

LA POBLACIÓ RROM IMMIGRANT DE ROMANIA A CATALUNYA: ACCÉS I ÚS DELS SERVEIS SANI- TARIS CATALANS I SITUACIÓ DE SALUT.

MARÇ 2009

Investigadors (per ordre alfabètic):

Óscar López Catalán i Meritxell Sàez Sellarès (GRAFO - UAB)

Directora del projecte:

Teresa San Román, Catedràtica Universitària de la UAB. GRAFO.

Projecte realitzat per conveni entre el Departament de Salut de la Generalitat de Catalunya i la Universitat Autònoma de Barcelona, encarregat al Grup de Recerca en Antropologia Fonamental i Orientada (GRAFO) de la UAB.

ISBN: 978-84-938759-3-0



Generalitat de Catalunya
www.gencat.cat

Departament de Salut
Direcció General de Salut Pública

UAB
Universitat Autònoma
de Barcelona



Grup de Recerca
en Antropologia
Fonamental i
Orientada

ÍNDEX

AGRAÏMENTS

INTRODUCCIÓ 2

Justificació i estructura de l'informe 3

Apunts metodològics 5

1. CONTEXT HISTÒRIC I ACTUAL DE LA POBLACIÓ RROM A ROMANIA 18

1.1. La població rrom a Romania: factors socio-històrics d'exclusió. 20

1.2. La situació actual de la població rrom romanesa i el seu accés als drets bàsics. 26

1.3. El sistema sanitari i la salut del col·lectiu rrom en el seu context d'origen. 30

1.3.1. El sistema sanitari de Romania. 30

1.3.2. La situació dels rrom dins el sistema sanitari de Romania. 34

2. ELS PROCESSOS MIGRATORIS DE LA POBLACIÓ RROM ROMANESA I LA SEVA SITUACIÓ ACTUAL A CATALUNYA. 43

2.1. Processos migratoris de la població rrom romanesa. 43

2.2. La població rrom a Catalunya i l'Àrea Metropolitana de Barcelona 48

2.2.1. Estimació i barris de residència 48

2.2.2. Caracterització bàsica de la població rrom romanesa a Catalunya 63

3. FACTORS EN LA SITUACIÓ DE SALUT DE LA POBLACIÓ RROM ROMANESA I EL SEU ACCÉS I ÚS DEL SISTEMA SANITARI. 67

3.1. Factors de tipus estructural 69

3.1.1. Factors relacionats amb el procés migratori 69

3.1.2. Factors relacionats amb la situació laboral i econòmica 76

3.1.3. Factors relacionats amb l'habitatge i l'assentament. 92

3.1.4. Factors relacionats amb la situació legal 97

3.1.4. Factors relacionats amb l'educació i la formació 101

3.2. Factors de tipus cultural 107

3.2.1. Factors relacionats amb l'organització de la procreació 107

3.2.2. Perspectiva de gènere en salut 112

3.2.3. Xarxes socials i de suport 124

3.2.4. Implicacions de les concepcions del cos, salut/malaltia i altres 127

3.2.5. Creences i pràctica religiosa 133

3.2.6. Mobilitat i altres factors socioculturals 139

4. ACCÉS I ÚS DEL SISTEMA SANITARI	144
4.1. Situació general quant a la salut de la població rrom a Catalunya	145
4.2. Accés i ús dels sistemes terapèutics	154
4.2.1. Situació general en l'accés i ús dels sistemes terapèutics	154
4.2.2. Dificultats en l'accés i ús del sistema sanitari	162
4.2.3. Dificultats en el tractament i ús de fàrmacs	169
4.3. Àmbits específics	174
4.3.1 Salut sexual i reproductiva	175
4.3.2. Salut infantil i seguiments pediàtrics	214
4.3.3. Altres àmbits relacionats	233
4.4. Comunicació i mediació	237
4.5. Imatge, discriminació i racisme	245
4.6. Valoració del serveis sanitaris públics	247
5. CONCLUSIONS	251
6. ORIENTACIONS I RECOMANACIONS	257
7. BIBLIOGRAFIA	260
7.1. Citada	260
7.2. Referida	270

AGRÀIMENTS

Durant el procés de recerca hem contactat i treballat amb diferents persones, institucions i serveis, en els diversos barris i amb diferents graus de profunditat. Per això, a més d'agrair fonamentalment al Departament de Salut de la Generalitat de Catalunya i també a la UAB l'oportunitat d'haver aprofundit en un tema necessari i, al mateix temps, apassionant per nosaltres com a investigadors, voldríem reconèixer la col·laboració que hem tingut, en general, amb les institucions i persones relacionades amb la població rrom romanesa (des de l'àmbit sanitari o des de fora del mateix). Molt en concret, i encara que la llista es indubtablement molt més extensa, creiem necessari esmentar i agrair especialment als següents:

Els ajuntaments amb els que hem establert durant el treball de camp contacte i col·laboració (fonamentalment l'Ajuntament de Tortosa i l'Ajuntament de Sabadell), amb especial agraïment als equips o serveis dependents dels mateixos (l'Equip d'Intervenció Immediata de Santa Coloma de Gramenet, Pla Local d'Atenció a la Diversitat Cultural i Serveis i Socials de Tortosa).

La Fundació Secretariat Gitano, i molt especialment als i les professionals de l'equip que han treballat i treballen amb població rrom romanesa a l'Àrea Metropolitana de Barcelona.

Els Centres d'Atenció Primària amb els que hem establert col·laboració, molt especialment aquests amb els que hem tingut un contacte més estret (CAP Sant Roc-ABS 4 i 5, CAP El Temple, Tortosa; CAP Santa Rosa, Santa Coloma de Gramenet). Dins d'aquest últim, és important esmentar l'àrea de Treball Social i la seva implicació en la formació d'una taula d'entitats que intervenen amb la població rrom, en la qual participem. Els Centres i serveis sanitaris especialitzats en salut sexual i reproductiva. Especialment als professionals del PASSIR de Sant Adrià del Besòs i al Servei de Ginecologia de l'Hospital de l'Esperit Sant. També al CASSIR i a l'Hospital de Badalona. També, i encara que durant el projecte d'investigació el contacte i la col·laboració ha sigut molt àmplia, voldríem agrair a l'IES i als diferents CAP la possibilitat d'aplicar i debatre el coneixement que anàvem adquirint mitjançant cursos i seminaris de formació.

Per finalitzar, evidentment, és necessari esmentar el suport de la resta del grup de treball del projecte, particularment a Teresa San Román i Lucia Sanjuán; i al GRAFO (Departament d'Antropologia Social i Cultural - UAB), sense els quals aquesta investigació no hauria sigut possible.

INTRODUCCIÓ: POBLACIÓ RROM ROMANESA I SALUT ALS BARRIS DE CATALUNYA

La immigració de població rrom (gitana) romanesa a Catalunya, tot i no ser significativament nombrosa segons les poques estimacions que s'han fet al respecte (Peeters, 2005; Vincle, 2006; Pajares, 2006; López, 2008), ha assolit una especial rellevància com a objecte d'estudi degut a diverses raons.

Per una banda, ens trobem en un moment en el qual el coneixement de la població rrom immigrada és encara molt escàs. És poca, encara, la investigació realitzada en aquest col·lectiu, si bé existeixen algunes recerques en curs o ja acabades (com les citades anteriorment) que ja permeten contextualitzar alguns aspectes fonamentals de la seva situació, característiques i procés migratori. La seva situació en relació amb la salut és un aspecte encara menys present a la literatura existent en el nostre context i, per tant, un àmbit necessàriament a explorar, donada la seva importància. Aquest desconeixement es combina, a més, amb una visibilitat que es deriva de les seves activitats, influint en la construcció d'un imaginari col·lectiu sobre els "gitanos romanesos" i en l'ús habitual de discursos essencialistes que, basats en diferències culturals des d'una òptica negativa, homogeneïtzen aquesta població a partir d'una associació acrítica amb la marginalitat i la delinqüència. Es tracta doncs, d'una banda, d'una població que és "visible però poc nombrosa", recollint la frase de Diminescu (2003). Visible en un sentit però no en altres perquè la construcció d'aquesta visibilitat s'alimenta molt intensament de la invisibilitat forçada i del desconeixement de les condicions reals de vida de la població en els llocs d'origen i d'arribada. Aquesta dinàmica de visibilitat/invisibilitat, que també afecta a altres grups de població, s'expressa de la mateixa manera en l'impossibilitat d'accedir a dades estadístiques fiables sobre la població rrom romanesa immigrada, no únicament, però sí especialment respecte al seu nombre i ubicació. És a dir, entre altres motius, perquè una bona part d'ella es troba en una situació irregular, particularment respecte l'empadronament, però també perquè les dades generals sobre immigració romanesa (amb les que per altra banda comparteixen parcialment aquesta situació) no permeten diferenciar entre població rrom i no rrom (Rodríguez-García i San Román, 2007:512-515).

D'altra banda, es tracta d'una població amb certes peculiaritats respecte al seu procés migratori (Ferrero, 2005). És, sobretot, un procés relativament recent (en comparació amb d'altres col·lectius), que si bé va tenir el seu inici en la dècada dels 90, s'ha anat intensificant i s'ha fet més visible, a Catalunya, en els darrers anys. Es tracta, per tant, d'una població amb unes característiques específiques en relació a la mobilitat, més accentuada que en d'altres poblacions immigrades, i que fa difícil tant el seguiment com l'accés continuat als serveis que, en moltes ocasions, estan

basats en una relació de mitja i llarga durada. És, a més, un procés migratori que ve acompanyat d'una situació d'exclusió (o de risc d'exclusió) que la població rrom ja patia en els seus països d'origen, en els quals la discriminació ha estat la tònica general de la seva situació amb la societat majoritària. És fa imprescindible en aquest informe, el coneixement de l'accés als serveis de salut a Romania per entendre, en part, la relació del col·lectiu rrom amb els serveis sanitaris en destí.

Finalment, molt en relació amb tot això, i tornant al context de destí, es tracta d'una població amb una alta vulnerabilitat, en la que es combinen no només la dificultat d'accés a drets i recursos bàsics derivats, per una banda, d'una situació històrica d'exclusió, i, per altra, de la situació d'irregularitat d'una part significativa del col·lectiu, sinó també la seva condició de minoria marginada tant en el lloc d'origen com en el d'arribada; circumstància excepcional (amb implicacions socioeconòmiques i culturals) en el conjunt dels col·lectius immigrants a Catalunya en aquest moment¹. Tot i la situació d'alta vulnerabilitat, les actuacions sobre diferents problemàtiques que tenen a veure amb la població rrom no han estat sempre les més adients, ni s'han enfocat des dels àmbits apropiats o des del necessari coneixement d'alguns aspectes bàsics d'una situació i característiques específiques. Unes vegades per desconeixement i altres per conveniència, el cert és que una part significativa de les iniciatives socials o abordatges per part de les institucions han fet poc o cap efecte positiu sobre la situació de la població rrom romanesa. I això, quan aquestes iniciatives han existit.

JUSTIFICACIÓ I ESTRUCTURA DE L'INFORME.

Podem dir que des del GRAFO existeix una llarga trajectòria de treball sobre els problemes dels gitanos catalans i espanyols com també dels immigrants gitanos. Els treballs han estat pioners en aquest tema i successivament desenvolupats per diferents investigadors del grup (Teresa San Román, amb una trajectòria molt més àmplia, i posteriorment Carmen Méndez, Koen Peeters, Meritxell Sàez i Óscar López).

Durant aquest temps, i en diferents moments del treball de camp, ens hem anat trobant amb conflictes d'interessos entre els usuaris/àries gitanos (en relació a les seves característiques com a grup però sobretot a les seves situacions d'exclusió i marginalitat, que més endavant referirem) i l'assistència sanitària, donades les dificultats d'accés, els abandonaments de tractament, interrupció dels seguiments mèdics i d'altres problemes. Alguns d'aquests conflictes s'associen, reiteradament,

¹ Encara que sigui possible trobar exemples amb alguna característica compartida respecte a aquesta situació d'exclusió a origen, com es el cas dels Amazigh del Marroc.

amb les pautes i necessitats pròpies d'aquesta població i, per tant, es fa necessari clarificar aquesta relació que pot esdevenir perversa respecte a la salut d'aquests immigrants. I establir línies d'actuació, formació i participació que puguin ajudar a donar solució als problemes.

Per a valorar l'impacte real sobre els serveis de salut i la població rrom (en relació al seu estat de salut i l'accés als serveis sanitaris públics catalans) és necessari un anàlisi precís de la conjunció dels factors implicats, a més de la comparació amb altres poblacions. Aquest anàlisi ha de permetre la comprensió del paper que juguen aquests factors i la realització de propostes pels diferents àmbits implicats, així com les possibilitats de certa adaptació dels serveis de salut als mateixos.

Cal considerar també, que aquest treball de recerca forma part del conjunt d'una trajectòria d'investigació més àmplia que ha abordat, no únicament la qüestió de la població gitana immigrada a Catalunya en relació a la salut sinó també altres aspectes relacionats amb la situació global d'aquesta població tant en context d'origen com en destí. En primer lloc, hem intentat focalitzar les relacions entre els diferents àmbits implicats (amb un particular èmfasi en la situació de salut, en l'accés i ús dels serveis sanitaris), però necessàriament inscrita dins d'un treball més ampli sobre aquests aspectes i en relació a una població molt vulnerable com és la població rrom romanesa immigrada. Per tant, el present treball té molta relació amb l'àmplia experiència del grup d'investigació i amb les investigacions doctorals que en aquest moment estan en curs², però representa, juntament amb les dels altres etnògrafs, una aproximació més extensa a molts dels factors implicats en l'àmbit de la salut, en relació a diferents poblacions existents a Catalunya (immigrades o no; però en tot cas, amb segments de les mateixes en situació o risc de marginalitat).

Per abordar tot això, l'informe està organitzat en sis capítols que es desenvolupen a continuació. En el primer, establim les bases imprescindibles per a situar la població rrom immigrada en origen en el seu context històric i present, a més de descriure breuement la situació de salut en origen i alguns dels trets principals de la situació d'exclusió que pateixen. A continuació, i partint d'aquesta situació, presentem el procés migratori i la situació actual de la població rrom immigrada a Catalunya, a més d'una estimació del seu número i dels barris on resideixen. En el tercer apartat, analitzem els factors fonamentals que poden incidir en la seva situació de salut i les seves possibilitats d'accés i ús del sistema sanitari públic català. Aquest tercer capítol, que juntament amb el següent conté el gruix de dades

² En particular els d' Óscar López i Meritxell Sàez, ambdós dirigits per Teresa San Román, que han realitzat els seus treballs d'investigació de manera coordinada i dels quals prové part de la informació sobre la població prèvia a aquest projecte.

de la investigació, intenta organitzar, clarificar i analitzar la interrelació entre els diferents factors estructurals (mobilitat, habitatge, situació legal i laboral, l'educació) i culturals (parentiu, gènere, creences, concepcions sobre salut, cos i malaltia), que són complexes i canviants, utilitzant com a eix transversal la situació de marginalitat de la població rrom romanesa i donant-li la importància que té en el cas específic de la població rrom. En el capítol quart, fem un recorregut per alguns dels àmbits específics en els quals la població rrom està trobant dificultats per accedir al sistema sanitari, amb especial atenció als àmbits ginecològics i pediàtrics (fonamentals en aquest cas). En el capítol cinquè, establim una sèrie de conclusions que donen coherència a allò exposat prèviament, a més d'abordar l'adaptació del sistema sanitari a les necessitats concretes que hem trobat durant la investigació. Finalment, proposem a partir d'aquestes conclusions un conjunt de recomanacions i línies d'actuació que puguin ajudar a abordar la situació més adequadament. Aquestes pautes i conclusions són, indudablement, l'objectiu final d'aquest treball d'investigació, encara que requereixen de forma necessària dels anàlisis realitzats en els apartats anteriors i d'un treball posterior tant amb la població com amb els actors implicats en els àmbits que aquí s'aborden.

