-se cura de totes las malalties, sigui quin sigui

el seu origen o caràcter. A partir de l'aparició del culte evangèlic entre els gitanos apareix un nou sistema terapèutic que pot donar solució a aquelles malalties a les que no podien donar resposta cap dels dos sistemes coneguts fins aleshores, és a dir, al tradicional i el científic, especialment per a aquelles malalties considerades com *molt greus*.

Si bé ja existien, per exemple, les peregrinacions catòliques a Lourdes i Santa Sara, on es produïen –com continuant produint-se avui dia– curacions miraculoses, segons solesn relatar els gitanos, l'església evangèlica apareix amb la capacitat d'atendre nous tipus de dolències (p.ex. toxicomania, VIH, etc.), al mateix temps que amb la capacitat de donar resposta a malalts que han estat deshauciats pel sistema mèdic científic. Comença a aparèixer, aleshores, la possibilitat de “sanació” i la “salvació” a través de l'Esperit Sant.

Aquests mecanismes ocasionen canvis en la manera de concebre els processos de salut-malaltia-atenció, en establir un nou espai terapèutic on la possibilitat del miracle es viu com a més propera, i de manera més freqüent que en la religió catòlica.

El terapeuta d'aquesta nova pràctica d'atenció a la salut és el Pastor, que no és que substitueixi al terapeuta tradicional, malgrat que pugui utilitzar tècniques semblants, com la de la imposició de mans, sinó que es centrarà sobretot en altres tipus de malalties o dolències.

Encara que no existeixen limitacions per al tipus de malalties que poden ser ateses pel culte evangèlic, des de la més senzilla fins la més complexa, els gitanos saben molt bé a qui han de recórrer per cada tipus de sofrença. Al pastor s'hi va en aquells casos en que la dolença és considerada greu, i el mecanisme terapèutic es basa en la imposició de mans; quan les malalties són simples, en canvi, s'utilitza la oració per a demanar un alleugeriment o solució del problema.

En altres casos, quan se sap que el mal no té cap mena de gravetat, no cal recórrer al pastor per tal que faci de mediador; ja que el malalt pot demanar la curació fent les seves oracions directament a l'Esperit Sant. De tota manera, tampoc es

considera que tots els pastors tinguin el mateix poder de curació, ja que es reconeixen diferents nivells en la seva capacitat mediadora.

Podem parlar de dos tipus d'atenció a l'interior d'aquesta pràctica mèdica, depenent si es porta a terme en àmbit públic o en àmbit privat, i segons la forma d'atenció sigui *a) grupal* o *b) individual*.

a) L'atenció grupal. En aquests casos, la sofrència s'expressa en veu alta, davant tots els creients, a l'interior de l'església. És aleshores quan tots els membres de l'església, a més del pastor, fan la seva oració pel malalt, tots alhora en forma col·lectiva, encara que cada ú ho fa amb les seves paraules, en veu alta. Tots preguen per la seva curació, sense la necessitat que el malalt hi sigui present.

En aquest cas, al fer la pregària conjuntament, és tot el grup el que exerceix de mediador amb l'Esperit Sant, és com si tots els malalts exercissin de canal mediador per atraure el poder curatiu.

Dins d'aquest tipus d'atenció podem incloure un altre cas, el de les "Missions", és a dir, aquelles trobades que duren varis dies i a les que hi solen anar pastors d'altres esglésies, siguin del mateix país o de l'exterior. Aquest tipus de trobades es caracteritzen per ser considerades àmbits o moments de "gran poder curatiu", i on es produeixen curacions ateses grupalment.

Aquesta modalitat d'atenció grupal es diferencia de tots els altres tipus d'atenció dels processos de salut i malaltia que es realitzen en les pràctiques mèdiques d'aquesta comunitat gitana, tan les del sistema mèdic científic com les del sistema mèdic tradicional. Aquesta nova forma d'atenció s'insereix còmodament en les estructures conceptuals de la cultura gitana, ja que la concepció de comunitat és un dels eixos centrals de la mateixa.

b) L'atenció individual. Es produeix a l'interior de les cases, en hospitals, o també a l'església. En aquest cas hi ha una relació directa entre pastor i malalt, en que el primer és el mediador entre el segon i l'Esperit Sant, encara que es pot donar alguns casos, quan no hi hagi el pastor, en que el canal mediador sigui la

oració del propi malalt. Les tècniques utilitzades són la imposició de mans i la unció amb oli.

