SASTIPEN AJ RROMA.
DESIGUALDAD EN SALUD Y COMUNIDAD GITANA. ANÁLISIS Y PROPUESTAS DESDE EL ÁMBITO SOCIOSANITARIO

DANIEL LA PARRA CASADO
NICOLÁS JIMÉNEZ GONZÁLEZ
(eds.)

SASTIPEN AJ RROMA

DESIGUALDAD EN SALUD Y COMUNIDAD GITANA

PUBLICACIONS DE LA UNIVERSITAT D'ALACANT

Este libro ha sido examinado y valorado por evaluadores ajenos a la Universidad de Alicante, con el fin de garantizar la calidad científica del mismo.

Publicacions de la Universitat d'Alacant
03690 Sant Vicent del Raspeig
Publicaciones@ua.es
http://publicaciones.ua.es
Telèfon: 965903480

© Daniel La Parra Casado y Nicolás Jiménez González, 2016
© d'aquesta edició: Universitat d'Alacant

ISBN:
Dipòsit legal:

Disseny de coberta: candela ink
Composició: Página Maestra (Miguel Ángel Sánchez Hernández)
Impressió y enquadernació: ByPrint Percom, S.L.

une
Unión de Editoriales Universitarias Españolas
www.une.es

Esta editorial es miembro de la UNE, cosa que garantiza la difusión y comercialización nacional y internacional de sus publicaciones.

Reservados todos los derechos. Cualquier forma de reproducción, distribución, comunicación pública o transformación de esta obra sólo puede ser realizada con la autorización de sus titulares, salvo excepción prevista por la ley. Diríjase a CEDRO (Centro Español de Derechos Repográficos, www.cedro.org) si necesita fotocopiar o escanear algún fragmento de esta obra.

Índice

Prólogo 9
Antonio "Román" Jiménez Jiménez

Introducción. Pueblo Gitano y salud 13
Daniel La Parra y Nicolás Jiménez

Equidad y salud 25
Begoña Merino y Pilar Campos

¿El antigitanismo afecta a la salud? 43
Nicolás Jiménez González

La negación de la diferencia como síntoma de una sociedad enferma 63
Isaac Motos Pérez

La salud en la población gitana española 81
Daniel La Parra

La concepción y las prácticas relacionadas con la salud y la enfermedad en la comunidad gitana 95
Marlen Menéndez Menéndez

La intervención en salud con la comunidad gitana 103
Javier Arza y Ricardo Hernández

La profesionalización en salud de la mediación y la participación de las entidades gitanas en la toma de decisiones 127
María Félix Rodríguez Camacho

Prólogo

Antonio "Román" Jiménez Jiménez
Asociación Sociocultural de las Minorías Étnicas UNGA
y Red Equi-Sastipen

La historia de los gitanos está aun por escribirse ya que a pesar de que se conoce un gran número de documentos −sobre todo relacionados con las leyes y pragmáticas dictadas contra mi Pueblo−, carecemos aún de una visión de conjunto que refleje con cierta veracidad cómo ha sido la vida de la población gitana en épocas pasadas.

La historiografía clásica se ha interesado, con más o menos acierto, por el largo peregrinar del Pueblo Gitano. Pero todos los estudiosos se han encontrado con una escasez de pruebas documentales sobre las cuales poder construir sus teorías. Muchos de los trabajos no son más que castillos de naipes que no resisten un análisis profundo. La mayoría de las conclusiones a las que llegan los gitanólogos sobre la historia romaní se reducen a meras hipótesis. Esto no es óbice para que se haya llegado a un cierto grado de consenso sobre algunos extremos del origen histórico de los *Rroma*[1].

O Rromano Them[2] es indio de origen, europeo de concreción y universal en su proyección[3].

El origen indio del Pueblo Gitano es un extremo compartido por la casi totalidad de los investigadores.

---

1 Rroma: gitanos (en romanó, el idioma gitano).

2 El Pueblo Gitano.

3 Jiménez González, N. (2002) "Retrato socio-antropológico del pueblo rom." *I Tchatchipen*, 38, 16-23.

Históricamente, la presencia de los gitanos en España está datada en el siglo XV. Llegados a la península a través de los Pirineos, el documento más antiguo que conocemos hasta la fecha data de 1425. Es un salvoconducto expedido a nombre de Johan del Egipto Menor[4]. Precisamente del nombre "Egipto Menor" derivaría la palabra "gitano", que es como se conoce en español a los *Rroma*. A partir de entonces los gitanos se dispersarían por el resto del país.

Actualmente somos, según las estimaciones al uso, aproximadamente entre 800.00 y 1.000.000 gitanos en España. Es decir, tres veces más que la población de la Comunidad Autónoma de La Rioja, o el doble de la de Cantabria o casi la misma que tiene el Principado de Asturias, o la mitad de la población de la provincia de Alicante, pero tres veces más que la de la capital alicantina…

El Pueblo Gitano es la mayor minoría étnica de Europa y, por supuesto, de España. Del mismo modo que está presente en todos los Estados de la Unión Europea, también lo está en todas las provincias del Estado español. Esto es importante tenerlo en cuenta a la hora de dimensionar las acciones, ya que el ámbito de actuación ha de ser nacional.

Con el advenimiento de la democracia, los gitanos adquirimos los mismos derechos y obligaciones que el resto de los españoles a nivel individual pero no en el ámbito colectivo. Los derechos culturales son derechos colectivos aunque redunden en el individuo. La diversidad cultural es la piedra angular del entramado institucional establecido en la Constitución, y sin embargo no se ha dado cabida al reconocimiento de la especificidad cultural de la minoría étnica gitana. Pero el libre ejercicio de los derechos culturales es esencial para fomentar el desarrollo humano: las culturas necesitan ser objeto de respeto y afirmarse constantemente pues de lo contrario mueren (Naciones Unidas "Desarrollo y participación", 1993).

4 http://www.unionromani.org/docgit.htm 3/9/12.

Por ello es necesaria la aplicación de políticas transversales en las que todos los actores de la sociedad puedan participar de sus derechos culturales. Sólo así se podrá conseguir una verdadera gestión pública de calidad, eficaz y eficiente, equilibrando así las desigualdades sociales, económicas y culturales.

Estas políticas deben partir de la aceptación de la diversidad cultural como valor positivo, tal y como establece la propia Constitución española.

Hablar de la cultura gitana en términos generales resulta un poco difícil, pues con el paso de los años ésta ha ido evolucionando de forma distinta dependiendo del lugar donde se reside e incluso la familia a la que se pertenezca, pero los pilares fundamentales que sostienen nuestra cultura se siguen manteniendo y son generalmente compartidos. Esta heterogeneidad, esta diversidad de la cultura gitana es clave. Para entenderla, bien podríamos aplicar el conocido axioma del pensamiento ambientalista: piensa global y actúa local. Es decir, quienes deseen trabajar en relación al Pueblo Gitano deben tener unos conocimientos generales sobre nuestra historia y nuestra cultura, pero han de conocer en profundidad la comunidad concreta de personas con quienes trabajan.

Hay un mito, bastante extendido, que es el de pensar que los gitanos somos muy diferentes de los payos. No es verdad. Somos diferentes pero no tanto. Nos parecemos más de lo que creemos. Son muchos años de convivencia, de compartir espacios, paisajes, comidas, modas, etc… Esto debe servirnos para entender que tenemos más cosas en común de lo que nos separa y que podemos utilizar esas cosas que nos unen para abrir puertas y tender puentes.

Para terminar quiero dejar un último mensaje: en el presente, la cultura española conforma un gran arco iris, fruto de las aportaciones que nos han ido legando los distintos pueblos y culturas que han ido conviviendo a lo largo de la historia, y en este arco iris, por supuesto están presentes los colores gitanos sin los cuales la cultura española no se puede concebir ni entender.

Introducción. Pueblo Gitano y salud

Nicolás Jiménez González
Universidad de Alcalá de Henares y FAGA

Daniel La Parra Casado
Universidad de Alicante

El Pueblo Gitano, *o Rromano Them*, indio de origen, europeo de concreción y transnacional en su proyección sigue siendo, a pesar de su presencia en la totalidad de los países que conforman la Unión Europea desde hace más de 500 años, el gran desconocido, por no decir ignorado, tanto por el común de la ciudadanía como por la comunidad científica y académica.

Nadie sabe cuál es el monto total de la población romaní en ningún país de la Unión[5], incluido España[6]. Igualmente se desconocen incluso cualquiera de los descriptores demográficos convencionales: tasas de natalidad, de mortalidad, de fecundidad, pirámide poblacional, esperanza media de vida, etc. Por descontado, se desconocen el resto de índices sociológicos: escolarización, alfabetización, desempleo, estratificación social, distribución geográfica, etc. Todos los datos que se manejan son estimaciones en base a estudios parciales.

5 Todo lo que se maneja son conjeturas basadas en estudios parciales, locales, aislados y, mayoritariamente, obsoletos. Ver, por ejemplo, Liégeois (1994) o OSF (2010).

6 "No se conoce con exactitud el tamaño real de esta población", *Estrategia Nacional para la Inclusión Social de la Población Gitana en España 2012-2020*, pág. 4.

La cultura gitana forma parte de la cultura española desde hace más de 500 años, durante los cuales ambas culturas han interactuado mutuamente. La existencia de un componente gitano en la cultura española y de un componente español en la cultura gitana es insoslayable. Para entender en su complejidad la cultura española, tanto en el pasado como en el presente, es necesario incorporar la perspectiva gitana.

El Pueblo Gitano constituye la principal minoría étnica en España. Presente en el país desde hace más de 588 años[7], las estimaciones disponibles señalan que su población oscila entre 700.000 y 970.000 personas, lo cual supone entre el 1,5% y el 2,1% de la población total (FSG, 2008; FOESSA, 2008). Según diferentes informes publicados sobre sus condiciones de vida, el Pueblo Gitano sufre mayores niveles de exclusión social que el resto de la población (Laparra, 2007). Los problemas de racismo y discriminación hacia este grupo de población han sido documentados desde los estudios antropológicos y las encuestas de opinión. Según un estudio del Centro de Investigaciones Sociológicas (CIS, 2007), la población gitana es el grupo que menos simpatía despierta en la población encuestada (51,7%). De hecho, la primera encuesta sobre minorías e inmigrantes realizada por la Agencia Europea para los Derechos Fundamentales (FRA) afirma que la población romaní es la más vulnerable a la discriminación[8].

La investigación sobre la salud de la población gitana en España se ha centrado principalmente en las enfermedades transmisibles, los estudios genéticos y las anomalías congénitas (Ferrer, 2003). Similares resultados se han encontrado en la revisión de la literatura científica en Europa (Hajioff & McKee, 2000). Es decir, son escasos los estudios sobre

7 El documento más antiguo que por el momento se conoce referido a gitanos en España es un salvoconducto emitido a favor de Juan del Egipto Menor que se conserva en el Archivo de la Corona de Aragón http://www.unionromani.org/docgit.htm 31/8/2013-

8 http://fra.europa.eu/fraWebsite/attachments/EU-MIDIS-MR220409_ES.pdf, 3/10/2010.

las enfermedades más prevalentes y sobre las que mayor impacto tienen en términos de mortalidad o discapacidad. Tampoco abundan los trabajos que aborden las desigualdades en salud entre la población gitana y no gitana con una perspectiva de análisis de los determinantes sociales de las desigualdades en salud. Así, hasta el año 2006 no se realizó en España la primera y hasta ahora única encuesta dirigida a población romaní con metodología comparable a la Encuesta Nacional de Salud, que mostró un peor estado de salud al compararla con la población general[9]. Los resultados indicaron que el estado de salud autopercibido de los hombres y mujeres romaníes se encontraba en los niveles de los grupos sociales peor situados en la escala ocupacional en la población general (clases sociales IV-V, trabajadores manuales no cualificados). En algunos indicadores, como limitación de la actividad principal, acumulación de problemas de salud crónicos, problemas de vista y oído, o presencia de caries, su situación era peor que la de las clases sociales peor situadas de la población general. Se halló, además, que las mujeres gitanas eran el grupo social más desfavorecido respecto a algunos problemas de salud específicos.

La situación social del Pueblo Gitano en Europa ha llevado a la Comisión Europea, según comunicación de 5 de marzo de 2011[10], a aprobar un marco europeo de estrategias nacionales de inclusión de los gitanos para 2020, en el que considera imperativo para los Estados miembros la mejora de la situación del Pueblo Gitano en Europa. En dicha comunicación se establecen cuatro grandes áreas de intervención: educación, empleo, vivienda y salud. En esta última

9 La Parra, D. (2009) *Hacia la equidad en salud. Estudio comparativo de las Encuestas Nacionales de Salud a población gitana y población general de España*, 2006.Madrid: MSPS/FSG NIPO: 351-09r-r021-6.

10 Comunicación de la Comisión Europea al Parlamento Europeo, al Consejo, al Comité Económico y Social y al Comité de las Regiones. Un marco europeo de estrategias nacionales de inclusión de los gitanos hasta 2020 [Bruselas 5.4.2011. COM (2011) 173 final] http://eur-lex.europa.eu/LexUriServ/LexUriServ.do?uri=COM:2011:0173:FIN:ES:PDF 31/8/2013.

área se establece como objetivo «reducir las desigualdades en salud entre los gitanos y el resto de la población». Esta propuesta debe ponerse en el contexto de la *Decade of Roma Inclusion 2005-2015*[11], iniciativa previa que contaba con la participación de 12 países europeos (entre ellos España), con la cual la Comisión Europea comparte objetivos, así como instrumentos y planteamientos. La transposición a España de estas iniciativas se ha traducido en la aprobación del Plan de Acción de Desarrollo del Pueblo Gitano 2010-2012 y de la Estrategia Nacional para la Inclusión Social de la Población Gitana 2012-2020. En uno y otro documento, el Gobierno de España se ha comprometido a reducir las desigualdades en salud en indicadores clave como las visitas preventivas de ginecología, la salud infantil, enfermedades cardiovasculares, salud mental y bucodental, accidentes, acceso a los servicios de salud y desarrollo de la investigación.

Ninguna de estas propuestas internacionales y nacionales se entendería sin la acción acumulada en el tiempo del movimiento asociativo gitano, que lleva décadas abogando por propuestas políticas encaminadas al reconocimiento de los derechos civiles, sociales y culturales por los Estados y por los organismos supranacionales.

El movimiento asociativo gitano español ha participado activamente a través del Consejo Estatal del Pueblo Gitano, y en concreto a través del Grupo de Trabajo en Salud, en la propuesta de objetivos generales del Área de Salud recogidos en el Plan de Acción para el Desarrollo de la Población Gitana (2010-2012) y en la Estrategia Nacional para la Inclusión Social de la Población Gitana 2012-2020.

Las desigualdades en salud han de analizarse y resolverse desde un enfoque de determinantes sociales en salud, partiendo del conocimiento de los procesos de exclusión social que afectan a la población romaní y de cómo influyen estos procesos de exclusión en el acceso a los recursos, las

11 http://www.romadecade.org/

capacidades y los derechos básicos. Se adopta aquí la definición de la *Social Exclusion Knowledge Network*, que entiende que «la exclusión social consiste en una serie de procesos dinámicos y multidimensionales, estrechamente relacionados con las relaciones desiguales de poder que interactúan en torno a cuatro dimensiones principales –económica, política, social y cultural– y a diferentes niveles, incluyendo los niveles individual, familiar, comunitario, nacional y global. El resultado de dichos procesos es un continuo inclusión/exclusión caracterizado por el acceso desigual a los recursos, capacidades y derechos que conduce a desigualdades en salud» (Popay *et al*, 2008). Con este enfoque, destaca la necesidad de actuar sobre ámbitos como la inserción laboral, la inclusión educativa, la orientación de la planificación urbana y la lucha contra la discriminación y el racismo en el sistema institucional español.

El curso

El curso "Sastipen aj Rroma[12]. Desigualdad en salud y comunidad gitana. Análisis y propuestas desde el ámbito sociosanitario" organizado por el Instituto Interuniversitario de Desarrollo Social y Paz (IUDESP)[13] durante los días 26, 27 y 28 de septiembre de 2012 es la consecuencia de una propuesta conjunta de la Asociación Sociocultural de las Minorías Étnicas UNGA[14] de Asturias y de la Federación Autonómica de Asociaciones Gitanas de la Comunidad Valenciana (FAGA)[15] que ha pretendido hacer llegar la realidad sociosanitaria de la comunidad gitana al ámbito universitario y de las ONGs. El principal objetivo del curso ha sido formar e informar a los estudiantes y futuros profesionales para que adquieran las competencias que les permitan aplicar en

12 Salud y gitanos.
13 http://www.iudesp.es/
14 http://www.gitaunga.e.telefonica.net/unga.htm *Unga*, en caló (variante dialectal española del romanó) significa sí (afirmación).
15 http://fagacv.es/

el ejercicio de su profesión algunas herramientas metodológicas para la erradicación de la desigualdad social y en salud, potenciando la justicia social y el cambio de paradigmas en la sociedad actual.

En conclusión, la principal intención de este curso es visibilizar la realidad de la minoría romaní, impulsar acciones desde el sistema sanitario y la salud pública para abordar sus necesidades de salud, y abordar los determinantes sociales y políticos de su exclusión, todo ello con la imprescindible participación de la propia comunidad gitana (el profesorado de este curso ha estado compuesto mayoritariamente por profesionales gitanos).

Así mismo, dado que en el amplio panorama de la investigación sobre la salud en España, el desconocimiento de la situación de la población romaní sigue representando un vacío injustificable, uno de los objetivos de este curso ha sido promover el interés del alumnado hacia este campo de investigación.

Los organizadores

La Federación Autonómica de Asociaciones Gitanas de la Comunidad Valenciana (FAGA) es la principal entidad gitana de nuestra Comunidad. Fundada en 1989, aglutina a la mayor parte del movimiento asociativo gitano a nivel autonómico: 32 asociaciones, 11 de las cuales se encuentran en la provincia de Alicante.

La misión de FAGA es contribuir a la promoción integral del Pueblo Gitano. Sus principales objetivos son: aumentar la formación y las posibilidades sociolaborales de jóvenes y mujeres gitanas y mejorar la imagen social del Pueblo Gitano por medio de la superación de estereotipos negativos que aún afectan y limitan el desarrollo colectivo e individual de los y las ciudadanos y ciudadanas gitanos y gitanas de la Comunidad Valenciana.

La Asociación Sociocultural de las Minorías Étnicas UNGA nace con un carácter puramente reivindicativo y

sus objetivos fundamentales son la erradicación del chabolismo y la mejora de la calidad de vida de los gitanos asturianos.

Como instrumento de cambio utilizan la formación, entendiendo que dicho medio es el que permite que las personas gitanas puedan alcanzar una mayor calidad de vida.

El Instituto Interuniversitario de Desarrollo Social y Paz (IUDESP) es una institución orientada a la investigación, docencia y sensibilización sobre temas relacionados con la paz y el desarrollo social. En sus actividades, el IUDESP intenta transmitir valores de paz, solidaridad y diversidad entre las personas, las culturas y los pueblos, contribuyendo en su tarea al desarrollo de los derechos humanos, la defensa de la justicia social y la protección del medio ambiente. Además, IUDESP ha sido designado como Centro Colaborador de la Organización Mundial de la Salud para temas de inclusión social y salud.

El curso ha contado con el patrocinio del Ministerio de Sanidad.

En la sesión inaugural intervinieron el delegado del Consell en Alicante, Juan de Dios Navarro Caballero, el director general de Salud Pública, Manuel Escolano Puig, el subdirector general de Promoción de la Salud y Prevención, Elías Ruiz Rojo y la concejala de Acción Social del Ayuntamiento de Alicante, Asunción Sánchez Zaplana. Todos ellos mostraron su disposición para apoyar las propuestas de acción que en el ámbito de la salud les hicieran llegar las organizaciones convocantes.

En este libro

Este libro contiene algunas de las ponencias presentadas en el curso "Sastipen aj Rroma. Desigualdad en salud y comunidad gitana. Análisis y propuestas desde el ámbito sociosanitario", y que expresamente prepararon sus respectivos autores para ser publicadas. A continuación presentamos brevemente a cada autor o autora y su trabajo.

Juan Antonio "Román" Jiménez Jiménez, es presidente de UNGA y coordinador de la Red Equisastipén[16]. Es un activista de la causa romaní y forma parte de la comunidad gitana de base. Es autodidacta. Su presentación del curso, que en este volumen nos sirve como prólogo, plantea algunas de las cuestiones que siguen abiertas en este ámbito y son esas preguntas las que guiaron, en buena medida, el desarrollo del curso.

Begoña Merino Merino y **Pilar Campos Esteban** trabajan en el Área de Promoción de la Salud dentro de la Subdirección General de Promoción de la Salud y Epidemiología (Dir. Gral. de Salud Pública, Calidad e Innovación) del Ministerio de Sanidad, Servicios Sociales e Igualdad y tienen una larga experiencia acumulada de trabajo en el ámbito de los determinantes sociales de la salud y en relación a la salud del Pueblo Gitano. En su ponencia explicaron la evolución del concepto de salud y cómo se ha ido desarrollando hasta incorporar en su definición los determinantes sociales. La perspectiva que aporta el modelo de determinantes sociales de la salud nos permite actuar sobre las inequidades en salud de la población. Es una aportación metodológica importantísima que hace posible la intervención profesional de todo el entorno sociosanitario.

Nicolás Jiménez González imparte la asignatura "Gitanos de España. Historia y cultura" en la Universidad de Alcalá de Henares y trabaja como consultor de la Federación Autonómica de Asociaciones Gitanas de la Comunidad Valenciana. En su ponencia explica que el racismo antigitano −conjunto de creencias, actitudes y acciones hostiles hacia los gitanos− persiste y está documentado, y se plantea la posible relación entre el antigitanismo y la desigualdad en salud que padece la población gitana.

16 Equisastipen es una red de trabajo colaborativo de entidades ciudadanas gitanas españolas cuyo principal objetivo es la promoción de la salud de la población gitana.

Isaac Motos Pérez es doctorando en la Universidad de Murcia y coordinador del Programa Edukaló de FAGA que promueve el éxito académico del alumnado gitano. En su ponencia explica que los gitanos constituyen un grupo históricamente situado y culturalmente diferenciado sobre el que ha recaído todo el peso de la exclusión por parte de la maquinaria del Estado. Aun sin agotar el análisis de todos estos procedimientos de exclusión, el autor precisa el modo en que históricamente se inicia esa exclusión. Ésta comienza con un reajuste semántico en torno a los gitanos, por el que pasan de ser considerados como peregrinos a ser tratados como delincuentes. Este cambio semántico propicia la creación de espacios de impunidad jurídica que aún siguen vigentes.

Daniel La Parra es profesor titular del Departamento de Sociología de la Universidad de Alicante. Es autor del estudio comparativo entre las encuestas nacionales de salud a población gitana y a población general española. Su ponencia se centra en explicar la exclusión social en salud a la que se ve sometida buena parte de la población gitana española.

Marlén Menéndez Menéndez es educadora social de la Asociación UNGA. Su intervención estuvo focalizada hacia las propuestas de actuación directa en el ámbito de la promoción de la salud. Por tanto, no es un artículo académico al uso sino más bien una breve guía de alto contenido utilitario.

Javier Arza Porras es profesor del Departamento de Trabajo Social de la Universidad Pública de Navarra y coordina el curso de Diplomado en Intervención Social con la Comunidad Gitana de la UPNA.

Ricardo Hernández Jiménez es coordinador de la Federación de Asociaciones Gitanas de Navarra Gaz Kaló. En su artículo nos presenta algunas claves que deben ser tomadas en cuenta para el desarrollo de políticas de intervención social en salud. En primer lugar, describe una serie de criterios metodológicos consensuados en este ámbito. Posteriormente presenta los documentos institucionales que definen las políticas del Gobierno de España en este terreno y, finalmente,

describe tres buenas prácticas que se están desarrollando en el campo de la intervención en salud con la comunidad gitana en España.

María Félix Rodríguez Camacho, terapeuta ocupacional y graduada en intervención social con la comunidad gitana, trabaja en el equipo de Edukaló de FAGA. En su ponencia explica cómo la intervención social con la comunidad gitana requiere desplegar una acción de sensibilización múltiple: hacia las personas y hacia los decisores públicos para tratar de garantizar el acceso a los derechos, a los recursos y a los servicios de la ciudadanía gitana. Así mismo explica que es necesario aportar conocimiento sobre la realidad, hay que convencer con buenas prácticas y, sobre todo, hay que buscar la cooperación de las administraciones.

Referencias

CE (2011). Comunicación de la Comisión Europea al Parlamento Europeo, al Consejo, al Comité Económico y Social y al Comité de las Regiones. Un marco europeo de estrategias nacionales de inclusión de los gitanos hasta 2020 [Bruselas 5.4.2011. COM (2011) 173 final] http://eur-lex.europa.eu/LexUriServ/LexUriServ.do?uri= COM:2011:0173:FIN:ES:PDF 31/8/2013.

CIS (2007). *Estudio 2745. Discriminaciones y su percepción*. Madrid: CIS.

Ferrer, F. (2003). "El estado de salud del pueblo gitano en España. Una revisión de la bibliografía". *Gac Sanit*. 17:2-8.

FOESSA (2008). *VI Informe sobre la exclusión y desarrollo social en España*. Madrid: FOESSA.

FRA (2010). *EU-MIDIS Encuesta de la Unión Europea sobre las minorías y la discriminación. Data in Focus−Informe 1: La Población Romaní*. Viena: FRA http://fra.europa.eu/sites/default/files/fra_uploads/413-EU-MIDIS_ROMA_ES.pdf 3/10/2010.

FSG (2008). *Población gitana y empleo*. Madrid: FSG/MTAS.

HAJIOFF, S. & MCKEE, M. (2000). "The health of the Roma people: a review of the published literature". *J Epidemiol Community Health*. 54:864-9.

LAPARRA, M. (2007). *Informe sobre la situación social y tendencias de cambio en la población gitana. Una primera aproximación*. Madrid: MTAS.

LA PARRA, D. (2009). *Hacia la equidad en salud. Estudio comparativo de las Encuestas Nacionales de Salud a población gitana y población general de España, 2006*.Madrid: MSPS/FSG NIPO: 351-09r-r021-6.

LIÉGEOIS, J. P. (1994). *Roma, Gypsies, Travellers*. Estrasburgo: CoE.

MSSSI (2010). Plan de Acción de Desarrollo del Pueblo Gitano 2010-2012 http://www.ceet.es/redinclusionsocial/wp-content/uploads/2011/08/Plan-de-Acci%C3%B3n-para-el-Desarrollo-de-la-Poblaci%C3%B3n-Gitana-2010-2012.pdf 31/8/13.