APUNTS METODOLÒGICS

Aquest informe forma part, com ja hem dit, d'un projecte d'investigació més ampli, titulat *Desigualtats socioeconòmiques i diferència cultural a l'àmbit de la salut en barris d'actuació prioritària de Catalunya*, dirigit per la Dra. Teresa San Román i fruit d'un conveni entre el Departament de Salut de la Generalitat de Catalunya i el Grup de Recerca en Antropologia Fonamental i Orientada (GRAFO) de la UAB. Tot i que la metodologia i tècniques d'investigació utilitzades en aquest informe, són evidentment, coincidents amb les propostes en el text inicial del projecte, creiem necessari fer un apunt sobre algunes de les especificitats que, en el cas de la població rrom, s'han posat en evidència en el transcurs de la investigació. Ens ha semblat important fer-ho perquè *bona part del procés de recollida i anàlisi d'informació es veu condicionat per aquests aspectes, que no sempre apareixen en els informes d'investigació, malgrat la importància que té de considerar-los de cara a qüestions de tipus general (com la selecció de la població o de l'espai en el qual realitzar la investigació) o l'aplicació específica de tècniques.*

En tot cas, les qüestions que plantejem en aquest apartat són probablement, i en alguna mesura, extrapolables al treball etnogràfic amb altres poblacions, en tant que poden compartir situacions i característiques semblants o similars; i poden tenir relació tant amb la situació de marginalitat de la població rrom (o problemàtiques compartides amb altres poblacions immigrades), com amb altres característiques que presenta dita població.

Selecció dels barris, la població i els espais d'investigació.

A l'inici del procés d'investigació van ser seleccionats diferents barris, a parir del treball de camp preliminar i la informació obtinguda d'altres informes (Vincle, 2006; entre altres). El criteri fonamental de selecció, va ser no únicament les zones amb presència de població rrom sinó també aquelles que formessin part del Pla de Barris de la Generalitat de Catalunya. Aquesta selecció comprenia, inicialment, els següents barris: Sant Roc (Badalona), Casc Antic (Tortosa), Parc Fluvial -Riu Ripoll (Sabadell), La Torrassa (Collblanc)

No obstant això, en el treball de camp, i a causa de l'elevada mobilitat del col·lectiu rrom (en relació a l'habitatge, els barris, ciutats i altres estats) i els canvis bastant constants en la composició de la població, ha estat necessari revisar aquesta selecció inicial; *mantenir la relació etnogràfica amb alguns informants a distància (per exemple, realitzar contactes regulars via telèfon o per correspondència amb diferents informants ubicats o traslladats a Romania però també a d'altres països de destí); anar establint constantment noves relacions amb els nouvinguts i realitzar desplaçaments entre diferents barris contínuament.*

És necessari també esmentar que la investigació s'ha beneficiat d'aquesta diversificació d'espais en destí, però alhora i de manera significativa, dels viatges que hem realitzat a les localitats d'origen (Țândărei i Murgeni) en aquests darrers quatre anys. Estadets curtes però regulars que han estat importants perquè, d'una banda, i tot i ser més complexa l'entrada de camp, iniciar el contacte etnogràfic des del propi grup i, més concretament, des del seu context d'origen, ha pogut garantir una vinculació molt més estreta i intensa. D'altra banda, perquè la presència regular en origen i el manteniment dels vincles amb algunes famílies ha donat una continuïtat i una coherència de la nostra presència en els diferents escenaris etnogràfics i sobretot de confiança en el grup, en les relacions que anàvem establint i consolidant. En general aquest treball pròxim, tant en origen com en destí, ha validat el nostre rol com a etnògrafs davant del col·lectiu, fet que ha esdevingut fonamental per assolir una observació participant òptima que anés garantint la qualitat i veracitat de les informacions recollides.

És per tot això, i en aquest sentit, que el treball de camp amb el col·lectiu rrom ha implicat un esforç important d'adaptació a les dinàmiques de mobilitat i les realitats canviants en la situació de la població rrom. Com a resultat d'aquesta adaptació, es va mantenir el treball de camp en alguns dels barris seleccionats inicialment i es va descartar continuar el treball en d'altres. I també, va ser necessari afegir barris nous que no havien estat previstos o seleccionats prèviament. Presentem, en el següent llistat, les zones principals en les quals hem realitzat treball de camp, assenyalant la seva rellevància dins del procés d'investigació.

BARRIS / ZONES	TREBALL DE CAMP DESENVOLUPAT
Sant Roc (Badalona)	Treball de camp durant tot el procés de recerca
Casc antic (Tortosa)	Treball de camp durant tot el procés de recerca
Serra d'en Mena (Badalona -Santa Coloma de Gramenet)	Treball de camp iniciat posteriorment, per mostrar-se com a un dels nuclis fonamentals de població rrom.
Les Termes (Sabadell)	Treball de camp iniciat, desplaçat posteriorment per mobilitat de la població.
Collblanc - La Torrassa (Hospitalet de Llobregat)	Treball de camp iniciat i durant una part de la recerca, desplaçat posteriorment per baixa presència de població, contacte mantingut a Sant Roc (Badalona)
Parc Fluvial - Riu Ripoll (Sabadell)	Prospecció iniciada, treball de camp descartat per mobilitat de la població.
Sant Adrià de Besòs	Treball de camp intermitent, degut a mobilitat i presència de famílies en certs moments.
Diferents barris Badalona (Pep Ventura i d'altres)	Treball de camp intermitent, degut a mobilitat i presència de famílies en certs moments
Diferents barris Barcelona (Sants, Sant Andreu-Trinitat Vella, etc.)	Treball de camp intermitent, degut a mobilitat i presència de famílies en certs moments

En tot cas, com es pot observar en la taula anterior, el treball de camp es va realitzar fonamentalment en barris de tres municipis (Badalona, Santa Coloma de Gramenet i Tortosa). Tot i així, la necessitat d'una aproximació integral i un seguiment de determinats nuclis familiars o famílies ha requerit la recollida d'informació en moments concrets en altres zones.

És important destacar que el grau de profunditat assolit (respecte l'accés a la població) en els principals barris objectes de la nostra investigació no ha estat el mateix. Podem considerar que sobretot hem aconseguit arribar (amb diferents nivells de focalització) a la major part de la població rrom existent en els barris de Badalona i Santa Coloma. Fet important en tant que són les zones on hi ha més presència de població rrom, no únicament en termes numèrics sinó també com a punt de trobada d'altres rrom de les mateixes comunitats que viuen en altres barris (Sants, Guinardó, Casc Antic) o ciutats (Sabadell). Això permet fonamentar amb solidesa els diferents aspectes tractats en aquest informe (sense pretendre negar la possibilitat que algunes qüestions no hagin estat tractades amb la profunditat necessària). En canvi, per a Tortosa, tot i no haver deixat en cap cas el

treball de camp en aquest context i d'haver establert relació amb part de la població rrom, els resultats han de presentar-se com a més limitats³: el treball de camp amb poblacions en situació d'exclusió social i, particularment, en el cas de la població rrom immigrada, *necessita de l'establiment de relacions de coneixement i confiança a llarg termini, continuades i sostingudes* en el temps, tal i com ja hem exposat anteriorment. Això és condició per assolir un adequat coneixement de la realitat del col·lectiu que pretenem estudiar, en el nostre cas els immigrants rrom de Romania. D'aquesta manera, tot i que l'entrada de camp a Tortosa s'ha vist molt beneficiada pel coneixement general obtingut prèviament de la població i de la col·laboració dels diferents actors socials (mediadors/es, educadors/es socials, treballadors socials, i professionals de l'àmbit sanitari), aquest requisit només s'ha assolit en part, degut exclusivament a les dificultats pràctiques per a mantenir una presència constant allà, imprescindible per a millorar la posada en pràctica del mètode etnogràfic i una observació més profunda de la interrelació entre els diferents factors.

En tot cas, i amb una població relativament desconeguda en relació a les seves característiques i la seva amplitud (situació comuna a tots els barris), la selecció no podia en cap cas consistir en un mostreig probabilístic, i vàrem utilitzar una estratègia -adaptada a aquesta mobilitat- de "bola de neu". Aquesta impossibilitat de poder realitzar observació participant en tots els escenaris i moments possibles, que per una altra part és comuna a les etnografies, especialment en contextos urbans⁴, va requerir un treball de camp intensiu però no focalitzat en un únic espai, amb l'objectiu d'assolir la major diversitat possible respecte a la situació de la població rrom en els barris seleccionats. A més, va ser i és molt difícil (per resumir-ho en aquest informe) observar i recollir tot el que anava passant doncs la situació de la població rrom generalment ve acompanyada de múltiples intervencions de diferents actors socials; canvis constants d'ubicació dels diferents nuclis familiars; duplicació de demandes socials, sanitàries, escolars, legals entre d'altres. En aquest sentit, a més d'intentar arribar als diferents subgrups de població rrom⁵, vam procurar globalment i en el nucli de cada un d'ells, diversificar

³ Això es també relativament aplicable a les entrevistes realitzades que donat el baix número no permet extreure moltes conclusions. En tot cas, en general, i per tot allò que hem observat en el treball de camp i les entrevistes, i mentre no diguem el contrari, una part important de tot el que hem assenyalat aquí és, en principi, extrapolable a aquesta població.

⁴ Com apunta Denzin (1970:300-313, citat en Díaz, 2005): "Mientras que en otros medios el etnógrafo se puede insertar en lo que será su unidad de observación de manera que puede tener una visión de conjunto de ésta (o por lo menos, parece que se podrá acercarse bastante), esto en el contexto urbano es imposible. El investigador siempre accede a realidades parciales -tanto desde el punto de vista del espacio como del tiempo- y, por tanto, la fragmentariedad es una de las características fundamentales de este tipo de etnografía".

⁵ Bàsicament tres (tot i que també vam recollir informació d'altres), de diferents llocs d'origen de Romania i amb certes característiques diferenciades, com veurem més endavant.

al màxim els diferents informants segons: temps d'estància, situació socioeconòmica, grup d'edat, situació dins del grup, gènere, entre d'altres⁶.

Per tant, per a una recollida de dades adequada i suficient, ha estat important assolir el màxim d'àmbits i espais possibles, durant tot el procés d'investigació. És important destacar que un dels objectius fonamentals ha estat conèixer el que estava passant fora dels espais estrictament sanitaris, en àmbits que en ocasions no s'acostuma arribar en investigacions sobre salut, i indubtablement menys encara en relació a aquesta població o d'altres de semblants. En aquest sentit, hem realitzat treball de camp principalment en domicilis i en espais públics per garantir una observació participant que permetés assolir diferents tipus d'informació. Per una banda, l'observació etnogràfica en un context públic ens permetia conèixer el context comunitari quotidià del grup (famílies de diferents barris que es reunien en un punt de trobada com podia ser la Plaça de Camarón de la Isla a Sant Roc; relacions entre diferents membres, famílies i fins hi tot subgrups; usos de l'espai i del temps, garantir la nostra presència en un espai més obert i públic, nous informants i noves informacions referides al col·lectiu en general, entre d'altres). D'altra banda, en molts dels casos, a mesura que el nostre rol s'anava consolidant i guanyant un grau de confiança davant de la majoria dels membres del grup (sovint després d'un any de presència etnogràfica) hem pogut anar coneixent amb més profunditat determinats nuclis familiars, i per tant, accedint a un espai més privat i a informacions més personals i íntimes. D'aquesta manera hem pogut presenciar la vida quotidiana d'algunes famílies (organització, rutines i hàbits, alimentació, conflictes, rols, habitatge, entre d'altres) afiançant vincles més estables i de confiança que alhora ens permetia desmitificar alguns estereotips i conèixer les dificultats i mancances reals en el propi context familiar. També, i molt important, vam realitzar múltiples acompanyaments als rroms a diferents recursos, generalment sanitaris però també en relació a d'altres serveis (laborals, jurídics, entre d'altres). La realització d'aquests, es va iniciar en un moment etnogràfic intermig quan ja havíem normalitzat la nostra presència en els espais públics amb el col·lectiu però encara no havíem tingut, en general, accés als domicilis. Quan vam començar a realitzar els acompanyaments a determinats serveis, les demandes es van multiplicar i aquests espais ens va facilitar nous contactes i una vinculació més personal i positiva (el col·lectiu podia observar una utilitat immediata en la nostra presència i això també facilitava confiança). Alhora i per tot això, ens va donar entrada, no únicament a l'espai de consulta sinó també al domicili familiar i altres àmbits (des de gestions legals fins a espais de culte religiós)

⁶ Tot i que, el màxim interès va estar centrat, tal i com es desprèn del projecte, en els segments de població en situació de marginalitat i exclusió socioeconòmica, precisament per analitzar la importància d'aquesta situació en la seva salut i en l'accés i ús del sistema sanitari, vam intentar també treballar amb segments en situació relativament millor.

Tot i així, ha estat molt important, com no pot ser d'una altra manera, el treball dins dels diferents espais del sistema sanitari català (molt fonamentalment el públic). Aquest s'ha produït, generalment, a partir d'aquests acompanyaments (en altres ocasions, també, per exemple en centres d'atenció primària, se'ns ha facilitat el contacte amb d'altres famílies). En la següent taula es pot veure un resum dels principals acompanyaments i els àmbits als quals corresponen.

ÀMBIT	NÚMERO ACOMPANYAMENTS ⁷
CENTRES ATENCIÓ PRIMÀRIA	35
CENTRES HOSPITALARIS	16
ALTRES SERVEIS SALUT (S. SEXUAL I REPRODUCTIVA, ETC.)	45
LEGAL I RELACIONAT	21
SERVEIS SOCIALS I RELACIONAT	23
ALTRES ACOMPANYAMENTS	10

Va ser així, en alguns casos, per poder observar el més extensament possible el procés de necessitat, decisió, trànsit pel sistema, tractament i seguiment. En d'altres situacions, molt particularment, en tot allò relatiu als serveis d'urgències, i per la impossibilitat de fer-ho d'una altra manera (degut al volum de població amb el qual estàvem treballant, poc significatiu numèricament respecte el context de població immigrada), resultava clarament poc pràctic i molt costós en termes de temps, esperar en els CAP i sobre tot a Urgències, a trobar alguna persona. No obstant, com després explicarem, en alguns barris i ocasions, va ser la única manera possible i casual, en la qual vam poder iniciar el contacte.