Aquest tipus d'atenció implica un seguiment continu del malalt. Quan algun integrant de l'església, o algun membre de la seva família sofreix una malaltia, tots els demés membres de l'església estan constantment resant i pregant per la seva curació.

Al mateix temps, els pastors acostumen a visitar els malalts tot sovint. Ja hem vist abans que, dins la cultura gitana, la cura dels malalts, els discapacitats o els ancians és quelcom que es valora molt, i tota la família s'hi involucra, encara que són fonamentalment les dones, i més en concret les àvies o les mares, les cuidadores. Però més enllà de l'atenció de la família, els membres de l'església saben que disposen d'una atenció col·lectiva, fora de l'àmbit privat. Podriem parlar en aquest cas d'una atenció que es du a terme tan en àmbit familiar com en àmbit religiós, segons la orientació dels preceptes bíblics an ambdós casos de pràctiques.

3) El Model d'Autoatenció.

L'autoatenció és estructural a totes les societats i es refereix a tots aquells processos de salut-malaltia en els que no hi intervé cap tipus de professional. Com passa amb altres pràctiques d'atenció a la salut, l'autoatenció es compon d'elements diferenciats per al diagnòstic, la prevenció i la cura de les malalties, dolències i mals a la salut, però és en l'àmbit domèstic on s'exerceix amb una més gran llibertat; en ell es poden prendre medicaments de patent al mateix temps que remeis casolans, o es pot combinar això amb l'acompanyament d'oracions o semblants per a l'alleujament o curació del mal, etc.

Entre els processos que es donen en aquesta pràctica distingirem l'autoatenció, pròpiament dita, de l'autocuració; aquesta, d'altra banda, pot comprendre l'automedicació i l'auto-oració.

a) *L'autoatenció*, pròpiament dita, comprèn tot allò relacionat amb la cura de la salut que es fa dins l'interior de l'espai domèstic gitano, dirigit tan a aquells subjectes que presenten alguna malaltia o mal a la salut, com els disminuïts, els ancians i els nens. Aquí podem detectar dos tipus diferents d'atenció, la més permanent, orientada sobretot a ancians i disminuïts, i una altra més temporal que apareix quan cal una atenció específica per a algun membre de la família que té una malaltia.

Tan els ancians com les persones que sofreixen algun tipus de *handicap* son cuidades casi exclusivament per les dones del grup familiar. Els ancians, en concrets, són cuidats a l'interior de l'espai domèstic fins la seva mort, essent molt poques les ocasions en que poden ser traslladats a una residència d'avis.

Segons Eduardo Menéndez, l'autoatenció *“supone la realización de una serie de actividades orientadas directa o indirectamente a asegurar la reproducción biológica y social a partir de la unidad doméstico-familiar. Dichas actividades en lo que respecta a los procesos de salud-enfermedad integran alimentación (incluye amamantamiento), limpieza e higiene (cuerpo, ropa, vivienda, etc), curación y prevención de enfermedades, de daños y problemas”* (Menendez, E.; 1992).

b) *L'autocuració* estaria marcada pel tipus de patiment i del coneixement que en tinguin les persones que formen part del grup domèstic, depenent de si la malaltia ja s'ha patit amb anterioritat. Analitzada com a procés de curació, l'autocuració estaria composta tan de sabers populars com d'altres que poden ser específics de teraputes professionals.

Aquests coneixements dels que són portadores les mares gitanes es transmeten de generació en generació, encara que sofreixen contínues transformacions, i actualment gran part d'ells estan molt influenciats tan per la medicina científica com per l'església evangèlica. En aquest procés es van suplantant, transformant o rebutjant coneixements tradicionals, com passa amb els remeis casolans, p.ex.

Dins l'autocuració podem distingir dos tipus diferents:

La capacitat d'agents sanitaris a l'interior dels col·lectius gitans haurà de respondre, per tan, no a certes modes culturals, sinó a recerques preliminars conduïdes professionalment amb rigorositat metodològica. Només a partir d'aquestes es podrà establir un diagnòstic precís i encarar accions que resultin eficients i comprovables, amb mecanismes d'avaluació a curt i mig plaç.