– (2012). Estrategia Nacional para la Inclusión Social de la Población Gitana 2012-2020 http://www.msssi.gob.es//ssi/familiasInfancia/inclusionSocial/poblacionGitana/docs/EstrategiaNacionalEs.pdf 31/8/13.

OSF (2010). "No data−no progress. Country findings". New York: OSF http://www.soros.org/initiatives/roma/articles_publications/publications/no-data-no-progress-20100628/no-data-no-progress-country-reports-20100628.pdf 26/9/2012.

POPAY, J. et al. (2008). "Understanding and tackling social exclusion". En: *Final report to the WHO Commission on Social Determinants of Health, from the Social Exclusion Knowledge Network*. Ginebra: WHO

ZEMAN, CL, DEPKEN, DE & SENCHINA, DS (2003). "Roma health issues: a review of the literature and discussion". *Ethn Health* 8:223-49.

Equidad y salud

Begoña Merino y Pilar Campos
Ministerio de Sanidad, Servicios Sociales e Igualdad

Resumen

El concepto de salud ha evolucionado para incluir en su definición los determinantes sociales. El derecho a la salud y a la atención sociosanitaria también ha evolucionado y se ha ido asentando como uno más de los Derechos Humanos.

La salud está determinada por unos factores sociales que constituyen las circunstancias en que las personas viven. Existen distintos modelos para visualizar los determinantes sociales de la salud, que se refieren tanto al contexto social como a los procesos mediante los cuales las condiciones sociales se traducen en consecuencias para la salud.

La posición socioeconómica de una persona influye en su salud. La elección de estilos de vida más o menos saludables no es una opción individual, sino que está condicionada por determinantes más estructurales. Por ello, equidad e igualdad, en el ámbito de la salud pública, no son sinónimos.

El modelo de determinantes sociales de la salud nos da una oportunidad para la mejora de la salud pública en base a la equidad. Es una aportación metodológica importantísima que hace posible la intervención profesional de todo el entorno sociosanitario.

Palabras clave: salud pública, determinantes sociales de la salud, equidad.

La salud: evolución del concepto

El concepto de salud como el completo estado de bienestar físico, mental y social –definición OMS del año 1948– era considerado abstracto en aquellos momentos, pero ahora sabemos que la salud también se crea, y además, el derecho a la buena salud y a la atención de salud, es considerado un derecho humano.

La creación de salud tiene que ver con la parte más joven de la salud pública que es la promoción de la salud que:

- Surge como área de trabajo en la segunda mitad del siglo xx cuando hacía tiempo que las *dimensiones sociales* de la salud pública eran motivo de preocupación.
- Paralelamente se desarrollaron conceptos fundamentales como "lo saludable" –condiciones de vida, entornos de vida y de trabajo, las políticas saludables…– "la participación", "la alfabetización sanitaria", "los modelos de cambio de conducta", "la comunicación", etc.

Origen de la promoción de la salud

La promoción de la salud es el proceso que permite a las personas incrementar el control sobre su salud para mejorarla.

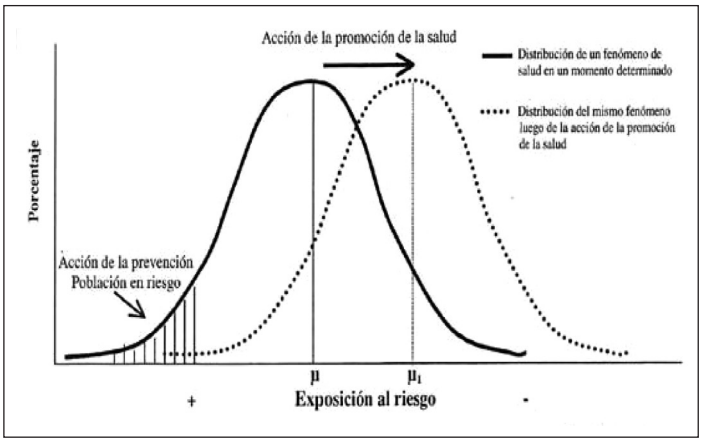
La promoción de la salud constituye un proceso político y social global que abarca:

- no solamente las acciones dirigidas directamente a *fortalecer las habilidades y capacidades de los individuos*,
- sino también las dirigidas a *modificar las condiciones sociales, ambientales y económicas*, con el fin de mitigar su impacto en la salud pública e individual.

La promoción de la salud actúa realizando un desplazamiento de la curvas de distribución de los riesgos y oportunidades de circunstancias de salud o de riesgos para la salud, en su

conjunto, mediante acciones de promoción de la salud (políticas públicas saludables, participación comunitaria, educación para la salud….)

Desplazamiento de la curva de distribución del riesgo de un fenómeno de salud de la población por la acción de la promoción de la salud



© Mauricio Gómez Zamudio.

Determinantes sociales de la salud

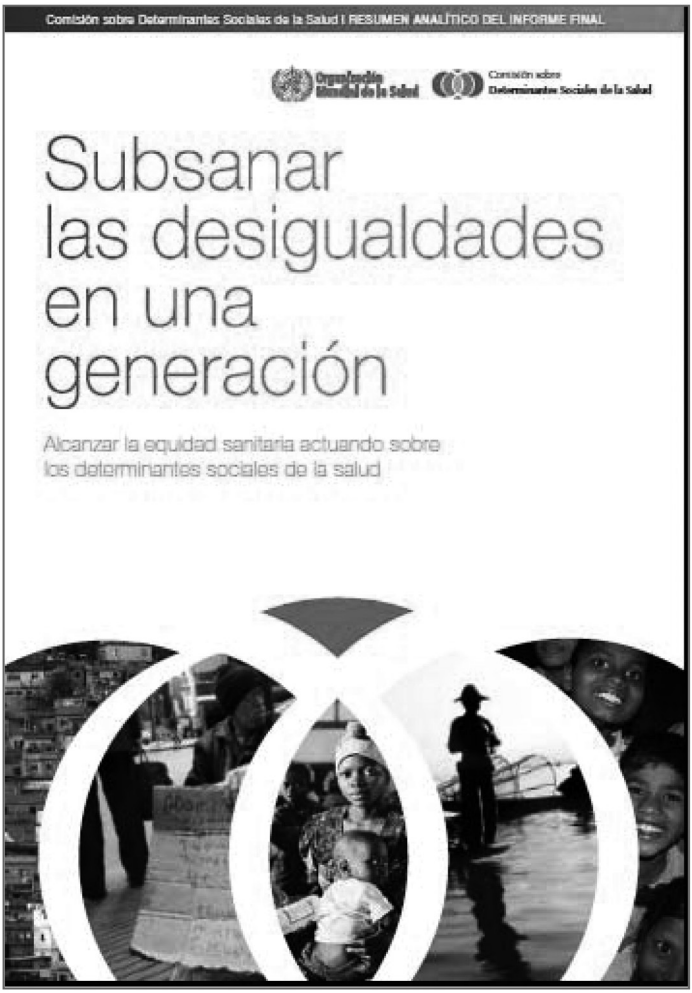
Los determinantes sociales de la salud son las circunstancias en que las personas nacen, crecen, viven, trabajan y envejecen, incluido el sistema de salud, que influyen positivamente o negativamente en la salud.

Existen distintos modelos para visualizar los determinantes sociales de la salud, que se refieren tanto al contexto social como a los procesos mediante los cuales las condiciones sociales se traducen en consecuencias para la salud. Este es uno de los modelos de la OMS, y se basa en una serie de capas de un arco iris que influyen en la salud:

Dahlgren y Whitehead 1991

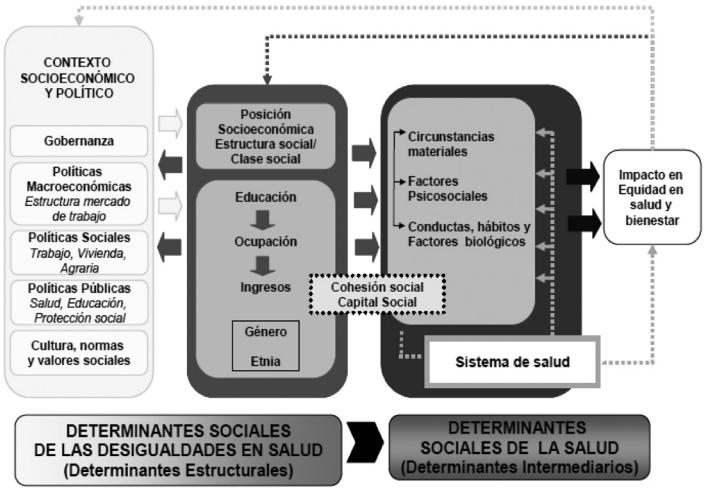
- Hay unos factores que no pueden modificarse (centro), como la edad, el sexo y otros factores constitucionales.
- Hay unos factores relacionados con estilos de vida individuales –como por ejemplo la actividad física que se realiza–, que a su vez se ven influidos por su contexto social y comunitario –por ejemplo por el apoyo social para hacer deporte–, y por las condiciones de vida y de trabajo –por ejemplo tener tiempo para salir a andar, tener acceso entornos saludables y seguros–.
- Finalmente, el entorno macropolítico (la capa más externa), comprende las condiciones generales a nivel socioeconómico, cultural y ambiental de la sociedad en la que vivimos. Esta capa del arco iris es muy importante. Cambios en ella afectan a toda la población. Es donde se sitúan las políticas que conforman el estado del bienestar (educación, atención sanitaria, protección social).

El modelo más actual de determinantes sociales de la salud es el que recoge el Informe Mundial de la Comisión de Determinantes Sociales de la OMS "Subsanar las desigualdades en una generación"[17], que se presentó en Agosto de 2009.



17 http://www.who.int/social_determinants/final_report/csdh_finalreport_2008_execsumm_es.pdf

MARCO CONCEPTUAL DE LOS DETERMINANTES SOCIALES DE LA SALUD. COMISIÓN SOBRE DETERMINANTES SOCIALES DE LA SALUD. OMS[18]



Fuente: Solar O Irwin A. Marco Conceptual de los Determinanates Sociales de la Salud. Comisión sobre Determinantes Sociales de la Salud de la OMS 2006.

El marco de la Comisión sobre Determinantes Sociales de la Salud de la OMS incluye dos categorías principales de determinantes sociales, *los determinantes intermediarios de la salud* o determinantes sociales propiamente dichos y *los determinantes estructurales* o determinantes sociales de las desigualdades en salud.

Los *determinantes intermediarios* son los factores que influyen directamente en la salud, a través de las conductas rela-

18 Información más detallada sobre el marco de la Comisión sobre Determinantes Sociales de la Salud de la OMS puede encontrarse en la "Guía metodológica para integrar la Equidad en las Estrategias, Programas y Actividades de Salud. Versión 1" (Páginas 28 a 33) o en el documento "WHO Commission on Social Determinants of Health. A Conceptual Framework for Action on the Social Determinants of Health. Discussion paper for the Commission on Social Determinants of Health. DRAFT April 2007".

cionadas con la salud y los factores biológicos y psicosociales e integran elementos como las circunstancias materiales, las circunstancias psicosociales, los hábitos o conductas relacionadas con la salud, el sistema de salud y la cohesión social y capital social.

Los *determinantes estructurales* influyen en la salud a través de los determinantes intermedios, constituyendo las "causas de las causas" de las desigualdades en salud. Incluyen posición socioeconómica y contexto socioeconómico y político.

O lo que es lo mismo, si lo miramos de izquierda a derecha, vemos como el contexto social y político da lugar a un conjunto de posiciones socioeconómicas desiguales. Los grupos sociales se estratifican en función de sus niveles de ingresos, la educación, la ocupación, el género, la etnia, entre otros factores.

Estos factores sociales determinantes de las desigualdades en salud configuran tanto los resultados de salud como las oportunidades de salud de los diferentes grupos sociales, según donde se posicionen dentro de las jerarquías de poder, el prestigio que tengan y la mayor o menor facilidad para acceder a los recursos.

Estas posiciones socioeconómicas se traducen a su vez en determinantes específicos del estado de salud individual. En función de la posición social que una persona tenga, estará más o menos expuesta a los factores que ponen en riesgo la salud y tendrá una mayor o menor exposición a los mismos.

Por tanto, la posición socioeconómica de una persona influye en su salud, pero no lo hace directamente sino a través de los determinantes intermediarios.

El modelo supone que los grupos socioeconómicos peor situados en la escala social viven en circunstancias materiales menos favorables y adoptan con mayor frecuencia comportamientos perjudiciales para la salud, y con menor frecuencia comportamientos que promueven la salud en comparación con las personas mejor situadas en la escala social.

Sin embargo, debemos señalar que la elección de estilos de vida más o menos saludables no es una opción individual, sino que está condicionada por determinantes más estructurales.

En síntesis, la estructura social determina desigualdades en los factores intermediarios, los cuales, a su vez, determinan las desigualdades en salud.

Equidad e igualdad no son sinónimos

Con los términos como igualdad y equidad y sus complementarios desigualdad e inequidad hay confusiones. Quizá lingüísticamente son sinónimos pero en el terreno de la salud pública no lo son. Las desigualdades no son necesariamente un problema −incluso son parte de la vida−.

Consideremos estos ejemplos:

- Los jóvenes son mas sanos que los viejos.
- Las niñas pesan menos que los niños.
- Los esquiadores tienen mayor probabilidad de romperse una pierna que los que no esquían.
- Las mujeres tienen problemas obstétricos, los hombres no.
- Solo los hombres tienen próstata.
- Mayor probabilidad de que las niñas
  - No sean vacunadas
  - Estén desnutridas

¿Son todas las desigualdades inequidades?

Resulta claro que algunos de estos ejemplos son desigualdades evitables y por lo tanto inequidades. Mientras otros son simples desigualdades ligadas a la biología humana. La inequidad en salud tiene implícito el concepto de justicia social e igual derecho a la salud.

Inequidad en salud vs desigualdad en salud

Como hemos visto, inequidad en salud tiene implícito el concepto de justicia social e igual derecho a la salud. Son desigualdades sí, pero innecesarias, evitables e injustas.

Es importante aclarar aquí que en España, en el ámbito de salud pública, muchas veces se emplean indistintamente los términos desigualdades e inequidades. Sin embargo, siempre se hace referencia al concepto de inequidad, es decir, utilicemos uno u otro término, nos estamos refiriendo a las diferencias injustas, sistemáticas y evitables y no a meras diferencias en salud.

Equidad significa imparcialidad. La equidad en salud significa que las necesidades de las personas guían la distribución de las oportunidades para el bienestar.

Equidad en salud

Entonces equidad en salud es que:

- Todas las personas alcanzan su máximo potencial de salud independientemente de sus condiciones sociales y económicas.

Así podemos decir que:

- Toda diferencia sistemática en salud entre grupos sociales o territorios que sean innecesarias y evitables, se constituye en una situación injusta.
- La intervención para evitar las inequidades se constituye en un *mandato ético.*
- Las *oportunidades en salud* se refieren al bienestar social, no se restringen a la ausencia de enfermedad.
- Diferencias no ligadas a variabilidad biológica natural, ni a comportamientos libremente escogidos, ni a ventajas transitorias de un grupo entran dentro del campo de actuación para la mejora de la equidad.

También hay otras cuestiones y conceptos a considerar. Las desigualdades se presentan en todas las sociedades, en todos los países. Conforme descendemos en la escala social,

las enfermedades son mas frecuentes (hay muy pocas enfermedades que no sigan este gradiente social). Por lo tanto mejorar la salud, no es sólo una cuestión de mejorar la salud de los grupos mas desfavorecidos. Hay que dirigir acciones a toda la sociedad en razón proporcional a sus necesidades. Por ejemplo, muchas campañas de información sanitaria llegan más a quien está más informado, así se aumenta la brecha en salud entre los distintos grupos sociales. Si no se tienen en cuenta estos conceptos, el sistema sanitario puede aumentar la inequidad con sus acciones.

Por eso interesa definir lo que es exclusión social, para distinguir que aunque los excluidos suelen tener más dificultades para conservar la salud y sufrir mayores desigualdades en salud, no son los únicos perjudicados por los determinantes sociales de la salud que crean inequidades.

La exclusión social es un término también relacionado con la desigualdad y la inequidad pero es algo concreto que significa:

- Escasez crónica de oportunidades y de acceso a servicios básicos de calidad, a los mercados laborales y de crédito, a condiciones físicas y de infraestructura adecuada, al sistema de justicia y participación en la vida social.
- El concepto de exclusión social es multidimensional, y sus dimensiones pertenecen a tres áreas de gran importancia como son: los recursos, las relaciones sociales y los derechos legales.

Respecto a la afirmación de que la mayor parte de la pobreza es estructural, Mohammad Yunus, Premio Nobel de la Paz 2006, afirma:

> Los pobres no son los creadores de su propia pobreza. Son simplemente las víctimas del sistema que hemos construido. Debemos haber hecho algo mal en el diseño de un sistema con tantos pobres; sólo con la justicia es posible que el mundo acabe con la miseria.

Inequidad: situación mundial

La situación mundial de la equidad y la generalización de las desigualdades en salud ha entrado en la agenda de salud pública internacional ya que existen datos sumamente alarmantes. Como ejemplos pueden citarse que:

- Existe una diferencia de 36 años en la esperanza de vida entre países: un niño nacido en Malawi puede esperar vivir 47 años mientras que un niño nacido en Japón podría vivir 83 años.
- En el Chad, uno de cada cinco niños muere antes de llegar a la edad de 5 años (200 por 1000), mientras que en la región europea, la tasa de mortalidad de niños menores de cinco años es 13 de 1000.

Y no hay ninguna razón biológica o genética para estas diferencias alarmantes en la salud y la oportunidad de vida.

Necesitamos otras políticas, y otros métodos porque las causas de muerte han cambiado notablemente en el último siglo como puede verse en la siguiente tabla:

1900		**1996**	
Causas	Tasas/100.000	Causas	Tasas/100.000
Diarrea Infantil	246	Cardiovascular	339
Tuberculosis	197	Cáncer	221
Neumonía	190	Accidentes	42
Apoplejía y reblandecimiento cerebral	177	Demencia/ Alzheimer	31
Diarrea y enteritis	158	Diabetes M	23
Enfermedad corazón	149	Neumonía/gripe	19
Meningitis simple	117	Cirrosis	17
Gripe	72	Nefritis	14
Fiebres tifoideas	61	Insuficiencia Renal	9

Además, han cambiado las condiciones de vida y ha aumentado de manera notable la esperanza de vida. En la actualidad el 90% de las personas cumplen 60 años y el 45% los 80 años.

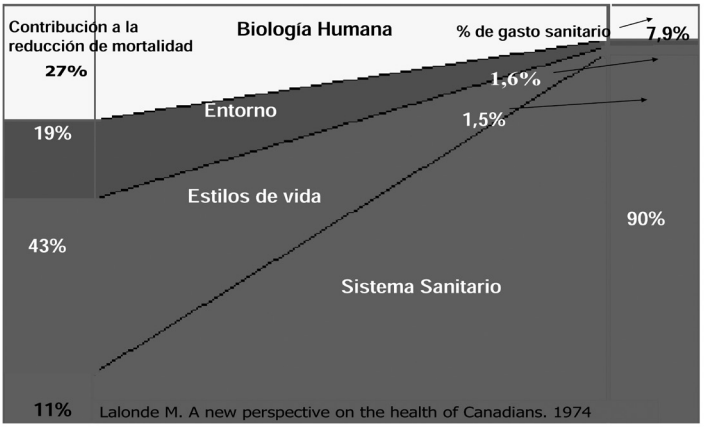
La esperanza de vida en España era en 1860 de 29,1 años. En 1900 de 34,8 años, en el año 1990 de 76,9 años y en el año 2010 es de 81,6 años.

Las causas del incremento de la esperanza de vida son: la reducción de muertes prematuras por la disminución de la pobreza, la mejora de la nutrición y las condiciones de vida, el control de enfermedades infecciosas y la extensión de la asistencia sanitaria. Y se ha conseguido, sobre todo, a través de la disminución de la mortalidad infantil.

La esperanza de vida desde 1900 se ha incrementado a más del doble y las enfermedades no trasmisibles son la principal causa de muerte y discapacidad (ONU, 2011). Se trata de mortalidad evitable en un alto porcentaje, siempre que se aborde el problema con estrategias que han demostrado su efectividad como "Salud y equidad en todas las políticas".

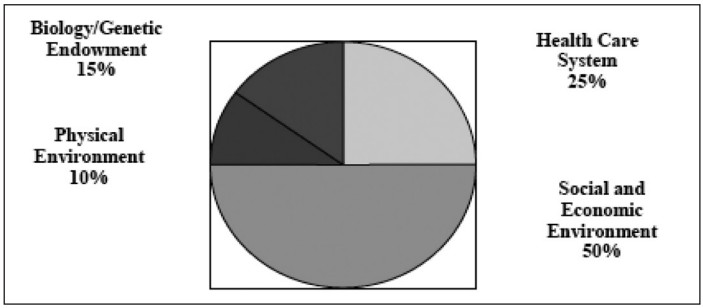
¿Pero cómo podemos ganar salud si gran parte de los factores que condicionan la salud están fuera del control del sistema sanitario asistencial?

El informe Lalonde mostró que el sistema sanitario contribuya un 11% a la reducción de la mortalidad mientras que suponía el 90% del gasto sanitario:



El gráfico siguiente muestra, en el año 2002, en Canadá, el impacto de los mismos factores en el estado de salud de los canadienses, reactualizando el informe Lalonde. Podemos ver que el sistema sanitario actualmente contribuye en un 25% a la reducción de la mortalidad, pero un 75% de la posible ganancia de salud está fuera de su control. En este sentido el siguiente principio enunciado por la ley adquiere un enorme potencial. Se trata del principio de salud en todas las políticas.

Chart 1– Estimated Impact of Determinants of Health on Health Status of the Population



Source: Canadian Institute for Advanced Research, Health Canada, Population and Public Health Branch AB/NWT 2020.

La salud no depende sólo de la medicina asistencial, sino también de las políticas de educación, empleo, urbanismo, vivienda, cultura, medioambiente, industria o agricultura. Por tanto, se hace necesario un abordaje intersectorial desde el enfoque de "Salud y equidad en todas las políticas".

¿Qué beneficios tiene la reducción de las desigualdades sociales en salud?

- Un peor estado de salud de la población en su conjunto, y la existencia de las desigualdades en salud, tienen *repercusiones negativas para toda la sociedad,* para el *desarrollo social* y para la *economía.*

- Las sociedades menos equitativas se traducen en sociedades con menor rendimiento en todos los sentidos:
  - Menor *cohesión y sostenibilidad social*
  - Peores *indicadores de bienestar, desarrollo económico y salud*

Información para la acción

Una de las líneas prioritarias para la reducción de las desigualdades es la *información para la acción*. Para actuar de forma eficaz necesitamos información adecuada sobre las desigualdades en salud y conocer cuáles son sus causas.

Sistema de información social actual

Los sistemas de vigilancia y de información se han desarrollado mucho en el ámbito de la salud pública[19], aunque hasta ahora habían mostrado un escenario muy parcial, al estar centrados en la enfermedad trasmisible y en información sobre mortalidad y morbilidad recogida por los sistemas asistenciales, con casi la excepción de la clásica Encuesta Nacional de Salud.

Esta información no es suficiente para orientar las nuevas actuaciones hacia la equidad en la extensa área de los determinantes sociales de la salud. Sin embargo, los sistemas de información están enormemente desarrollados, tanto que a veces es difícil seleccionar e interpretar las ingentes cantidades de información que producen. Por otro lado esta información está desligada de la acción.

Para trabajar en estas nuevas áreas necesitamos información que guíe nuestras actuaciones en toda el área de los determinantes sociales. Los sistemas de información no están integrados, y la información que producen es de distintas calidades, magnitudes y muchas veces no ayuda a la priorización y la toma de decisiones.

19 http://www.mspsi.es/estadEstudios/estadisticas/sisInfSanSNS/home.htm

El reto que se plantea es el seguimiento/monitorización de los determinantes sociales de la salud. Los expertos señalan que:

- ✓ Es viable monitorizar las desigualdades sociales en salud que responden a desigualdades en los determinantes sociales de la salud.
- ✓ Son necesarios datos de áreas geográficas pequeñas, datos que sean sencillos, manejables y sirvan para la acción.
- ✓ Es imprescindible la colaboración entre las administraciones sanitarias y los institutos de estadística.
- ✓ La investigación es clave como base para el desarrollo del sistema de monitorización.

Información para la acción: conclusiones

- Para actuar de forma eficaz necesitamos información adecuada sobre las desigualdades en salud y conocer sus causas.
- Además, las políticas públicas, sanitarias y de otros sectores necesitan conocer cómo influyen sus resultados en la salud y el bienestar de la población −evaluación de su impacto en salud−, en términos no sólo de efectividad (cómo están funcionando) sino también de equidad (para quién están funcionando), de cara a diseñar, evaluar, redefinir y reorientar las intervenciones.

¿Qué podemos hacer desde el sector salud?

Otra línea de actuación para la reducción de las desigualdades sería la de sensibilización y formación.

La sensibilización y, más allá de ella, la formación a los profesionales del sector salud y de otros sectores es necesaria para propiciar un cambio hacia la equidad que garantice de forma efectiva el derecho a la salud de toda la población. Se debe introducir este enfoque de DSS y equidad, y apostar

por un abordaje integral de la salud asumiendo que ésta se encuentra socialmente determinada.

En este sentido, durante 2010 y 2011 el MSSSI llevó a cabo el proceso formativo para la "Integración del Enfoque de Determinantes Sociales y Equidad en las Estrategias, Programas y Actividades relacionadas con la Salud", desarrollado en el marco de la Estrategia Nacional de Equidad en Salud[20].

La *Guía metodológica para integrar la Equidad en las Estrategias, Programas y Actividades de Salud*, mencionada con anterioridad surge como resultado de dicho proceso y tiene como objetivo sensibilizar a los profesionales del sector salud y de otros sectores cuyas políticas tienen impacto en salud sobre el enfoque de determinantes sociales de la salud y equidad en salud, y proporcionar una herramienta práctica que facilite la integración efectiva de la equidad en las Estrategias, Programas y Actividades (EPAs) que llevan a cabo.

Conclusiones

Existen desigualdades sociales en salud condicionadas por factores sociales sobre las que se pueden actuar.