Tècniques d'investigació

En relació a les tècniques de recollida d'informació utilitzades, *l'observació participant* va ser sens dubte la fonamental *durant tota la investigació*. En primer lloc, perquè era imprescindible per a realitzar el desenvolupament de la recerca amb una població d'estudi amb les característiques que ja hem apuntat (situació de marginalitat, alta opacitat, entre d'altres) i garantir un accés a la població que, d'una altra manera, hauria estat impossible aconseguir, tot i les dificultats que indiquem més endavant. En segon lloc, perquè hi ha poques dades qualitatives ben recollides i treballades respecte aquest col·lectiu i alhora també són especialment

⁷ Cal dir que una part important d'aquests acompanyaments van ser amb les mateixes persones i varies vegades. Estimem que el número de persones acompanyades pot ser aproximadament de 50.

valuosos perquè esdevé difícil d'obtenir-les. Per una altra banda, perquè no només permet participar, d'alguna manera, en la vida quotidiana de la població rrom romanesa, sinó també permet observar les actuacions d'altres institucions i professionals, els seus efectes i la valoració que la població fa al respecte. Però, sobretot també, *perquè sense l'observació participant seria impossible assegurar una certa confiabilitat de les dades recollides, a més de la utilització amb garanties suficients d'altres tècniques d'investigació.*

Cal fer aquí un petit comentari respecte a la realització del treball de camp i, en concret la *utilització de l'observació participant, per part de dos etnògrafs*. La majoria de les conseqüències d'aquesta col·laboració són sens dubte, molt positives, sobretot per la confiabilitat afegida de les dades recollides des de perspectives i amb informants diferents: quan les informacions han coincidit perquè se'ls ha pogut donar més crèdit; i quan han diferit perquè ens ha obligat a qüestionar els motius d'aquesta divergència i a formular hipòtesis alternatives al respecte. Per una altra banda, han estat fonamentals les característiques personals de cada etnògraf, com la formació i l'experiència prèvia, i molt particularment el fet de ser *home i dona*. Com sol passar en un treball de camp de llarg termini basat en l'observació participant, l'etnògraf o etnògrafa s'acaba convertint, en un moment donat i per a certes situacions, en una figura extra categorial (respecte al gènere, però no només), permetent-li accedir a àmbits i persones que per a una altra persona potser estarien prohibits o pautats d'una altra forma. Però el cert és que, sobretot en els primers moments de treball de camp, el treball conjunt va ser imprescindible per a gestionar la presència i la recollida d'informació, que hauria estat molt més complexa de ser únicament un etnògraf⁸.

Les entrevistes realitzades⁹ els últims mesos (30 en total) tenen un valor fonamental per a aprofundir i recollir certes informacions que poden ser més difícils d'obtenir mitjançant observació participant¹⁰. L'entrevista que hem pogut desenvolupar, ha sorgit d'uns guions previs molt treballats, complementats i revisats amb el treball de camp que ja s'estava realitzant des de feia un temps (de nou cal destacar la funció important d'aquest treball etnogràfic previ que dona més validesa a la informació recollida). D'aquesta manera, i a través de les aportacions

⁸ A més, va permetre observar la diferent reacció que suscitava la nostra aproximació en funció del gènere, la qual cosa va produir situacions molt valuoses per a comprendre la pròpia construcció social que elabora el mateix grup.

⁹ Les cites recollides en aquest informe estan extretes del diari de camp i de les entrevistes realitzades entre els mesos de maig i el juliol del 2008. No hem especificat el nom de la persona, tampoc, evidentment en el cas dels professionals, el barri on viu o el centre per garantir la confidencialitat. Sí hem especificat, quan ha sigut possible, el lloc d'origen, l'edat i el sexe.

¹⁰ En tot cas, l'entrevista sempre ha estat aplicada de forma combinada: existeixen multitud de matisos (situació, llenguatge no verbal, etc.) que no queden recollides en l'enregistrament, i que és necessari considerar.

dels diferents membres de l'equip d'investigació hem anat afinant i millorant la generalitat i l'especificitat dels temes que plantejava i les seves qüestions (i com formular-les per evitar biaixos). Ha estat important comptar amb el guió inicial que ja era molt complert i les aportacions dels diferents etnògrafs sobre els grups específics amb els quals s'estaven duent a terme el treball etnogràfic. Això ens ha permès realitzar una entrevista seria i fonamentada que ha abastat els temes generals a tots els grups estudiats i considerant les particularitats significatives de cada col·lectiu.

Tot i això, el llarg i intens treball de camp que hem realitzat, ha estat fonamental, també aquí, per diferents i fonamentals raons, facilitant l'aplicació de les entrevistes: ha garantit un major domini dels codis culturals i l'establiment de relacions de confiança més sòlides, que ens han ajudat en l'adequada formulació de les qüestions plantejades i l'enregistrament de la pràctica totalitat de les entrevistes¹¹. A més, ha afavorit una interpretació posterior adequada i per tant una confiabilitat important de la informació obtinguda (que no hauria estat igual sense aquest treball etnogràfic, com a mínim, previ).

Tot i que el número d'entrevistes no és suficient per extreure conclusions extrapolables a tot el col·lectiu (tampoc era aquesta la seva funció, que més aviat consistia en el *suport a la contrastació de les nostres hipòtesis*), s'ha d'esmentar que donat el baix nombre de població rrom present a Catalunya, potser es poden considerar una mica més significatives que si haguessin estat fetes en un grup més nombrós.

Al mateix temps, la seva aplicació tampoc no ha estat exempta de dificultats. Principalment, els obstacles més importants amb els quals ens hem trobat, tenen relació amb tot el que ja hem esmentat anteriorment: estant a mig camí entre l'enorme desconfiança que en ocasions existia entre la població rrom romanesa; i la nostra, potser excessiva, cautela per a no perjudicar la qualitat de les relacions (algunes d'elles molt inicials) amb tècniques massa directives o amb l'ús de tècniques de registre audiovisual.

Un altre problema, de tipus més logístic, el vam trobar en la dificultat per a trobar llocs o moments on aquesta i altres tècniques poguessin aplicar-se sense

¹¹ En els casos en què no va ser així (per una negativa explícita de l'informant) es va optar per anar omplint simultàniament el guió d'entrevista en paper. La qualitat de la informació es va veure evidentment, afectada en aquest procés, encara que no significativament: perdent part dels matisos i dels discursos (que en ocasions duen a temes externs al guió d'entrevista) i fa més difícil l'anàlisi qualitativa posterior (únicament possible a partir de les anotacions en el diari de camp posteriors a l'entrevista). Però, les dades obtingudes de cara a la seva codificació van conservar el mateix nivell de confiabilitat.

interrupcions i amb certa qualitat i confidencialitat. En un context d'elevada precarietat econòmica, on per exemple, una activitat econòmica de tipus marginal es l'únic mitjà de subsistència (i molt freqüentment permet només viure al dia) o on es comparteix habitatge amb un gran número de persones, no sempre es fàcil trobar aquests espais o moments.

Finalment, i en relació a diferents factors, una altra dificultat que vam trobar és respecte l'ús de les diferents llengües. En primer lloc, tant el nostre escàs domini dels idiomes d'ús habitual entre la població rrom (romanès i rromnes) com el poc nivell de castellà o català d'una part molt significativa dels informants, no oferien facilitats per a la seva realització. En segon lloc, i de la mateixa manera que en d'altres grups inclosos en el projecte, *vàrem considerar la possibilitat d'utilitzar traductors. Aquesta opció va ser descartada degut a les dificultats i els biaixos que probablement afegiria a la ja complexa realització de l'entrevista*. Per diferents raons que considerem importants esmentar: per una banda la traducció no implica exclusivament aspectes lingüístics i, també hi ha dificultats que estan molt relacionades amb les característiques de la persona encarregada de realitzar la traducció. D'aquesta manera, per exemple, sabíem que certes informacions no es respondrien igual i que estarien condicionades, en algun grau, en funció del gènere, l'edat i altres factors; tampoc segons si el traductor/a pertanyia al mateix o diferent grup ètnic o subgrup (molt evident si es tracte d'un traductor/a romanès no rrom, però també i en funció del tipus o la qualitat de les relacions que es donen entre els diferents grups rrom)¹². Una altra dificultat per a la realització de les entrevistes està relacionada amb les característiques de la pròpia població que feien que no fos massa previsible el moment i el lloc on es podrien realitzar, i de vegades va ser necessari dividir l'entrevista en diferents moments i segons diferents situacions imprevistes del propi entrevistat. Això, i respecte a qüestions relacionades amb els traductors feia més difícil encara organitzar el procés amb la persona seleccionada per a l'entrevista (considerant que tampoc no hi havien moltes persones que poguessin/volguessin fer-ho).

En relació a la selecció dels entrevistats ha estat més complex poder obtenir la col·laboració de la població rrom d'edat més avançada (sent significativa per les diferents vivències en relació a la trajectòria vital i per poder-la contrastar amb població més jove, i per tant possiblement amb més facilitats d'adaptació) per diferents raons que ens hem anat trobant en altres situacions durant la

¹² Per exemple, i com esmentarem més endavant, la relació entre el col·lectiu originari de Murgeni i el de Țândărei no és, en general, una relació simètrica. Això podia dificultar la situació perquè la persona entrevistada o l'encarregada de traduir fossin de diferents grups (rebuig a traduir/contestar, problemes per parlar de certs aspectes o persones) o bé perquè fossin del mateix (en grups tan petits i amb un caràcter molt comunitari, la por a la difusió d'algunes de les respostes podria jugar un paper fonamental).

investigació i que esmentarem també més endavant: en primer lloc, perquè la població més gran (majors de 50 anys) és més escassa entre el col·lectiu rrom present en destí. Però també, amb població d'entre 35 i 50 anys aproximadament, per dificultats amb la comunicació, més resistències i desconfiança a donar informació, por al control, més dificultats per entendre l'objectiu del nostre treball, menys necessitat d'interactuar amb persones no rrom, entre altres. Alhora hem pogut observar, com tot i la nostra intensa i perllongada estada en el camp, la desconfiança podia aparèixer en qualsevol moment (amb el risc, com ja hem dit, de possibles conseqüències poc favorables vinculades a la relació de camp amb la població). No obstant això *les entrevistes, realitzades a partir d'un guió previ¹³ i cobrint bona part dels aspectes que preteníem abordar en la investigació, s'han mostrat com una font importantíssima d'informació, que permet contrastar el que ja hem observat; confirmar certes tendències (tot i les precaucions necessàries a l'hora de generalitzar); i afegir nova informació a la ja recollida.*

En relació a l'ús d'altres tècniques, la fonamental d'entre elles va ser *l'anàlisi de documents i fonts estadístics*. Aquest ha estat útil, però limitat, entre altres factors, per la llengua d'alguns documents i la invisibilitat estadística de la població (per exemple, en els censos, empadronament i altres).

Dificultats en el procés d'investigació

Tot i el risc d'estendre'ns molt en aquest apartat, creiem imprescindible descriure breument altres dificultats que vam tenir en l'ús d'aquestes tècniques i en el treball de camp en general. Com ja hem dit, des de l'inici vam optar per una entrada directa en el camp, en els espais públics on podíem trobar a la població rrom romanesa. Aquesta estratègia, tot i que no era la més senzilla, ens va semblar la més adequada per a *solucionar alguns dels possibles biaixos i limitacions de la investigació: per una banda, per aconseguir diversificar al màxim el tipus d'informants; però també per evitar les possibles interferències (que podrien condicionar i, en alguns casos, problematitzar el rol de l'etnògraf sobretot en l'inici del treball de camp i amb aquesta població) que en ocasions suposa l'accés a partir d'una institució o associació (per exemple des de Serveis Socials, des d'una Organització No Governamental, etc).* Tenint en compte, a més, que *aquestes institucions són externes a la població, i per tant, generalment no estan legitimades pel col·lectiu; i que fins i tot les poques entitats pròpies poden no ser representatives per a la majoria de la població rrom i ser el resultat d'un altre tipus de relacions d'autoritat; o simplement ser entitats que no tenen una existència real però que*

¹³ Elaborat per l'equip del projecte i molt particularment per Lucia Sanjuan i Teresa San Román.

poden crear-se per interessos particulars d'alguns pocs membres de la comunitat i no en representació d'aquesta.

Una altra qüestió en relació a l'entrada en el camp, és *l'explicació de les raons de la nostra activitat i l'establiment de relacions de confiança amb els informants*. Durant tot el treball de camp hem treballat en un context en el qual el nostre rol podia fàcilment estar subjecte a especulacions¹⁴. La percepció de poder ser considerats un element de control potencialment perjudicial per al grup ha estat molt freqüent i probablement encara ho és en part. Tot i que cada vegada menys pel llarg període d'observació participant realitzat amb especial atenció i cura que, d'alguna manera ha anat validant-nos davant del col·lectiu, i ha anat facilitant nous contextos d'observació i coneixement. Donada la situació de la major part de població rrom amb la qual hem treballat aquesta desconfiança era inevitable i totalment comprensible. Tot i això, el fet de que ho sigui, no fa menys dures les situacions camp, ni menys desmoralitzants les seves conseqüències a nivell personal i com a investigador/a. *Aquests recels -lògics- es donaven davant una presència (els etnògrafs) de la qual els informants no tenien cap referència ni garantia real, més enllà del comportament que nosaltres mostréssim amb ells o amb uns altres (i en un context on els gadje¹⁵ no solen portar res de bo); però a més, davant d'una població que, en general, es troba estigmatitzada a nivell social i freqüentment abordada per diferents professionals i institucions. Entre les quals, les que han tingut un paper més preponderant han estat, per una part, els mitjans de comunicació i, per una altra, les diferents forces de seguretat i el sistema de protecció de menors¹⁶.*

Això ha fet que la població rrom romanesa, que segurament ja presentava certa opacitat a causa de situacions prèvies, hagi estat molt més difícil d'abordar. Vam tenir clar des del principi que l'única estratègia possible per afiançament la relació etnogràfica era: per una banda, una *regularitat previsible pel col·lectiu* i la constància en l'espai d'observació per assolir la seva confiança; també la *clarificació el més exacta possible del nostre rol*, tot i les dificultats de ser entès en un sentit adequat, o en el millor dels casos, en la seva utilitat (en tant que la finalitat i ús de la recerca estan molt allunyades de les necessitats *immediates* de la

¹⁴ Una dificultat important a destacar és la dificultat de registrar la informació durant el treball de camp. La importància d'establir una relació de confiança, i les especificitats del col·lectiu (població exclosa i marginal) fa impossible, en general, prendre notes in situ o usar altres formes de registre d'informació pel possible recel que això generaria en la població. Aquesta dificultat, habitual en l'observació participant, es va veure accentuada per algunes de les qüestions que apuntem a continuació.

¹⁵ O bé *gazhe* (Peeters, 2005:52). Plural de *gadjo* o *gazho*. Persona no rrom, paia.

¹⁶ Sense entrar a considerar-les en profunditat, en la nostra opinió han tingut, en ocasions, un caràcter excessiu i poc rigorós, més basat en el control i la coacció que en un treball realment preventiu que adaptés la intervenció a les necessitats reals d'un col·lectiu vulnerable.

població rrom); d'altra banda, vam tractar d'oferir garanties constants i confidencialitat. Vam optar des del principi, i sempre que va ser possible, per explicar amb la major claredat qui érem i què fèiem allà. No sempre va ser fàcil, per problemes de comunicació o d'un altre tipus, però en tot cas, la paraula té la força de la confiança que es té en qui la diu: molt habitualment les estratègies i comportaments que vam adoptar en un moment donat van ser el més important per assolir aquesta confiança.