A través d'aquestes pàgines hem exposat la importància que li donem a que la creació de programes de salut tingui en compte les pautes culturals que es manifesten en cada col·lectiu del poble gitano. De tota manera, hem de subratllar que la decisió d'induir canvis de comportament, hàbits o fins i tot estils de vida posa en primer pla la necessitat ineludible de treballar amb metodologies dialògiques i no merament prescriptives. Això obliga necessàriament al coneixement profund de la cultura a la que es vol incidir, el modus en que en ella s'articulen les pràctiques i les representacions sobre la salut i, sobretot, les diferents influències que exerceixen les diverses modalitats d'atenció sanitària que conflueixen en cada context social.

En síntesi, l'educació per a la salut implica conèixer i respectar la capacitat que cada comunitat té d'incorporar comportaments i estils de vida, mantenint al mateix temps pautes fonamentals de convivència amb la societat majoritària. En tan que les polítiques sanitàries –i les necessitats ocasionades per l'aparició de malalties no habituals en el nostre context socio-cultural- poden requerir accions proposades des de l'exterior de la societat gitana, la participació social, encarada des de metodologies de participació-acció, permetrà completar el circuit que tendeix, finalment, a aconseguir unes millors condicions de vida per aquesta població i, per tan, per a la societat en general.

4. BIBLIOGRAFIA.

ÁLVAREZ, Albert – IGLÉSIAS, David – SÁNCHEZ, Joan-Anton *Sabor de Rumba. Identitat social i cultural dels gitans catalans*. Pagès Editors, Lleida, 1995.

ASSIER-ANDRIEU, Louis *Les Gitans de Perpignan: essai d'Anthropologie de l'insertion par la culture*. Institut Catalan de Recherche en Sciences Sociales, Perpignan, 1998.

- AVRIL-FAVRE, Hélène *Contribution à l'étude d'une population marginale: les Gitans du Roussillon*. Thèse 3e. Cycle d'Ethnologie, Montpellier III, 1977.
- BAUTISTA, Alfredo. *Milagros y curaciones por la fe entre los gitanos españoles*. Ed. Clie, Barcelona, 1994
- BARTOLOMÉ, Miguel. "Afirmación estatal y negación nacional. El caso de las minorías nacionales en América latina". *Suplemento Antropológico*, Vol. XX, N.2, Universidad Católica del Paraguay, Asunción, 1987.
- "Indigenismo, dialéctica y conciencia crítica". *Antropología e indigenismo en América latina*, San Pablo, 1989.
- BARTH, P. (comp.) *Los grupos étnicos y sus fronteras*. FCE, México, 1976.
- BARTOLI, P. *Antropología en la Educación sanitaria*. Arxiu d'Etnografia de Catalunya; 1989
- BERGER, Peter y LUCKMANN, Thomas *La construcción social de la realidad*. Ed. Amorrortu, Buenos Aires, 1995.
- BERTHIER, R. "Enquête sur les Rom de Montreuil (1965-66): Conception de la maladie et de l'hygiène". *Recherche Coopérative*, fasc. N. X, Paris, gener de 1986.
- BOURDIEU, P. *El oficio del sociólogo*. Ed. siglo XXI, Mexico, 1975.
- CALVO, Tomás *¿España racista?. Voces payas sobre los gitanos*. Ed. Anthopos, Barcelona, 1990.
- CANTÓN, Manuela. *Protestantismo histórico, pentecostalismo y movimiento "alehuya". Aproximación socioantropológica al subcampo religioso protestante en la Granada urbana*. Memoria final, CIE "Angel Ganivet", Univ. Sevilla, 1996
- COHEN-ADDAD, Paul *Sédentarisation des Gitans à Perpignan*. Mémoire pour le Diplôme de Directeur d'Etablissement Spécialisé, Perpignan, 1976.
- COLLIERE, Marie-Françoise *Promouvoir la vie. De la pratique des femmes soignantes aux soins infirmiers*. Editions Inter, Paris, 1982.
- COMELLES, Josep M. y MARTÍNEZ HERNÁEZ, Ángel *Enfermedad, cultura y sociedad*. Ed. Eudema, Madrid, 1993.
- COZZANET, Françoise *Mythes et coutumes des Tsiganes*. Payot, Paris, 1973.
- DE MIGUEL, J. (comp.) *La Antropología Médica en España*. Ed. Anagrama, Barcelona, 1980.
- DOLLÉ, Marie-Paule "Le comportement des Tsiganes en face de l'hospitalisation de leurs enfants". *Bulletin de l'ARENO*, Paris, Octobre 1969.