Las desigualdades sociales en salud afectan a todo el gradiente social de la población, pero especialmente a aquellos que se encuentran peor situados en la escala social. Por ello, las acciones dirigidas a reducir las desigualdades en salud deben tener un doble enfoque y ser integrales:

- Es necesario realizar estrategias poblacionales (medidas universales) y no sólo estrategias dirigidas a los grupos más vulnerables (medidas selectivas).
- Se deben incluir medidas para modificar el contexto y/o la estratificación social (*upstream*), medidas para modificar las condiciones y los estilos de vida

20 http://www.msssi.gob.es/profesionales/saludPublica/prevPromocion/promocion/desigualdadSalud/EquidadSaludyDSS.htm

(*midstream*) y medidas para reducir las consecuencias de las desigualdades en salud (*downstream*).

La equidad en salud debe ser un eje transversal en las políticas públicas (de salud y de otros sectores): SALUD Y EQUIDAD EN TODAS LAS POLÍTICAS.

La Equidad en salud debe ser un eje transversal, explícito y práctico en todas las actividades y planes de salud pública, del sistema sanitario y de otras políticas con impacto sobre los determinantes sociales de la salud.

La Constitución Española, en su artículo 43, reconoce el derecho a la protección de la salud.

El derecho a la protección de la salud exige una norma que especifique los derechos y deberes de los ciudadanos por lo que respecta a los asuntos de prevención, promoción y protección de la salud y que contenga previsiones básicas que garanticen que se consigue un mayor nivel de salud de la población residente en España mediante la prestación de servicios de prevención de la enfermedad, protección y promoción de la salud, de mayor calidad, seguridad y eficiencia social.

El Artículo 14 de la constitución española ya establece que: "Los españoles son iguales ante la ley, sin que pueda prevalecer discriminación alguna por razón de nacimiento, raza, sexo, religión, opinión o cualquier otra condición o circunstancia personal o social".

El Artículo 9.2 señala que "Corresponde a los poderes públicos promover las condiciones para que la libertad y la igualdad del individuo y de los grupos en que se integra sean reales y efectivas; remover los obstáculos que impidan o dificulten su plenitud y facilitar la participación de todos los ciudadanos en la vida política, económica, cultural y social."

Referencias

Dahlgren, G. & Whitehead, M. (1991). *Policies and strategies to promote equity in Elath*. Ginebra: WHO.

http://www.iffs.se/wp-content/uploads/2011/01/20080109110739filmZ8UVQv2wQFShMRF6cuT.pdf 26/9/12.

LALONDE, M. (1974). *A new perspective on the health of Canadians*. Ottawa: Minister of National Health and Welfare. Government of Canada.
http://www.phac-aspc.gc.ca/ph-sp/pdf/perspect-eng.pdf 26/9/12.
MSSSI (2012). *Guía metodológica para integrar la Equidad en las Estrategias, Programas y Actividades de Salud. Versión 1*. Madrid: MSSSI.
http://www.msssi.gob.es/profesionales/saludPublica/prevPromocion/promocion/desigualdadSalud/jornadaPresent_Guia2012/GuiaMetodologica_Equidad.htm 26/9/12.
OMS (2009). *Subsanar las desigualdades en una generación*. Ginebra: WHO.
http://www.who.int/social_determinants/final_report/csdh_finalreport_2008_execsumm_es.pdf 26/9/12.
– (2007). *WHO Commission on Social Determinants of Health. A Conceptual Framework for Action on the Social Determinants of Health. Discussion paper for the Commission on Social Determinants of Health*. Ginebra: WHO.
http://www.who.int/social_determinants/resources/csdh_framework_action_05_07.pdf 26/9/12.
ONU (2011). *Declaración Política de la Reunión de Alto Nivel de la Asamblea General sobre la Prevención y el Control de las Enfermedades No Transmisibles*. New York: UNO 26/9/12 http://www.un.org/es/ga/ncdmeeting2011/
Solar O. & Irwin A. (2008) *Marco conceptual de los determinantes sociales de la salud*. Ginebra: WHO.

¿El antigitanismo afecta a la salud?

Nicolás Jiménez González
Universidad de Alcalá de Henares y FAGA

Resumen

El Pueblo Gitano está presente en toda Europa desde el siglo xv pero sigue siendo ignorado y desconocido. El racismo antigitano −conjunto de creencias, actitudes y acciones hostiles hacia los gitanos− persiste y está documentado.

En las páginas siguientes se plantea la posible relación entre el antigitanismo y la desigualdad en salud que padece la población gitana.

Palabras clave: antigitanismo, romofobia/gitanofobia, racismo.

> *El racismo, por supuesto, no es nuestro problema; es el vuestro. Nosotros simplemente sufrimos los efectos de vuestro racismo.*
>
> Salman Rushdie

1. Desconocimiento, ignorancia

El Pueblo Gitano, indio de origen (Iovită & Schurr, 2004), europeo de concreción y universal en su proyección (Jiménez González, 2002) está presente en Europa desde hace ya casi mil años (Kenrick, 1995; Fraser, 2005).

El Pueblo Gitano sigue siendo, a pesar de su presencia en la totalidad de los países que conforman la Unión Europea desde hace mas de 500 años, el gran desconocido, por no

decir ignorado, tanto por el común de la ciudadanía como por la comunidad científica y académica.

Nadie sabe cuál es el monto total de la población romaní en ningún país de la Unión Europea (Open Society Foundations 2010) ni tampoco en España (MSSI 2012).

Igualmente se desconocen incluso cualquiera de los descriptores demográficos convencionales (FSG 2009b): tasas de natalidad, de mortalidad, de fecundidad, pirámide poblacional, esperanza media de vida, etc. Por descontado, se desconocen el resto de índices sociológicos: escolarización, alfabetización, desempleo, estratificación social, distribución geográfica, etc.

Desde hace más de un cuarto de siglo se viene afirmando que en España viven en torno a 700.000 ciudadanos y ciudadanas gitanos como si esta población no tuviera ni siquiera crecimiento vegetativo.

La población gitana es la principal minoría en España. Presente en el país desde hace más de 500 años, se estima el volumen de gitanos españoles entre las 700.000 y 970.000 personas, esto es, entre el 1,5 y el 2,1 % de la población total (FSG 2008a; FOESSA 2008). Según los diferentes informes publicados sobre vivienda, pobreza, exclusión y empleo, la población gitana española sufre mayores niveles de pobreza, exclusión, desempleo y dificultades de acceso a la vivienda que el resto de la población (FSG 2008a; FOESSA, 2008; Laparra, 2007). Los problemas de racismo y discriminación hacia este grupo de población son altos y han sido documentados desde los estudios antropológicos (Calvo Buezas 1989, 1990a y b, 2000, 2003 y 2012; San Román, 1990 y 1997) y las encuestas de opinión. Los gitanos son el grupo que menos simpatía despierta en la población española (CIS, 2007): un 51,7% indica sentir poca o ninguna simpatía hacia este grupo.

La situación de la población gitana en términos de salud es prácticamente desconocida (FSG 2009a). Por supuesto, se cuenta con un volumen cada vez más importante, aun-

que todavía no suficiente, de trabajos y estudios empíricos, cualitativos y cuantitativos, sobre el estado de salud de la población gitana en España. Sin embargo, la mayoría de ellos ha carecido de representatividad nacional (Ferrer, 2003). Se trata de estudios que han tendido a centrarse en el estudio de población gitana de una determinada localidad o barrio o la que era usuaria de algún centro de salud u hospitalario (Ayala Rubio, 2008; OSPC, 2011).

La mayor parte de la literatura científica en el área de la salud de la comunidad gitana está focalizada sobre las enfermedades infecciosas, la salud reproductiva y la salud de los niños (Tuset-Garijo *et al.* 2012).

La población gitana, de hecho, ha sido invisible para las Encuestas Nacionales de Salud que el Ministerio de Sanidad y Consumo, primero en colaboración con el Centro de Investigaciones Sociológicas y**,** en la actualidad**,** con el Instituto Nacional de Estadística, ha venido realizando para determinar la salud del conjunto de la población española.

La literatura existente sobre equidad en salud destaca la importancia de los determinantes sociales sobre la salud. El conocimiento acumulado sobre el efecto de los determinantes sociales sobre la salud (educación, empleo, vivienda, ingresos, etc.) hace prever que el nivel de salud de la población gitana se encuentre entre los niveles más bajos de la población, ya que los niveles de exclusión de esta población en dichos campos son muy elevados y han sido documentados ampliamente. Sin embargo, aunque en España la literatura sobre desigualdades en salud por clase social ha mostrado sistemáticamente que la población con empleos manuales no cualificados (clase social V) presenta peores niveles de salud que el resto de clases sociales, no se ha podido determinar el lugar que ocupan las gitanas y los gitanos en dicho gradiente social hasta que se realizó la Encuesta de Salud a población gitana en 2006 (La Parra, 2009).

2. Persistencia del antigitanismo

Aunque no sabemos cuántos, sí se sabe que una parte de la población gitana se halla situada en la marginación. De hecho, la primera encuesta sobre minorías e inmigrantes realizada por la Agencia Europea para los Derechos Fundamentales afirma que la población romaní europea es la más vulnerable a la discriminación (FRA, 2010).

El *antigitanismo* podría definirse como un conjunto de creencias, actitudes y acciones hostiles hacia los gitanos (Moonen, 2011). La *romofobia*, por su parte, es el término específico que designa el odio hacia los gitanos (Ljujic et al. 2012) y es sinónimo de *gitanofobia*. La romofobia, por tanto, es el componente fundamental del antigitanismo. El antigitanismo es la continuación de las prácticas discriminatorias llevadas a cabo en Europa desde el año 1300 (Hancock, 1987; Gómez Alfaro, 2009; Fraser, 2005). Por ello, el segundo componente fundamental del antigitanismo es el poder. La parte de la sociedad que detenta el poder es quien ejerce, ejecuta, construye, fundamentalmente el antigitanismo, es decir, el antigitanismo sería, en este sentido, un tipo de racismo institucional.

El antigitanismo, por tanto, es un tipo específico de racismo y consiste en la hostilidad, el prejuicio y/o las conductas racistas dirigidas contra los gitanos de manera individual o colectiva, tanto ejercido privada como institucionalmente.

Las más recientes investigaciones que se han realizado en Europa (FRA, 2010, 2011 y 2012) han encontrado que las actitudes antigitanas tienen mayor prevalencia que las demás conductas racistas (motivadas en otros prejuicios étnicos) y que el Pueblo Gitano es el más rechazado. Así mismo, concluyen estos estudios que el antigitanismo está más extendido que el antisemitismo y es socialmente más y mejor aceptado.

A pesar de que las autoridades españolas no consideran el antigitanismo como el principal problema al que se enfrenta la población gitana española (MSSI, 2012), bastaría echar un

vistazo a la prensa diaria para comprender las dimensiones del problema (Oleaque, 2007; Ramírez Heredia, 2011).

3. La desigualdad en salud de la población gitana es manifiesta

Equidad en salud significa que todas las personas pueden desarrollar su máximo potencial de salud independientemente de su posición social u otras circunstancias determinadas por factores sociales.

Desde el punto de vista de las políticas públicas, la equidad en salud implica que los recursos sean asignados según las necesidades de las personas. Y asegurar la equidad en los resultados en salud para todos los grupos sociales.

La equidad en salud es un valor ligado al concepto de derechos humanos y justicia social.

Los determinantes sociales de la salud (DSS) se entienden como las condiciones sociales que tienen un impacto en su salud en las personas viven y trabajan.

Las desigualdades sociales en salud son las diferencias en salud injustas y evitables que se dan, de forma sistemática, entre los grupos socioeconómicos de una población y que son resultado de la desigual distribución de los DSS a lo largo de la escala social (CSDH, 2008).

La "Encuesta de Salud a la Comunidad Gitana de España", realizada en 2006, evidenció la situación de desigualdad que en materia de salud sufre la comunidad gitana española.

En dicha investigación se encontró que en términos de salud autopercibida los hombres y mujeres gitanos se sitúan en los niveles de salud de los grupos peor situados en la escala ocupacional (clases IV-V). En la mayoría de los indicadores (limitación de actividad principal, acumulación de problemas de salud crónicos, problemas de vista y oído, presencia de caries) su situación es peor que las clases IV y V, tanto cuando se emplean tasas ajustadas por edad mediante estandarización directa como cuando se calculan las *odds ratio* ajustadas mediante modelo de regresión logística. En algunos indicadores

la distancia con las clases IV y V es muy amplia: acumulación de problemas de salud (tres o más), problemas de vista y caries, en ambos sexos, y los problemas de oído y obesidad en mujeres. La salud de las mujeres gitanas es peor que la de los hombres gitanos en dos indicadores: limitación de actividad principal y acumulación de problemas crónicos.

Las desigualdades de salud a las que se enfrentan los gitanos de Europa presentan un reto persistente tanto para la práctica médica y socio-sanitaria como para la investigación en salud (Földes & Covaci, 2012).

La literatura disponible sobre el Pueblo Gitano y la salud coincide en resaltar que: la población romaní padece peor salud que la sociedad mayoritaria de su entorno; vive en condiciones insanas si lo comparamos con las poblaciones mayoritarias; se necesitan mejores datos (investigaciones basadas en muestras suficientemente amplias, recogidas sistemáticas de datos, etc…) para poder explicar el desfase sanitario que sufre la población romaní y así poder diseñar mejores intervenciones que reduzcan este desfase (Bhopal, 2006); la pobre salud de los gitanos está fuertemente ligada a los determinantes sociales (Földes & Covaci, 2012).

Existe ya una larga tradición de estudios en torno a las percepciones culturales de la salud en la población romaní (Van Cleemput *et al.*, 2007).

Recientes evidencias muestran que las personas gitanas experimentan desigualdades de salud específicas que no pueden ser achacadas por completo a factores socioeconómicos (Masseria *et al.*, 2010; Kolarcik *et al.*, 2009). Incluso se ve reducida la esperanza media de vida (Simko & Ginter, 2009).

La evidencia demuestra que las personas gitanas se enfrentan a graves barreras en el acceso a la atención sanitaria en todo el territorio europeo (Parekh & Rose, 2011). Estas barreras incluyen, en algunos países: la falta de seguro de salud y otra documentación oficial que conduce a la exclusión de los gitanos de los servicios de salud; aislamiento geográfico que limita el acceso a una atención de calidad; falta de

información; uso por parte de la comunidad sociosanitaria de un lenguaje que obstaculiza la comunicación; la discriminación directa; el trato degradante (Scheppers *et al.*, 2006); e, incluso violaciones de derechos humanos en la prestación de servicios (ERRC, 2006; CoE & EUMC, 2003). Los niños gitanos están particularmente afectados por una serie de obstáculos en la obtención de servicios de salud (Rechel *et al.*, 2009).

4. La necesidad de incluir el racismo como uno más de los determinantes de la salud

El racismo está totalmente integrado en las estructuras sociales y en la representación social del mundo y, como consecuencia de esto, los grupos minoritarios están siendo objeto de discriminación incluso en los países donde los derechos civiles son reconocidos y se implementan políticas antirracistas (La Parra & Mateo, 2007).

La conferencia mundial de Durban reconoció e instó a que se tomasen medidas urgentes ante la evidencia, en muchos países, de las graves desventajas en el estado de salud de los grupos raciales (ONU, 2001).

Los informes de investigación a menudo citan el nivel socioeconómico como factor subyacente de las disparidades en materia de salud observadas en las poblaciones minoritarias, sean éstas étnicas o raciales. Sin embargo, no suele tenerse en cuenta la historia social y el clima social imperante como responsable de las disparidades socioeconómicos entre los diferentes grupos étnicos o raciales, es decir, no suele considerarse el papel que juega en todo el entramado de la construcción de las inequidades el racismo o la discriminación racial (Shavers & Shavers, 2006).

La discriminación perpetrada contra personas por su pertenencia a otra etnia, sean éstas inmigrantes o autóctonas, tiene consecuencias reconocidas sobre la salud (Paradies, 2006).

Aunque con frecuencia se viven en los servicios sociosanitarios y en los hospitales situaciones conflictivas caracteri-

zadas, entre otras causas, por la carencia de una comunicación efectiva entre las instituciones sanitarias y la población que procede de otros grupos étnicos, el reconocimiento de este determinante de la salud es todavía reciente para la investigación en salud pública (Bastos & Faerstein, 2012).

Tanto en Europa (Karlsen & Nazroo, 2002) como en Estados Unidos (Krieger *et al.*, 2006) se ha manifestado el interés por explorar cómo repercute este factor de riesgo sobre la salud de los grupos afectados.

Si bien la principal hipótesis que suele manejarse al respecto considera los efectos del racismo desde la perspectiva individual, la propia literatura científica destaca la importancia de considerar otras fuentes de perpetración y perpetuación del racismo y de la discriminación racial o étnica: organizaciones sociales, instituciones, leyes, políticas o prácticas (Paradies, 2006). Es el denominado racismo sistémico o institucional, escasamente abordado por la investigación y, sin embargo, destacable por la importancia de sus efectos sobre la población (Gee, 2002), ya que sus consecuencias serían menos visibles que las actitudes individuales racistas, arraigadas en la estructura social y materializadas en las instituciones públicas y privadas y en sus mecanismos de funcionamiento.

En el caso de España, los antecedentes al estudio de este tema se encuentran en el abordaje de las desigualdades sociales, la discriminación y las consecuencias sobre la salud que afectan al Pueblo Gitano (Ferrer, 2003), poniendo de manifiesto la necesidad de que se realicen más estudios dirigidos a analizar la situación de este grupo étnico.

La revisión de la literatura sobre salud y población gitana realizada por Ferrer en 2003 recopiló un total de 96 artículos sobre la salud en la población gitana en España, 57 trabajos se habían realizado en un hospital, 20 en una unidad de salud pública y 13 en centros de atención primaria.

El 88% eran estudios observacionales. Los temas más frecuentes eran los estudios genéticos y de anomalías congénitas (30%), enfermedades transmisibles (21%), salud infantil

(11%) y sociología de la salud (11%). El 57% de los trabajos refería alguna desigualdad social en salud. No se detectaron investigaciones con encuesta de ámbito nacional. Por otro lado, también escaseaba el enfoque de investigación de la salud de la población gitana a partir de los indicadores generales sobre morbilidad, estilos de vida y uso de servicios habitualmente empleados para valorar el estado de salud de las poblaciones (los que se emplean en las encuestas de salud). A escala europea también se ha encontrado la misma situación de concentración de la investigación en enfermedades de tipo infeccioso, genéticas o relacionadas con la reproducción (Hajioff & McKee, 2000; Zeman, Depken & Senchina, 2003) En los últimos años, la utilización de encuestas de salud y de estudios de mortalidad ha potenciado el enfoque del estudio de la salud de la población gitana desde la perspectiva de las desigualdades en salud (Kolarcik *et al*., 2009).

En el año 2006 el Ministerio de Sanidad y Consumo y la Fundación Secretariado Gitano realizaron la primera encuesta de salud de ámbito nacional dirigida a población gitana en España. La investigación se enmarcaba dentro de la Estrategia Nacional de Equidad en Salud dirigida a la población gitana que queda recogida en el documento "Salud y Comunidad Gitana" (MSC-FSG 2005). Por su metodología dicha encuesta permitía la comparación de la información recogida sobre estado de salud, estilos de vida y utilización de servicios sanitarios con las Encuestas Nacionales de Salud de 2003 y 2006 (La Parra, 2009). Los resultados de dicha investigación fueron utilizados en las discusiones del Grupo de Salud del Consejo Estatal de Pueblo Gitano en España[21]. El trabajo de dicho grupo se concretó en el apartado sobre salud del Plan de Acción para el Desarrollo del Pueblo Gitano (2010-2012)

21 Órgano interministerial, consultivo y asesor, adscrito al Ministerio de Trabajo y Asuntos Sociales, a través del cual se confiere un carácter institucional a la colaboración y cooperación del movimiento asociativo gitano con la Administración General del Estado para el desarrollo de políticas de bienestar social que posibiliten la promoción integral de la población gitana. Real Decreto 891/2005.

aprobado por el Gobierno de España[22]. En el plan de Acción se preveía la constitución de un Grupo de Indicadores para trabajar una propuesta de indicadores de seguimiento del Plan de Acción. En la propuesta de indicadores aprobada por el Consejo Estatal del Pueblo Gitano en su pleno del 28 de enero de 2011 se incorporaba la recomendación de realizar una nueva encuesta de salud a población gitana en el año 2012-2013 con el fin de valorar los avances hacia la equidad entre 2006 y 2012. Se ha de destacar que la recomendación no estaba acompañada de un plan de trabajo, presupuesto y memoria económica. Por otro lado, en la Estrategia Nacional para la inclusión de la población gitana aprobada por Consejo de Ministros del 2 de marzo de 2012 (MSSI, 2012) se prevé igualmente la realización de dicho estudio sin que se haya especificado hasta el momento el cronograma, presupuesto e instituciones responsables de su ejecución.

Gran parte de la investigación epidemiológica sobre las disparidades de salud se ha centrado en la relación entre las características demográficas y clínicas y de la salud dando como resultado los principales modelos de efectos multivariados. Este enfoque, sin embargo, no examina la relación entre esas covarianzas y los procesos que las crean. Para entender la naturaleza sinérgica de estas relaciones, es importante, por tanto, comprender plenamente el impacto que el racismo y la discriminación étnica o racial tienen sobre el estado de salud de las personas pertenecientes a minorías étnicas o raciales (Kressin, Raymond & Manze, 2008).

La percepción de la discriminación racial o étnica es uno de los aspectos del racismo que está recibiendo cada vez mayor atención empírica como un tipo de estrés que puede tener consecuencias para la salud y para la comprensión de las disparidades en la salud (Williams & Mohammed, 2009).

22 Plan de Acción para el Desarrollo de la Población Gitana (2010-2012). Acuerdo de Consejo de Ministros de 9 de abril de 2010. http://www.msps.es/politicaSocial/inclusionSocial/docs/planDefinitivoAccion.pdf

Raza y etnia pueden ser investigadas como variables dependientes, por ejemplo en estudios sobre la discriminación institucional de grupos humanos definidos en términos raciales en los cuales el método de auto-identificación del sujeto se considera una buena guía para identificar la pertenencia étnica (Machado, 2008).

La discriminación racial puede explicar las disparidades en salud (Paradies, 2006).

En el ámbito de las inequidades en salud, la epidemiología analiza diferencias en el estado de salud-enfermedad de las poblaciones y las asocia con frecuencia a la variable raza/etnia. En este contexto se hace relevante identificar grupos vulnerables para la posterior focalización de los recursos. Lo anterior evidenciaría a la variable raza/etnia como constructo social rigiendo distribución de riesgos y oportunidades en una sociedad, donde la pertenencia étnica refleja un acervo cultural y la raza mide una exposición de identidad implicando una imposición social asociada a dichas categorías (Vanegas, Villalón & Valenzuela, 2008)

La importancia de evaluar el poder explicativo del nivel socioeconómico frente a otros factores ha puesto de relieve el racismo y la discriminación racial en el contexto de la exploración de las vías que conducen a las diferencias étnicas en la salud (Reijneveld, 2010).

El empleo de la variante de grupo étnico/raza en el análisis de las disparidades puede servir para lograr mejores resultados en los programas de lucha contra la pobreza e iniciativas análogas (Torres Parodi, 2005)

5. La incidencia del racismo en la salud, por desgracia, es real

Las investigaciones muestran que la discriminación racial está relacionada con la enfermedad entre diversas poblaciones étnicas (Gee *et al.*, 2009).

La literatura científica epidemiológica sobre la discriminación étnica o racial ha examinado los efectos patógenos

que genera tanto en las condiciones de salud como en las conductas de los individuos (Bastos & Faerstein, 2012). La discriminación, del tipo que sea, tiene un impacto en la vida de las personas que la padecen (Oudhof, 2007), genera estrés psicológico (Byrd, 2012), la discriminación racial percibida tiene incidencia en la salud mental (Coker *et al.*, 2009), afecta a la prevalencia del infarto (Fustinoni & Biller 2000), conlleva riesgos de padecer enfermedades coronarias (Borrell, 2007), contribuye a la mayor incidencia de abortos (Bobak *et al.*, 2006), está relacionada con el peor estado de salud en la vejez (Bulatao & Anderson, 2004)… Otras investigaciones apuntan al racismo como factor relevante en la prevalencia de enfermedades crónicas (Gee *et al.*, 2007), del asma (Smith *et al.*, 2005) o de la obesidad (Hunte & Williams, 2009) entre las poblaciones marginadas.

Por último, el racismo incide negativamente en la salud de los niños (Pachter & García Coll, 2009) llegando en algunos países a situaciones en las que las tasas de mortalidad infantil en la población gitana duplica a la de la sociedad mayoritaria.

Referencias

Ayala Rubio, A. (2008). *Actitudes y pautas de comportamiento de la población gitana de la Comunidad de Madrid en relación a su salud*. Madrid: Instituto de Salud Pública de la Comunidad de Madrid/Universidad Complutense de Madrid.

Bastos, J. L. & Faerstein, E. (2012). Conceptual and methodological aspects of relations between discrimination and health in epidemiological studies. *Saúde Pública, 28 (1), 177-183*.

Bhopal, R. S. (2006). The public health agenda and minority ethnic health: a reflection on priorities. *Journal of the Royal Society of Medicine, 99,* 58-61.

Bobak, M. et al. (2006). Unfavourable birth outcomes of the Roma women in the Czech Republic and the potential explanations: a population-based study. *BMC Public Health, 5,* 106-112.

Borrell, N. L. (2007). Self-reported Racial Discrimination and Substance Use in the Coronary Artery Risk Development in Adults Study. *American Journal of Epidemiology, 166 (9),* 1068-1079.

Bulatao, R. A. & Anderson, N. B. (2004). Ed. *Understanding Racial and Ethnic Differences in Health in Late Life: A Research Agenda.* Washington: The National Academies Press.

Byrd, DR. (2012). Race/Ethnicity and Self-Reported Levels of Discrimination and Psychological Distress, California, 2005. *Preventing Chronic Disease, 9*, 1-11 http://dx.doi.org/10.5888/pcd9.120042 29/3/13.

Calvo Buezas, T. (1989). *Los racistas son los otros: gitanos, minorías y derechos humanos en los textos escolares.* Madrid: Popular.

– (1990a). *El racismo que viene. Otros pueblos y culturas vistos por los profesores y alumnos*. Madrid: Tecnos.

– (1990b). *España racista. Voces payas sobre los gitanos.* Rubí (Barcelona): Anthropos.

– (2000). *Inmigración y racismo. Así sienten lo jóvenes de siglo XXI.* Madrid: Cauce Editorial.

– (2003). *La escuela ante la inmigración y el racismo.* Madrid: Editorial Popular.