Una altra qüestió relacionada amb la definició del nostre rol durant el treball de camp, té a veure amb *els acompanyaments* als informants en determinades situacions, concretament en l'accés als serveis sanitaris, però també a registres civils, serveis d'advocats i de traducció de documentació legal, entre d'altres. Aquestes estratègies ens han ajudat a visualitzar una funció social i d'utilitat per al grup i a adquirir consideració i respecte dins del mateix. I això ha estat important per a construir i consolidar un adequat vincle social, la qual cosa és alhora fonamental per a obtenir informació de qualitat, basada en una bona relació etnogràfica i la condició per a una antropologia de l'acció social que, a la llarga, sigui útil als propis subjectes d'estudi. Per una altra banda, ens ha facilitat nous contactes etnogràfics; la visualització de xarxes familiars (que a causa de la seva extensió i mobilitat no és fàcil conèixer); l'accés a escenaris més "privats"; i el coneixement de determinats problemes o situacions. No obstant això, ha estat necessari *anar amb compte amb el possible impacte de la nostra presència en allò observat*¹⁷, i també anar revisant com ens anàvem desenvolupant en el context etnogràfic i posar especial cura per evitar desdibuixar d'alguna manera el rol com a investigador/a i reproduir, equivocadament i malament, la tasca d'altres professionals especialitzats en el suport social. D'aquesta manera, i donada l'elevada demanda que anava augmentant a mesura que realitzàvem els acompanyaments (i probablement com a prova o resultat d'una manca d' "oferta" institucional adaptada de manera adequada a les necessitats o dificultats del col·lectiu.), ha estat necessari considerar el risc que teníem de perdre una perspectiva etnogràfica adequada (en relació als objectius de la pròpia investigació però també en la distància òptima respecte a la nostra participació i el nostre rol, segons el context i el temps) i així evitar caure en l'error d'estar donant resposta a demandes que haurien de garantir les administracions corresponents.

Però també per altres raons: *primer de tot, no som els professionals adequats per la realització d'aquesta tasca, i en el cas que ho fóssim no podríem activar una intervenció planificada ni sostinguda en el temps perquè aquesta no és la finalitat del*

¹⁷ L'influència de la observació en l'objecte de la recerca es una qüestió comuna a qualsevol investigació. És, sens dubte, un problema metodològic important. En tot cas, i quan parlem de barreres i dificultats, considerem, en general, que aquestes haurien sigut encara més intenses sense la nostra presència.

nostre encàrrec sinó una estratègia de l'observació participant; alhora la nostra actuació podríem estar facilitant la invisibilitat de les necessitats del col·lectiu i la manca de professionals i recursos. I finalment, perquè podríem acabar reproduint els errors d'altres intervencions socials (no totes, afortunadament) que moltes vegades acaben alimentant la dependència més que l'autonomia dels col·lectius vulnerables.

En definitiva, aquestes pràctiques de suport o acompanyament, si no es realitzen de manera adequada, poden implicar problemes de definició del rol i problemes metodològics d'un altre tipus, però no considerem que necessàriament hagin hagut d'afectar a la qualitat de la informació recollida i al propi procés d'investigació, sinó al contrari. Han contribuït al fet que la investigació s'aproximi més a la realitat quotidiana dels informants que a les interpretacions posteriors (les seves o les dels professionals que els atenen). A més, durant el treball de camp, inevitablement, es creen relacions personals amb els informants i en aquest sentit és *important saber gestionar la posició del propi investigador i establir els adequats límits*. L'emmarcament de la relació etnogràfica pot caracteritzar-se per una major proximitat en relació a l' "altre" i també en comparació amb la posició que prenen d'altres professionals (fins i tot aquells que apliquen l'estratègia d'una elevada proximitat en intervenció), i per tant, en aquest sentit més complexa. Ara bé, *en la mesura de les nostres possibilitats i procurant no perjudicar ni a les persones ni a la pròpia investigació, hem intentat desenvolupar la nostra activitat des del compromís i la coherència perquè entenem que no es pot pretendre estar per a conèixer, observar i aprendre; i no estar per a donar suport. I, tot i que entenem la importància que té aquest projecte d'investigació per donar a conèixer la situació del col·lectiu; de vegades, i davant de situacions sovint molt precàries (sobretot en relació a la salut) és impossible no intervenir mentre no canvia la situació d'exclusió que pateix la població rrom.*

1. CONTEXT HISTÒRIC I ACTUAL DE LA POBLACIÓ RROM ROMANESA A ROMANIA.

El poble gitano rrom té com a origen, comunament acceptat, la zona nord-est de l'actual Índia, en la regió del Punjab, des d'on va partir, en algun moment entre els segles X i XII. Per aquesta localització, va tenir un paper important la lingüística amb els estudis realitzats des del segle XVIII, que també ha estat un element central en el coneixement dels primers segles de la diàspora gitana (Sánchez Ortega, 1986:14). A través de l'anàlisi de l'estructura gramatical i el vocabulari de les llengües gitanes en diferents llocs i la seva comparació amb altres de les que poden haver tingut influència, s'ha intentat reconstruir els possibles itineraris migratoris en aquests primers moments¹⁸.

No es coneixen amb exactitud les causes que van provocar l'èxode inicial del poble gitano, tot i que semblaria que algun tipus de conflicte va provocar que, en una o varies onades, s'anessin desplaçant cap a l'oest. Reyners (2003:6), per exemple, senyala que aquest primer desplaçament podria estar relacionat amb algunes invasions musulmanes que podrien haver forçat la migració, trastocant un sistema de castes en el que els gitanos podrien haver tingut una posició relativament heterogènia¹⁹ o bé ja marginal (San Roman, 1986:193).

En tot cas, sembla que aquesta migració va produir-se, en els segles següents, cap a la Pèrsia i l'Imperi Bizantí, arribant a Europa a partir dels segles XIV i XV. En aquest primer moment i en els segles següents, la població gitana va ser dispersada paulatinament pels diferents territoris europeus, passant per uns i assentant-se en altres, seguint generalment un patró que els conduïa de l'est a l'oest, si bé com apunta Liegeois (2007:17-18), és difícil conèixer amb exactitud aquests recorreguts, perquè la seva presència va poder passar inadvertida i per tant no ser recollida en les fonts de l'època, o bé perquè va poder identificar-se com a "gitanos" a grups que en realitat no ho eren. Per exemple, alguns autors, com Fonseca (1997:130, citat en Pajares, 2006:224) apunten que hi ha proves, ja en el s. XII, de presència de població rrom en la zona balcànica, mentre altres situen aquesta primera presència com a més tardana. En qualsevol cas, sembla clar que grups de població rrom van ser desplaçats cap al nord (actuals Bulgària, Romania i ex

¹⁸ Per a un resum veure, per exemple, Fraser (1995:26-46) i Aguirre (2006:25-41).

¹⁹ "Les Tsiganes occupaient probablement une position hétéroclite dans ce système. Des recherches ont montré que certains d'entre eux pouvaient provenir de la caste des Rajput, la caste des aristocrates, celle qui fut forcément la plus malmenée par la lutte directe contre les envahisseurs. Néanmoins, il y a aussi des éléments qui rattachent les Tsiganes aux Intouchables (hors castes), aux populations dravidiennes, présentes en Inde avant même les Aryens. Quoi qu'il en soit, cette diversité sociale et ethnique originelle se serait fondue d'une certaine manière dans le cadre d'une migration." (Reyniers, 2003:6)

repúbliques iugoslaves) en el s. XIV i més enllà, cap a la resta d'Europa en el segle XV i XVI (Barany, 2002:9-10). Aquest procés de dispersió i assentament converteix als rrom no únicament en la minoria ètnica més important d'Europa sinó, com s'ha afirmat en repetides ocasions, en el poble paneuropeu, part fonamental de la seva història i la seva cultura des de fa segles. Una història, però, freqüentment silenciada i obviada, i plena d'exemples de discriminació i persecució²⁰.

Ens interessa destacar que la dispersió que va conèixer la població rrom, que posteriorment portaria també a grups de població a d'altres continents, els ha dotat d'una extensa diversitat, que tot i tenir part de la seva història i un origen en comú, ha implicat també una segmentació de la seva identitat. Liegeois (2007:10), per exemple, els representa com a un mosaic de grups diversificats, però un mosaic mòbil perquè la seva configuració canvia constantment com un calidoscopi els elements del qual tenen les seves pròpies particularitats. Aquesta qüestió, que ha estat molt debatuda²¹, ens interessa sobretot per *insistir de nou en la necessitat de considerar constantment l'heterogeneïtat de la població rrom, que té la seva expressió en aspectes com la llengua, la religió, la localització geogràfica, les ocupacions, el tipus de mobilitat, l'organització familiar i grupal, entre molts d'altres*. Aquesta heterogeneïtat és conseqüència, entre altres factors, de la relació que la població rrom ha mantingut amb els grups majoritaris en els territoris en els quals s'ha establert que és el que, en moltes ocasions, ha marcat també, el terme amb el que se'ls ha anomenat (gitanos, tsigani, gypsies, manouches, sinti,...). Aquest noms, com ens diu Liegeois (2007:34), poden indicar un suposat origen i una visió parcial de la història gitana, però a més poder estar unint també, sota el mateix terme, grups diferents.

Al mateix temps, tot i els intents d'assimilació que encara persisteixen i que unes vegades han estat més intensos en la seva violència i altres vegades menys, la població rrom ha aconseguit "conservar una identitat diferent i demostrar un notable poder d'adaptació i supervivència" (Fraser, 1995:15). Una identitat que en tot cas, no està lligada, exclusivament, als canvis socioculturals en el propi grup. Com mostra San Román (1996), i les aportacions de Barth (1970), el més important són els elements que es poden utilitzar per a diferenciar-se i identificar al propi col·lectiu. A més, aquests elements poden anar modificant-se amb el temps, o ser utilitzats o no en funció d'un context o d'una necessitat concreta. És a dir, allò realment important és veure els *mecanismes a partir dels quals es van*

²⁰ Diversos autors han tractat extensament el tema, Vaux de Foletier (1974, citat en San Román, 1998:11), Fraser (1995), Barany (2002), Reyniers (2003), Aguirre (2006) i Liegeois (2007); i San Román (1976, 1998), Gómez Alfaro (1980), Leblon (1985) i Sánchez Ortega (1986), per als gitanos espanyols, entre altres (els tres darrers citats també en San Román, 1998:11).

²¹ La qüestió de la identitat gitana és un debat en el qual s'han realitzat multitud d'aportacions i que encara està obert, com mostra la tesis de Prieto (2007).

construint aquestes identitats, l'articulació i el manteniment dels límits entre grups, en un procés social dinàmic. I quan parlem de grups, no només ens referim a la població rrom – no rrom, o a la que pugui establir-se entre la població rrom romanesa i els gitanos espanyols o catalans, sinó també a aquelles, menys conegudes, que s'estableixen entre subgrups de rrom romanesos que viuen a Barcelona, i que són imprescindibles no només per a la comprensió de les seves característiques i situacions sinó també pel respecte a la seva diversitat interna, generalment obviada o ignorada.

A continuació, a més d'abordar aquesta *heterogeneïtat*, plantejem un breu recorregut per *aspectes generals en relació a la situació de marginació* que històricament han patit (i dels factors socioeconòmics i culturals associats a ella), *circumscriuint-nos en aquest cas a Romania, sí bé la població rrom ha estat en situacions similars en altres països*. Aquest recorregut porta en ell mateix, també, el fet d'entendre les condicions d'exclusió no únicament com a efecte de determinades polítiques o situacions, sinó també com a l'espai en el que possiblement es donen certes estratègies adaptatives, a llarg termini, que és imprescindible tenir presents per a entendre les particularitats de la població rrom romanesa.

1.1. LA POBLACIÓ RROM A ROMANIA: FACTORS SOCIO-HISTÒRICS D'EXCLUSIÓ.

Romania està situada en el sud est de l'Europa Central, en l'arc exterior i interior dels carpats (INSSE, 2005). Limita amb Bulgària, la República de Moldàvia, Sèrbia, Montenegro, Ucraïna i Hongria, així com el Mar Negre amb un litoral de 245 kilòmetres. Té una superfície total de 238.391 kilòmetres quadrats. És un país amb 21.6 milions d'habitants²² (2.1623.849 persones), amb la següent composició ètnica estimada segons el cens de 2002: 89,5% d'ètnia romanesa, 6,6 % d'ètnia hongaresa, 2,5% d'ètnia gitana, 0,8% ucraïnians, 0,3 % germans i altres 0,3%. En relació a la població rrom, alguns autors estimen que es troba actualment entre 1,8 i 3 milions, o sigui entre un 8 i 13% de la població total (Liegeois i Gheorghe, 1995, citat en ERRC, 2004:3), si bé, les dades oficials de l'any 2002 descriuen una població molt menor, 535.140 persones, un 2,5%. Altres, com Barany (2002:157-164) han criticat la tendència d'aquests autors i altres organismes a exagerar el nombre de població rrom i no clarificar les fonts en les quals es basen aquestes estimacions. En tot cas, sembla que aquesta diferència entre les xifres es veu influenciada, entre altres factors, pels forts prejudicis contra la població rrom a romaní, que produeixen reticències a l'hora d'identificar-se com a tals en els censos

²² Població estimada juliol 2005. Institutul National de Statistica - Romania

oficials²³; o per les preferències d'adscriure's a un altre grup ètnic per les anteriors raons exposades o d'altres. Es pot observar un exemple concret d'aquesta situació en les dades que aporta Voiculescu (2002, citat en Pajares, 2006:228) per a una petita localitat de la província de Mureș (Transilvània). D'una població d'aproximadament 8000 persones, 4305 es van declarar d'ètnia hongaresa, 2552 romaneses i 1074 rrom. Però, Voiculescu (2002:85) matisa aquestes xifres afirmant que en un cens anterior (1992), 807 persones d'ètnia rrom es van declarar hongareses, 49 es van declarar romaneses, mentre només 500 van afirmar ser rrom. En aquest context, i a més, tenint en compte que diversos països no recullen en els seus censos la manifestació de pertinença ètnica, és complicat fer una estimació de xifres globals de la població rrom. A nivell mundial, aquestes poden variar entre deu i dotze milions, la gran majoria a Europa (entre vuit i deu) segons Prieto (2007). Respecte a Europa de l'Est, Barany (2002:160) estima les següents xifres, on podem observar també l'alta disparitat amb les xifres censals (on aquestes existeixen):

ESTAT	ÚLTIM CENS	POBLACIÓ ESTIMADA	% ESTIMAT RESPECTE A LA POBLACIÓ TOTAL
Albània		55.000	1.65
Bòsnia	7.000	35.000	1.04
Bulgària	313.000	700.000	8.50
Croàcia	7.000	35.000	0.75
República Txeca	33.000	200.000	1.94
Hongria	142.000	482.000	4.72
Macedònia	47.000	60.000	2.89
Polònia		35.000	0.09
Romania	409.000	1.500.000	6.59
Eslovàquia	76.000	500.000	9.49
Eslovènia	2.000	7.000	0.35
Sèrbia i Montenegro	112.000	537.000	4.79

Font: Elaboració pròpia a partir de Barany (2002:160)²⁴

²³Aquesta disparitat tampoc és nova, segons Helsinki Watch (1991:5), en el cens de 1977 es va comptabilitzar la població rrom romanesa en 227398 persones, poc més d' un 1% del total de població, mentre les estimacions no oficials, en 1981, eren ja de 1.8 milions de persones. Sobre els factors que incideixen en aquests problemes en el cens, es pot veure també World Bank (2002:76).

²⁴ Hem utilitzat aquest autor perquè és qui millor explicita les fonts de les que han estat extretes les dades, a més de comparar les estimacions proposades per altres autors i institucions. Però, cal fer algunes precisions a les dates que apareixen en la taula. D'una banda, les dades censals són de dates

De totes maneres i independentment de la disparitat entre xifres, Romania és l'estat europeu amb un major nombre de població rrom i un dels que té una major proporció de la mateixa respecte a la població total (excepte potser Eslovàquia i Bulgària). La població rrom té, a més, una presència molt dispersa en tot el territori romanes, amb comunitats en totes les regions que la componen (CEDIMR-SE, 2001:2). Finalment Romania té, també, un lloc important en la història de la població rrom perquè, com apunta ERRC (2004:6), quasi tots els països on existeix població rrom actualment tenen grups rrom d'origen romanès, com a resultat de processos de mobilitat previs. És al mateix temps, actualment, el major emissor de població rrom cap als països d'Europa Occidental. És imprescindible, per a poder contextualitzar aquests procés, conèixer el recorregut històric i les situacions específiques de marginalitat que la població rrom ha patit a Romania, que passem a resumir breument a partir fonamentalment del darrer informe sobre aquest país publicat per European Roma Right Center – ERRC (2004).