- ESCUADERO, Jean-Paul *Complements a l'estudi de la llengua dels Gitanos de Perpinyà*. Mémoire D.E.A de Catalan, Université de Perpignan, 1992.
- *La llengua dels Gitanos del Barri de Sant Jaume*. Mémoire de Maîtrise de Catalan, Université de Perpignan, 1989.
- FAINZANG, Sylvie "Les ethnologues, les médecins et les Tsiganes devant la maladie". *Etudes Tsiganes*, N.2, Paris, 1988
- FASSIN, D. "Le migrant malade". *Cahiers de Laënnec*, 2; Paris, desembre de 1986.
- FERRÉ, Monique *La naissance chez les Gitans de Perpignan, Quartier Saint-Jacques*. Université de Perpignan, DUNSS, 1992.
- FOSTER, G. "Applied Anthropology and International Health: retrospect and prospect". *Human Organization*. Vol 41; 1982.
- FOUCAULT, M. *La vida de los hombres infames*. Ed, La Piqueta, Madrid, 1990.
- GAMELLA, Juan F. *La población Gitana en Andalucía. Un estudio exploratorio de sus condiciones de vida*. Secretaría para la Comunidad Gitana, Junta de Andalucía, Sevilla, 1996.
- *Mujeres gitanas. Matrimonio y género en la cultura gitana de Andalucía*. Secretaría para la Comunidad Gitana, Asuntos Sociales, Junta de Andalucía, Sevilla, 2000.
- GARDE, Juan Antonio (Ed.) *Políticas sociales y estado de bienestar en España. Informe 1999*. Fundación Hogar del Empresario, Editorial Trotta, Madrid, 1999.
- GARRIGA, Carme *Els gitanos de Barcelona. Una aproximació sociològica*. Diputació de Barcelona, Serveis Socials, Barcelona, 2000.
- GEERTZ, Clifford. *La interpretación de las culturas*. Ed. Gedisa, Barcelona, 1990.
- GIGOT, Jean Gabriel "Notes sur les Gitans en Roussillon". *Cerca*, N. 17, Perpignan, 1962.
- GIMENEZ, Adolfo *Llamamiento de Dios al pueblo gitano*. 1981, por el autor; Jerez de la Frontera.
- GITANOS (anónimo) "Les gitanos à la foire de Saint-Martin à Perpignan". *Revue Montanyes Regalades*, Perpignan, 1923.
- GOFFMAN, Erving *Estigma. La identidad deteriorada*. Ed. Amorrortu, Buenos Aires, 1970.
- GÓMEZ ALFARO, A. "Los gitanos en Cataluña en el siglo XVIII." *Historia y Vida*, Núm. 150, España, 1980.

- GOROSITO, Ana M. *Encuentros y desencuentros. Relaciones interétnicas y representaciones en Misiones, Argentina*. Disertación de Maestría, Universidad de Brasilia, 1982.
- GREEN, L.W. *Measurement and Evaluation in Health Education and Health Promotion*, Mayfield Publishing Company. California, 1986.
- GRIMBERG, Mabel. "La salud de los trabajadores: en la búsqueda de una mirada antropológica". *Cuadernos de Antropología Social*, N. 5, Buenos Aires, 1991.
- *Antropología y salud*. Universidad de Buenos Aires, 1992.
 - *Problemas conceptuales en Antropología Médica ¿Nuevos paradigmas?*. Ed. ICA, Fac. de F. Y L., Buenos Aires, 1993.
- GRIMBERG, M., MARGULIES, S. Et al. *SIDA y representación social, un abordaje antropológico de las representaciones médicas*. Facultad de Filosofía y Letras, Buenos Aires, 1993.
- GRUP IGIA Y COLS. (Díaz, M. y Romani, O. Coords.) *Contextos, sujetos y drogas. Un manual sobre drogodependencias*. Barcelona, Institut Municipal de la Salut – Madrid, F.A.D. 2000.
- GUBER, R *El salvaje metropolitano*. Ed. Legasa, Buenos Aires, 1991.
- HAMMERSLEY, M. y ATKINSON, P. *Etnografía*. Paidós, Barcelona, 1994.
- HERSCH, Paul "Algunos elementos para la gestión popular en salud." Roberto Campos (Comp.) *La antropología Médica en México*; tomo 1. Antologías Universitarias, 1992.
- JOIN-LAMBERT, Marie-Therèse *Politiques Sociales*. Presses de Sciences Po et Dalloz, Paris, 1997.
- KENDALL, C. Et al. "Urbanization, Dengue and the Health Transition: Anthropological Contributions to International Health". *Medical Anthropology Quarterly*, 5 (3): 257-268, 1990.
- KLEINMAN, A. *Patients and Healers in the context of culture*. Univ. Of California Press, Berkeley, 1980.
- LAFUENTE, R. *Los gitanos, el flamenco y los flamencos*. Barcelona, 1955.
- LOIRDI, Marie-Neige *Respect de la composante culturelle dans le cadre des soins infirmiers*. Institut de Formation en Soins Infirmiers, CHG, Perpignan, 1995.
- LEBLON, B. "Historia general de los gitanos en España". San Román, T. (ed.) *Integración y exclusión social de las minorías: el pueblo gitano*, Universitat Autònoma de Barcelona, 1998.