– (2012) Una mala imagen que continúa petrificada. En Oleaque, J. (Ed) *Vidas Gitanas. Lungodrom*, 57-71. Granada: Instituto de Cultura Gitana. http://www.accioncultural.es/virtuales/vidasgitanas/pdf/vidas_gitanas_04.pdf 25/7/13

CIS (2007). *Estudio 2745 Discriminaciones y su percepción*. Madrid: CIS.

CoE & EUMC (2003). *Breaking the barriers–Romani women and access to public health care*. Luxemburgo: UE.

Coker, T. R. et al. (2009). Perceived racial/ethnic discrimination among fifth-grade students and its association with mental health. *American Journal of Public Health, 99 (5),* 878-884.

CSDH (2008). *Closing the gap in a generation: health equity through action on the social determinants of health. Final Report of the Commission on Social Determinants of Health*. Ginebra: OMS.

ERRC (2006). *Ambulance not on the way: the disgrace of health care for Roma in Europe*. Budapest: European Roma Rights Centre.

Ferrer, F. (2003). El estado de salud del pueblo gitano en España. Una revisión de la bibliografía. *Gaceta Sanitaria, 17 (Supl 3,) 2-8*. http://www.scielo.br/pdf/gs/v17s3/revision1.pdf 25/7/13.

FOESSA (2008). VI Informe sobre la exclusión y desarrollo social en España 2008. Madrid: FOESSA http://www.uspceu.es/pdf/servicios/InformeFOESSA.pdf 25/7/13.

Földes, M. E. & Covaci, A. (2012). Research on Roma health and access to healthcare: state of the art and future challenges *Int J Public Health, 57*, 37-39.

FRA (2010). *EU-MIDIS Data in Focus – Informe 1: La población romaní*. Viena: Agencia de Derechos Fundamentales de la Union Europea. http://fra.europa.eu/fraWebsite/attachments/EU-MIDIS-MR220409_ES.pdf, 14/7/12.

– (2011). *EU- MIDIS European Union minorities and discrimination survey*. Viena: FRA.

– (2012). *The situation of Roma in 11 EU Member States. Survey results at a glance*. Luxemburgo: UE.

Fraser, A. (2005). *Los gitanos*. Barcelona: Ariel.

FSG (2008a). *Mapa sobre vivienda y comunidad gitana*. Madrid: FSG. http://www.gitanos.org/upload/40/14/47_48Dossier.pdf 25/7/13.

– (2008b). *Población gitana y empleo*. Madrid: FSGitano/MTAS.

– (2009a). *Hacia la equidad en salud. Disminuir las desigualdades en una generación en la comunidad gitana*. Madrid: MSPS/Fundación Secretariado Gitano. http://www.gitanos.org/publicaciones/equidadensalud_folleto/folletoDivulgativo.pdf 15/9/12

– (2009b) Health and the Roma Community, analysis of the situation in Europe. Bulgaria, Czech Republic, Greece, Portugal, Romania, Slovakia, Spain. Madrid: FSG.

http://ec.europa.eu/justice/discrimination/files/roma_health_en.pdf 25/7/13.

FUSTINONI, O. & BILLER, J. (2000). Ethnicity and Stroke: Beware of the Fallacies. *Stroke*, *31*, 1013-1015.

GEE, G. C. (2002). A multilevel analysis of the relationship between institucional and individual racial discrimination and health status. *American Journal of Public Health, 92,* 615-23.

GEE, G. C. et al. (2007) A Nationwide Study of Discrimination and Chronic Health Conditions Among Asian Americans. *American Journal o Public Health, 97 (7),* 1275.1282.

– (2009) Racial Discrimination and Health Among Asian Americans: Evidence, Assessment, and Directions for Future Research. *Epidemiologic Reviews, 31,* 130-151.

GÓMEZ ALFARO, A. (2009). *Legislación histórica española dedicada a los gitanos*. Sevilla: Junta de Andalucia.

HAJIOFF, S. & MCKEE, M. (2000). The health of the Roma people: a review of the published literature. *Journal of Epidemiological and Community Health, 54*, 864-69.

HANCOCK, I. F. (1987). *The pariah syndrome: an account of Gypsy slavery and persecution*. Ann Arbor: Karoma.

HUNTE, H. E. R. & WILLIAMS, D. R. (2009). The Association Between Perceived Discrimination and Obesity in a Population-Based Multiracial and Multiethnic Adult Sample. *American Journal of Public Health, 99 (7),* 1285-1292.

IOVITĂ, R. P. & SCHURR, T. G. (2004). Reconstructing the Origins and Migrations of Diasporic Populations: The Case of the European Gypsies. *American Anthropologist, 106 (2)*, 267-281.
http://web.rgzm.de/fileadmin/gruppen/rgzm/2009/Ioveta_Article_Gypsies.pdf 14/7/12.

JIMÉNEZ GONZÁLEZ, N. (2002). Retrato socio-antropológico del pueblo rom. *I Tchatchipen, 38*, 16-23

KARLSEN, S. & NAZROO, J. Y. (2002). Relation between racial discrimination, social class, and health among ethnic minority groups. *American Journal of Public Health, 92,* 624-31.

KENRICK, D. (1995). *Los gitanos: de la India al Mediterráneo*. Madrid: Presencia Gitana.

KOLARCIK, P. et al. (2009). To what extent does socioeconomic status explain differences in health between Roma and non-Roma adolescents in Slovakia? *Social Science & Medicine*, *68 (7),* 1279-1284.

KRESSIN, N. R, RAYMOND, K. L. & MANZE, M. (2008) Perceptions of Race/Ethnicity-Based Discrimination: A Review of Measures and Evaluation of their Usefulness for the Health Care Setting *Journal of Health Care for the Poor and Underserved, 19 (3),* 697-730.

KRIEGER, N. et al. (2006) Race/ethnicity and changing US socioeconomic gradients in breast cancer incidence: California and Massachusetts, 1978-2002 (United States). *Cancer Causes Control, 17,* 217-26.

LA PARRA, D. (2009). Hacia la equidad en salud. Estudio comparativo de las Encuestas Nacionales de Salud a población Gitana y población general de España, 2006. Madrid: MSPS/FSG.

LA PARRA, D. & MATEO, M. A. (2007). Scientifically Correct Racism: Health Studies' Unintended Effects against Minority Groups. *Language and Intercultural Communication, 7 (2),* 152-162.

LAPARRA, M. (2007): *Informe sobre la situación social y tendencias de cambio en la población gitana. Una primera aproximación*. Madrid: Ministerio de Trabajo y Asuntos Sociales/Universidad de Navarra.

LJUJIC, V. et al. (2012). Romaphobia: A unique phenomenon? *Romani Studies*, *(22) 2,* 141-152.

MACHADO, N. (2008) En nombre de una dudosa ciencia. Raza y etnia en la investigación médica. *Sociología, problemas e práticas, 58,* 23-46.

MASSERIA, C., MLADOVSKY. P. & HERNÁNDEZ-QUEVEDO, C. (2010). The socioeconomic determinants of the health status of Roma in comparison with non-Roma in Bul-

garia, Hungary and Romania. *European Journal of Public Health, 20 (5),* 549-554.

Moonen, F. (2011). *Anticiganismo: os Ciganos na Europa e no Brasil* http://pfdc.pgr.mpf.gov.br/atuacao-e-conteudos-de-apoio/publicacoes/discriminacao/anticiganisno-e-politicas-ciganas-na-europa-e-no-brasil-frans-moonen-2012 26/3/13.

MSC-FSG (2005). *Salud y Comunidad Gitana*. Madrid: MSC-FSG.

MSSSI (2012). *Estrategia Nacional para la Inclusión Social de la Población Gitana en España 2012-2020*. Madrid: Ministerio de Sanidad, Servicios Sociales e Igualdad http://www.gitanos.org/upload/98/25/ESTRATEGIA_NACIONAL_PARA_LA_INCLUSION_SOCIAL_DE_LA_POBLACION_GITANA_DEF.pdf 25/7/13

Oleaque, J. M. (2007). La imagen de los gitanos en los medios de comunicación. *Cuadernos Gitanos*, 1, 20-23.

ONU (2001). Conferencia Mundial contra el Racismo, la Discriminación Racial, la Xenofobia y las Formas Conexas de Intolerancia http://www.un.org/spanish/CMCR/durban_sp.pdf 25/7/13.

Open Society Foundations (2010). *No data-No progress*. New York: Open Society Foundations http://www.opensocietyfoundations.org/sites/default/files/no-data-no-progress-country-reports-20100628_0.pdf 25/7/13

OSPC (2011). *Estudio sobre determinantes de la salud de la población gitana cántabra*. Santander: Consejería de Salud/ Fund. Marqués de Valdecilla.
http://www.fmdv.org/Es/Unidades/OSPC/Documents/Proyectos%20OSPC/Gitan@s/libro%20definitivo.pdf 25/7/13

Oudhof, K. (2007) Ethnic minorities, discrimination and well-being in the ESS. Comunicación presentada en el 33er. Seminario CEEIS: Ethnic and Racial Discrimination on the Labour Market: Measurement, statistics and indicators (7-8 June 2007, Valletta, Malta).

http://epp.eurostat.ec.europa.eu/portal/page/portal/conferences/documents/33rd_ceies_seminar_documents/3.2%20OUDHOF%20EN.PDF 29/3/13.

Pachter, L. M. & García Coll, C. (2009). Racism and Child Health: A Review of the Literature and Future Directions. *Journal of Developmental & Behavioral Pediatrics, 30 (3)*, 255-263.

Paradies, Y. (2006) Ethnicity and health. A systematic review of empirical research on self-reported racism and health. *International Journal of Epidemiology, 35,* 888-901.

Parekh, N. & Rose, T. (2011) Health inequalities of the Roma in Europe: a literature review. *Central European Journal of Public Health, 19 (3),* 139-142.

Ramírez Heredia, J. de D. (2011). *¿Periodistas contra el racismo? La prensa española ante el Pueblo Gitano 2010*. Barcelona: Unión Romaní.

Rechel, B. et al. (2009). Access to health care for Roma children in Central and Eastern Europe: findings from a qualitative study in Bulgaria. *International Journal for Equity in Health, 8*, 1-24.

Reijneveld, S. A. (2010). Ethnic differences in health and use of health care: the questions to be answered. *International Journal of Public Health, 55,*353-355.

San Román, T. (1990). *Gitanos de Madrid y Barcelona: ensayos sobre aculturación y etnicidad*. Barcelona: UAB.

– (1997). *La diferencia inquietante. Viejas y nuevas estrategias culturales de los gitanos*. Madrid: Siglo XXI.

Scheppers, E. et al. (2006) Potential barriers to the use of health services among ethnic minorities: a review. *Family Practice, 23*, 325-348.

Shavers, V. L. & Shavers, J. D. (2006). Racism and Health Inequity among Americans. *Journal of the National Medical Association, 98 (3),* 386-396.

Simko, V. & Ginter, E. (2009). Short life expectancy and metabolic syndrome in Romanies (Gypsies) in Slovakia. Central European Journal of Public Health, 18 (1), 16-18.

SMITH, L. A. et al. (2005) Rethinking Race/Ethnicity, Income, and Childhood Asthma: Racial/Ethnic Disparities Concentrated Among the Very Poor. *Public Health Reports, 120,* 109-120.

TORRES PARODI, C. (2005). El racismo y la salud. En ACNUDH (ed) *Las dimensiones del racismo*. Nueva York: ONU.

TUSET-GARIJO, M. G. et al. (2012). La salud y las creencias del Pueblo Gitano en Europa: revisión bibliográfica. *Cultura de los cuidados, 34,* 71-80. http://rua.ua.es/dspace/bitstream/10045/25954/1/CC_34_09.pdf 25/7/13

VAN CLEEMPUT, P. et al. (2007). Health-related beliefs and experiences of Gypsies and Travellers: a qualitative study. *Journal of Epidemiology and Community Health, 61*, 205-210.

VANEGAS, J., VILLALÓN, M. & VALENZUELA, C. (2008). Consideraciones acerca del uso de la variable etnia/raza en investigación epidemiológica para la Salud Pública: A propósito de investigaciones en inequidades. *Revista Médica de Chile, 136,* 637-644.

WILLIAMS, D. R. & MOHAMMED, S. A. (2009). Discrimination and racial disparities in health: evidence and needed research. *Journal of Behavioral Medicine*, *32 (1),* 1-20.

ZEMAN, C. L., DEPKEN, D. E. & SENCHINA, D. S. (2003). Roma health issues: a review of the literature and discussion. *Ethnicity & Health, 8,* 223-49.

La negación de la diferencia como síntoma de una sociedad enferma

Isaac Motos Pérez
Universidad de Murcia y FAGA

Resumen

La exclusión forma parte intrínseca de las sociedades modernas. Es una cuestión que las políticas sociales no han podido solventar. Y no han podido, porque el origen de ese mal se encuentra enraizado en la matriz misma de la organización estatal. Muchos son los rostros que toman estos excluidos: pobres, vagabundos, disidentes… Hay un grupo históricamente situado y culturalmente diferenciado sobre el que ha recaído todo el peso de la exclusión por parte de la maquinaría del Estado: los gitanos. Sobre ellos ha recaído de forma constante y continua todos y cada unos de los mecanismos de exclusión. No podré agotar el análisis de todos estos procedimientos de exclusión, me limitaré a precisar el modo en que históricamente se inicia esa exclusión. Ésta comienza con un reajuste semántico en torno a los gitanos, por el que pasan de ser considerados como peregrinos a ser tratados como delincuentes. Este cambio semántico propicia la creación de espacios de impunidad jurídica que aún siguen vigentes.

Palabras clave: exclusión, gitanos, Estado, impunidad jurídica.

1

Se me invita a reflexionar sobre una cuestión tan sugerente como "la identificación de la diferencia como síntoma de una sociedad saludable". Desafortunadamente, le daré la vuelta al título y hablaré de "la negación de la diferencia como síntoma de una sociedad enferma". Desde hace tiempo trabajo en la elaboración de una tesis que tiene como una de sus hipótesis que, la negación de la diferencia es sustancial al modelo de identidad occidental. Esta negación la asume el Estado-Nación como uno de sus pilares básicos pero ocultos. Esta práctica es operativa desde al menos los últimos cinco siglos. Y digo desde al menos porque esta negación hunde sus raíces en lo más radical del pensamiento occidental. Esta negación es consecuencia de la creencia mitológica de que la diferencia no es real, es sólo aparente. Afirmación del ser y el rechazo del devenir, del cambio. Esta fe se fundamenta en la creencia de que el ser es uno, y la afirmación de la multiplicidad que implica el devenir, y el devenir mismo, no pasan de ser meras ilusiones. En esta antiquísima fe, funciona el axioma de que la diferencia no es real, sólo es aparente. Esta creencia encuentra uno de sus textos fundacionales en Parménides. Y como pensamiento mitológico fue revelado por los dioses, en este caso diosa. El poeta es llevado por un carro tirado por yeguas hacia la casa de la diosa *Díke:* las yeguas que me llevaron tan lejos cuanto mi ánimo querría desear, me transportaron; así, conduciéndome, me pusieron en el célebre camino de la diosa, camino que conduce hacía el ver que ilumina a través de todas las cosas (Llansó 2007). La diosa le revela el camino de la verdad que no es otro que la afirmación del ser y el rechazo del cambio, de la aparición de diferencia que implica el devenir. Todo lo que no sea igual a sí mismo siempre y por siempre, no es real. Mantener la identidad intacta es por tanto devoción del creyente. Lo demás debe ser apartado, encerrado, destruido. Funciona el discurso de la *mitología blanca*, como la denomina Jacques Derrida, que ha propugnado Occidente y

que generaliza sus particularidades transformándolas en globales. Aquellos que no se ajustan al patrón establecido deben ser negados. Esta negación se traduce en exclusión política y social. Excluido es quedar fuera de... una persona, un colectivo, un sector, un territorio, está excluido si no pertenece a... no se beneficia de un sistema o espacio social, político, cultural, económico, al no tener acceso al objeto propio que lo constituye: relaciones, participación en las decisiones, en la creación de bienes y servicios por la cultura y la economía, etc. Mi cuestión, por tanto, ya no es la pobreza y las desigualdades en la pirámide social sino, en qué medida se tiene o no un lugar en la sociedad. O si se prefiere, en qué medida la exclusión es un mecanismo inherente a la constitución del Estado. El Libro Verde sobre Política Social europea afirma: "La Exclusión social hace especial hincapié en el carácter estructural de un proceso que excluye a parte de la población, de las oportunidades económicas y sociales. El problema no reside tan sólo en las disparidades entre los más favorecidos y los más desfavorecidos de la escala social, sino también en las que existen entre quienes tienen un lugar en la sociedad y los que están excluidos de ella"[23]. Se contempla la exclusión como manifestación, expresión y resultado de una determinada estructura social. Es la propia organización social la que elabora en su interior "poblaciones sobrantes". El rostro de estas poblaciones es variado: pobres, marginados, disidentes, minorías… Cada uno de estos grupos tiene su propio devenir histórico. Pero todos comparten un nexo: son excluidos del sistema social a consecuencia del propio funcionamiento del Estado.

En las siguientes páginas me detendré a esbozar cómo se ha producido la exclusión de un grupo humano que ha sido y es sistemáticamente excluido por el Estado español desde su fundación: los gitanos.

23 http://www.jussemper.org/Inicio/Recursos/Actividad%20Corporativa/Resources/Libro%20verde.pdf 28/10/2012.

2

La exclusión de los gitanos es una constante histórica en todo el continente europeo desde al menos el siglo XIII. Los gitanos aparecen en Europa alrededor del s. XII. Vaux de Foletier sitúa la referencia más remota en tierras griegas en el año 1100 (Vaux de Foletier, 1974). A partir del siglo XIII, comienza la dispersión romaní por la Europa balcánica y prácticamente desde el momento mismo de su aparición, fuera del reino de Bizancio, surge una legislación, que se refiere exclusivamente a los gitanos. Veamos unas cuantas fechas:

- Rumanía, 1384, se decreta la esclavitud de los gitanos en los estados de Moldavia y Valaquia;
- Alemania, 1416, expulsión de los gitanos;
- Suiza, 1471, decreta su expulsión;
- Francia, 1504, expulsión de todos los gitanos del reino;
- Inglaterra, 1531, se ordena su persecución y destierro;
- Portugal, 1526, se ordena la expulsión de todos los gitanos;
- Holanda, 1600, se organizan cacerías de gitanos en las que participan tanto la población como el ejército;
- Polonia, 1578, ordena su expulsión;
- Suecia, 1662, ordena su expulsión bajo pena de muerte…

Prácticamente desde la aparición de los primeros grupos de gitanos en tierras del Occidente europeo, se han implementado medidas para su exclusión. Es una cuestión todavía pendiente de hacer, el analizar esa reacción casi atávica a los gitanos. Ningún gobierno europeo quiso nunca a los gitanos. Todos los países del ámbito europeo tienen una legislación contra los gitanos. Será una cuestión apasionante recopilar toda esa legislación y emprender un análisis comparativo de esta cuestión. Desgraciadamente esta labor no se puede emprender, porque muchos en muchos países no han comenzado aún la recopilación de este material. No es el caso de España. Contamos con la localización de buena parte del corpus legislativo contra los gitanos. Esto me capacita para

emprender un análisis sobre los mecanismos de exclusión utilizados para con los gitanos españoles. Pero antes de este análisis veamos unas cuantas fechas más (Gómez Alfaro, 2009) de la historia española en este caso:

04/03/1499	Los Reyes Católicos dictan una Pragmática ordenando a todos los egipcianos que en el plazo de sesenta días tomen oficios y se asienten con señores, o salgan del reino.
1512	Las Cortes de Cataluña deciden la expulsión de los gitanos de los territorios catalanes.
24/05/1539	El Emperador Carlos I de España y V de Alemania dispone por medio de una Pragmática el envío de gitanos a las galeras.
1547	Leyes de las Cortes de Valencia ordenando la expulsión de los gitanos del reino y la prisión para los que se quedasen, y que no fuesen readmitidos: Capítulo II. De las penas a los gitanos que vagan por el reino de Valencia "Que a los gitanos, así hombres como mujeres, les sean impuestas graves penas por vagar por el reino de Valencia...
09/12/1547	«De exilio Bohemianorum». Se ordena guardar el fuero que decreta la expulsión de los gitanos y si el juez ordinario no ejecuta en su territorio dicho fuero podrá ser acusado como oficial delincuente. Fuero XXIV. Cortes de Monzón de 1547.
1549	Las Cortes de Navarra acuerdan prohibir la entrada de gitanos en ese reino bajo pena de azotes: Ley I. Los gitanos no puedan entrar en Navarra. Que no pudieran entrar en el reino los gitanos debido a los hurtos que hacían, bajo pena de cien azotes a quienes entraran en el reino [...].
30/08/1560	Felipe II firma una Pragmática para que los gitanos no anden por estos reinos
1564	Las Cortes de Aragón conceden cuatro meses a los gitanos para que salgan del reino e introduce la pena de galeras para los desobedientes.

22/11/1578	Las Juntas Generales de Guipuzcoa acuerdan medidas contra gitanos y vagamundos.
1582	Las Cortes de Navarra: Ley LIIII. Gitanos y vagamundos aunque anden solos sean azotados [...] que no puedan entrar en este Reino, estar, ni pasar por él, so pena de cada cien azotes, donde quiera que fueren hallados, así hombres como mujeres.
1585	Las Cortes de Cataluña prohíben a los gitanos abandonar los lugares donde estén domiciliados y, de necesitar hacerlo, deben quedar en ellos sus mujeres, hijos y familia.
15/10/1611	El Consejo de Castilla dicta un auto por el que se obliga a los gitanos a que «se apliquen a la labranza y cultura de la tierra y que los oficios que se manda por las leyes tengan, estando de asiento en los lugares, sean los tocantes a la misma labranza».
23/06/1616	Real Crida mandando se cumpla el fuero 221 de las Cortes celebradas en Valencia en 1604, sobre la expulsión de gitanos del reino de Valencia.
28/06/1619	Real Cédula de Felipe III: «tiene por bien y manda salgan del Reyno, dentro de seis meses, los gitanos que andan vagando por él, y que no buelban so pena de muerte, con los que quisieren quedarse sea en lugares de mil vezinos arriba».
1646	Las Cortes de Aragón endurecen las penas llegando incluso a la pena de muerte «De los gitanos y boemianos [...] aunque estén avecindados o hayan nacido en el reino».
12/06/1695	Pragmática que su Magestad manda publicar, dando la forma en que deven vivir los Gitanos que se hallaren en estos Reynos, con expresion de las penas en que incurren contraviniendo a ella.
1706	Las Cortes de Cataluña: «Que los bomians o gitanos no pugan entrar ni habitar de aquí en avant en lo present Principat, y comtats de Rossello y Serdanya, encara que sian domiciliats en aquell ò que tingan plaça de soldats en lo Real Exercit».

08/06/1709	El Consejo de Castilla: «Las gitanas que no estuviesen casadas con gitanos avecindados en esta corte, no han de permitirse en ella».
15/01/1717	Pragmática que su Magestad Felipe V manda promulgar dando, regla, y estableciendo nueva forma en que desde ahora en adelante han de vivir los que se dicen gitanos y gitanas.
04/02/1727	Real Provisión para que las justicias no den licencias ni permitan que los gitanos salgan de sus vecindades con el pretexto de venir a la corte a solicitar vecindario, y que cualquier pretensión la dirijan a través de las justicias.
14/09/1731	S.M. Felipe V manda se haga visita y registro de las casas de los gitanos en días y horas inciertos y sin propagarlo antes a persona alguna todos los meses y sin más justificación que el testimonio de haber contravenido alguno de los capitulos de las pragmáticas.
23/11/1745	Decreto del Consejo para que todos los gitanos sin excepción se restituyan en un plazo de quince días a los pueblos donde deben estar avecindados.
07/02/1746	Se aumenta el número de villas señaladas para domicilio de gitanos.
28/06/1746	Consejo de Castilla: «Que las justicias ordinarias de los pueblos de la primera y segunda asignación, remitan los testimonios absolutos de sus respectivos vecindarios y de las familias que tuvieren cada uno de los que se llaman gitanos».
28/06/1749	Orden para la recogida general de gitanos, lo que posteriormente se conocerá como Gran Redada o Prisión General de gitanos. La cual se efectuó la noche del 29 al 30 de julio de 1749 y tuvo como resultado el emprisionamiento de entre 10 y 12 mil gitanos y gitanas de todas las edades.
30/03/1761	Se prohibe el acopio de pieles de liebre y conejo a los gitanos y regatones.

22/05/1765	Certificación de la Comisión del Nuncio Apostólico, dada en 20 de junio de 1748, excluyendo del asilo en los templos a los gitanos y malhechores contumaces.
18/05/1783	Cédula de S.M. el Rey Carlos III y Sres. del Consejo por la cual se manda a las Justicias de estos Reinos no den pasaporte ni otros despachos a los gitanos ni les permitan bajo ningún pretexto salir del lugar de su domicilio, prohibiéndoles también vayan a las ferias.
19/09/1783	Real Pragmática dictada en fuerza de ley por el Rey Carlos III, en que se dan nuevas reglas para contener y castigar la vagancia de los que hasta aquí se han conocido con el nombre de gitanos, o castellanos nuevos, con lo demás que se expresa.
07/10/1783	Pragmática Sanción en la que se indulta a los gitanos o castellanos nuevos y demás delinquentes vagantes, de sus delitos, si dentro del término de 90 días se retiraren a sus casas, fixaren su domicilio y se aplicaren a oficio, exercicio, y ocupación honesta.
28/02/1784	Real Provisión de los Sres. del Consejo, por la cual se recuerda a los Corregidores y Justicias del Reino la Real Pragmática Sanción de 19 de septienbre de 1783 sobre reducir a vida civil y cristiana a los llamados gitanos.
24/06/1784	Real Cédula de S.M. y Sres. del Consejo, por la cual se manda observar y guardar los capítulos insertos de la Real Pragmática sobre extinción de los llamados gitanos, y la Real Resolución que se cita dirigida a perseverar de insultos los caminos y pueblos [...].
01/12/1788	Orden Circular insertando varios capítulos de la Pragmática Sanción de 19 de septiembre de 1783, en que se dan las reglas para contener y castigar la vagancia de los gitanos, y mandando cumplirlas.

20/11/1793	Orden del Consejo para que los Corregidores y Justicias observen las reglas dadas en la Pragmática Sanción de 19 septiembre de 1783, publicada para contener la vagancia de los gitanos o castellanos nuevos y añaden otros, como formar partidas de gente arma [...]