La població rrom de Romania, des de la seva primera presència documentada en el segle XIV, ha patit una situació històrica de pobresa i exclusió social per part de la societat majoritària (Peeters, 2005; ERRC, 2004) que, evidentment ha anat variant en les seves formes d'expressió però que implica un transfons de prejudicis moltes vegades normalitzats i sostingut legalment contra els rrom; que esdevé una constant en la seva realitat social; i que té un impacte molt significatiu en les diferents estratègies que els propis col·lectius han anat adoptant. Com afirma Barany (2002:2), "although political system and their policies towards the Roma have changed, these variations have had little apparent effect on Gypsy marginality".

Una dada difícil d'obviar és que les *pràctiques esclavistes sobre els rrom, desenvolupades des del segle XV i mantingudes fins a mitjans del segle XIX*, van ser executades d'una manera sistemàtica, implicant una absoluta absència dels drets més elementals per a una part important d'aquesta població. L'esclavitud va significar, a més d'un fort control i tot tipus d'abusos legitimats per la llei²⁵, l'assentament forçós de molts segments de població rrom. Sembla, a més, que *part dels subgrups que encara es mantenen entre els rrom de Romania, fins a 40 segons un informe de CEDIMR (2001:6), tenen el seu origen en la categorització de la*

diferents, en alguns casos molt allunyades entre sí i generalment de principis dels 90. D'una altra, i donada la major taxa de creixement demogràfic de la població rrom, que l'autor també apunta, és molt probable que les xifres estimades i percentatges siguin en l'actualitat significativament majors.

²⁵ Per a il·lustrar breument la dramàtica situació: segons el codi penal de Valàquia en 1818: Sec.2 "Els gitanos neixen esclaus". Sec.3. "Qualsevol nascut d'una mare que és una esclava, és també esclau". Sec.5. "Qualsevol propietari té el dret a vendre o regalar els seus esclaus". Sec.6. "Qualsevol gitano sense propietari és propietari del príncep". I segons, el codi de Moldàvia de 1833: Sec.ii:154 "No poden donar-se unions legals entre persones lliures i esclaus". Sec.II: "El matrimoni entre esclaus no pot donar-se sense el consentiment del seu propietari", entre molts d'altres (Hancock, 2008 [1987], p25-36)

població rrom durant els temps d'esclavitud. Aquestes classificacions es van establir en funció del grup social que posseïa la propietat i el tipus d'activitat a la qual els esclaus es dedicaven²⁶, configurant grups (vici) que encara serveixen a la població rrom d'origen romanes com a element d'identificació i diferenciació amb d'altres grups, tot i que, ja en l'època socialista, van perdre part del seu significat al desaparèixer les ocupacions tradicionals que els hi van donar nom. Com afirma Peeters (2005:14), sembla que els grups més nombrosos entre la població rrom romanesa present a Barcelona són els Kanglări (fabricants de pintes), Ursări (ensinistradors d'ossos) i, en menor mesura, Kalderări (fabricants d'objectes de coure), si bé està per determinar la importància que té aquesta auto identificació en les relacions entre els diferents grups: durant el treball d'investigació, com veurem més endavant, ens hem trobat exemples que fan pensar que, per a certes qüestions, tenen més pes el lloc, la comunitat d'origen o la religió (generalment pentecostal o ortodoxa) que les distincions entre vici, potser, entre d'altres factors, per la incidència del procés migratori.

Tornant a la situació d'esclavitud, el cert és que l'abolició d'aquestes polítiques (que no es va produir fins l'any 1864), no va suposar un increment significatiu de la qualitat de vida dels rrom, que *partien d'una situació estructural de desigualtat* i que, en molts casos, van mantenir en la pràctica condicions molt similars a les anteriors durant les següents dècades. Cal destacar aquí que, tot i que la mobilitat de la població rrom ja havia conegut múltiples episodis en els segles previs, en aquest període es van produir un èxode cap a diversos països, motivat per múltiples factors, en els quals aprofundirem més endavant. Els que van romandre a Romania, ara amb llibertat "legal", però sense terres ni altres mitjans per a subsistir, van seguir dedicant-se a les ocupacions que havien desenvolupat o es van veure obligats a "oferir-se" de nou als propietaris que els havien esclavitzat o realitzar ocupacions i recursos marginals.

Un altre episodi fosc per a la població rrom romanesa, freqüentment poc conegut, es dona a mitjans del segle XX. En el període que va de 1940 a 1944, les pràctiques de discriminació es tradueixen en una persecució genocida dels rrom de Romania per part de les autoritats pro-Nazis liderades per Ion Antonescu, com va succeir en altres parts d'Europa²⁷ produint la reclusió en camps de concentració d'un nombre enorme de població rrom²⁸ i la mort de fins a un terç d'ells. La poca atenció i reconeixement que a aquest fet, fins molt recentment, han fet els governs i l'opinió

²⁶ Veure Hancock (2008 [1987]), Crowe (1995, citat en CEDIMR-SE, 2001), Barany (2002:12) i Peeters (2005:14-15). Existeixen diferències a l'hora d'ordenar aquestes categoritzacions.

²⁷ En el porrajmos (destrucció) o genocidi gitano es calcula que van ser assassinades entre 220000 i 500000 persones, pel govern nazi o per governs d'altres estats afins al mateix (USHM, 2008)

²⁸ Entre 25.000 i 90.000 rrom romanesos, segons algunes estimacions (ERRC, 2004:7-8), Ancel (2006) descriu l'holocaust dels rrom romanesos amb major profunditat.

pública en general²⁹ és un símptoma més de la situació de discriminació que encara avui la població rrom segueix patint.

Després de la segona Guerra Mundial, *els governs comunistes van iniciar un conjunt de polítiques d'assimilació (forçades en molts casos), que van implicar, com una de les primeres mesures adoptades, l'assentament obligatori i disseminat per diferents localitats dels segments de la població rrom que no s'havien assentat durant els segles d'esclavitud i que encara mantenien certes pràctiques itinerants*. Barany (2002:120), que defineix la política de l'estat romanès d'aquest període com "d'intrusió erràtica" apunta que ja en 1946 els hi van ser confiscats carros i cavalls i que en 1951 es va emprendre la dispersió de les comunitats compactes en les que vivien. La industrialització i la necessitat de migrar de zones rurals a urbanes, que ja s'havia iniciat abans, va incidir d'una forma fonamental en moltes de les ocupacions tradicionals de la població rrom, expulsant encara més a alguns dels seus segments a la marginació i l'empobriment. Tot i això, les polítiques socialistes sí van representar, *en alguns àmbits, una millora en alguns aspectes relacionats amb la situació anterior, particularment en allò referent a educació, sanitat i inserció laboral*³⁰. Tots aquests possibles avenços s'han d'observar, evidentment, en matisos, perquè en gran part dels casos van ser implantats de manera forçada i sense tenir en compte pràcticament l'especificitat de la població rrom. Un bon exemple podem trobar-lo en un informe de 1983 del Partit Comunista Romanes (Helsinki watch, 1991:108-109):

"The measures taken [...] have influenced the process of integration of the Gypsies in the social and economic life of our country. These facts have resulted in deep changes regarding their living conditions, their attitude towards work and towards the rules of social companionship. [...] The results, even though more could have been done considering the existing possibilities, all seem to point to the same fact: in all cases where attempts were made to help the Gypsy population, many of them gave up their parasitic way of life and gradually settled down to activities that benefit society".

L'impacte d'aquestes polítiques va ser, a més, desigual: perquè tot i la teòrica garantia dels drets bàsics per a tota la població romanesa i de que aquesta suposés la millora d'algunes problemàtiques per a part de la població rrom, el cert és que aquesta darrera van seguir condemnada als nivells més baixos d'accés als recursos i serveis. No obstant, tampoc pot negar-se alguns d'aquests avenços i encara menys

²⁹ La primera vegada que un president romanès es va disculpar oficialment per a la col·laboració del govern en la deportació de la població rrom va ser a l'octubre de 2007 (Divers, 2007)

³⁰ Veure Barany (2002:112-153) per a un anàlisi detallat de les polítiques en aquests àmbits d'aquell període.

atribuir exclusivament al període comunista, la pobresa i exclusió social de la població rrom en èpoques més recents³¹. Aquesta millora formal d'alguns drets tampoc va contribuir a modificar els *discursos excloents de la societat majoritària sobre els rrom, que, tot i el teòric igualitarisme, es van veure reforçats per certes postures dins de l'estructura de poder que era implícita o explícitament contràries a les etnicitats o nacionalitats "no romanese"*. Una de les expressions més visibles d'aquesta continuïtat van ser les reticències a reconèixer la categoria de grup ètnic als rrom de Romania durant una part del període socialista (Fraser:1995:279). En tot cas, sota els discursos oficials, la contenció de la conflictivitat i la implantació de mesures globals que el van caracteritzar, els atacs directes contra la població rrom durant aquesta etapa van ser molt menors que en els darrers anys immediatament posteriors a la caiguda del sistema comunista.

Existeixen multitud de textos i informes que recullen els *atacs contra la població rrom a partir de 1989*³². Sorprèn el gran nombre d'aquests, considerant a més que alguns probablement no van ser documentats. Molts autors situen, com a causa fonamental dels mateixos, la nova permissivitat per a l'expressió d'un odi mantingut i minimitzat durant l'etapa de Ceaucescu. Sense treure importància a aquest factor, el cert és que entre altres, com podien ser factors polítics o econòmics (per exemple la greu crisi econòmica en el període de transició) van tenir molt a veure amb episodis de violència extrema; aspectes que en ocasions no es mencionen. Salatti (2005:8) ho assenyala en un article que tracta de sondejar les causes d'aquesta violència³³. També apunta que, en diversos episodis, l'animadversió per a la població rrom va ser utilitzada com a excusa o alimentada per diferents estaments del poder, potenciant sentiments xenòfobs que anaven en augment. Aquesta violència, que va ser molt intensa entre els anys 1990 i 1993 va començar després a baixar d'intensitat, si bé la situació de la població rrom va continuar empitjorant.

³¹ Resulta sorprenent, per exemple, atribuir un pes tan decisiu en els processos migratoris després de 1989, com fa Reyners quan afirma: "The Gypsies, who had suffered for so long under the Communist yoke, seized the chance, when the Iron Curtain fell, to escape from an existence in which they were relegated to the margin of society and stripped of human dignity" (Reyniers, 1995:4)

³² Veure, entre d'altres, Fonseca (1997: 182, citat en Pajares, 2006:226), ERRC (1996), Helsinki Watch (1991:37-72).

³³ "First, political, cultural, and social mobilization by the Roma is perceived as a threat by ethnic Romanian political elites and population who still retain a strong sense of nationalism. Second, stalled economic progress has created a competition for jobs, which when combined with mobilization for rights, presents a threat to the job security of ethnic Romanians."

1.2. LA SITUACIÓ ACTUAL DE LA POBLACIÓ RROM ROMANESA I EL SEU ACCÉS ALS DRETS BÀSICS.

Després de la caiguda del sistema comunista a Romania el país va conèixer un pas relativament ràpid cap a una economia de mercat que ha implicat reformes a diferents nivells: privatitzacions, reestructuracions empresarials, canvis en la legislació i en les polítiques fiscals i monetàries, en el mercat del treball, en els serveis públics, entre altres. Tot i això, o potser degut a això, Romania no va escapar d'una situació de crisi econòmica, l'origen de la qual ha estat interpretat des de diverses posicions que van des de les que defensen que una bona part de les problemàtiques actuals són herència del sistema anterior fins a les que situen el major pes en les importants reformes polítiques i econòmiques engegades en els darrers anys (Preda, 2000). Si bé la qüestió és d'una complexitat molt més gran, *l'ampliació de les mesures econòmiques neoliberals a diferents esferes d'activitat (incloses les dels serveis bàsics com l'educació, la vivenda i la sanitat) sembla haver tingut també un important impacte en les condicions de vida d'una part de la població* (Viruela, 2004:3). En tot cas, el que sembla clar és que actualment aquest drets no estan coberts (com a mínim en la pràctica) per a una part de la població, i que aquesta situació ha tendit a empitjorar des de 1989. Com manifesta Viruela (2004), *“los informes de instituciones y organismos internacionales (Unicef, 1999, 2003; Banco Mundial, 1996, 2002) destacan el rápido aumento de la pobreza y su caracter persistente”*. Reproduïm algunes agafades de Viruela (2004) perquè ho mostren amb molta claredat:

	1989	1990	1991	1992	1993	1994	1995	1996	1997	1998	1999	2000	2001
POBLACIÓ (MILLIONS)	23.1	23.2	23.2	22.8	22.8	22.7	22.7	22.6	22.6	22.5	22.5	22.4	22.4
TAXA DE FECUNDITAT	2.2	1.8	1.6	1.5	1.4	1.4	1.3	1.3	1.3	1.3	1.3	1.3	1.2
TAXA DE NATALITAT	16.0	13.6	11.9	11.4	11.0	10.9	10.4	10.2	10.5	10.5	10.4	10.5	9.8
TAXA DE MORTALITAT	10.7	10.6	10.9	11.6	11.6	11.7	12.0	12.7	12.4	12.0	11.8	11.4	11.6
TAXA DE MORT. INFANTIL	26.9	26.9	22.7	23.3	23.3	23.9	21.2	22.3	22.0	20.5	18.6	18.6	18.4
ESPERANÇA DE VIDA (EV)	69.4	69.6	69.8	69.8	69.5	69.5	69.4	69.1	69.0	69.2	69.7	70.2	71.2
EV - MASCULINA	66.5	66.6	66.6	66.6	66.1	65.9	65.7	65.3	65.2	65.5	66.1	67.0	67.7
EV - FEMENINA	72.4	72.7	73.1	73.2	73.2	73.3	73.4	73.1	73.0	73.3	73.7	74.2	74.8
TUBERCULOSSI (CASOS/10.000 P.)	58.3	64.6	62.1	73.3	82.5	87.4	94.9	98.5	98.2	101.1	104.0	105.5	115.3
PIB PER CÀPITA (1989 = 100)	100.0	94.4	82.2	75.0	76.2	79.2	84.8	88.2	82.8	78.8	77.9	79.3	83.5

Font: Viruela (2004)³⁴

³⁴ Només recollim un fragment de la taula original, elaborada a partir de diferents fonts d'organitzacions internacionals. Veure Viruela (2004:5)

Les dades socioeconòmiques semblen indicar, per tant, que el desmantellament del sistema socialista i el procés de reformes econòmiques, entre d'altres factors, han donat lloc a una *fractura social* que es manifesta en l'empobriment de la major part de la població i l'enriquiment dels qui s'han beneficiat amb la transició. Com es pot observar en la taula, i seguint una altra vegada a Viruela (2004), el nivell de vida de la població va progressar molt poc en aquest període, particularment entre el 1990-1997. Per exemple, la renda per càpita en el 2001 equival al 80% de la de 1989 i representa el 25% de la Unió Europea. La crisi econòmica va implicar la contenció del dèficit públic i va repercutir negativament en els sistemes de protecció social, i molt particularment en els àmbits educatiu i sanitari. *Aquest impacte ha estat particularment intens sobre la situació de la població rrom a Romania, entre d'altres raons perquè, encara que d'altres grups vulnerables afronten situacions similars, a la situació dels primers s'ha d'afegir la posició prèvia de desigualtat i la barrera discriminatòria (Ringold et al., 2005:10):*

“Access to social services has been threatened by an increasing need for services and tight budgets. Formal and informal charges now accompany previously free services, as does eroding quality. Roma are particularly affected by increasing barriers to access because they are at a higher risk of poverty and face unique circumstances that limit their access to services. Geographically isolated Roma communities may lie far from social service facilities and personnel. Similarly, because Roma frequently live in remote areas or illegal housing, they may lack the documentation necessary for enrolling in school and claiming social assistance or health benefits”

Aquest impacte va afectar a diferents àmbits i és important la seva consideració per poder contextualitzar el procés migratori de la població rrom romanesa en aquest període³⁵. Algunes dades bàsiques recollides de Zamfir i Zamfir (1993, citat en Preda, 2000:13) ens serveixen també com a comparativa amb el perfil global de la població romanesa:

“Only 38% from among men and 15% out of women are employed. [...] 25% out of adult men and about 70% out of women are officially unemployed, but from among them only 4% of men and 2% of women receive any unemployment stipend. 63% from among them were living under the subsistence level compared with only 16% from among the whole population.”