- Mossa, *la gitane et son destin*. Ed. L'Harmattan, Paris, 1990.
- *Los gitanos de España. El precio y el valor de la diferencia*. Ed. Gedisa, Barcelona, 1987.
- LELOUP & GIRAUD, M. "Réalités et images de la santé en milieu Gitan. L'expérience d'une enquête médico-sociale de terrain". *Revue Française de Santé Publique*, 11, 1980.
- LELOUP GIRAUD & COROCHER "Culture, société et éducation pour la santé. Une expérience tentée en milieu Gitan". *Revue Internationale d'Education Sanitaire*, 2; 1981.
- LOUX, Françoise *Traditions et soins aujourd'hui*. Inter éditions, Paris, 1983.
- MAIGNANT, G. "Santé et Tsiganes", *Le Voyage*, num. 8, Paris, mayo/junio de 1986.
- MARTINEZ HERNAEZ, A. "Etnografía y educación para la salud. Hacia un modelo dialógico de intervención". *Trabajo Social y Salud*, nº 34: 173-187, diciembre 1999.
- MÉNDEZ, C. Y RAMÍREZ, S. *Gitanos: contextos, trayectorias y salud*. Formación médica continuada en atención Primaria. Ediciones Doyma. Vol 6, Nº 4, 1999, Barcelona.
- MENÉNDEZ, Eduardo L.- *Poder, estatificación y salud*. Ediciones Casa Chata, México, 1981.
- "Modelo hegemónico, crisis socioeconómica y estrategias de acción del sector salud". *Cuadernos Médicos Sociales*, N. 33, Rosario, 1985.
- "Saber médico y saber popular: el modelo médico hegemónico y su función ideológica en el proceso de alcoholización". *Estudios Sociológicos*, Vol. III, 8, 1985.
- *Medicina tradicional, atención primaria y la problemática del alcoholismo*. Ed. Casa Chata, México, 1987.
- *Antropología médica. Orientaciones, desigualdades y transacciones*. CIESAS, México, 1990.
- *Morir de alcohol*. Alianza Editorial, México, 1990.
- "Grupo doméstico y proceso salud-enfermedad-atención, del historicismo al movimiento continuo". *Cuadernos Médicos Sociales*, N. 59, CEES, Rosario, 1992.
- "Autoatención y automedicación. Un sistema de representaciones sociales permanentes". Roberto Campos (Comp.) *La antropología Médica en México*. Antologías Universitarias, tomo 1, 1992.
- "Participación social en salud como realidad técnica y como imaginario social". *Dimensión antropológica*, año 2, Vol. 5, 1994
- "Estilos de vida, riesgos y construcción social. Conceptos similares y significados diferentes", *Estudios Sociológicos*, XVI, 46: 37-67, 1998 (México)
- MERLE, M. S. *Les Gitans. Leur attitude face à la maladie et à la mort*. Thèse de Doctorat de Médecine, Université de Clermont-Ferrand, 1982.
- MISSAOUI, Lamia *Gitanos et santé de Barcelone a Turin*. Ed. Trabucaire, Perpinyà, 1999.

MÓDENA, María Eugenia *Madres, médicos y curanderos: diferencia cultural e identidad ideológica*. Ediciones Casa Chata, México, 1990.