La legislación antigitana en España se inicia en 1499 con la pragmática de los Reyes Católicos y cesa oficialmente en 1978, año en que se eliminan del reglamento de la guardia civil, aprobado en 1943, los artículos 4, 5 y 6 que hacían mención explicita a los gitanos ¿Es posible que una práctica jurídica que se desarrolla en España durante 479 años, desaparezca sin dejar rastro? Para contestar a esta cuestión tendré primero que analizar el modo y la forma en que el hecho gitano ha sido tratado históricamente, y situar desde este análisis las actuales políticas con respecto a los gitanos.

La existencia de esta legislación contra los gitanos nos indica ya dos cosas: de un lado la existencia de una mirada que distingue y valora de un modo concreto la diferencia gitana y la obstinación de hacerla desaparecer, y, de otro, la insistencia gitana por mantenerla. Esta será la tensión desde la cual se desarrolla la legislación antigitana en las leyes españolas. Desde el punto de vista legislativo, los gitanos son objeto de disposiciones específicas por parte de todos los monarcas españoles desde los Reyes Católicos hasta Alfonso XII. Y esta legislación no se confunde con ninguna otra.

3

Para entender este proceso jurídico, es preciso tener en cuenta una consideración. Desde la pragmática de los Reyes Católicos, el matiz más significativo de las distintas prácticas jurídicas referentes a los gitanos es que no se castiga un delito, sino que se condena un tipo de vida. O siendo más preciso, una determinada organización socio-cultural es semantizada como indigna de ser vivida. Pasan de ser considerados pere-

grinos a ser tratados como delincuentes. Esta deriva semántica se constata en el cambio de consideración jurídica para con los gitanos.

En un primer momento, los gitanos son bien acogidos por los distintos reinos por los que pasan. Obtienen cartas de protección, salvoconductos, permisos de los señores feudales, de reyes e incluso del Santo Pontífice. La obtención de estos documentos casi siempre se producía al declarar los gitanos como motivo de su nomadismo razones religiosas. Unos de los primeros documentos de este tipo otorgado a un grupo de gitanos, se sitúa en el Palacio de la Aljafería de Zaragoza. A esta ciudad llega un grupo de gitanos al frente del cual se destaca el Conde Tomás de Egipto Menor. Éste en audiencia con el rey Alfonso V, el Magnánimo, solicita permiso de paso para peregrinar a Santiago de Compostela. Cuenta que salidos de Egipto, descendientes de paganos convertidos al cristianismo volvieron a la idolatría y al hacerlo quedaron obligados a pagar su deuda peregrinando a los lugares sagrados de la cristiandad. Esta es, con pequeñas variantes, la explicación que ofrecían los gitanos de su nomadismo. Los gitanos, durante todo el siglo xv, justifican su nomadismo por motivos religiosos. Y en la mayoría de ocasiones obtienen los beneficios de tal condición. Así nos encontramos que durante el siglo xv, todos, o casi todos los grupos gitanos que se hallaban repartidos ya por todo el continente europeo, portaban salvoconductos de diversos reyes, príncipes y señores que les concedían permiso de paso y protección. Estas cartas de protección otorgan a los gitanos la consideración jurídica de peregrino y les garantiza los derechos de dicha condición. La figura jurídica del peregrino era una realidad establecida en los reinos peninsulares desde mucho antes de la llegada de los gitanos. Con la finalidad de proteger al peregrino se aprobaron infinidad de normas, civiles y eclesiásticas, regulando todas las facetas de la vida del peregrino, que darán lugar a lo que se ha denominado el «Ordenamiento jurídico o Código de los Peregrinos» (Pardo Gato, 2005).

Una de las primeras manifestaciones jurídicas de la protección del peregrino lo constituye el canon IV del Concilio de León de 1114 –confirmado posteriormente por el Concilio Compostelano de la misma fecha. En él se regula la seguridad personal del peregrino y la legislación civil sigue el mismo ánimo protector. Así, por ejemplo, el Rey Alfonso IX de León –que se da a sí mismo el título de «protector de los peregrinos»–, en su privilegio a favor de los peregrinos (1129), establece sanciones para quienes atenten contra la seguridad personal del peregrino (Valiña Sampedro, 1971). A la protección personal de los peregrinos se une la propia protección del propio «Camino Real», sometido a la jurisdicción del Rey –frente a las jurisdicciones o competencias municipales–, para imponer sobre él la *pax publica*, también denominada «paz del camino».

Durante las primeras décadas del siglo XV, los gitanos encuentran en el estatuto de peregrino la realidad jurídica por la que son incluidos en la sociedad. Pero esta consideración durará poco tiempo. Los motivos de este cambio hay que buscarlos en varias direcciones, en las que no voy a detenerme en esta ocasión. Lo que me interesa precisar ahora es en qué momento se produce ese cambio de consideración y las implicaciones jurídicas a las que este proceso conduce. Primero señalaré el momento. Este momento tiene fecha histórica: el 4 de marzo de 1499. En esa fecha los Reyes Católicos inauguran el nuevo cauce semántico por donde circulará el discurso sobre los gitanos. Esta ley ofrece muchas posibilidades de análisis. No agotaré todas las vías. Indicaré el cambio de consideración jurídica y algunas de las implicaciones de esta nueva consideración. El hecho mismo de la pragmática es prueba del cambio de consideración jurídica. Pero hay una cláusula que es iluminadora de lo que trato de explicar: «Lo cual mandamos que se cumpla y guarde sin embargo de cualesquiera nuestras cartas de seguro que de nos tengan, las cuales desde luego, las revocamos y sin embargo de cualquiera Cédulas y provisiones que contra el tenor de esta ley" (Pragmática de 1499).

Se anula cualquier carta de protección que los gitanos poseyeran −incluso en 1491 dio carta de seguro el Rey Fernando al conde gitano Jacomo ¡de quince años de validez! El estatuto de peregrino deja de tener validez para los gitanos. A partir de ese momento son excluidos del ámbito jurídico, social y político. A partir de ahora serán considerados como vagos ociosos en el mejor de los casos o simplemente como delincuentes.

Esta pragmática deja a los gitanos en una situación jurídica de indefensión que permite la impunidad: «Y ordenamos y mandamos, que si fueren aprehendidos juntos en cuadrilla algunos gitanos, en el número de tres, o más, con armas de fuego, cortas, o largas, o a caballo, sean, o no avencindados en los Reinos, aunque no se les pruebe otro delito, incurran en la pena de muerte» (12 de julio de 1695).

La desarticulación de un espacio jurídico para los gitanos aparece como la primera medida que se desprende de la legislación. De hecho, esta desarticulación fue causa constante de preocupación de los procuradores de las Cortes de Castilla en su intervención contra los gitanos. Así el 4 de agosto de 1525, en las cortes celebradas en Toledo, se solicitó la anulación de los salvoconductos de los que los gitanos se servían para eludir la justicia y Carlos I accedió a la petición: «A esto vos respondemos. Que no sabemos que contra la dicha pragmática [la de 1499] se haya dado provisión, ni cédula alguna, ni la mandaremos dar de aquí en adelante y si alguna apareciera, mandamos que no sea cumplida» (Congreso de los Diputados, Cortes de los Antiguos Reinos"; tomo IV, Madrid,1882). Similares medidas son adoptadas por las Cortes castellanas en 1528, 1534 y 1542. Todavía en 1551 se trabaja en la creación de un espacio jurídico de impunidad*: «*Suplicamos a V.M. mande que se guarden lo acordado contra ellos, y de aquí en adelante, no se les conceda licencias por el gran daño de la repulbica. A esto vos respondemos, que en esto está prevenido por la pragmática lo que se ha de hacer, y de ella se dan provisiones ordinarias en nuestro consejo, y en lo demás

tenemos prevenido que no se den tales licencias» (Ibídem, tomo V, págs, 487-600 petición 134).

Esta tendencia llego a su paroxismo en 1748, año en el que se les niega a los gitanos el derecho de asilo eclesiástico, derecho al que podía acceder todo tipo de delincuente. Esta reclamación venía ya de antiguo. Según los representantes del orden, uno de los principales obstáculos para la detención de los gitanos era la práctica del derecho de asilo eclesiástico. Los gitanos podían escapar de la justicia refugiándose en las iglesias. Ya desde mediados del siglo XVII la inmunidad eclesial es atacada, precisamente como un espacio de derecho. En 1700 el Consejo denuncia con vigor esta situación, juzgada de escandalosa y propone que se negocie con la sede apostólica las restricciones que el concordato de 1737 habrá de ratificar. En 1721, Felipe IV crea una comisión encargada de examinar en qué condiciones es aplicable a los gitanos el derecho de asilo. El informe que se le eleva dos años después tiende a establecer que este derecho, del que los gitanos abusan, fue la causa principal de fracaso de todas las leyes promulgadas desde los Reyes Católicos. Tomás de Cesareo, que persigue a los gitanos de la Mancha entre 1730 y 1745, acusa directamente a las autoridades religiosas de complicidad con "esos individuos depravados" que duermen todos juntos en los lugares sagrados: «ninguno puede negar que los gitanos son violadores continuos de las iglesias, pues en su sagrado cohabitan carnalmente hermanos con hermanas y parientes con parientes así de consanguinidad como de afinidad, y los que no admite duda es que todos practican los actos carnales de sus amancebamientos dentro del sagrado de las iglesias pues allí duermen de noche y cuando les parece de día, todos juntos, gitanos y gitanas lo que es público y notorio» (Leblon, 1993). Finalmente en 1748, unas órdenes del Papa Benedicto XIV transmitidas por el cardenal Valenti dan carácter normativo a las últimas modalidades reclamadas por el Consejo y que prevé el traslado de los delincuentes a las prisiones. En lo sucesivo, el derecho de asilo ha dejado de existir para los gita-

nos, y estos últimos acuerdos con la Santa Sede harán posible el arresto general de los gitanos de 1749. La "Gran Redada" supone sin duda uno de los episodios más oscuros de la negra historia de los gitanos en España. Ocurrió el 30 de julio de 1749. Durante varios meses se vino gestando una operación destinada a erradicar de raíz a la población gitana de España. La operación fue elaborada por las más altas instancias de la nación con la colaboración de la cúpula de la Iglesia católica y finalmente el Rey Fernando VI dio su aprobación. Los preparativos fueron llevados en secreto y dirigidos por el Marqués de la Ensenada, quien contaba con el apoyo del ejército y de las autoridades locales. Por el mero hecho de ser y de querer seguir siendo gitanos, en la noche del 30 de julio de 1749 se capturaron a todos los gitanos cuyo paradero fuese conocido. Los niños menores de doce años, los ancianos y las mujeres fueron enviados a prisión. Los hombres fueron enviados a trabajos forzados. Aunque algunos fueron puestos en libertad gracias a las protestas de sus vecinos, la mayoría tuvo que soportar aquella situación traumática hasta el año 1763, en el que el Rey Carlos III concedió el indulto general.

El ataque al derecho de asilo eclesiástico tiene más que ver con el intento de desarticular un espacio de derecho para los gitanos que con inclinaciones piadosas, aunque las segundas se utilizan como argumentos para justificar la eliminación de un espacio de ejercicio de derecho. Retrospectivamente, Campomanes, en un informe de 1763 afirma: «El asilo de los templos, a que se refugiaban los gitanos, era uno de los mayores impedimentos, para no poder administrar justicia los magistrados reales. No obstante que los gitanos, desde los mismos templos, en cuyos atrios casi habitaban, salían con seguridad a robar, se amparaban de su sagrado, para lograr la impunidad, y frustrar a los jueces sus procedimientos» (Leblon 1993).

4

A partir de la pragmática de 1499, la exclusión de los gitanos se concreta bajo dos modelos: el modelo de la peste y el modelo de la lepra.

El paradigma de la lepra estaba claramente basado en la exclusión, requería que los leprosos fueran "puestos fuera" de la ciudad. En este modelo, la ciudad pura mantiene al extraño afuera, en lo que Foucault llama *le grand enfermement*, el gran encarcelamiento: encerrar y excluir.

El modelo de la peste es completamente diferente y da pie a otro paradigma. Cuando la ciudad está apestada es imposible mover a las víctimas de la peste hacia afuera. Por el contrario, se da el caso de crear un modelo de vigilancia, control y articulación de los espacios urbanos. Éstos se dividen en secciones, dentro de cada sección cada camino se hace autónomo y puesto bajo la vigilancia de un intendente; nadie puede salir de casa, pero todos los días los hogares son revisados, cada habitante controlado, cuántos hay allí, si están muertos, etc. Es un cuadriculado territorio urbano vigilado por intendentes, médicos y soldados. Así, mientras el leproso era rechazado por un aparato de exclusión, la víctima de la peste es encasillada, vigilada, controlada y curada a través de una compleja red de dispositivos que dividen e individualizan, y al hacerlo también articulan la eficacia del control y del poder.

El modelo de la peste hace referencia a la gestión de la muerte en tanto que se abandona al enfermo a su suerte y el modelo de la lepra la gestión de la vida, en tanto que se habilitan y se regulan unos espacios exclusivos para estos grupos. A este control y disciplina de los ritmos vitales llama Foucault biopolítica. Foucault distingue el nacimiento de las estrategias políticas que se ejercen en las sociedades modernas como la inversión del derecho soberano del *dejar vivir y hacer morir* por el del *hacer vivir y dejar morir*. Los mecanismos biopolíticos incluyen técnicas de disciplina y regulación que quieren domesticar la vida de las poblaciones. Es decir, nos remite a una

interioridad. Pero de otro lado, el viejo poder soberano de muerte no desaparece en las sociedades biopolíticas, sino que éste se ejerce mediante el racismo que instaura unas técnicas de exterminio: pena de muerte, expulsión y reclusión que tratan de hacer desaparecer o alejar lo que considera peligroso. Y esto nos indica una exterioridad ¿Pero se dan ambas alguna vez juntas? ¿Las técnicas biopolíticas y las de exterminio pueden tener un mismo objeto? ¿Se puede gestionar una misma población con técnicas de exterminio y medidas disciplinarias y de regulación?, o, en otros términos, ¿puede ser algo considerado a la vez como exterior e interior? Sí, un límite, un borde. Sostengo que "lo gitano" se solidifica en las prácticas jurídicas como una figura límite entre un interior y un exterior. Esto aclararía el encadenamiento entre técnicas de exterminio y medidas disciplinarias y de regulación, que es una constante en la legislación en torno a los gitanos. Ya desde 1499 se observa este doble encadenamiento hasta 1978. El esfuerzo de las prácticas jurídicas puestas en circulación en torno a los gitanos, tratan de incorporárselos, de digerirlos, de normalizarlos, y a la vez prescribe técnicas de exterminio que pretenden hacerlos desaparecer. En la legislación antigitana española, se entremezclan los procedimientos de exterminio y las medidas biopolíticas. La legislación española no sólo trata de exterminar o alejar un exterior, tampoco de normalizar un interior, sino más bien de ambas cosas a la vez y sobre el mismo grupo. Se trata de expulsar una interioridad a la vez que de disciplinar una exterioridad hasta normalizarla por medio de un encadenamiento entre la prohibición y la obligación. La hidráulica entre prohibición y obligación se engarza en la mecánica de la legislación antigitana mediante las medidas de exterminio (que prohíben) y las técnicas biopolíticas (que obligan) que son los posicionamientos en los que históricamente basculan las disposiciones legales contra los gitanos.

La pragmática de 1499 muestra cómo ha sido semantizado el hecho gitano en las prácticas jurídicas españolas y ma-

nifiesta las estrategias a seguir. De un lado tenemos técnicas biopolíticas de acción que tratan de regular y disciplinar la vida, de otro tenemos unas estrategias de exterminio que se justifican desde una determinada semántica de subjetivación. Estas dos líneas, las medidas de disciplina y regulación y las técnicas de exterminio, se entrecruzan en muchos puntos y remiten a un centro común: el Homo Sacer: «Una oscura figura del derecho romano arcaico, en que la vida humana se incluye en el orden jurídico únicamente bajo la forma de su exclusión» (Agamben, 2003). La situación así creada no puede ser definida ni como una situación de hecho, puesto que se está negando su existencia, ni como una situación de derecho, puesto que se incluye sólo en el orden de su exclusión. En esta zona de indiferenciación, se encuadra "lo gitano" en la legislación española. En ella no aparecen más que en virtud de ser excluidos. Se les nombra para negarles el nombre. Por esto, las normas dictadas contra los gitanos, más que situarlas en los parámetros de la *"norma",* cabe situarlas en los andamiajes de la *"excepción*".

5

¿Hasta dónde se mantiene esta situación de indefensión jurídica de los gitanos?

Esta pregunta tiene una respuesta clara. Los gitanos seguimos siendo excluidos del ámbito político por carecer de un reconocimiento jurídico. Esto marca una fractura democrática, en tanto que se gestiona la vida y la muerte de una población sin tener en cuenta sus decisiones. Este hecho se explica porque los gitanos no estamos dentro de la norma jurídica sino que seguimos permaneciendo en la excepción. Este lugar de excepcionalidad en que ha situado la legislación histórica a los gitanos permite que hechos absolutamente escandalosos en los cauces democráticos se cometan sin que tenga ninguna consecuencia para el que los comete. Los gitanos seguimos situados en terrenos de la excepcionalidad jurídica y política y por tanto social. Actualmente esta situación

se mantiene de la misma forma aunque se formula de manera distinta. Si en la citada legislación, se les reconoce pero se le niega, en la actualidad no se nos niega pero tampoco se nos reconoce. Esta es la línea programática oculta de las actuales políticas para con los gitanos. Hora es de crear un espacio jurídico-político donde se reconozca y se afirme a los gitanos.

Referencias

Agamben, G. (2003). *Homo Sacer*. Valencia: Pretextos.

Fraser, A. (2005). *Los Gitanos*. Barcelona: Ariel.

Gómez Alfaro, A. (2009). Legislación histórica española dedicada a los gitanos. Sevilla: Junta de Andalucía. Consejería de Igualdad y Bienestar Social, D.L.

Leblon, B. (1993). Los gitanos de España. Barcelona: Gedisa.

Llansó, J. (2007). Poema de Parménides. Barcelona: Akal.

Pardo Gato, J. R. (2005). El Derecho Castellano-Leonés. León. *Revista Jurídica de Castilla León.*

Valiña Sampedro, E. (1971). *El Camino de Santiago. Estudio histórico-jurídico.* Lugo: Diputación de Lugo.

Vaux de Foletier, F. (1974). *Mil años de Historia de Los Gitanos.* Madrid: Planeta.

La salud en la población gitana española

Daniel La Parra
Universidad de Alicante

Resumen

Según los estudios sobre desigualdades sociales en salud, en España, una peor situación socioeconómica se corresponde con un peor estado de salud.

Recientemente contamos con un instrumento que nos permite la comparación del estado de salud de la población gitana en España con la del conjunto de la población. Esta ponencia se centra en explicar la exclusión social en salud a la que se ve sometida buena parte de la población gitana española y apunta a la pertenencia étnica como un determinante social de la salud.

Palabras clave: desigualdades sociales en salud, exclusión social en salud, población gitana

Introducción

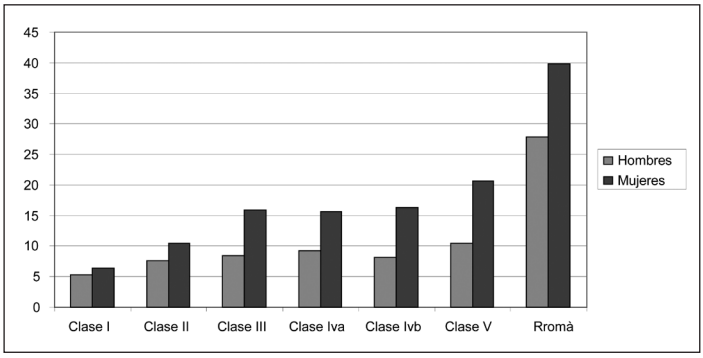
Los estudios sobre las desigualdades sociales en salud en España muestran la existencia de un acusado gradiente por clase social en el estado de salud de la población, esto es, a peor situación socioeconómica, peor es el estado de salud.

De acuerdo con la Comisión para Reducir las Desigualdades en Salud en España que nombró el entonces Ministerio de Sanidad y Política Social, en su informe final (MSPS, 2009a y 2010), el grupo que presenta peores indicadores de salud

cuando se utiliza la escala de clase social ocupacional son los obreros no cualificados (clase V, en la clasificación que emplea la Encuesta Nacional de Salud de España). El grupo que presenta una mejor situación es la clase social I, que se corresponde con los puestos de trabajo ligados a titulaciones universitarias de ciclo largo, así como los puestos de directivo en la empresa y en la administración.

En el año 2006 se realizó la primera y única, hasta el momento, Encuesta de Salud a Población Gitana de España, a través de un convenio entre el Ministerio de Sanidad y la Fundación Secretariado Gitano (MSPS, 2009b). Dicha fuente permite la comparación del estado de salud de la población gitana en España con la del conjunto de la población. En el gráfico 1 se puede observar que al conside-

Gráfico 1. Personas que acumulan tres o más problemas de salud crónicos, datos de la Encuesta Nacional de Salud de 2006 y Encuesta de Salud a Población Gitana de 2006



Nota. Los problemas considerados son: a) hipertensión arterial, b) colesterol elevado, c) diabetes, d) asma, bronquitis crónica o enfisema, e) enfermedad del corazón, f) úlcera de estómago, g) alergia, h) depresión, i) otras enfermedades mentales, j) jaquecas, migrañas o dolores de cabeza, k) mala circulación, l) hernias, m) artrosis y problemas reumáticos, n) osteoporosis, o) problemas del periodo menopaúsico (sólo mujeres) o problemas de la próstata (sólo hombres). Elaboración propia a partir de los ficheros de microdatos de las encuestas citadas.

rarse el estado de salud de la población gitana se produce una expansión del gradiente social en salud de manera que aumenta el nivel de desigualdad conocido de forma amplia y grave. Una situación que se podría definir como de exclusión en salud.

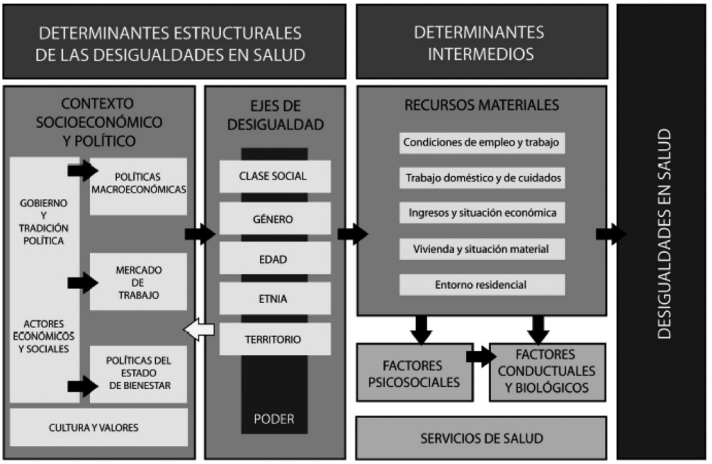
La gráfica también sirve para mostrar que existen diferencias en el estado de salud entre hombres y mujeres, tanto entre la población general de España, como específicamente entre la población gitana.

Un aspecto a destacar de este tipo de gráficos es que las desigualdades en salud no son un fenómeno que afecte exclusivamente a los grupos sociales que se encuentran en una peor situación social. Si se compara dos grupos, uno de clase media, con otro mejor situado en términos de ingreso, educación o situaciones ocupacionales, también se encuentran diferencias importantes en el estado de salud.

Similar gradiente por clase social, incluyendo una situación diferenciada y peor para la población gitana de España, se encuentra al estudiar otros indicadores como son: mala salud autopercibida, problemas de visión y audición, obesidad, limitación de la actividad principal, caries y otros (MSPS, 2009b).

Para explicar estos resultados, de acuerdo con la Comisión de Determinantes Sociales de la Salud de la Organización Mundial de la Salud y con la Comisión para Reducir las Desigualdades en Salud en España se ha de recurrir al enfoque de los determinantes sociales de la salud. Las causas de estas desigualdades han de buscarse en los sistemas de categorización social por clase social, género, etnia, edad y territorio, con las condiciones de vida, esto es con aspectos como el acceso al empleo, la educación, el ingreso o la vivienda, entre otros, por el papel de los servicios de salud a la hora de paliar o reducir las desigualdades en salud y por aspectos macrosociales tales como las políticas públicas, la política económica y el mercado de trabajo o el marco cultural (figura 1).

Figura 1. Marco conceptual de los determinantes de las desigualdades sociales en salud. Comisión para reducir las desigualdades en salud en España, 2010



De acuerdo con esto, las desigualdades en salud pueden considerarse evitables, ya que la amplitud de las mismas varía en cada sociedad. Las desigualdades en salud dependen de los procesos sociales mencionados y éstos son modificables, esto es, adquieren formas y características diferenciadas en cada país.

Por otro lado, las desigualdades en salud afectan al marco de opciones vitales del individuo. Por ejemplo, una peor salud reduce sus posibilidades de elección en campos como la educación o el empleo. En este sentido, se trata por tanto de una forma de desigualdad que puede considerarse injusta en la medida que limita la igualdad de oportunidades.

Cuando se produce esta doble circunstancia en relación a las desigualdades en salud, esto es, que sean injustas y evitables, se considera que son una forma de inequidad (Whitehead y Dahlgren, 2006).

La inclusión de la población gitana en los análisis sobre la desigualdad en salud amplía el gradiente social en salud

para España y su posición, incluso, se distancia de forma relevante de la del conjunto de la población. Hablamos de un salto cuantitativo y cualitativo en las cifras. Cuantitativo, porque los niveles de presencia de los problemas de salud son más elevados que en el resto de la población, y cualitativo, porque seguramente responden a causas específicas que explican tales distancias. A continuación, se proponen una serie de afirmaciones hipotéticas para explicar tal distancia. Pero antes de entrar en ellas se considera necesario aplicar el concepto de exclusión social desarrollado por la Social Exclusion Knowledge Network –SEKN– (Popay *et al.*, 2008), en el contexto de la Comisión de Determinantes Sociales de la Salud de la Organización Mundial de la Salud. Define la SEKN la exclusión social en salud como «una serie de procesos dinámicos y multidimensionales, estrechamente relacionados con las relaciones desiguales de poder que interactúan en torno a cuatro dimensiones principales –económica, política, social y cultural– y a diferentes niveles, incluyendo los niveles individual, familiar, comunitario, nacional y global. El resultado de dichos procesos es un continuo inclusión/exclusión caracterizado por el acceso desigual a los recursos, capacidades y derechos que conduce a desigualdades en salud».