³⁵ Veure, per a major profunditat Preda (2000), OSCE (2000), Zoon (2001), Barany (2002:157-188), Duminica (2006) y ROMANI CRISS (2006), entre altres.

En aquesta greu situació socioeconòmica de la població rrom té un pes fonamental, en primer lloc, les possibilitats d'inserció en el mercat laboral actual i els canvis que es van donar en ella en el període posterior a 1989. En els àmbits d'educació i vivenda, els canvis tampoc van ser positius per aquest col·lectius.

Aquesta situació no tan sols s'ha anat produint durant la dècada dels 90 sinó que no ha canviat de manera significativa per a la població rrom en els deu anys següents. Tot i això s'ha constatat alguns avenços, si bé formals³⁶ com senyala Pajares (2006:229-232) citant un informe de l'ECRI (European Commission against Racism and Intolerance) de 2002; sobre tot en relació a la legislació contra la discriminació i les possibilitats de participació social i política de la població rrom a Romania, molt relacionada amb les exigències de la UE per a l'entrada d'aquest país en la mateixa. L'informe de l'ECRI (2002) citat anteriorment, apunta que les xifres d'atur i de falta d'accés als serveis bàsics són encara extremadament altes. Cal destacar que en el 2001, el 4% de la població rrom no posseïa documents d'identitat i el 5% no tenia certificat de naixement, amb les evidents implicacions que això comporta (Zoon, 2001, citat en Peeters, 2005:24). La mateixa autora calcula que l'índex de pobresa de la població rrom, en front el 31% de la població majoritària, és del 79%, o que el 44% dels homes i el 59% de les dones segueixen sent analfabets, el que demostra que la situació no tan sols no ha millorat sinó que, probablement, ha anat a pitjor. *A més, en els darrers anys els discursos contra la població rrom s'han mantingut, tant en certes esferes polítiques com en bona part de la població romanesa*³⁷, *en una continuïtat que implica que la violència (física o no) i la discriminació continuen sent una constant en la vida quotidiana dels rrom romanesos*. Hi ha situacions molt significatives al respecte³⁸, Nikolae i Slavik (2002) analitzen múltiples episodis similars més recents, entre els quals es troben les declaracions de partits d'extrema dreta, amb molt pes en el mapa polític

³⁶ Per exemple, a través de lleis com la Ordenança "Prevenició i càstig de totes les formes de Discriminació", en agost de 2002, o la creació del Consell Nacional per a Combatre el Racisme (2002). També existeixen "assessors per a la problemàtica dels gitanos" en tots els governs provincials i en molts ajuntaments (Pajares, 2006:232). Aquestes mesures, que a nivell formal són sens dubte un avenç, tenen un impacte molt limitat en la millora de les condicions de la població rrom.

³⁷ Segons una investigació del *Center for the Research of Interethnic Relations* (2000), un 38.8 % de romanesos i un 40.7 % de població que pertany a la minoria ètnica hongaresa van respondre que, si tinguessin opció, no permetrien als rrom viure a Romania. Un altre estudi (Kanev, 1999) calculava que el 84 % dels romanesos expressen aversió pels rrom.

³⁸ Bustamante (2005:138), anomena un exemple, un decret del Ministeri d'Exteriors Romanes, que en el 1995 va intentar aturar per llei que es fes ús la paraula rrom o romí per a autoidentificar-se, incentivant a utilitzar la paraula țigan perquè això podia induir a confusió amb els "romanesos" i portar conseqüències inadmissibles. Posteriorment aquest decret (H03/169 del 30 de gener de 1995) va ser retirat. Veure per exemple: <http://www.anr.gov.ro/site/Programe.html>.

romanes³⁹. Tot això, incideix tant en la forma d'enfocar les polítiques que els afecten com en les seves possibilitats de participació i adaptació a elles i, per tant, d'accés a drets bàsics. Barany (2002:3) ho reflexa molt clarament en la següent cita:

“The Gypsies have embarked on the process of political mobilization, but in other respects their overall conditions have dramatically deteriorated since 1989. A wide array of socioeconomic statistics convincingly demonstrates their miserable condition in areas ranging from education to employment and from healthcare to housing. Clearly, the period of democratization has signified more hardship and calamity for the Roma than for any other social group”.

En relació a l'accés als serveis de salut, tot i que des del 1999 s'ha posat en funcionament un nou sistema de seguretat social i assegurança social de malaltia⁴⁰, alguns aspectes de la situació de salut a Romania presenten uns índex preocupants en comparació a altres països del seu entorn. Sigui això degut a la precària situació socioeconòmica del país, a les reformes, o al plantejament del sistema sanitari⁴¹, cal destacar, com veurem en l'apartat següent, que aquests índex es fan molt més intensos en la població més desprotegida, com els rrom (Rostas, 2000 citat en Vilnoiu i Abagiu, 2003). Aquestes qüestions són de vital importància per a contextualitzar adequadament el procés migratori actual de la població rrom. Analitzant aquest panorama general, que ha implicat i implica situacions d'exclusió en diferents nivells i graus, es fa indubtable que històricament la població rrom o romaní ha estat i és empesa cap a posicions de marginalitat i pobresa per part dels grups socials dominants. Davant d'aquestes situacions, una de les opcions que han pogut agafar és, com veurem, la mobilitat, per cercar una millora de les seves condicions de vida. Però, abans de parlar amb més profunditat del seu procés migratori, es precis concretar una mica més la situació respecte a la salut en els llocs d'origen.

³⁹ Un exemple més, en aquest sentit, recuperant una altra vegada les paraules de Bustamante: “El Partido de la Gran Rumanía, liderado por Cornelio Vadim, obtuvo en las elecciones generales del 2002 el 22% de los votos, hecho que situó la formación como la segunda fuerza política del país con su discurso xenófobo. [...] En aquel tiempo se puso de moda el chiste siguiente: en el contestador automático del teléfono de Corneliu Vadim se ofrecen dos opciones. Para los rumanos, pulse 1; para los húngaros y gitanos, pulse el gatillo.” (2005:138)

⁴⁰ Romania adopta un sistema d'Assegurança social de malaltia al 1998 (Llei 145/1997), que es converteix en el mecanisme principal de finançament de l'assistència sanitària. També suposa un canvi de papers dels diferents actors implicats en el sistema de salut, establint-se més complexitat entre les diferents organitzacions i augmentant el número de participats. El sistema s'organitza en dos nivells: el central i el de districte (Vlădescu et al.:2008:xvii).

⁴¹ Per a una revisió en profunditat del sistema sanitari romanès veure: Vilnoiu y Abagiu (2003:129-155), Vlădescu et al. (2008) i World Bank (2002)

1. 3. EL SISTEMA SANITARI I LA SALUT DEL COL·LECTIU RROM ROMANÈS EN EL SEU CONTEXT D'ORIGEN.

A més de tractar-se d'un dret bàsic i de tenir un impacte evident en la situació i la qualitat de vida de la població romanesa en origen, la configuració del sistema sanitari i la situació del mateix a Romania (i en particular, com l'accés a aquest s'expressa en la pràctica en la salut de la població rrom), són *fonamentals com a punt de partida per a entendre part dels factors que incideixen en els esmentats àmbits de destí*. En aquest apartat intentarem, per una banda, resumir breument els trets fonamentals del sistema sanitari romanès i, d'altra banda, apuntar certes dades sobre la situació de la població rrom respecte a la salut en aquest context.⁴²

1.3.1. EL SISTEMA SANITARI DE ROMANIA.

Romania presenta, actualment, uns indicadors de salut que són relativament similars als d'altres països de la zona.⁴³ Reproduïm, a partir de les darreres dades de la OMS (2008) alguns dels principals en la taula següent:

	Romania	Espanya
Esperança de vida al néixer h/m (anys):	69/76	78/84
Esperança de vida sana al néixer h/m (anys, 2003)	61/65	70/75
Probabilitat de morir abans d'arribar als 5 anys (per 1000 nascuts vius)	16	4
Probabilitat de morir entre els 15 y els 60 anys, h/m (per 1000 habitants):	218/95	105/44
Despesa total en salut per habitant (\$int, 2005):	610	2388
Despesa total en salut com a percentatge del PIB (2005):	5.5	8.1

Si no hi ha indicació contrària, les xifres corresponen al 2006.

Font: Estadístiques Sanitàries Mundials 2008 (OMS: 2008)

⁴² Només resumim, en aquest apartat, alguns dels trets fonamentals del sistema sanitari romanès partint fonamentalment d'un ampli informe recent (Vlădescu et al., 2008) per contextualitzar la situació específica de la població rrom romanesa. Aquesta informació es pot complementar amb el text de Míriam Torrens sobre població romanesa no rrom d'aquest mateix projecte i altres informes com ara el de Vilnoiu i Abagiu (2003:129-155).

⁴³ Utilitzant un altre indicador sobre la situació de Romania, es troba en el lloc 62 (franja alta) de l'Índex de Desenvolupament Humà (IDH) elaborat per la PNUD a partir dels indicadors d'esperança de vida al néixer, diferents índexs relacionats amb l'educació i el PIB per càpita. En el segment que va del lloc 55 al 69 es troben també, per citar alguns, Bulgària (55), Montenegro (64), Sèrbia (65), Macedònia (68) i Albània (69). Hongria està situat en el lloc 38 i Espanya en el 16. (PNUD, 2007)

Sense entrar en profunditat en la comparació d'aquests indicadors i altres més específics⁴⁴, la situació de Romania respecte a la salut és sensiblement pitjor a la del conjunt de països que integren l'UE. Com apunta, per exemple, un article previ a l'ingrés en l'UE en el 2007, Romania i Bulgària *"se caracterizan por una alta tasa de mortalidad infantil. En concreto, Rumanía tiene el índice más alto de fallecimientos en niños respecto a [...] Bulgaria, República Checa, Estonia, Hungría, Letonia, Lituania, Polonia, Rumanía, Eslovaquia y Eslovenia."* (Ferrando, 2006). Segons el mateix article, la mortalitat materna, l'índex de VIH i la incidència de tuberculosi⁴⁵, hepatitis i sífilis també és elevada, mentre l' *"índice de natalidad ha descendido y la esperanza de vida es de las más bajas de Europa"* (Ferrando, 2006).

Per a la població romanesa, les causes més importants de mortalitat són les malalties cardiovasculars. Romania té un dels nivells més alts de la Regió Europea, representant aquesta causa un percentatge d'un 62.1% del total de morts al 2006 (WHO, 2007a; citat a Vlădescu et al., 2008:11). Altres causes de mortalitat són el càncer (17.6%), les malalties digestives (5.5%), els accidents, lesions i enverinaments (4.9%) i les malalties respiratòries (4.9%)⁴⁶.

En tot cas, és important destacar que fins els anys 60, el nivell de salut a Romania va ser relativament comparable al dels països europeus occidentals (en termes generals i amb totes les diferències que també existien entre ells). No obstant això, després d'aquest període, i fins el 1990, va anar empitjorant. Així doncs, i en bona part influït pels diferents moments històrics, el sistema sanitari romanès ha passat per diverses etapes. Tot i que, en l'actualitat està en un procés de ràpida transformació, en comparació amb altres països europeus, el sistema sanitari romanès encara presenta dificultats i mancances que, en part, tenen la seva gènesi en aquestes etapes i en el seu procés de creació i configuració.

En primer lloc, s'ha de dir que *Romania té una llarga tradició d'assistència sanitària organitzada*, i que entre la I i la II Guerra Mundial es va constituir un sistema d'assegurança social basat en el model Bismarck⁴⁷. El canvi fonamental es va

⁴⁴ Veure, per exemple, Backman et al. (2008) per una comparació de 194 països que inclou indicadors generals de salut i de la implantació dels diferents sistemes sanitaris.

⁴⁵ Incidència de 128 i prevalença de 140 casos per 100.000 persones i any (2006).

⁴⁶ Només per establir una comparació amb les dades en el nostre context, a l'estat espanyol la distribució de causes de mortalitat és d'un 32.2 % en el cas de malalties cardiovasculars, un 26.8% pels tumors i un 11.43% en el cas de les patologies del sistema respiratori (INE, 2007).

⁴⁷ Consisteix en que els treballadors d'empreses industrials, comerciants, empresaris i les seves famílies i el treballadors autònoms eren assegurats. El complement era pagat en proporcions iguals per empresaris i treballadors. Els assegurats representaven només un 5% de la població (Vlădescu et al., 2008:22)

produir en el 1949, amb la instauració del sistema socialista, quan es va aprovar la llei sobre organització estatal del sistema sanitari, que va implicar una transició gradual cap al sistema anomenat *Semashko*⁴⁸. *Les característiques fonamentals d'aquest sistema, que a Romania va tenir una durada de quatre dècades, van ésser la regulació, estandarització i centralització mitjançant el Ministeri de Salut. Una de les primeres mesures va ser l'abolició del sector privat, que va implicar que tots els seus professionals passessin a ser funcionaris assalariats. Una de les principals finalitats formals d'aquest nou sistema va consistir en assolir un nivell d'equitat en relació a l'atenció sanitària, encara que no es va materialitzar, al menys en la pràctica i en la seva totalitat, i molt menys per a determinats segments de població.*

No obstant això, les diferències en l'accés a l'atenció a la salut van augmentar a partir dels anys 90. La revolució de 1989, com ja hem esmentat, va suposar un canvi ràpid i profund que afectà a tots els sectors, i per tant, també al de la salut (World Bank, 2002:64), millorant certs aspectes, però també agreujant algunes de les mancances i problemes que ja existien, i produint de nous. En general, va augmentar la pobresa i va disminuir el nivell de vida fet que va comportar un empitjorament del nivell de salut de la població. En tot cas, i des del 1990, podríem dir que a grans trets es va produir un agreujament en les desigualtats socials i, per tant, va disminuir el nivell de vida dels segments més vulnerables de població, fet que, entre d'altres conseqüències, es traduiria negativament en la salut dels seus ciutadans.

Existeixen diferents factors que han intervingut o intervenen en la configuració actual del sistema sanitari romanès: poca inversió en l'assistència sanitària i prestació centralitzada i no equitativa els recursos (pagaments directes per alguns medicaments i serveis; pagaments informals; privilegis relacionats amb la posició política o social), manca de delegació de responsabilitat en la gestió cap a un nivell més local i serveis d'atenció primària de qualitat pobra; excessiu ús de l'àmbit hospitalari amb una manca de personal sanitari, infraestructura i medicaments; i, finalment, una desigualtat bastant acusada en l'assistència sanitària entre regions i grups socials diferents. Romania és, a més, un dels països europeus amb una menor densitat de professionals sanitaris (Backman et al., 2008:2075).