OLIVE, Jean-Louis *Espaces et corps Gitans. Le cas de la Région Languedoc-Roussillon*. Stage de Formation Familles Tsiganes et Gitanes, de la tradition a l'intégration. C.N.F.T.P., Cesam Montpellier, 1989/1966.

PARKER, R. "Acquired Immunodeficiency Syndrome in Urban Brazil". *Medical Anthropology Quarterly*, 1 (1987): 155-175.

PERDIGUERO, E. y COMELLES, J.M. *Medicina y cultura. Estudios entre la antropología y la medicina*. Barcelona, Ed. Bellaterra, 2000

PRAT, Joan et al. "Sobre el contexto social del enfermar". *La antropología Médica en España*, Ed. Anagrama, Barcelona, 1980.

PUIGGARI, Pierre *Les Gitans du Roussillon*. Premier Bulletin de la Société Philomatique de Perpignan, 1834.

RINGUELET, Roberto *Procesos de contacto interétnico*. Ediciones Búsqueda, Buenos Aires, 1987.

RHODES, T. y STIMSON, G.V. *Guía para la valoración y respuesta rápida sobre uso de sustancias y conducta sexual*, Ginebra, PSA/ OMS (mimeo), 1998.

ROCHAS, Victor de "Les Gitans du Roussillon et de l'Espagne". *Revue des Pyrénées et de la France Méridionale*, Toulouse, 1895.

ROMANÍ, O. "Ciencias sociales e intervención en el campo de las drogas" , *Las drogas. Sueños y razones*. Ariel, Barcelona, 1999

SAN ROMÁN, Teresa. *Vecinos Gitanos*. Ed. Akal, Madrid, 1976.

-*Gitanos de Madrid y Barcelona. Ensayos sobre aculturación y etnicidad*. Universitat Autònoma de Barcelona, 1984.

- *La diferencia inquietante. Viejas y nuevas estrategias culturales de los Gitanos*. Siglo XXI, Madrid, 1997.

SCRIMSHAW, S.C. y HURTADO, E. *Procedimientos de asesoría rápida para programas de nutrición y atención primaria de salud*. California, Centro de Estudios Latinoamericanos de la UCLA- Universidad NNUU, 1988.

SEPPILLI, Tullio "I fondamenti metodologici dei processi di comunicazione per la modifica del comportamento in educazione sanitaria" *Educazione Sanitaria*. Centro sperimentale per l'educazione sanitaria. Perugia, 1967.

STIMSON, G.V., FITCH, C. y RHODES, T. *Guía para la valoración y respuesta rápida sobre el uso de drogas endovenosas*, Ginebra PSA/ OMS (mimeo), 1998

TAYLOR, Baron Justin "Les Gitanos du Roussillon". *La Ven del Canigó*, Perpignan, 1914.

TRILLE, Pierre "De le butte Saint-Jacques aux champs du Haut-Vernet, les Gitans de Perpignan gardent leurs traditions, leurs us et leur coutumes". *Reflets du Roussillon*, N. 9, Perpignan, 1955.

SÁNCHEZ ORTEGA, M. H. "Evolución y contexto histórico de los gitanos españoles" San Román (ed) *Entre la marginación y el racismo, reflexiones sobre la vida de los gitanos.*; Alianza , Madrid, 1977.

VALET, J. *Les Manouches devant la maladie*. M. G., 41, 1971.

VERDEILHAN, E. et BEAUGRAND, J. P. "Les échanges culturels dans le corps à corps thérapeutique soignant-soigné". *Soins*, 565, oct. 1992.

WILLIAMS, Patrick. "Le développement du pentecôtisme chez les Tsiganes en France: mouvement messianique, stéréotypes et affirmation d'identité". *Vers des sociétés pluriculturelles, études comparatives et situation en France*; Actes du Colloque de l'A.F.A., janvier 1986. Ed. de l'ORSTOM, Paris, 1987.

- "Le miracle et la nécessité: a propos du développement du pentecotisme chez les Tsiganes". *Archives des Sciences Sociales des Religions*, 73; Paris, 1991.
- "Pour une approche du phénomène pentecôtiste". *Etudes Tsiganes.*, 2, 1984.
- *Nous, on n'en parle pas. Les vivants et les morts chez les Manouches*. Ed. Maison des Sciences de l'Homme, Coll. Ethnologie de la France, Paris, 1993.

ZOLLA, C. et al. "Medicina tradicional y enfermedad". *Antropologia Médica en México*, UNAM, 1993.