De acuerdo con esta definición lo relevante es que los procesos son dinámicos y no afectan de forma exclusiva a grupos concretos de población, es decir, toda la población participamos de los mismos, pero desde posiciones que garantizan un mayor o menor grado de inclusión/exclusión (Tortosa y La Parra, 2002).

Algunas líneas de explicación

En línea con esta aproximación se pueden sugerir una serie de líneas de explicación, con carácter hipotético, sobre las razones por las cuales el estado de salud de una parte de la población gitana sufre un deterioro grave y dramático en el caso de España:

1. Dificultades de acceso a los servicios de salud. En España, la mayor parte de la población gitana tiene garantizado el acceso a los servicios de salud. La principal excepción serían aquellos que por su situación de extranjería (por ejemplo, gitanos provenientes del Este de Europa) no han regularizado su situación de residencia. De igual modo, no tendrían reconocido este derecho aquellos que no hubieran tramitado su tarjeta sanitaria. Esta situación es probablemente reducida, aunque sigue siendo una línea de trabajo desde las asociaciones gitanas. Sin embargo, hay varios servicios de salud que no quedan incluidos en la cartera de servicios públicos o que tienen una inclusión limitada. Se hace referencia aquí a servicios como los de salud dental, acceso a prótesis auditivas y visuales, salud mental, etc. En estos casos, la capacidad adquisitiva de las personas puede ser un elemento clave que determine el acceso. Adicionalmente, se puede producir este problema en poblaciones que viven segregadas espacialmente, esto es, a gran distancia de los servicios y con un mal sistema de transporte.
2. Enfermar debido a que se vive en una situación de pobreza, esto es, de privación de necesidades básicas, tales como la alimentación, vivienda digna, acceso a agua y electricidad, transporte u otros. En el caso de la población gitana se encuentra una importante presencia de problemas de pobreza y pobreza extrema. Por otro lado, existen múltiples condiciones sociales desfavorables para la salud que siguen afectando a la población gitana con mayor frecuencia. Se pueden poner algunos ejemplos: a pesar de las mejoras en la escolarización una parte importante de la población no ha tenido acceso a estudios y siguen encontrándose situaciones de abandono escolar prematuro, siendo muy infrecuente la escolarización después de las edades obligatorias. Las mejoras en la vivienda no han be-

neficiado a toda la población y persisten, aunque sean cada vez más puntuales, situaciones de chabolismo e infravivienda, o incluso se han transformado algunos problemas (por ejemplo, el llamado "chabolismo vertical", esto es, viviendas de mala calidad y sin servicios básicos en edificios). Un problema igualmente relevante es el clima social de convivencia entre población mayoritaria y población gitana caracterizado, para mucha gente, por la desconfianza, el racismo y la discriminación.

3. Empobrecimiento debido a problemas de salud. Esta situación se puede producir sobre todo cuando debido al estado de salud no se pueden desarrollar los trabajos para los que la persona está capacitada. El problema es más grave para las personas sin cualificación, pues la mayoría de los trabajos a los que puedan optar serán de tipo manual, lo que requiere un mejor estado de salud físico. También se puede producir cuando el problema de salud implica un gasto económico fuerte, pues aunque muchos costes están protegidos por el Sistema Nacional de Salud, existen gastos no considerados completamente (por ejemplo, la atención a personas enfermas a domicilio), esto es, los relacionados con las situaciones de dependencia por motivos de salud.
4. Carecer de habilidades para la protección de la propia salud. Esta situación está muy relacionada con el nivel educativo y, en ocasiones, con determinadas características culturales, que producen que no se sea capaz de adoptar pautas de vida saludables, de conocer el funcionamiento del cuerpo, de contar con estrategias adecuadas ante problemas psicosociales, de realizar un autodiagnóstico correcto y de buscar ayuda cuando se necesita. También puede producirse cuando existen circunstancias de vida en las que atender a los problemas de salud se convierte en secundario frente a

otros problemas más urgentes (por ejemplo, conseguir dinero, atender a otros familiares, etc.).

5. La exclusión relacionada con los problemas de relación entre grupos sociales. En la relación entre paciente y profesional, dentro de los servicios sanitarios o en cualquier tipo de servicio, se pueden encontrar problemas de discriminación y racismo. La discriminación y el racismo en la actuación de los servicios públicos serían formas de desigualdad en salud ya que suponen un trato injusto. Además la literatura señala que experimentar discriminación o racismo en el entorno social en el que habitas es una causa de pérdida de salud para los grupos o las personas que los padecen (Krieger, 1999). El informe Unequal Treatment (Smedley *et al.*, 2003) realizado por el Institute of Medicine de los Estados Unidos confirmó que las minorías étnicas reciben un peor tratamiento por parte de las compañías médicas aseguradoras que la mayoría blanca, incluso cuando están cubiertas por el mismo tipo de seguro. Como es conocido, el racismo es a un mismo tiempo un fenómeno emocional, racional y conductual que se puede manifestar tanto en la subjetividad de los actores sociales, como en su discurso y sus actos. Por este motivo tiene una alta capacidad para acabar institucionalizándose, esto es, acabar cristalizando en las pautas de comportamiento de las principales actividades de un determinado espacio social. El resultado de este proceso se conoce como racismo institucional. El racismo institucional se puede definir como aquella situación por la que una institución social favorece a un determinado grupo étnico en perjuicio de otros (Bhopal, 2004). Ejemplos de instituciones susceptibles de participar del racismo institucional sería el sistema educativo, el sistema de salud, el sistema legal, etc. En el caso de España este fenómeno no ha sido suficientemente estudiado para

el caso de la población gitana, pero dado el alto nivel de racismo que se observa en relación a la población gitana en la sociedad española es un elemento relevante a considerar a la hora de explicar las desigualdades en salud de la población gitana. Por otro lado, incluso cuando no existen problemas de discriminación y racismo, la comunicación puede ser difícil debido a la distancia social y cultural entre los grupos. Por otro lado, los servicios pueden no encontrarse adaptados a las pautas de vida y formas de pensar de las poblaciones en situación de exclusión social.

6. La existencia de otros problemas personales y sociales que puedan dificultar el desarrollo de una vida saludable, la asistencia a los servicios de salud y el seguimiento de tratamientos. Un claro ejemplo de esto serían aquellas situaciones en las que las personas no se encuentran en condiciones de atender a su propia salud debido a alguna drogodependencia, problema de salud mental, pobreza u otros.
7. Interseccionalidad. La población gitana se ve afectada por aspectos concretos relacionados con los sistema de categorización social por etnia y sus procesos asociados (por ejemplo, el antigitanismo), pero no deja de participar en los otros sistemas de categorización social. También se ha de considerar que dentro de la población gitana hay mujeres y hombres, distintas clases sociales, distintas nacionalidades y, en general, múltiples causas de diversidad social, que determinan conjuntamente la posición social de cada individuo. Es decir, al mismo tiempo que se es hombre o mujer, se puede ser gitano/a, contar con un determinado nivel educativo, de ingresos y situación laboral, tener una o más nacionalidades, un color de piel más claro o más oscuro y todo ello en una misma persona. En definitiva, estos elementos no se pueden separar en la vida de cada individuo. Es decir, a la población gitana

no le afectan únicamente las desigualdades en salud relacionadas con su grupo étnico de pertenencia, sino también las desigualdades en salud por clase social, género o territorio.

Posibles estrategias

Ante esta situación se pueden definir distintas estrategias para la mejora de la salud de la población gitana o, mejor para reducir las desigualdades en salud, reduciendo el gradiente social en salud y mejorando el estado de salud del conjunto de la población. Dichas estrategias tendrían que ver con la actuación sobre los determinantes sociales de la salud (figura 1) y con incidir sobre los procesos de exclusión social. La Organización Mundial de la Salud ha diferenciado entre cuatro grandes tipos de estrategias para reducir las desigualdades sociales en salud (Dalhgren y Whitehead, 2006): 1) Actuación sobre los determinantes sociales de forma integrada; 2) Actuación sobre enfermedades específicas; 3) Actuación en entornos; y 4) Trabajo con grupos.

1) *La actuación integral sobre los determinantes sociales de la salud*. Son aquellas actuaciones que se dirigen a integrar el objetivo de la igualdad en salud en las políticas para el crecimiento económico, reducir el empleo, promover la educación, mejorar la vivienda, ampliar la protección social, reformar el sistema de transporte, reorientar los servicios de salud, etc. La pregunta clave sería ¿cómo contribuir al objetivo de reducir la desigualdad en salud desde las actuaciones que ya se están realizando? ¿cómo integrar este objetivo en las actuaciones futuras? Las herramientas sobre "análisis del impacto en la igualdad en salud" (*health-equity impact assesment*) son muy útiles para conseguir esta integración.
2) *Actuación sobre enfermedades específicas*. Se trata de una aproximación corriente para atender problemas como el VIH/SIDA, drogodependencias, programas pre-

ventivos, etc. La atención sobre un problema específico puede favorecer la coordinación de acciones entre actores diferenciados. En este tipo de enfoque se tiende a atender a los determinantes inmediatos de la salud, olvidando los determinantes sociales de la salud.

3) *Actuación por entornos*. Se trata de convertir un espacio social específico en un entorno saludable, esto es, actuar en escuelas, hogares, lugares de trabajo, hospitales, barrios, pueblos o ciudades, para transformarlos en entornos que apoyen la salud, en la línea de lo establecido en la Declaración de Sundsvall sobre Entornos que Apoyan la Salud (Organización Mundial de la Salud). Para introducir el elemento de equidad en salud es relevante en este tipo de programas valorar qué entornos se encuentran más desprotegidos debido a factores de tipo socioeconómico y actuar sobre ellos.
4) *Actuación en grupos específicos*. Es una estrategia típica en el trabajo de problemas relacionados con la edad (infancia, personas mayores, embarazo, etc.). Permite afrontar la especificidad de un grupo cultural o socioeconómico determinado por lo que puede ser adecuada para el trabajo con grupos minoritarios. Sin embargo, existe un riesgo de reforzar las divisiones sociales de grupo y de reforzar los mecanismos de clasificación y estigmatización social, que debe ser considerado en la propia estrategia.

Como se observa, aunque las cuatro estrategias son relevantes para trabajar en la reducción de las desigualdades en salud, la primera es la que tendría un mayor potencial al incidir de forma sinérgica sobre los principales determinantes sociales de la salud. En este sentido, cabe destacar que en los últimos años se han producido dos grandes iniciativas internacionales relacionadas con los *Rroma*, gitanos, en Europa. La primera de ellas es la *Decade of Roma Inclusion 2005-2015*, una

iniciativa asumida por 12 países europeos −entre los que está España−, con la participación y apoyo de distintos organismos internacionales que se ha planteado la mejora de la situación del Pueblo Gitano en Europa en cuatro grandes áreas: educación, empleo, salud y vivienda. Como resultado de dicha iniciativa en España se aprobó, por Consejo de Ministros, el *Plan de Acción de Desarrollo del Pueblo Gitano 2010-2012* (Gobierno de España, 2010). En un movimiento posterior, ya en 2011, la Unión Europea ha impulsado para todos sus países miembros y para los países en el proceso de incorporación a la Unión Europea, la elaboración de las llamadas Estrategias Nacionales de Inclusión, a partir de distintas comunicaciones de la Comisión Europea (CE, 2011). La iniciativa repite las áreas de prioridad y objetivos de la Década, de manera que en materia de salud se establece como objetivo "reducir las desigualdades en salud entre los gitanos y el resto de la población". Una de las consecuencias políticas para el caso español fue la aprobación, también por Consejo de Ministros, de la Estrategia Nacional de Inclusión de la población gitana 2012-2020 (Gobierno de España, 2012).

Sin embargo, aunque estas iniciativas están movilizando esfuerzos importantes por parte de las instituciones europeas y organismos internacionales (por ejemplo, a través de fondos europeos y movilización de recursos humanos), la realización final dependerá de la acción de cada país. La clave está, por tanto, en el modo concreto en el que los documentos aprobados por cada país se conviertan en una mejora de la vida de las poblaciones y en el desarrollo de los instrumentos adecuados para la medición de la consecución de los objetivos (Open Society, 2010).

Referencias

Bhopal, R. (2004). Glossary of terms relating to ethnicity and race: for reflection and debate. *Journal of Epidemiology and Community Health, 58: 441-445.*

Comisión Europea (2011). *Comunicación de la Comisión Europea al Parlamento Europeo, al Consejo, al Comité Económico y Social y al Comité de las Regiones. Un marco europeo de estrategias nacionales de inclusión de los gitanos hasta 2020*. Bruselas 5.4.2011. COM; 2011. 173 final.

Dalhgren, G. y Whitehead, M. (2006). *European strategies for tackling social inequities in health. Levelling up Part 2*. Copenhaguen: WHO.

Gobierno de España (2010). *Plan de Acción para el Desarrollo de la Población Gitana (2010-2012)*. Acuerdo de Consejo de Ministros de 9 de abril de 2010. www.msps.es/politicaSocial/inclusionSocial/docs/planDefinitivoAccion.pdf 22/03/2013.

Gobierno de España (2012). *Estrategia Nacional para la Inclusión Social de la Población Gitana 2012-2020*. Acuerdo de Consejo de Ministros de 2 de marzo de 2012. www.msc.es//ssi/familiasInfancia/inclusionSocial/poblacionGitana/docs/EstrategiaNacionalEs.pdf 22/03/2013.

Krieger, N. (1999). Embodying inequality: a review of concepts, measures, and methods for studying health consequences of discrimination. *International Journal of Health Services, 29: 295-352*.

MSPS (2009a). *Análisis de la situación para la elaboración de una propuesta de políticas e intervenciones para reducir las desigualdades sociales en salud en España. Comisión para reducir las desigualdades sociales en salud en España*. Madrid: Ministerio de Sanidad y Política Social.
http://www.msssi.gob.es/profesionales/saludPublica/prevPromocion/promocion/desigualdadSalud/docs/Analisis_reducir_desigualdes.pdf 15/10/2013.

MSPS (2009b). *Hacia la equidad en salud. Estudio comparativo de las Encuestas Nacionales de Salud a población gitana y población general de España, 2006*. Madrid: Ministerio de Sanidad y Política Social/Fundación Secretariado Gitano, NIPO: 351-09r-r021-6.

MSPS (2010). *Avanzando hacia la equidad. Propuesta de políticas e intervenciones para reducir las desigualdades sociales en salud en España. Comisión para reducir las desigualdades sociales en salud en España.* Madrid: Ministerio de Sanidad y política social. http://www.msssi.gob.es/profesionales/saludPublica/prevPromocion/promocion/desigualdadSalud/docs/Propuesta_Politicas_Reducir_Desigualdades.pdf 15/10/13.

Open Society (2010). *No data - no progress*. New York: Open Society Foundations.

Popay J., Escorel S., Hernández M., et-al. (2008) *Understanding and tackling social exclusion.* WHO. http://www.who.int/social_determinants/knowledge_networks/final_reports/sekn_final%20report_042008.pdf 15/10/2013.

Smedley, B. D., Stith, A. Y., Nelson, A. R. (eds.) (2003). *Unequal treatment: confronting racial and ethnic disparities in health care*. Washington: Institute of Medicine of National Academies.

Tortosa. J. M. y La Parra, D. (2002). Procesos de exclusión social. Redes que dan protección e inclusiones desiguales. *Revista del Ministerio de Trabajo e Inmigración, 35: 55-66*.

Whitehead, M. y Dahlgren, G. (2006) *Concepts and principles for tackling social inequities in health. Levelling up Part 1*. WHO: Copenhaguen.

La concepción y las prácticas relacionadas con la salud y la enfermedad en la comunidad gitana

Marlen Menéndez Menéndez
Asociación Gitana UNGA

Resumen

La comunidad gitana española se encuentra afectada por desigualdades en el estado de salud que son innecesarias, evitables e injustas. En el análisis de esta situación la clave está en los determinantes sociales de la salud. Pero para entender en profundidad la situación es necesario incorporar al análisis otros factores tales como el concepto de salud de la propia comunidad gitana.

De ese análisis es de donde deben surgir las propuestas de actuación.

Palabras clave: concepto gitano de salud, promoción de la salud, buenas prácticas.

Introducción

La Encuesta de Salud a la Comunidad Gitana de España, 2006 del MSPSI, refleja que la comunidad gitana se encuentra en una situación de desigualdad en salud, es decir, indica que la comunidad se encuentra afectada por diferencias en el estado de salud que son innecesarias, evitables e injustas.

Entendemos que los determinantes sociales de la salud son la clave para poder optar a un estado de salud saludable, es decir nuestra posición económica, la vivienda, el entorno, la educación, el pertenecer a uno u otro grupo, entre otros, son factores que condicionan totalmente la salud de un Pueblo.

La OMS entiende que la salud va más allá de la ausencia de enfermedad por ello, entre otras cosas, queremos destacar que nuestro concepto acerca de lo que es la salud afecta intrínsicamente a las personas y por lo tanto a su estado de bienestar.

La concepción de la salud en la comunidad gitana

No nos parece oportuno empezar a hablar de un tema tan importante, sin antes recordar que la comunidad gitana a día de hoy es muy *heterogénea* y, aunque presenta características comunes, está sometida como otros grupos a factores sociales, de exclusión, factores religiosos… que los diferencian entre ellos y que hace que el hablar de un solo concepto de salud para todos pueda no identificar a toda la comunidad. En esta ponencia nos referimos únicamente a nuestra particular experiencia que se refiere básicamente a personas gitanas de clase social baja y concepción cultural tradicional.

Podemos partir de características concretas de la concepción salud-enfermedad presentes en un sector importante de la comunidad gitana:

- Se percibe la salud como la ausencia de dolor y / enfermedad, es decir si no hay dolores o sintomatología alguna, se considera que la persona está sana.
- Percepción de la salud muy funcionalista, muy ligada en el hombre a poder trabajar, estar activo y a la mujer a tener hijos y cuidar de su familia.
- Percepción una vez que se está enfermo muy ligada a la muerte, es entonces cuando se actúa de manera inmediata y buscando soluciones como sea y donde sea.

- El concepto de mantenerse saludable se entiende que no depende de uno mismo, sino de factores externos (es importante destacar que empieza en algunos sectores de la comunidad gitana a verse que el estilo de vida, la alimentación, el ejercicio físico, la salud mental… son factores importantes para mantenerse sanos).
- Vivencia de la salud-enfermedad en familia el concepto de salud trasciende totalmente lo individual.
- Podríamos establecer ciertas relaciones sobre el concepto de salud ligadas entre otros factores al nomadismo, la importancia del "hoy y no del mañana", esto marca inevitablemente a la persona, su estilo de vida y hábitos.
- La percepción y vivencia desde la desconfianza al no gitano, condiciona el concepto que se tiene sobre la salud, "no tengo nada, esto son cosas de payos", "si voy al médico me va a poner nombre a lo que tengo y así si no lo sé no lo tengo"…
- Si el tratamiento funciona y desaparecen los síntomas suele abandonarse al igual que las indicaciones terapéuticas para prevenir recaídas, desde el propio concepto de que "si no hay dolor no hay enfermedad".

La concepción y las prácticas relacionadas con la salud y la enfermedad en la comunidad gitana

- *Las prácticas relacionadas con la salud y la enfermedad en la comunidad gitana*:
  - Prácticas relacionadas con la Promoción de la Salud.
  - Prácticas relacionadas con la Prevención.

Prácticas relacionadas con la promoción de la salud y los hábitos saludables:

1. Hábitos relacionados con la alimentación y vida saludable:
   - En cuanto a la *ALIMENTACIÓN:*
     - Consumo excesivo de carnes principalmente de cerdo en la dieta.
     - Grasas, productos de bollería industrial (azucares), alto consumo de sal.
     - Escaso consumo de frutas y verduras no así de legumbres, arroz y pasta.
     - Falta de horarios y normas en las comidas de los menores y adultos gitano/as, condicionados por los horarios laborales o quehaceres de la familia.
   - La salud *BUCODENTAL* podríamos llamarla "la asignatura pendiente" de la comunidad, como sabemos a través de la encuesta de salud 2006 a la comunidad gitana hay alto índice de caries y falta de piezas dentales −esto en gran parte debido a la falta de hábitos al respecto−, la ausencia de relación en el concepto con el desarrollo de enfermedades sino que más bien se relaciona sólo con lo estético lo que dificulta la práctica habitual del cepillado e higiene bucodental como un hábito diario sobre todo en los menores.
   - En cuanto al *EJERCICIO FÍSICO* su práctica es poco habitual y poco instaurada en la comunidad gitana como un hábito saludable que previene ciertas enfermedades crónicas, cardiovasculares y/ o obesidad y que nos mantiene activos y saludables.

2. Hábitos relacionados con la PREVENCIÓN:

- Si tenemos en cuenta lo expuesto y el concepto sobre la salud, nos damos cuenta que enfermedades como la diabetes y el colesterol son muy difíciles de prevenir y de tratar dentro de la comunidad, puesto que en un principio éstas no producen dolor y por otro lado la prevención en

cuanto a estas enfermedades u otras crónicas, las relacionadas con la alimentación y el ejercicio físico o con los hábitos saludables en general complican la prevención por lo antes expuesto por eso es de especial relevancia incidir en los hábitos que presenta a día de hoy la comunidad.

- Prevención de la salud bucodental, las prácticas que aquí nos encontramos son aquellas relacionadas una vez más con el dolor cuando ya no se puede más se acude al dentista (flemón, dolor de muelas, rotura de un diente que produce dolores) pero no se hace uso de la prevención, revisiones periódicas y demás tratamientos preventivos.
- La prevención del consumo de drogas se complica sobre todo ante ciertas sustancias (tabaco, alcohol y hachís) "normalizadas" entre un sector de la comunidad no en otros como en la Iglesia evangélica u otros que si consideran que son perjudiciales para la salud y pueden producir enfermedades y problemas graves.
- En cuanto al consumo de otras sustancias actualmente nos encontramos con el *handicap* de que se sigue asociando que existe un problema-enfermedad por parte de ciertas familias gitanas, como puede pasar en otras culturas o grupos, sólo cuando se produce un deterioro muy importante de la persona. Por ello cuando se llega a la red asistencial, el proceso de recuperación es más largo y complicado y no exento en la mayoría de los casos de problemas por la falta de adaptación cultural de los PLD a la comunidad gitana.
- Las ETS, VIH/SIDA, VHB y VHC pueden aparecer por prácticas de riesgo que se suceden al no querer utilizar el preservativo como único método de protección del contagio sexual y la falta de información sobre los cuidados que hay que tener para evitar el contagio por vía sanguínea.

Es de vital importancia destacar la importancia en la prevención en todos los miembros de la comunidad gitana, pero aún más si cabe en la mujer debería iniciarse desde edades tempranas dado el rol tan importante que tiene dentro de la comunidad pero también sobrecargado: esposa, madre, hija,

cuidadora, trabajadora… y sobre todo porque en ella recae el cuidado de la salud de todos los miembros de la familia.

- Uno de los problemas que nos encontramos son las visitas al ginecólogo. Se continúa relacionando al ginecólogo con la maternidad, de ahí que en general las visitas a éste sólo se dan cuando se está embarazada, por lo que hay un uso inadecuado de esta especialidad para prácticas preventivas en la mujer, como puede ser la detección precoz del cáncer de cuello de útero o de mama entre otras (citologías y mamografías).
- En relación a la salud mental de las mujeres, las prácticas que podemos relacionar en este aspecto son que, al preguntarles cómo se encuentran en muchos de los casos, ellas mismas manifiestan que muchas veces se sienten tristes, deprimidas, muy cansadas, que no tienen tiempo para ellas mismas, que la salud de su familia es lo más importante, pero que la de ellas puede siempre esperar. Esto hace que se produzca una cronificación en muchos casos de distintas patologías que podrían prevenirse y con el posterior efecto de la automedicación.
- Nos encontramos que la población gitana sufre más accidentes que la población mayoritaria, dentro de la casa, en la calle y sobre todo en la carretera, y que las mujeres gitanas sufren más quemaduras e intoxicaciones dentro del hogar. A su vez los hombres tienen más accidentes de tráfico por lo que es imprescindible trabajar en la prevención de accidentes domésticos y de tráfico con la familia, principalmente con la mujer que es la principal transmisora.

Recomendaciones y claves

- Trabajar el concepto de salud que se tiene y que se vive en la comunidad gitana.
- Trabajar y potenciar los hábitos de vida saludable (alimentación, ejercicio físico, salud bucodental…) en la

familia, principalmente a través de los padres y las madres para que lo transmitan a sus hijos.
- Trabajar la prevención en general y en concreto de enfermedades crónicas, ETS, VIH/SIDA, VHB, VHC, prevención de conductas de riesgo, consumo de tabaco y/o otras sustancias, salud bucodental, prácticas preventivas en la mujer gitana, autoestima, salud mental, etc…

Claves

- Trabajar desde dentro y con la comunidad gitana (mediación intercultural).
- Normalizar la información.
- Respeto, cercanía y adaptación.
- Sensibilización y formación de la red socio-sanitaria.
- Trabajar con la red familiar.

Las desigualdades son innecesarias, evitables e injustas.

La intervención en salud con la comunidad gitana

Javier Arza
Departamento Trabajo Social de la Universidad Pública de Navarra

Ricardo Hernández
Federación Gaz Kalo de asociaciones gitanas de Navarra

Resumen

El Pueblo Gitano es la minoría étnica más numerosa en Europa. En el caso de España, y aunque no existe un censo, se calcula que su población oscila entre las 800.000 y el millón de personas.

En un estudio impulsado por el Ministerio de Sanidad y Política Social (La Parra, 2009) se afirmaba que la comunidad gitana se encuentra en una situación de desigualdad en salud, caracterizada por una mayor prevalencia de enfermedades crónicas y una mayor presencia de factores de riesgo cardiovascular. Por ello, es necesario el desarrollo de políticas dirigidas a eliminar esas desigualdades.

En este documento presentamos algunas claves que deben ser tomadas en cuenta para el desarrollo de ese tipo de políticas. En primer lugar nos referiremos a una serie de criterios metodológicos consensuados en este ámbito. Posteriormente presentaremos los documentos institucionales que definen las políticas del Gobierno de España en este terreno. Finalmente describiremos tres buenas prácticas que se están desarrollando en el campo de la intervención en salud con la comunidad gitana.