Sense aprofundir en aquests àmbits, uns més estructurals i d'altres visibles a un nivell més micro, volem continuar *destacant els pagaments informals, com a una pràctica que, a més, ha estat freqüentment esmentada durant el nostre treball de camp com veurem més endavant. Aquests pagaments van augmentar amb intensitat*

⁴⁸ El sistema Semashko, abans del 1989, era el sistema típic en els països de l'Europa Central i Oriental. L'Estat era l'element central del sistema, qui proveïa de serveis a tots els ciutadans deixant poca o cap elecció per l'usuari però procurant aconseguir un alt nivell d'equitat. (Vlădescu et al., 2008:22)

*durant l'època del comunisme (Society Foundation, 2004, citat en Vlădescu et al., 2008: 58) però semblen haver mantingut, i fins i tot accentuat, la seva presència després del 1989. Estan fortament implantats en la cultura romanesa i han predominat més en el sistema sanitari que en d'altres sectors com el judicial o l'administració pública⁴⁹. A més, els pagaments informals han estat més elevats en àrees urbanes que en rurals, potser per la necessitat de personalitzar una relació en el tractament mèdic que quedava més garantida en les àrees rurals donada la proximitat entre la població i el professional o servei sanitari. La naturalesa, condicions i quantitat d'aquests pagaments és evidentment, diversa, podent ser: diners en efectiu, presents o serveis; i afecta no només als metges sinó també a d'altres professionals sanitaris (Ionescu, 2006:1307). És, doncs, important considerar com aquests poden *condicionar l'eficàcia i l'equitat del sistema sanitari*, en termes de recaptació del propi sistema i d'accés al servei⁵⁰, particularment en el cas dels segments de població menys afavorits.*

Entre el 1990 i el 1995 el govern i el Ministeri de Salut Pública, sense posar en qüestió, com a mínim formalment, el dret a l'assistència Sanitària⁵¹ va emetre decrets i ordres legislatives que van portar a canvis graduals. Aquests van continuar a partir del 1995, amb noves lleis, que van modificar l'estructura sencera del sistema i van establir un nou marc legal amb la intenció de transformar un sistema molt centralitzat en un altre descentralitzat i pluralista amb diferents relacions contractuals entre els sectors implicats, basat en una assegurança social de malaltia. Aquest sistema, és suportat principalment per una aportació del treballador d'un 13.5 % del sou (com a assegurança de salut, encara que existeixen col·lectius exempts d'aquesta aportació, com els aturats registrats i d'altres), que garantia, almenys fins ara, tractament gratuït per determinades condicions mèdiques, inclou també revisions anuals de la salut i la gratuïtat o la subvenció de com a mínim un 50 % de tots els fàrmacs (Ionescu, 2006). Des de l'any 2000, les lleis bàsiques que regulen el sistema sanitari s'han tornat a modificar i ajustar moltes vegades, potser depenent en excés de l'aproximació política dels diferents partits que han anat governant els assumptes de finançament, i generalment amb una certa contestació per part de diversos col·lectius.

En la pràctica, la tendència ha estat marcada per la introducció de mecanismes de mercat, la privatització i subcontractació d'infraestructures i serveis sanitaris, el suport a la creació d'un sistema privat de salut i a la competència entre els

⁴⁹ De vegades, fins i tot en el nostre treball de camp, s'ha citat com a possible causa els baixos salaris dels professionals sanitaris. Tot i que els salaris en el sector públic han augmentat en anys recents, encara existeix un gran sentiment d'insatisfacció en aquest sentit entre els professionals de la salut.

⁵⁰ Veure, per exemple, Lewis (2000), un treball més ampli sobre els pagaments informals a Europa central, de l'Est i la ex-Unió Soviètica. També Rughinis (2004) pel cas de Romania.

⁵¹ Recollit al article 33 de la Constitució romanesa.

proveïdors dels diferents serveis (Llei de Reforma Sanitària 95/2006, citada a Vlădescu et al., 2008:xx). Aquesta reforma, tal i com apunta Ionescu (2006), va tenir un dels seus aspectes més controvertits en la *modificació del "paquet bàsic de salut", que redueix molt la llista de tractaments inclosos i augmenta aquells que s'han de pagar individualment o complementar amb una assegurança privada*. Una de les crítiques que alguns experts han fet és que el reduït número de ítems coberts són precisament els infrautilitzats per la població⁵².

Encara que l'informe de Vlădescu et al. (2008) recull que una diferència fonamental amb altres etapes és l'increment del pressupost sanitari, des de 2001 però especialment després del 2005⁵³, i de la transparència del sistema⁵⁴, *Romania encara té el percentatge més baix en despesa sanitària respecte Europa Occidental i també respecte molts països de l'Europa Central i Sud-oriental* (2008:41). A més, i encara que el procés d'adhesió i l'augment de recursos associat, ha començat a equilibrar la legislació als requeriments de l'UE, encara hi ha un buit important entre el desenvolupament legal i l'aplicació real, fonamental per garantir un accés efectiu de tota la població.

1.3.2. LA SITUACIÓ DELS RROM DINS EL SISTEMA SANITARI DE ROMANIA.

Es pot dir en termes generals que a Romania, com ja vam esmentar, els indicadors de salut són molt pitjors en la població més desprotegida, un segment important de la qual és població rrom (Rostas, 2000; citat en Vilnou i Abagiu, 2003). No obstant això, la situació de la població rrom en aquest àmbit és relativament extrapolable a d'altres països de la zona.

Per exemple, segons un informe de la PNUD (2003) sobre el desenvolupament humà, d'acord amb els paràmetres d'alfabetització, mortalitat infantil i nutrició bàsica, la majoria dels quatre a cinc milions de persones que conformen la població rrom de la regió del Centre i de l'Est d'Europa (Bulgària, Eslovàquia, Hongria,

⁵² Per exemple, només un 63% de les persones que paguen aquesta assegurança havien fet servir la seva revisió mèdica en els darrers dos anys, que encara és un número força alt, no reflecteix que potser sí necessitaven realment d'altres ítems no coberts. Bona part de les raons tenen a veure amb la burocràcia i les esperes per demanar cita, amb llargues cues que també es donen amb intensitat a les farmàcies quan es tracta d'aconseguir els fàrmacs subvencionats.

⁵³ Derivat dels ingressos de la assegurança de malaltia, a més del augment en l'assignació d'impostos sobre alcohol i tabac en el 2007, per exemple.

⁵⁴ En els mitjans de comunicació es transmet la insatisfacció dels pacients, sanitaris, directors i polítics vers el sistema de salut. La percepció que té la població és que el sistema sanitari és una de les parts més corruptes de la societat romanesa (Transparency International, 2006; citat en Vlădescu et al.:2008:167)

República Txeca i Romania), viuen més pròxims a uns paràmetres d'algunes zones d'Àfrica Subsahariana que a Europa.

Tal i com confirmen altres estudis (PNUD, 2002; CommDH, 2006; OSI, 2007), els indicadors d'esperança de vida; malalties cròniques i infeccioses; i mortalitat infantil són molt pitjors que els de les poblacions majoritàries en els diferents i respectius països. Per exemple, i segons resumeix un informe de l'Open Society Institute (2007), l'esperança de vida de la població rrom a Europa de l'Est és 10 anys menor (Ringold et al., 2005); la mortalitat infantil en la República Txeca, Eslovàquia i Hongria és el doble (Ivanov, 2003); existeixen nivells més elevats de diabetis tipus dos, malalties coronàries i obesitat (en adults) i de deficiències vitamíniques, malnutrició, anèmia, distròfia i raquitisme en nens (OSI i World Lung Foundation, 2007); i nivells més elevats de tabaquisme; una major presència de tuberculosi, VIH/SIDA i Hepatitis viral (European Commission, 2004; PNUD, 2003).

Bona part d'aquests indicadors són relativament aplicables a la població rrom romanesa. Vlădescu et al. recullen que l'esperança de vida per a la població romanesa en general és de sis anys menys que la mitjana de la UE⁵⁵; mentre que per a la població rrom era 10 anys menor respecte la població romanesa general. Cal destacar, també, que les dades generals referides a mortalitat infantil (tot i que hi hagut una gran disminució des del 1990) i materna a Romania són encara de les més altes d'Europa⁵⁶. Per a la població infantil rrom, les taxes de mortalitat eren, al 2004, un 40% més elevades en comparació amb les de la resta de població romanesa (Cace i Vlădescu, 2004; citat a Vlădescu et al. (2008:135-136).

A Romania, molts dels problemes de salut que hem esmentat abans per a la població en general són, evidentment, aplicables també per a la població rrom, encara que es podria dir que, en general (com apunten tots els informes), la tendència és que aquests últims tinguin uns indicadors significativament pitjors. Això, juntament amb la situació que hem resumit a l'apartat 1.2. porta a pensar que, a més de la trajectòria del seu sistema de salut, del nivell socioeconòmic del país o d'altres factors globals relacionats amb la protecció, prevenció, promoció de la salut i l'atenció sanitària que afecten a tota la població, en el cas dels rrom la seva posició d'exclusió socioeconòmica i marginació determina enormement l'ús i l'accés als serveis i, per tant, esdevé fonamental per entendre la situació de salut del col·lectiu. Aquesta situació depèn, evidentment, d'una interrelació complexa de factors, dels quals tractem de resumir a continuació alguns dels més importants.

⁵⁵ L'esperança de vida per als homes és de 69.2 i per a les dones és de 76.2 anys (2006) mentre que a l'UE la mitjana és de 78.5 anys en el 2005 (Vlădescu et al., 2008:xv).

⁵⁶ 13,91 morts d'infants i 15,49 de mares mortes per 100 000 naixements al 2006 (Vlădescu et al.:2008:xv)

Situació socioeconòmica i lloc d'assentament.

En primer lloc, no es pot obviar que el baix nivell econòmic de la població rrom influeix en la seva situació de salut i les seves possibilitats d'accés al sistema sanitari. Per exemple, en el 2002, *la població rrom estava gairebé cinc vegades més exposada a la pobresa severa que la resta de la població*⁵⁷. Ja hem esmentat en l'apartat anterior alguns indicadors respecte a la situació econòmica de la població rrom romanesa i per tant no tornarem aquí a tractar aquesta qüestió. En tot cas, aquesta pobresa està relacionada, també, amb factors que afecten a la seva situació de salut, com poden ser, entre altres, *una nutrició pobre i un baix nivell educatiu reglat*. Però, i a més de la discriminació, tal com també destaca un altre informe (ODIHR, 2008:35), cal considerar *l'impacte psicològic de la pobresa i la falta de perspectives de futur, especialment entre els més joves, que en combinació amb altres factors es pot traduir, per exemple, en augments de l'alcoholisme i altres dependències*.

Es podria dir, a més, que aquesta població viu, molt habitualment, relativament aïllada en zones perifèriques dels pobles i de les ciutats o en concentracions urbanes amb una situació de molta precarietat⁵⁸. Això implica que *els llocs en els quals importants segments de població rrom s'han pogut situar són, d'una banda, els que reuneixen pitjors condicions en relació a la salubritat i l'habitabilitat i, d'una altra, generalment són els llocs en els quals la presència d'atenció sanitària (i la seva qualitat i freqüència) potser són menors*.

Respecte a la primera qüestió, aquestes zones presenten molt habitualment problemes greus respecte a l'entorn i l'habitatge i les condicions de vida en aquests (deficient urbanització, sobreocupació i accés als serveis bàsics), que afecten als seus habitants exposant-los a les conseqüències d'un sanejament insuficient, que es relacionaria, entre altres, amb xifres més elevades de malalties com l'hepatitis i la tuberculosi. Cal recordar aquí, a més, que alguns d'aquests problemes i molt particularment el relacionat amb *l'aigua potable* s'agreugen en el cas de les zones rurals⁵⁹, en les quals viu el 44.8% de la població total (dades pel 1 de juliol de 2006, INSSE, 2008:40). Per exemple, com mostren Backman et al. (2008:2072)

⁵⁷ Zamfir i Preda (2002); citat en Vlădescu et al. (2008:16)

⁵⁸ Durant el treball de camp que hem realitzat a les localitats d'origen, hem pogut confirmar aquesta situació: si bé, degut entre d'altres factors a la millora de la situació derivada del procés migratori, una part de la població rrom viu en zones millor urbanitzades o més centríques, una altra, encara molt important, continua residint en les pitjors zones dels pobles freqüentment sense asfaltar, amb problemes de subministrament d'aigua i altres infraestructures, etc. A més d'aquests problemes, i segons també apunta un informe de Sandu (2005:20), els problemes més esmentats pels propis rrom en relació a la situació de la seva comunitat són, per aquest ordre, l'atur, els baixos ingressos, l'habitatge i la salut.

⁵⁹ Com veurem en l'apartat següent, la major part de la població rrom romanesa amb la qual hem treballat durant el treball de camp prové de zones que es poden considerar rurals.

recollint dades del 2005 del INSSE, definint l'accés a aigua potable com la possibilitat d'accedir a 20 litres per persona i dia a 1 kilòmetre de la seva residència, la proporció d'accés a les zones rurals es d'un 34% en front d'un 92% a les zones urbanes⁶⁰. Això es coherent també amb les *dades de sanejament que ofereix la OMS (2008b), amb un 54% per les zones rurals i un 88% per les urbanes*.

Respecte a la segona, el cert és que els informes també semblen confirmar que existeixen *desigualtats importants a Romania en relació a la distribució de serveis d'assistència sanitària i recursos entre les zones rurals i les urbanes*. Per exemple, i tornant a citar a Backman et al. (2008:2075), *"in rural areas, there are 98 communities (villages) without any doctor, and the situation is comparable for nurses and other health workers. In a third of Romania, more than 30% of medical specialties are not available"*. Vlădescu et al. (2008:162), fa referència també a les profundes diferències en aspectes com la *presència farmàcies*. Considerant que, com hem dit, *una part molt important de la població rrom viu en zones rurals*⁶¹, *aquest tipus de problemes, en relació a l'accés al sistema de salut, són molt visibles, sobretot en els llocs més aïllats*.

Situació legal

A més de les desigualtats econòmiques i les derivades dels llocs d'assentament, és important considerar com un altre factor fonamental, la situació legal dels rrom en tot allò referent al seu accés al sistema sanitari. Evidentment, i *encara que existeixin normatives legals teòricament igualitàries, altres factors incideixen en la pràctica, de manera que aquests accés pot no assolir-se o fer-ho de manera deficient*.

En primer lloc, com ja hem vist l'estat romanès proveeix d'atenció mèdica a tots els ciutadans que estan treballant i paguen la seguretat social, i a tots aquells que estan oficialment registrats per l'estat com aturats altres supòsits que no han de pagar la contribució (Vilnoiu i Abagiu, 2003). Per tant, *una proporció important de la població rrom es podria estar quedant sense una cobertura sanitària amplia*⁶², per

⁶⁰ Sembla que la situació en aquest sentit ha anat millorant, però suposem, a més, que aquest criteri és més estricte que el de la OMS, que en el 2006 presenta unes dades que també mostren aquestes desigualtats, però amb una diferència menor entre zones rurals (76%) i urbanes (99%). (OMS, 2008)

⁶¹ Per a un dels pocs anàlisi generals de les comunitats de població rrom a Romania i el seu caràcter urbà o rural, pot consultar-se Sandu (2005).