Palabras claves: marco institucional de intervención social en salud, metodología de intervención social en salud, buenas prácticas

1. Recomendaciones sobre programas de salud dirigidos a la comunidad gitana

El Ministerio de Sanidad ha convocado en los últimos años dos grupos de trabajo para analizar la intervención en salud con la comunidad gitana. Las conclusiones de estos grupos de expertos y expertas han sido publicadas por el Ministerio de Sanidad en los siguientes libros:

- *Salud y Comunidad Gitana* (2005).
- *Comunidad Gitana y Salud. La situación de la comunidad gitana en España en relación con la salud y el acceso a los servicios sanitarios. Conclusiones, recomendaciones y propuestas* (2008).

En ellos se recogen una serie de recomendaciones generales que deben tener en cuenta los programas que deseen abordar la desigualdad en salud de la comunidad gitana:

- *Participación de la comunidad gitana en todos los procesos de intervención.*
  Para evitar enfoques asistencialistas o paternalistas en la intervención, la participación y el protagonismo de la comunidad gitana debe producirse en todas las fases del proceso de diagnóstico-planificación-intervención-evaluación. En los textos referidos se señala específicamente a las asociaciones gitanas como agentes con los que se deben establecer alianzas para el desarrollo de programas en salud.
- *Trabajo intersectorial.*
  Los determinantes sociales de la salud, que en el caso de la comunidad gitana tienen una especial influencia, exigen la puesta en marcha de procesos de trabajo entre diferentes sectores: educación, vivienda, empleo… Es preciso adoptar un enfoque sociosanitario que facilite el trabajo multidisciplinar y en red.

- *Avanzar y profundizar en la investigación.*
  La escasez de estudios e investigaciones sobre la salud de la población gitana es un factor que dificulta en gran medida la planificación de programas específicos que se adapten a la realidad y necesidades de esta población. En este sentido, cualquier programa de intervención debe contemplar también entre sus objetivos el contribuir a avanzar en el conocimiento sobre la situación, características y necesidades que la población gitana tiene en el ámbito de la salud.
- *Formación en atención a la diversidad del personal que trabaja en salud.*
  En el currículum sanitario no se han primado hasta el momento las habilidades de comunicación, ni los conocimientos de antropología médica necesarios para prestar servicios eficaces a poblaciones multiculturales. En este sentido, es fundamental la formación del personal que trabaja en el ámbito de la salud. Esta formación debe ser recibida antes del ejercicio profesional, pero también es necesario fomentar el reciclaje permanente.
- *Fomento de la mediación intercultural.*
  Para eliminar o debilitar las barreras de comunicación entre la comunidad gitana y el sistema sanitario, además de abordar la formación de los y las profesionales que trabajan la salud, otra de las vías es la incorporación de la mediación intercultural.
- *Adaptación de materiales didácticos y campañas de información-sensibilización.*
  Por un lado, se recomienda seguir elaborando materiales didácticos adaptados a los códigos culturales de la comunidad gitana. Por el otro, se subraya que las campañas institucionales no suelen lograr que la comunidad gitana se sienta identificada con ellas. Es preciso, por lo tanto, diseñar algunas iniciativas (complementarias de las campañas dirigidas a toda la pobla-

ción) que sean significativas para la población gitana. La participación de personas gitanas en el diseño de estas campañas y materiales didácticos sería un claro ejemplo de buena práctica.

- *Avanzar en la universalización de prestaciones sanitarias.*
  Aunque la universalización de una prestación suele generar en un inicio inequidad (accede a ella más la población que se encuentra en una mejor situación), posteriormente va logrando llegar a toda la población y tiende a establecerse como una norma social. En este sentido, la universalización, por ejemplo, de la atención buco-dental, podría tener un efecto muy positivo a medio plazo en la salud de la comunidad gitana, tal y como se observa que está ocurriendo en otros casos (la vacunación, las revisiones ginecológicas…).
- *Incidir sobre el concepto de salud predominante en algunos sectores de la comunidad gitana.*
  La existencia de recursos y prestaciones sanitarias es insuficiente si no se trabajan también las actitudes hacia la salud y los estilos de vida. Para ello, debemos tener en cuenta la percepción que sobre la salud predomina en algunos sectores de la comunidad gitana. En muchos casos consideran que el binomio salud-enfermedad está regido por factores ajenos a ellos o ellas y, por lo tanto, no vinculan la salud con el estilo de vida (con la alimentación o el ejercicio físico, por ejemplo).
- *Tendencia a la normalización de los programas que trabajan la salud con la comunidad gitana.*
  La tendencia de los programas debe ser la normalización, es decir, que la comunidad gitana pueda ser atendida por los mismos profesionales y en los mismos recursos que el resto de la población. Si en algún caso es preciso poner en marcha intervenciones de carácter específico (dirigidas exclusivamente a la población gitana), ésta debe ser considerada como una medida

temporal orientada a preparar la incorporación posterior de la población a recursos normalizados.

- *Estabilización de los programas que trabajan la salud con la comunidad gitana.*
  Finalmente, se afirma que la intervención en este campo requiere procesos a medio-largo plazo, por lo que los programas deben contar con una adecuada estabilidad en el tiempo.

1.1. La mediación intercultural

Por su especial relevancia en la intervención con la comunidad gitana, profundizaremos en torno a una de las recomendaciones señaladas en el anterior apartado: el fomento de la mediación intercultural.

Como se señala en el documento "Salud y Comunidad Gitana" (FSG, 2005): «la mediación, entendida de forma profesionalizada, es un recurso que actúa como puente entre la comunidad gitana y la sociedad mayoritaria para promover un cambio constructivo en las relaciones entre ambas»

La mediación en el ámbito de la salud con la comunidad gitana tiene entre sus funciones:

- Facilitar la comunicación entre los y las profesionales de los recursos sanitarios y la comunidad gitana, promoviendo su acceso a dichos recursos en igualdad de oportunidades.
- Asesorar a las personas gitanas usuarias en relación con los y las profesionales de los servicios sanitarios.
- Asesorar a los y las profesionales sanitarios para una atención adecuada a las necesidades e intereses de la población gitana.
- Promover la dinamización comunitaria.
- Apoyar personalmente a las personas gitanas usuarias.

Para facilitar un adecuado desarrollo de esta metodología de mediación, es preciso tener en cuenta las siguientes recomendaciones:

- Cuidar el proceso para la captación y selección de personas candidatas a convertirse en mediadores y mediadoras.
- Poner en marcha un proceso de formación previa y continua.
- Aportarles supervisión y acompañamiento profesional.
- Ofrecerles herramientas de calidad para realizar su labor (guías metodológicas y didácticas, materiales adaptados culturalmente, registros de evaluación, etc.).
- Facilitarles una identidad institucional que les permita moverse adecuadamente entre el sistema sanitario y la comunidad gitana.

En cuanto a la captación y selección de las personas mediadoras, se sugieren los siguientes criterios:

- ✓ Que sea consciente de la diversidad interna del Pueblo Gitano respecto a costumbres, valores, identidades, situación socioeconómica, etc.
- ✓ Que sea un referente positivo para la comunidad.
- ✓ Que tenga capacidad para generar relaciones de confianza en la comunidad gitana y en la sociedad mayoritaria.
- ✓ Que tenga capacidades para el trabajo en equipo.
- ✓ Que tenga capacidades para la mediación en conflictos.
- ✓ Que tenga un conocimiento básico sobre el sistema sanitario y actitudes positivas hacia el mismo.
- ✓ Que tenga conocimientos básicos sobre informática e Internet.
- ✓ Que tenga actitud positiva hacia la formación permanente.
- ✓ Se valorará positivamente su formación académica.
- ✓ Se valorará positivamente su experiencia previa en tareas relacionadas con la mediación y la intervención social.

2. La salud en los planes de intervención con la comunidad gitana

El Gobierno de España ha aprobado en los últimos años dos documentos institucionales de gran relevancia, ya que pretenden planificar de manera integral e intersectorial todas las estrategias y actuaciones dirigidas hacia el desarrollo de la comunidad gitana. En este apartado presentaremos ambos y detallaremos específicamente los objetivos y actuaciones referidas a la salud de la comunidad gitana.

2.1. Plan de acción para el desarrollo de la población gitana (2010-2012)

El 9 de abril de 2010 fue aprobado por el Consejo de Ministros el Plan de Acción para el Desarrollo de la Población Gitana (2010-12). Para su elaboración se tuvieron en cuenta las aportaciones de los distintos grupos de trabajo del Consejo Estatal del Pueblo Gitano[24]. Asimismo, su desarrollo exige tener en cuenta la participación de los distintos ministerios, del asociacionismo gitano y muy especialmente de las comunidades autónomas, ya que tienen competencias esenciales para la puesta en marcha de políticas de alto impacto en el desarrollo de la comunidad gitana.

El Plan contempla ocho ámbitos de actuación:

1. Ciudadanía, igualdad de trato y no discriminación.
2. Educación.
3. Empleo y actividad económica.
4. Acción social.
5. Salud.
6. Vivienda.
7. Cultural.
8. La población gitana en la agenda política europea.

24 El Consejo Estatal del Pueblo Gitano es un órgano compuesto por representantes de las asociaciones gitanas y de los diferentes ministerios. Su función es consultiva respecto a las políticas relacionadas con la comunidad gitana.

Específicamente en el ámbito de la salud, el Plan define *tres objetivos generales y 23 actuaciones*.

1. Facilitar un mejor acceso y aprovechamiento de los servicios de salud, estableciendo la relación normalizada entre la comunidad gitana y el sistema sanitario. Actuaciones:
   - ✓ Formación en atención a la diversidad, interculturalidad y género de los y las profesionales que trabajan en el ámbito de la salud.
   - ✓ Desarrollo de iniciativas de mediación intercultural y educación entre iguales en el sistema sanitario.
   - ✓ Adaptación cultural, cuando sea necesario, de materiales didácticos y campañas de información-sensibilización.
   - ✓ Participación de la población gitana y de su tejido asociativo en el diseño, desarrollo y evaluación de las actuaciones dirigidas a disminuir las desigualdades en salud de la comunidad gitana.
   - ✓ Mejorar la accesibilidad y el uso adecuado del sistema sanitario mediante la captación activa y la disminución de las barreras de acceso al sistema sanitario, sobre todo en la población más desfavorecida.
   - ✓ Contemplar objetivos específicos dirigidos a la población gitana en las distintas estrategias del Ministerio de Sanidad y Política Social y de las comunidades autónomas. Por ejemplo:
     - – Estrategias nacionales y autonómicas de cáncer, cardiopatía isquémica, diabetes, salud mental, cuidados paliativos, accidente vascular cerebral y enfermedad pulmonar obstructiva crónica.
     - – Estrategia NAOS, acciones de promoción de la alimentación saludable y la práctica de la actividad física.
     - – Plan de prevención de accidentes domésticos.
     - – Plan nacional sobre drogas.

  - Plan de salud bucodental en la infancia.
  - Programas de acceso a los servicios de salud sexual y reproductiva.
- ✓ Potenciar la creación de foros de trabajo intersectorial con otras entidades y planes de actuación, tanto de ámbito estatal como autonómico y local.

2. Reducir la distancia que persiste, en determinados indicadores de salud, entre la comunidad gitana y el conjunto de la población española.
   - ✓ Fomentar en las mujeres gitanas las prácticas preventivas ginecológicas mediante captación activa y/o estrategias informativas adaptadas cuando sea necesario:
     - Mejorar la cobertura de las mamografías en las mujeres gitanas de entre 50 y 64 años.
     - Mejorar la cobertura de las citologías en las mujeres gitanas de entre 35 y 60 años.
     - Mejorar la salud maternal y el control del embarazo.
     - Información y acceso a los métodos anticonceptivos.
   - ✓ Mejorar la salud en la primera infancia:
     - Realizar captación activa y mejorar la cobertura de los programas preventivos y de vigilancia de la salud dirigidos a la infancia.
     - Realizar intervenciones específicas de promoción de la salud en la infancia con efectividad basada en la evidencia (visitas domiciliarias, etc.) cuando sea necesario
   - ✓ Mejorar el seguimiento de los factores de riesgo cardiovascular, priorizando el control de la hipertensión, el colesterol, el sobrepeso, la obesidad y la diabetes.
   - ✓ Desarrollar actuaciones para la promoción de la salud mental y la prevención y tratamiento de la depresión en mujeres gitanas.

- ✓ Desarrollar actuaciones para la prevención de la accidentabilidad, con especial atención a los accidentes de tráfico.
- ✓ Desarrollar actuaciones para la promoción de estilos de vida saludables, con especial atención a la alimentación, el consumo de tabaco y la actividad física.
- ✓ Mejorar el acceso a los servicios de salud bucodental.
- ✓ Mejorar el acceso a prótesis e intervenciones para corregir problemas en la vista y el oído.

3. Garantizar un conocimiento permanente sobre la situación de la comunidad gitana y sobre las actuaciones que se realizan en torno a ella.
   - ✓ Desarrollar una línea de estudio longitudinal y seguimiento sobre la salud de la comunidad gitana a partir de la "Encuesta de salud a la comunidad gitana de España, 2006".
   - ✓ Diseño de indicadores de salud diferenciados por sexos que permita hacer un seguimiento del estado de salud, necesidades y demandas de la población gitana.
   - ✓ Garantizar que los sistemas de información sanitaria permitan la detección de problemas de desigualdad en el nivel de los servicios de salud. Por ejemplo: diferencias en el seguimiento de programas de mamografía, de vacunación, etc.
   - ✓ Impulsar otras líneas de investigación sobre áreas específicas: el consumo de drogas, los accidentes de tráfico, la utilización de servicios sanitarios, la vinculación entre identidad cultural y salud, etc.
   - ✓ Elaborar planes de comunicación y difusión en torno a los conocimientos sobre las desigualdades en salud de la comunidad gitana.
   - ✓ Recopilar y revisar las actuaciones, en el área de salud, que se están llevando a cabo desde el movi-

miento asociativo de la población gitana, incluyendo las actuaciones preventivas y de reducción de daños en el área de drogodependencias.

- ✓ Recopilar, a través de la Federación Española de Municipios y Provincias, las actividades que se estén implementando en los ayuntamientos pertenecientes a la Red Española de Ciudades Saludables.
- ✓ Recopilar y revisar las actuaciones (buenas prácticas) que se estén llevando a cabo en el sistema sanitario.

2.2. Estrategia para la Inclusión Social de la Población Gitana (2012-2020)

La Estrategia para la Inclusión Social de la Población Gitana fue aprobada por el Gobierno de España en febrero del año 2012 como consecuencia del Marco Europeo de Estrategias Nacionales aprobado por la Comisión Europea en abril de 2011. Para su elaboración se utilizó una metodología similar a la empleada en el diseño del Plan de Acción, contando con la participación de los diferentes grupos de trabajo del Consejo Estatal del Pueblo Gitano, así como la implicación de las comunidades autónomas y la federación de municipios y provincias.

La estrategia consta de objetivos y líneas estratégicas de actuación en cuatro ámbitos prioritarios:

1. Empleo.
2. Vivienda.
3. Educación.
4. Salud.

Asimismo, contempla otras líneas estratégicas de actuación prioritaria, como: acción social, participación de la población gitana, mejora del conocimiento, enfoque transversal de género, no discriminación y promoción de la igualdad de trato, sensibilización social, fomento y promoción de la cul-

tura, población romaní procedente de otros países, enfoque microterritorial y acción política a nivel europeo.

En el cuadro siguiente reproducimos los objetivos planteados por la Estrategia en el ámbito de la salud:

Estrategia Nacional para la Inclusión Social de la Población Gitana en España 2020

2.2.4. Objetivos en Salud[48]

Objetivos generales y específicos	Datos población total (Datos ENSE, año 2006)	Datos más recientes población gitana (Datos ENSE para población gitana, año 2006)	Objetivo 2015[49]	Objetivo 2020
OBJETIVO 1.A. Mejora del estado de salud de la población gitana y reducción de las desigualdades sociales en salud: Intervención en población adulta				
Objetivo Específico 1.1. *Mejorar la percepción de estado de salud* de la (población gitana* **(Percepción del estado de salud como "bueno" o "muy bueno" en población de 35 a 54 años).*	(H): 75,9% (H): 65,6%	(M): 65,7% (M): 51,4%	(H): 70% M): 58%	(H): 76% (M): 66%
Objetivo Específico 1.2. *Reducir los accidentes de tráfico entre población gitana de 16 años o más.*	(H): 21,2% (M): 15,8%	(H): 41,6% (M): 27,9%	(H): 32% (H): 22%	(M): 22% (M): 16%
Objetivo Específico 1.3. *Reducir el tabaquismo entre hombres gitanos de 16 años o más.*	31,6%	54,9%	40%	30%
Objetivo Específico 1.4. *Reducir la obesidad en mujeres gitanas (>16 años).*	15,2%	26,4%	20%	15%
Objetivo Específico 1.5. *Reducir el número de mujeres gitanas que no han ido nunca a consulta ginecológica.*	17,6%	25,3%	20%	16%
OBJETIVO 1.B. Mejora del estado de salud de la población gitana y reducción de las desigualdades sociales en salud: Intervención en población infantil				
Objetivo Específico 2.1. *Reducir el número de accidentes en el domicilio (casa, escaleras, portal, etc.).*	(H): 26,4% (M): 27,8%	(H): 36,7% (M): 53,8%	(H): 30% (M): 40%	(H): 26% (M): 28%
Objetivo Específico 2.2. *Reducir la obesidad infantil (2-17 años).*	(H): 10,2% (M): 9,4%	(H): 16,1% (M): 19,2%	(H) 13% (M): 14%	(H): 10% (M): 9%
Objetivo Específico 2.3. *Incrementar la atención bucodental (nº de niñas y niños que nunca han ido a consulta).*	(H): 39% (M): 38,4%	(H): 49,5% (M): 51,4%	45%	38%

Las líneas estratégicas de actuación para cada uno de los objetivos son las siguientes:

1. Accesibilidad, uso y eficacia de los servicios sanitarios.
   - ✓ Fomento de políticas y acciones dirigidas a reducir la situación de desigualdad sanitaria de la población gitana y de otros grupos de población, de forma prioritaria sobre la situación de la infancia, adolescencia y juventud, incluyendo la perspectiva de género.
   - ✓ Reorientación de los servicios de salud hacia la equidad, tanto en las áreas de promoción de la salud como en prevención de enfermedades y atención sanitaria.
   - ✓ Inclusión de objetivos específicos de reducción de la desigualdad y de atención a la diversidad en los servicios normalizados del Sistema Nacional de Salud.
   - ✓ Impulso de la promoción de la salud a lo largo del ciclo vital y, especialmente, en la infancia y juventud de la población gitana, incluyendo el establecimiento de medidas activas.
   - ✓ Cooperación administrativa y participación.
   - ✓ Establecimiento de mecanismos para asegurar el impacto en la salud de la población gitana de las distintas estrategias y planes en materia de salud pública del Ministerio de Sanidad, Servicios Sociales e Igualdad y de las comunidades autónomas.
   - ✓ Promoción de la colaboración y participación de la población gitana y su tejido asociativo en los procesos de intervención.
   - ✓ Promoción del trabajo y la acción intersectorial fomentando la coordinación con otras entidades y planes de actuación, en todos sus ámbitos territoriales así como con otras instituciones.
   - ✓ Coordinar con servicios de pediatría para promover acciones de difusión de información y

formación para población gitana, especialmente la inmigrante.

- ✓ Apoyo e impulso de actuaciones de formación en atención a la diversidad, competencia intercultural y equidad de los y las profesionales que trabajan en el ámbito de la salud.
- ✓ Adaptación cultural de los recursos, cuando sea necesario.

3. Buenas prácticas

De todas las experiencias que actualmente se están desarrollando, y por razones de espacio, hemos seleccionado para este documento únicamente tres. Las dos primeras son experiencias muy consolidadas y que integran en su desarrollo gran parte de las recomendaciones enumeradas en el apartado 2 de este documento. En cuanto a la tercera, la hemos seleccionado porque supone un intento de mejorar la coordinación y de reforzar la calidad de las actuaciones que se desarrollan desde el asociacionismo gitano.

3.1. Programa de salud con la comunidad gitana de Navarra

Es un programa financiado por el Instituto de Salud Pública del Gobierno de Navarra desde el año 1988. En su gestión participa el asociacionismo gitano de Navarra, en concreto: Federación Gaz Kalo de asociaciones gitanas de Navarra, asociación La Majarí de Pamplona y asociación La Romaní de Tudela.

En el año 2004 fue reconocido por *Eurohealthnet* como modelo de buena práctica. En el año 2008 recibió el Premio Calidad e Igualdad del Ministerio de Sanidad y Consumo.

El equipo del programa está compuesto por 11 personas gitanas contratadas como "agentes comunitarios" y dos técnicos para la coordinación y gestión del Programa. Los 11 "agentes comunitarios" trabajan distribuidos por 14 zonas básicas de salud de Navarra, en las que se concentra el 60%

de la población gitana. Cada "agente comunitario" desarrolla su labor con las familias gitanas de su zona básica de salud y en estrecha coordinación con su centro de salud de referencia, pero también con otros recursos de la zona (servicios sociales, centros educativos, asociaciones, etc.).

No obstante, para conocer el programa lo mejor es leer los contenidos de su folleto de presentación, en cuya redacción participó el equipo de "agentes comunitarios".

El programa de salud

En Navarra existe desde hace años un programa para mejorar la salud de la comunidad gitana. Se quiere que los gitanos y gitanas navarros se beneficien de los Servicios de Salud como el resto de las personas navarras.

También se quiere prevenir las enfermedades, tener maneras de vivir más sanas y la promoción de la gente gitana. Además, se trabaja en otras cosas que tienen mucho que ver con la salud, como la educación, la vivienda y el empleo.

En los últimos años se ha mejorado bastante, pero aún queda mucho por hacer. Para ello, hay personas gitanas que trabajan en el programa. Son los agentes comunitarios de salud.

Una cosa importante del programa y del trabajo de los agentes de salud es el respeto a la cultura gitana.

El trabajo de las Agentes de Salud

Los agentes comunitarios de salud son personas gitanas que trabajan en los pueblos donde hay más familias gitanas. Están muy preparados para el trabajo que hacen, que consiste en:

- Informar sobre las actividades, el funcionamiento y utilización de los servicios de salud.
- Asesorar sobre diferentes situaciones de salud: vacunaciones (para los niños o los mayores), controles de los niños y niñas, de las mujeres embarazadas y de los enfermos crónicos…

- Apoyar temas de planificación familiar, salud mental, prevención del cáncer de mama, salud dental infantil…
- Ayudar a tener mejores costumbres relacionadas con la salud, como la alimentación, el ejercicio físico, control del peso, la prevención de accidentes…
- Colaborar en la escolarización de niños y niñas.
- Informar y asesorar sobre actividades y ayudas que existen en los servicios sociales, de empleo y de vivienda.

También son mediadoras en situaciones en donde las personas gitanas tengan problemas de entendimiento o conflicto con los profesionales, acompañando a las personas si se considera necesario.

Para conseguir todo esto, la agente comunitaria trabaja individualemente, con toda la familia y en grupos. Es muy necesaria la participación de la comunidad gitana en este trabajo.

Agente Comunitaria de Salud

La agente comunitaria de salud es una persona gitana que intenta recoger las ventajas en salud de la sociedad para enseñárselas a su comunidad.

También trabaja con los profesionales de los servicios de salud, sociales y escuelas para que entiendan la cultura gitana y así puedan hacer mejor las cosas con la gente gitana.

La agente de salud, es seleccionada y contratada desde el Instituto de Salud Pública de Navarra.

Los agentes comunitarios de salud tienen mucha preparación. Han recibido y siguen recibiendo cursos especiales para el trabajo que hacen.

De este modo, están al día sobre los recursos que existen y pueden dar la información, el asesoramiento y el apoyo que cada persona o familia gitana necesite.

El secreto y la confianza que la comunidad gitana deposita en la agente de salud es algo sagrado. Cualquier duda, orientación o consejo sobre salud que necesite una persona o familia gitana puede consultarlo con ella.

3.2. AUPRE, programa de promoción de la salud y drogodependencias

Es un programa financiado por la Consejería de Sanidad de Asturias y desarrollado por la Asociación UNGA.

Población destinataria:

- Comunidad gitana asturiana en general.
- Personas gitanas con problemas de salud o en situación de alto riesgo de padecerlos, con especial atención a aquellas personas que ven agravada su situación de salud por la exclusión social que padecen.
- Las familias de estas personas.
- Los y las profesionales socio-sanitarios que trabajan con esta población.

Principios metodológicos.

- *Protagonismo de la comunidad gitana.* La comunidad gitana debe ser artífice de su propio progreso. Por ello, AUPRE no sólo se esfuerza por responder a sus necesidades y demandas, sino que la comunidad gitana está presente en el propio diseño y la evaluación del programa. Asimismo, parte del equipo está compuesto por profesionales gitanos y gitanas.
- *Mediación.* En la relación entre la comunidad gitana y la sociedad mayoritaria existen muchas barreras que dificultan la comunicación. Por ello, la mediación es un puente que puede facilitar el entendimiento entre ambos sectores, también en el caso de la relación entre la comunidad gitana y el sistema sanitario.
- *Integralidad.* Desde una visión global del ser humano, desde AUPRE se tienen en cuenta las importantes interacciones que se producen entre la salud y otros ámbitos fundamentales para el desarrollo del individuo: la educación, la vivienda, el empleo, la situación económica, etc. Por ello, desde AUPRE se buscan las sinergias con otras intervenciones dirigidas hacia esos ámbitos.

- *Trabajo en red.* El trabajo en red es fundamental para lograr la integralidad antes mencionada. AUPRE no puede trabajar todos los ámbitos que influyen en la situación de un individuo, pero puede coordinarse con otros recursos para lograrlo conjuntamente. Especialmente se refuerza la coordinación con los recursos sanitarios.
- *Normalización.* AUPRE no pretende consolidar una atención paralela para la comunidad gitana. La comunidad gitana debe ser atendida en los mismos recursos y por los mismos profesionales que el resto de la sociedad. No obstante, por la grave situación de desigualdad actual, un recurso especializado como AUPRE es imprescindible para lograr una auténtica equidad en salud.

Servicios y acciones.

1. *Mediación en salud y trabajo de calle.* Principales acciones:
   - ✓ Presentar el programa a la comunidad gitana. Captar posibles personas beneficiarias de los diferentes servicios de AUPRE.
   - ✓ Orientar y apoyar a las personas usuarias de los diferentes servicios de AUPRE en su propio medio.
   - ✓ Detectar problemáticas y necesidades en el propio medio de las personas usuarias de los diferentes servicios de AUPRE.
2. *Talleres para la promoción de la salud.* Principales acciones:

✓ La temática varía dependiendo de las necesidades-demandas y de las características de la población a la que se dirige: alimentación saludable, educación afectivo-sexual, planificación familiar, trastornos cardiovasculares, cuidados en la infancia, prevención familiar del uso de drogas, tabaquismo, etc.

3. *Orientación y acompañamiento social.* Principales acciones:
   - ✓ Trabajo con personas que padecen enfermedades transmisibles: ETS, VIH-SIDA, TBC, etc.

- ✓ Trabajo con mujeres gitanas en seguimiento de embarazos, planificación familiar, revisiones ginecológicas, etc.
- ✓ Acompañamiento a recursos.
- ✓ Orientación a profesionales sociosanitarios que precisen apoyo en el trabajo con casos complejos.

4. *Mediación hospitalaria.* Principales acciones:
   - ✓ Orientar y acompañar a las personas gitanas para que realicen un uso adecuado de los servicios hospitalarios.
   - ✓ Colaborar con el personal sanitario para incrementar la adherencia a los tratamientos (durante el ingreso y, sobre todo, posteriormente).
   - ✓ Orientar al personal sanitario para una buena acogida y tratamiento a las personas gitanas.
5. *Servicio Jallar Mistos.* Principales acciones:
   - ✓ Es un servicio de desayunos y meriendas ofrecido a la población usuaria de las aulas de apoyo escolar que UNGA mantiene en varios centros educativos.
   - ✓ A través de este servicio se pretende sensibilizar a la población infantil gitana, y a sus padres y a sus madres, sobre la importancia de una alimentación saludable.
   - ✓ Paralelamente se trabajan otros objetivos transversales: favorecer la asistencia a la escuela, mejorar la imagen que las familias tienen sobre la escuela, propiciar relaciones de amistad, trabajar hábitos de higiene y normas de conducta, etc.
6. *Servicio de drogodependencias.* Principales acciones:
   - ✓ Orientación y acompañamiento individualizado a personas gitanas con problemas de drogodependencias que deseen iniciar algún proceso de cambio (ya sea orientado hacia la abstinencia o hacia la reducción de daños o hacia la incorporación en un programa de tratamiento con metadona).

- ✓ Orientación y tratamiento individualizado a personas gitanas con problemas de drogodependencias.
- ✓ Orientación y acompañamiento individualizado en el proceso de incorporación social de personas que hayan completado algún proceso de tratamiento.
- ✓ Orientación y acompañamiento grupal a estos mismos casos.
- ✓ Orientación al personal de los recursos que atienden a la población drogodependiente para una buena acogida y tratamiento a las personas gitanas.
- ✓ Orientación y acompañamiento a los familiares de estas personas.

3.3. Red Equi-Sastipen-Rroma de asociaciones gitanas

Esta red fue creada, con el impulso y la coordinación de la asociación UNGA, en el año 2010. En su financiación participa el Ministerio de Sanidad, Servicios Sociales e Igualdad.

Forman parte de la red 17 asociaciones y federaciones de asociaciones gitanas de todo el Estado español. Asimismo, colabora activamente el Grupo de Salud del Consejo Estatal del Pueblo Gitano, integrado hasta el momento por el Ministerio de Sanidad, tres entidades gitanas y varios profesionales expertos.

La red integra a asociaciones gitanas que desarrollan proyectos en el ámbito de la salud. Está caracterizada por el establecimiento de relaciones horizontales, no jerárquicas, entre sus miembros. Es una red flexible, abierta y en construcción permanente. No pretende homogeneizar, sino organizar la heterogeneidad propia de sus diferentes integrantes.

Equi-Sastipen-Rroma tiene dos líneas de actuación complementarias:

Hacia dentro

- Compartir espacios de formación conjunta. Desde el año 2010 se organizan dos jornadas anuales de forma-

ción conjunta para todas las entidades integrantes de la red.
- Compartir experiencias y reflexiones. Además de hacerlo en las jornadas de formación, hemos creado un espacio virtual en el que cada entidad puede *colgar* sus proyectos y sus reflexiones.
- Compartir documentación que pueda servir para mejorar la intervención de cada entidad. El espacio virtual creado también nos permite ir incorporando este tipo de documentación que está permanentemente a disposición de todas las entidades miembro de *Equi-Sastipen-Rroma*.
- Construir conjuntamente herramientas metodológicas para aplicar en cada una de las entidades. En las jornadas también reservamos espacio para poder diseñar conjuntamente herramientas de evaluación, procesos de intervención, talleres de formación, etc.

Hacia fuera

- Hemos diseñado dos modelos de curso de formación sobre salud y comunidad gitana, uno dirigido a profesionales sociosanitarios y otro a miembros de asociaciones gitanas. Estamos desarrollando estas actividades formativas en diferentes comunidades autónomas: Madrid, Asturias, Extremadura, Castilla-La Mancha, Cantabria, Comunidad Valenciana, etc.

4. Conclusiones

Varios factores nos indican que el ámbito de la intervención en salud con la comunidad gitana se encuentra en un momento de madurez idóneo para su desarrollo:

1. La experiencia acumulada ha permitido llegar a consensos sobre las recomendaciones para el desarrollo de programas en este campo. Entre las recomendaciones destacan especialmente las siguientes: partici-

pación de la comunidad gitana, incorporación de la mediación intercultural, formación del personal sociosanitario y tendencia hacia la normalización de las actuaciones, aunque contemplando algunas estrategias específicas que faciliten el logro de la equidad.

2. Aunque otra de las recomendaciones consiste precisamente en avanzar y profundizar en el ámbito de la investigación, actualmente se dispone de un amplio estudio que analizó la salud de la comunidad gitana en comparación con la población española en su conjunto (La Parra, 2009). Los resultados de este estudio han facilitado la priorización de actuaciones y la fundamentación de la intervención en salud con la comunidad gitana.
3. Disponemos de dos documentos aprobados por el Gobierno de España (Plan de acción para el desarrollo de la población gitana y Estrategia nacional para la inclusión de la población gitana) que permiten incorporar las actuaciones en salud dentro de una planificación de carácter interinstitucional e integral. Además, los contenidos referidos a salud en estos documentos son coherentes con los dos factores anteriores (las recomendaciones consensuadas y las conclusiones del estudio).
4. Existen *buenas prácticas* consolidadas, coherentes también con los tres factores anteriores (recomendaciones, conclusiones del estudio y planes del Gobierno de España) y que pueden ser replicadas en otros territorios.

Referencias

FSG (2005). *Salud y Comunidad Gitana*. Madrid: MSC. http://www.gitanos.org/publicaciones/SaludyCGitana/Salud_y_comunidad_gitana.pdf 26/9/12.

– (2008) *Comunidad Gitana y Salud. La situación de la comunidad gitana en España en relación con la salud y el acceso a los servicios*

sanitarios. Conclusiones, recomendaciones y propuestas. Madrid: MSC.

http://www.gitanos.org/upload/61/37/43_comunidad_gitana_y_salud.pdf 26/9/12.

La Parra, D. (2009). *Hacia la equidad en salud. Estudio comparativo de las Encuestas Nacionales de Salud a población gitana y población general de España, 2006*.Madrid: MSPS/FSG NIPO: 351-09r-r021-6.

La profesionalización en salud de la mediación y la participación de las entidades gitanas en la toma de decisiones

María Félix Rodríguez Camacho
FAGA

Resumen

Mientras que la comunidad gitana española ha cambiado extraordinariamente en las últimas décadas, la sociedad mayoritaria sigue teniendo una visión estereotipada que pesa como una losa para cualquier intento de participación de los gitanos y gitanas en la vida pública y social.

Un objetivo específico y clave de la intervención es el de situar la cuestión gitana en la agenda de los poderes públicos. La intervención social con la comunidad gitana requiere desplegar una acción de sensibilización dirigida tanto a las personas como a los decisores públicos para intentar garantizar el acceso a los derechos, a los recursos y a los servicios de los y las ciudadanos gitanos y gitanas. Hay también que aportar conocimiento sobre la realidad, hay que convencer con buenas prácticas y, sobre todo, hay que buscar la cooperación de las administraciones.

Palabras clave: intervención social, participación ciudadana, empoderamiento de la comunidad romaní

Hablar de sociedades plurales, de multiculturalidad, o de diversidad cultural es ya en ciencias sociales y en la sociedad en general un lugar común. Hoy en día la emer-

gencia a la palestra pública de la cultura, de la diferencia cultural o de la cuestión identitaria resultan elementos armónicos del paisaje político y social del modelo occidental de vida. Si el siglo XX ha sido el siglo de la lucha de clases y de la desigualdad económica, a nadie parece sorprender que el XXI sea, supuestamente, el siglo de la afirmación de la diversidad cultural. La coyuntura internacional, mezcla de globalización, reivindicaciones identitarias y migraciones transnacionales ha dejado al descubierto la articulación de tres líneas de abordaje y entendimiento de la condición humana que resultan capitales y determinantes para un acercamiento a nuestras dinámicas sociales y culturales, ahora y antes:

- la necesaria incardinación cultural de los seres humanos;
- la inevitabilidad y deseabilidad de la diversidad cultural;
- el diálogo intercultural y la constatación de la pluralidad interna de cada cultura.

Que los humanos necesitamos cultura para sobrevivir como especie es algo largamente datado y fuera de discusión (Geertz, 1987). Los seres humanos forman parte de una cultura en el sentido de que crecen y viven en un mundo culturalmente estructurado; organizan sus vidas y relaciones sociales en términos de su sistema de sentido y significado, y dotan de un valor considerable a su identidad cultural. La cultura no se les impone mecánicamente, pero es el marco desde donde entender el mundo e ir incorporando nuevas informaciones y experiencias que se constatan y contrastan la forma de ver el mundo de la sociedad en la que la persona se ha enculturado.

Mientras que la comunidad gitana española ha cambiado extraordinariamente en las últimas décadas y ha tomado las riendas de la realidad gitana, la sociedad mayoritaria sigue teniendo una visión anquilosada, negativa y arcaica, que no se corresponde en absoluto con la realidad actual y que, además,

pesa como una losa para cualquier intento de participación de los gitanos y gitanas en la vida pública y social.

Un objetivo específico y clave de la intervención es el de "situar la cuestión gitana en la agenda de los poderes públicos". La intervención social con la comunidad gitana ha sido, y aún hoy lo es, trabajar en un contexto "hostil" o cuando menos difícil, donde se ha ignorado o no se ha dado relevancia a la situación social de las personas gitanas; donde las miradas estereotipadas y los prejuicios también afectan a los técnicos y responsables de las políticas o de los servicios; donde a menudo tras el discurso de la igualdad (los servicios son para todos) se discrimina o se evita buscar respuestas adecuadas para que las personas ejerzan efectivamente sus derechos.

En definitiva, una tarea permanente de la intervención para la igualdad de oportunidades será que la cuestión gitana esté presente en los objetivos y las prioridades de las políticas de inclusión. Para ello hay que desplegar una acción de sensibilización a las personas, a los decisores públicos y a las estructuras responsables de las políticas y, en último extremo, de garantizar el acceso a los derechos, a los recursos y a los servicios. También hay que aportar conocimiento sobre la realidad, convencer con buenas prácticas y, sobre todo, hay que buscar la cooperación de las administraciones y exigir su compromiso con la garantía efectiva de los derechos para las personas gitanas.

La igualdad, en el ámbito de lo social, significa que cada persona tiene el mismo valor dentro de la sociedad, reconociendo sin embargo sus diferencias y evitando todo tipo de discriminación.

La igualdad de oportunidades es una forma de justicia social que propugna que un sistema es socialmente justo cuando potencialmente todas las personas, tienen básicamente las mismas posibilidades de acceder al bienestar social y poseen los mismos derechos políticos y civiles.

La cuestión del asociacionismo y la participación

Hasta los años sesenta del siglo pasado, buena parte de los gitanos eran ajenos a la sociedad española.

En la última fase de la dictadura y los primeros años de la democracia, coincidiendo con la activación de los movimientos sociales en nuestro país, se produce una movilización de personas a favor de la comunidad gitana que posteriormente desembocaría en los movimientos asociativos. Las primeras iniciativas de apoyo a los gitanos vienen fundamentalmente de personas (religiosos y seglares) del ámbito de la Iglesia católica.

Estos hechos dieron como resultado la identificación de líderes y personas gitanas que comenzasen a asistir a reuniones y ser portavoces de las necesidades del grupo y los inicios del movimiento de auto organización que concluiría en el asociacionismo gitano. En un momento tan importante como la transición democrática, esta movilización a favor de la comunidad gitana contribuyó a que aquellos gitanos se hicieran visibles en la sociedad, a que este tema se tomase en consideración en la agenda política .

El reconocimiento institucional despeja el terreno al juego de la ciudadanía. El ejercicio de la ciudadanía es de doble dirección y supone la garantía de derechos y la asunción de deberes y de responsabilidades, pero como señala Adela Cortina: «sólo puede exigirse a un ciudadano que asuma responsabilidades cuando la comunidad política ha demostrado claramente que le reconoce como a un miembro suyo, como alguien que pertenece a ella».

La articulación de la sociedad civil en organizaciones de defensa de los derechos de determinados colectivos es uno de los factores clave en nuestras democracias. También en este campo, los intereses de la comunidad gitana han estado infrarrepresentados. La participación política y asociativa de la población gitana resulta, a todas luces, insatisfactoria y débil. El movimiento asociativo ha estado muy fragmentado y, a menudo, muy centrado en reivindicaciones a corto plazo y localistas.

La relativamente reciente presencia de las organizaciones sociales gitanas en órganos de consulta y participación, como los consejos consultivos (estatal y autonómicos creados o en proceso de creación), suponen una gran oportunidad para ejercer el papel de interlocutores en el diseño y la planificación de las políticas que se dirigen a la comunidad gitana, a la vez que también tienen un efecto positivo sobre las propias organizaciones en cuanto que contribuye a su capacitación y su fortalecimiento. Por otra parte, la participación ha de conllevar una exigencia por parte de las organizaciones de responsabilidad y altura de miras para liderar las transformaciones que precisa la comunidad gitana y la sociedad española en relación a ella.

Los integrantes de la comunidad gitana, minoría cultural históricamente asentada en España, tienen asegurados sus derechos por el ordenamiento jurídico propio de un Estado de derecho. Pero se encuentran con que la garantía real de los mismos no se corresponde con la garantía formal. Por eso necesitan de un empoderamiento que les dé influencia suficiente para por sí mismos o, mejor, con el apoyo de otros, hacerlos efectivos. Y dos de las vías importantes para hacer efectivo este empoderamiento son la participación y el reconocimiento institucional.

La competencia cultural

La competencia cultural se define como una serie de valores, conductas, actitudes y prácticas en un sistema, organización, programa o grupo de individuos que les permite trabajar con eficacia en un ámbito de cruce de culturas. Mas aún, se refiere a la capacidad de hacer honor y respetar las creencias, el idioma, los estilos interpersonales y las conductas de las personas y de las familias que reciben los servicios, así como del personal que los presta. La competencia cultural es un proceso de desarrollo dinámico y permanente que requiere un compromiso para el largo plazo y se consigue con el tiempo (Dpt. of Health and Human Services, 1999).

Por competencia cultural no se debe entender una mera traducción de la racionalidad científica sino tener en cuenta la complejidad de las identidades múltiples de los ciudadanos de una sociedad moderna. Y esto en, al menos, un triple plano:

- Puntualmente, para garantizar el entendimiento mutuo minorías-mayoría, no sólo lingüísticamente sino conceptualmente, garantizando así derechos de usuarios y fiabilidad en el acceso al conocimiento.
- De forma estructural, para poder salvaguardar derechos de minorías étnicas u otras, evitando que la racionalidad técnica imponga ciertas opciones ideológicas dando voz y oportunidad para rescatar ciertas diversidades internas a nuestro marco cultural occidental que han sido tradicionalmente negadas.
- Y para el caso europeo, sopesando y valorando el carácter democrático e igualitario del ejercicio de derechos como vía de entrada a la más plena participación ciudadana posible.

Mediación intercultural

Describamos, pues, a grandes rasgos lo que es la mediación intercultural, diferenciándola de otras disciplinas con las que tiene varios puntos de contacto.

No hay que confundir la mediación social, entendida como procedimiento de resolución de conflictos en el que interviene una tercera persona imparcial, con la mediación intercultural, que además pretende hacer una aportación cultural −en este caso el reconocimiento de la cultura gitana− a la sociedad y suele trabajar con diferentes idiomas (en el caso de la lengua romaní existe una aculturación y desvinculación por parte de los gitanos españoles, debido a la histórica prohibición y persecución). Tampoco hay que confundir la tarea del mediador intercultural con la del intérprete (entendido como intérprete de conferencias), ya que el primero tiene unas responsabilidades muy diferentes de las del segundo: este último

debe facilitar la comunicación entre un profesional y un cliente con antecedentes muy distintos en una relación desigual de poder y conocimiento. De este modo, podríamos decir que la mediación intercultural se encuentra a medio camino entre la mediación social, en tanto que también hay una tercera persona que actúa como mediador, y la interpretación, en tanto que suele tratar con lenguas distintas y tiene finalidades comunicativas. A esto se le añade, además, la presencia en todos los casos del componente cultural, ya que la labor del mediador consiste en establecer una comunicación con un cliente que pertenece a una minoría cultural (y lingüística) y que tiene un nivel educativo y adquisitivo inferior al de la mayoría, es decir, consiste en establecer una comunicación en el marco de una relación de poder asimétrica en cuanto a educación, riqueza, poder o formación.

Ante estas necesidades y la falta de respuesta profesional, ha surgido la figura del/de la mediador/a natural como respuesta, espontánea y a menudo desde la propia comunidad de origen, a las necesidades de mediación. La aportación de la mediación natural es considerable: cuando remedia las carencias de muchos servicios públicos a la hora de atender a personas de colectivos minoritarios; cuando resuelve los conflictos dentro del propio grupo; y cuando presta apoyo personal a los miembros del grupo.

No obstante la mediación natural tiene muchas limitaciones: respecto a las competencias del/de la mediador/a cuya formación es escasa o nula, a la imparcialidad puesto que el/la mediador/a es miembro de una familia o grupo, a la confidencialidad por el escaso desarrollo profesional del/de la mediador/a, a la poca disponibilidad del/de la mediador/a al ser una tarea voluntaria.

Estas limitaciones y el aumento de las necesidades hicieron que muchas entidades privadas, al inicio, y, más adelante, públicas apostasen por la mediación intercultural profesional como recurso necesario. Esta apuesta se está traduciendo en el incremento de la investigación sobre mediación intercultu-

ral y la formación de mediadores/as, y su otro reflejo es la incorporación de mediadores/as a distintos servicios laborales.

Ésta sería, a mi parecer, una buena definición de la figura del/de la mediador/a: «Entendemos la mediación intercultural como un recurso profesionalizado que pretende contribuir a una mejor comunicación, relación e integración entre personas o grupos presentes en un territorio, y pertenecientes a una o varias culturas» (Desenvolupament Comunitari y Andalucía Acoge, 2002:101).

A partir de esta definición los autores delimitan tres tipos de mediación:

- La mediación preventiva: consiste en facilitar la comunicación y la comprensión entre personas con códigos culturales diferentes.
- La mediación rehabilitadora: que interviene en la resolución de conflictos de valores, entre minorías culturales y la sociedad mayoritaria, o en el seno de las propias minorías.
- La mediación creativa: consiste en un proceso de transformación de las normas, o más bien de creación de nuevas normas, nuevas ocasiones basadas en unas nuevas relaciones entre las partes.

Las percepciones o las imágenes que tenemos de las personas de otros grupos étnicos influyen de forma definitiva en nuestras expectativas hacia ellos, en nuestros juicios, en nuestro comportamiento. Por ello es importante reflexionar sobre cómo nos percibimos los unos a los otros, cómo influyen las imágenes que tenemos de "los otros" en nuestras emociones, sentimientos, actitudes hacia ellos, intentando averiguar cómo se han ido configurando esas percepciones en nosotros mismos y cómo se transmiten hacia otros.

Siguiendo la tradición de la psicología social, es importante partir de que estas percepciones sobre "los otros" son el resultado de ciertos procesos cognitivos basados en tres conceptos: los estereotipos, los prejuicios y la discriminación.

- Por una parte, la configuración de los estereotipos, que constituye el componente cognitivo: "Pienso que los gitanos/gitanas son…" (marginales, artistas…).
- En segundo lugar, la configuración de los prejuicios, el componente emocional: "Ellos me hacen sentir…" (inseguro, temeroso…).
- En tercer lugar, la configuración de la discriminación: componente de comportamiento: "Ante los gitanos/gitanas actúo…" (injustamente).

En este sentido, la percepción y el discurso social suelen reproducir y mantener los mecanismos sobre los que se sustenta la discriminación. Entre estos mecanismos se encuentran, principalmente:

- La construcción de estereotipos y prejuicios.
- Profecías autocumplidas.
- Negación de la discriminación.
- Culpabilización de la víctima.
- Búsqueda de chivos expiatorios o cabezas de turco.
- La funcionalidad de la discriminación.

En la formación de los estereotipos coinciden al menos tres procesos básicos, que explican cómo percibimos la realidad que nos rodea:

- ✓ *La categorización social*. La realidad es compleja. Para poder aprehenderla mejor, organizamos los estímulos que recibimos de ella en categorías, los agrupamos.
- ✓ *La comparación social*. Se trata de distinguir unas categorías de otras separándolas y comparándolas entre sí, exagerando las diferencias.
- ✓ *La atribución de características*. Nos aportan información sobre lo que se puede esperar de un miembro de tal o cual categoría, las expectativas que podemos tener.
- ✓ Los procesos cognitivos no son suficientes para explicar por qué tanta gente comparte los mismos estereotipos. Se habla, por ello, de tres agentes socializadores principales:

- ✓ *La familia*. En ella adquirimos nuestra identidad social y aprendemos cómo vemos a las personas de otros grupos, cómo nos sentimos ante lo diferente y cómo actuar ante los demás.
- ✓ *La escuela*. En ella comenzamos a tener la experiencia de relación con otros distintos a nosotros. Transmite valores a partir de los contenidos que se imparten pero también a través del "*curriculum* oculto": composición del aula, relaciones, actitudes del profesorado...
- ✓ *Los medios de comunicación*. Transmisión de valores a través del medio social en el que nos movemos.

En el caso de los prejuicios existe un componente afectivo-subjetivo: ante una persona o colectivo se emite un juicio, favorable o desfavorable, sin tener una experiencia anterior en la que basar dicho juicio.

G. Allport en *The Nature of Prejudice* (*La naturaleza del prejuicio*, 1954) lo define así: «El prejuicio es una antipatía basada en una generalización incompleta e inflexible. Puede sentirse o expresarse, y dirigirse a un grupo o un individuo».

Los prejuicios introducen los elementos de emoción y acción. El Coletivo AMANI los define como «Juicio previo no comprobado, de carácter favorable o desfavorable, acerca de un individuo o de un grupo, tendente a la acción en un sentido congruente».

El propio Albert Einstein al parecer declaró en una ocasión: «Triste época la nuestra. Es más fácil desintegrar un átomo que un prejuicio».

Los estereotipos y prejuicios son difíciles de contrarrestar ya que, en cierta forma, son impermeables a los argumentos racionales, a la información objetiva.

Referencias

AEP Desenvolupament Comunitari & Andalucía Acoge. (2002). *Mediación Intercultural: una propuesta para la formación*. Madrid: Popular.

ALVO, X. (2004). Interculturalidad y salud. En Fernández, G. (coord) *Salud e interculturalidad en America Latina*, pp. 17-31. Quito: Abya-Yala/UCLA/Bolhispasna

BARTOLOMÉ, M. A. (2006). *Procesos Culturales. Antropología política del pluralismo cultural en América Latina*. México: Siglo XXI.

COMAS, D. (2002). La globalización, ¿unidad del sistema? Exclusión social, diversidad y diferencia cultural en la aldea global. En García-Albea, J.E., Catalá, N. y Díez Calzada, J.A. (ed). *Los límites de la globalización*. 85-112. Barcelona: Ariel.

CORTINA, A. (2005). *Ciudadanos del Mundo:Hacia una teoría de la ciudadanía*. Madrid: Alianza.

DELGADO, M. (2003). Salud y diversidad cultural. El inmigrante como usuario del sistema público sanitario. En Anrubia, E. (ed.) *Cartografía cultural de la enfermedad*, pp. 55-80. Murcia: UCAM.

FRESNO, J. M. (1999). La comunidad gitana española a las puertas del tercer milenio. *Cuadernos de realidades sociales*, *(53-54) 47-74*.

Geertz, C. (1987) *La interpretación de las culturas*. México: Gedisa.

GIDDENS, A. (2000). *Un mundo desbocado: los efectos de la globalización en nuestras vidas*. Madrid: Taurus.

INNERARITY, D., (2009). *El futuro y sus enemigos*. Barcelona: Paidós

JABARDO, M. (2000). Migración, multiculturalismo y minorías étnicas en España. *Anales del Museo Nacional de Antropología*, *(7), 139-166*.

LAPARRA, M. (2001). Una perspectiva de conjunto sobre el espacio social En *Pobreza y exclusión: La "Malla de Seguridad" en España*. Madrid: CSIC.

MALGESINI, L. & GIMÉNEZ, C. (1997). *Guía de conceptos sobre Migraciones, Racismo e interculturalidad*. Madrid: La cueva del Oso.

MENÉNDEZ, E. (2006). Interculturalidad, diferencias y antropología at home. Algunas cuestiones metodológicas. En Fernández, G. (coord), *Salud e interculturalidad en America Latina*, pp. 53-65. Quito: Abya-Yala/UCLA/Bolhispasna.

ONU (1948). Declaración Universal de los Derechos Humanos, aprobada y proclamada por la Asamblea General de las Naciones Unidas 217 A (III)de 10 de diciembre de 1948. www.un.org/es/documents/udhr/index.shtml.

RODRÍGUEZ, I. (2009). Diez años de inclusión social de la comunidad gitana en España 1999-2009. *Revista Gitanos, (49-50), 72-83.*

SAN ROMÁN, T. (1997). *La diferencia inquietante: viejas y nuevas estrategias culturales de los gitanos*. Madrid: Siglo XXI.

U.S. Department of Health and Human Services (1999) Maternal and Child Health Bureau. Guidance for SPRANS Grant. Washington: Health Resources and Services Administration.

LECTURAS RECOMENDADAS

RODRÍGUEZ CABRERO, G. et al. (2005). Actores sociales y reformas del bienestar. Madrid: CSIC/UPC.

MORENO, L. (ed.) (2009). Reformas de las Políticas del Bienestar en España. Madrid: Siglo XXI.