⁶² Sense assegurança de malaltia la gent només té el dret al paquet bàsic d'assistència sanitària que consta de tractament per la tuberculosi i algunes malalties cròniques com la diabetis, contraceptius i cures d'emergència que inclouen fins a 3 dies d'hospitalització.

la combinació de la seva exclusió social amb la condició d'aturats “no registrats” o l'impossibilitat d'accedir en la pràctica a registrar-se en l'assegurança.

Molt en relació amb això, altra de les dificultats importants que tenen els rrom per poder accedir al sistema sanitari, és la manca de carnets d'identitat i documentació necessaris per tenir accés a l'assegurança de malaltia. En el 2005, aproximadament un 7% de la població romanesea no estava registrada, generalment grups vulnerables com els rrom (Vlădescu et al., 2008:114)⁶³. Aquest obstacle és una de les raons per les quals només un 34% dels rrom en el 2002 estaven coberts pel fons d'assegurança de malaltia, comparable amb la mitjana nacional que era d'un 75% (Cace i Vlădescu, 2004; Citat a ERRC, 2006:27). Un altre estudi de Doctors of the World (citat a OSI, 2007:13) mostra dades coherents amb les anteriors, amb un 98% de persones no-rrom en situació de pobresa registrades amb un metge de família en front d'un 48% de persones rrom en la mateixa situació. En aquest sentit és important considerar que els criteris per accedir a una assegurança no-contributiva a Romania es veuen condicionats per l'accés a ajuts socials, i que aquests últims es poden veure afectats per decisions arbitràries i discriminatòries de diferents autoritats (ERRC, 2006:27)⁶⁴. Aquest mateix informe assenyala que la falta de documentació relacionada amb els casaments (una proporció important de les parelles rrom no estan casades legalment) també té un efecte negatiu en la possibilitat d'accedir a l'assegurança no-contributiva⁶⁵. A banda d'això, dins de les disposicions legals també existeixen barreres econòmiques. Continuant amb la manca de documentació, el cost dels certificats de naixement, per exemple, pot ser considerat exorbitant per part de la població rrom (CommDH, 2006:29-31). A més, un altre obstacle per obtenir l'assegurança de malaltia és que té un cost mínim de

⁶³ “Without an identity card individuals cannot access social assistance and consequently health insurance. According to a survey of the Romania Center for Health Policies and Services, approximately 10% of Roma in Romania do not have identity documents and 2.4% do not have birth certificates. (Cace i Vlădescu, 2004:62)” (ERRC, 2006:32).

⁶⁴ Aquest informe afirma que, en una investigació en el 2002, van confirmar que en la mesura que hi havia menys representació de la població rrom en els consells locals, més eren les limitacions als ajuts socials, i posa els següents exemples, extrets de Belard (2003): “Hearing 35 on July 31, 2002, the Maerus Commune Council in Brasov County decided that “People who have horses and not land use the horses to steal.” Because of this, horse-owners who receive social aid were assumed to earn 2,000,000 Romanian lei (approximately 57 Euro). As this amount is higher than the maximum payment allowable under the Minimum Income Law, no one with a horse would receive social aid. Reportedly, there were no Romani council members in the Maerus commune. A similar decision in the Budila Commune in Brasov County with four Romani council members, had a different effect. The Budila Commune Council passed a decision that horse-owners are assumed to earn only 150,000 Romanian lei (approximately 4 Euro) and the government supplements people's income beyond this amount.”

⁶⁵ “According to the law on the guaranteed minimum income, couples living in customary-law marriages are eligible for social support, but an ordinance on social medical insurance stipulates that only the “wife of ” or the “husband of ”an insured person have the right to non-contributory health insurance. (Emergency Ordinance no. 150 of 31 October 2002 concerning the organisation and the functioning of the system of social medical insurance, Article 6(1)(b).”

600 RON, uns €180, per inscripció (Vlădescu et al., 2008:114), quantitats elevades pels segments de població en una situació més precària. Però si això no fos suficient, com ja hem dit, tant en els casos en els que s'accedeix a l'assegurança de malaltia com en els que no, els pagaments informals suposen un cost afegit per garantir una bona atenció⁶⁶.

Discriminació

Si bé és cert que moltes de les dificultats que a vegades ha d'afrontar la població rrom en relació a l'accés, poden tenir el seu origen (i potser la seva justificació) en el marc legal, el cert és que, generalment, en la pràctica el resultat té molt a veure amb *certes actituds discriminatòries, que semblen estar encara bastant esteses*. Per exemple, com apunta el Comissionat de Drets Humans de l'UE (CommDH, 2006), en relació a les situacions recollides en el seu informe sobre els serveis hospitalaris (respecte el rebuig d'atenció a menors no coberts legalment fins que la seva situació empitjora i els han d'atendre per urgències) no sembla dependre tant d'un criteri legal sinó d'una valoració respecte la població rrom

En definitiva, el que pot estar passant és que, en moltes ocasions, es pot produir una desatenció dels rrom que acudeixen als serveis de salut, donat que s'uneixen els prejudicis vers els rrom amb l'argument de què qui no pot pagar pel seu tractament mèdic (directament) o provar la possessió de l'assegurança mèdica proporcionada per l'estat. Aquest tipus de casos semblen estar bastant documentats, i sempre apareixen associats a estereotips sobre la població rrom, com que són "bruts", "portadors d'infeccions"⁶⁷, molt demandants sense una necessitat real⁶⁸, etc. Aquests esmentats estereotips s'estenen a àmbits no estrictament hospitalaris contribuint, per exemple, al fet que una proporció significativa de la població rrom sigui també vinculada amb discapacitat o

⁶⁶ A World Bank (2002:84) i Ringold et al. (2005:107) es poden llegir alguns testimonis de rrom sobre pagaments informals.

⁶⁷ Es pot llegir un exemple en ERRC (2006:53), en el qual, inicialment, es rebutja vacunar a uns menors perquè són "bruts, sorollosos i fan mala olor" (segons el professional de salut). Finalment s'efectua la vacunació, però "d'una manera agressiva i, aparentment, sense esterilitzar l'agulla". Evidentment (i això és d'aplicació per a d'altres informes), es tracta d'informacions generalment apuntades per organitzacions de defensa dels drets de la població rrom, podent comportar un cert risc de biaix (de la mateixa manera que també pot existir en els informes oficials). En tot cas, simplement el volum de casos d'aquest tipus mencionats ja dóna una idea de que situacions similars poden ser relativament habituals.

⁶⁸ "I do not register gypsies as a family physician [...] They come here and ask for money, ask for medicines [...] I do not think they are poorer than other people. [...] they probably have more money than we have. They go by car to ask for social aid." A physician, Tirgu Secuiesc, Transylvania" (World Bank, 2002:78)

problemes mentals i al fet que, quan efectivament aquestes es donen, el nivell d'atenció sigui menys adequat.

Per tant, els molt estesos prejudicis i tractaments discriminatoris per part d'alguns dels professionals sanitaris i les autoritats sanitàries semblen tenir un paper significatiu en el deficient accés de la població rrom a l'atenció sanitària. Tot i que l'"Ordenança del Govern de Romania per a la prevenció i càstig de totes les formes de discriminació", en el seu article 11, estableix que: "Denegar l'accés a una persona o grup de persones als serveis públics de salut (elecció d'un metge de família, assistència mèdica, assegurança mèdica, primers auxilis i serveis de rescat, o altres serveis de salut) en funció de la seva pertinença a una raça, nacionalitat, grup ètnic, religió, categoria social o categoria desfavorida en funció de les seves creences sexe o orientació sexual, constituirà una ofensa"; el cert és que, en la pràctica, els casos que semblen trencar aquests principis són més que abundants⁶⁹.

Per posar alguns exemples, extrets d'un informe del Banc Mundial (Ringold et al., 2005), algunes situacions discriminatòries poden ser referides a negatives directes al registre d'aquests persones⁷⁰, fins i tot quan estan assegurades (ERRC, 2006:53; CommDH, 2006), també en relació a la negativa a iniciar possibles tractaments, l'atribució de certes pautes a la població rrom i a l'utilització de pressions (que, efectives o no, són molt qüestionables èticament i perpetuen les possibles desconfiances). Tot això va en detriment d'una tasca de promoció de la salut més basada en la confiança i a llarg termini⁷¹; encara que també fonamental en l'assistència directa, de manera més immediata.

⁶⁹ Veure, per exemple, Ringold et al. (2005), ERRC-COHRE (2003), ERRC (2004, 2006), CommDH (2006) i Vlădescu et al. (2008).

⁷⁰ Cal recordar aquí que els pacients a Romania són lliures de triar i de canviar de metge de família, però evidentment existeixen uns límits en la quantitat de pacients que poden estar registrats amb cada metge (Emergency Ordinance no. 150 of 31 October 2002 concerning the organisation and the functioning of the system of social medical insurance; citat a ERRC, 2006:53).

⁷¹ Ringold et al. (2005:83), citen, per exemple, l'opinió d'un metge: "[Roma] have never been willing to let their children be vaccinated. We have to motivate them with methods adequate to their values. For instance we told them that a vaccine is very expensive, 60,000 lei, and we administer it for free now, later they will have to buy it. We threatened some illiterate parents with false papers, telling them that they will have to pay penalties if they do not let their children to come for vaccination. (She shows us such a false penalty certificate, smiling) We put a lot of stamps on it...Sometimes we brought policemen with us in the area to be more convincing. And it worked many times."

Canvis i perspectives de futur

Com ja hem dit, *el govern de Romania ha adoptat algunes mesures importants dirigides a lluitar contra l'estigma i la discriminació dels rrom promovent, d'aquesta manera, la seva salut. A més, ha aplicat una estratègia nacional per millorar les condicions dels rrom, que entre d'altres aspectes implica anomenar un assessor rrom pel Ministeri de Salut Pública, i altres assessors en consells locals, a més de l'assignació de fons per projectes de promoció d'uns serveis de salut més inclusius. És evident que això pot representar un cert avanç, encara que no s'ha d'assumir que necessàriament aquestes polítiques són per sí mateixes efectives. D'entre aquests projectes, un dels més esmentats és la mobilització i formació de *mediadors de salut* dins les comunitats rrom per tal de facilitar el contacte amb els professionals sanitaris i millorar la prevenció, l'accés i l'atenció a la salut (OSI, 2005a; 2005b). En part, l'objectiu d'aquests mediadors es afavorir comportaments saludables, augmentar la valoració de la necessitat i la importància de fer ús dels serveis de salut i potenciar l'ús d'aquests entre la població rrom (Vlădescu et al., 2008:136). No obstant això, com assenyala un informe de OSI (2005), tot i els avanços aconseguits i un impacte significatiu en certs indicadors a un nivell local (per exemple, vacunació), es poden fer moltes crítiques a aquests programes:*

"in some cases, the program has the negative impact of filling gaps in physician and health worker practice, rather than addressing root difficulties in Roma patient/doctor interactions. Moreover, health mediation programs alone are not sufficient to address the health needs of poor Roma. Policymakers concerned with Romani health should broaden their conceptions of the causes and appropriate remedies for inequalities between Roma and overall population health." (OSI, 2005:2-3)

Coincidint amb la cita anterior, la principal crítica és evident. Encara que la mediació, el coneixement i els processos d'aprenentatge i adaptació han de ser bidireccionals i recíprocs entre pacients i sanitaris respecte a alguns problemes, el cert és que s'ha avançat molt poc respecte a d'altres factors estructurals que tenen un impacte determinant. Per exemple el govern no ha avançat en temes com l'habitatge i l'ocupació, problemes estructurals fonamentals per lluitar contra l'exclusió (UNDP, 2004; Citat en Vlădescu et al., 2008:136.)

Evidentment *existeixen moltes iniciatives adequades per aconseguir millorar el coneixement sobre la salut de la població rrom per part dels professionals, i el coneixement d'aquesta sobre els propis serveis sanitaris, per augmentar i millorar l'adequació de la demanda i la bona predisposició dels professionals i la població: projectes europeus o estatals que intenten incidir en altres àmbits d'exclusió social*

de la població rrom⁷²; supervisió i equilibri de les polítiques dels governs locals perquè garanteixin de manera adequada la cobertura sanitària per als rrom i la seva participació en la presa de decisions; mesures dirigides a la formació de professionals de la salut; l'aplicació de campanyes d'informació sanitària per abordar diferents problemes de salut (drogodependències, MTS, etc.) i la transmissió d'aquesta informació a través dels mitjans de comunicació i altres institucions amb vincles amb la població, per exemple.

Però, tot això *no és suficient, ni pot justificar la no actuació en altres àmbits* igualment (o encara més) relacionats. Per aquesta raó, tota la informació exposada ens duu a concloure, amb Ivanov (2005), que l'exclusió social de la població rrom a Romania (ampliable, amb particularitats, a la resta d'Europa Central i de l'Est) és un factor fonamental que condiciona la seva falta d'accés als requisits per a obtenir un adequat nivell de vida i una adequada protecció i assistència sanitària que puguin dur als màxims nivells possibles de salut per a cada persona, tal com està definida per l'Organització Mundial de la Salut, i que no està sent abordat correctament. *Tal com destaca l'informe de l'OSCE (2008:34), hi ha una relació directa entre l'atenció sanitària, les polítiques d'accés i altres àmbits com els de l'educació o l'habitatge o el laboral.* El dret a la salut significa no únicament accés a les medicines i al tractament mèdic sinó dret a un sostre, a un adequat sanejament i a l'aigua potable, condicions prèvies imprescindibles per a arribar a tenir una bona salut. És possible que polítiques coordinades i globals que apliquin actuacions integrades tinguin un impacte més positiu en la salut de la població. Aquest, però, no és el cas de les actuals polítiques sanitàries romaneses, que solen oferir només respostes parcials i insuficients.

⁷² Per exemple, "[...]In the near future, the principles proposed in the Strategy for Improving the Condition of the Roma (Governmental Decision HG 430/2001) are to be closely correlated with the principles of action put forth by the Decade of Roma Inclusion, by European programmes of employment and social inclusion, and not last by PHARE 2004-2006 multi-annual programming, in which Roma issues will have a special place." Duminica (2006:10)

2. ELS PROCESSOS MIGRATORIS DE LA POBLACIÓ RROM ROMANESA I LA SEVA SITUACIÓ ACTUAL A CATALUNYA.

2.1. PROCESSOS MIGRATORIS DE LA POBLACIÓ RROM ROMANESA.

Com ja hem dit, la immigració de la població rrom de l'Est d'Europa a Espanya, tot i no ser tan significativa numèricament com altres poblacions, segons les poques estimacions que s'han realitzat al respecte, ha assolit una especial rellevància per les diferents raons ja exposades i per tractar-se d'una població amb certes especificitats relacionades amb el seu procés migratori.

És, en primer lloc, un procés relativament recent (en comparació amb altres col·lectius) que s'ha *iniciat en la dècada dels 90* (independentment d'alguns episodis anteriors). Aquest procés *pot dividir-se en diferents fases*, segons han recollit diferents autors, que han descrit un panorama general però que evidentment *no reflexen les diferències concretes existents entre ciutats i territoris*:

Una primera fase (1989-1994 aproximadament), va ser derivada fonamentalment de les noves possibilitats de mobilitat, a partir del canvi polític a Europa de l'est. Macías (2006:4) senyala que la seva presència a Espanya va començar fonamentalment a partir de 1993, com semblen reflexar les dades de demanda d'asil⁷³: en aquest període, la població rrom que arriba a l'estat espanyol ho fa buscant la condició de refugiats polítics, i fonamentalment des de països més propers a Romania en els quals s'havia produït una migració en els anys immediatament anteriors (particularment Alemanya i Àustria), entre altres raons per l'establiment en aquests països de mesures legals més restrictives i acords de readmissió amb Romania⁷⁴.

De 1994 a 1998 es dona, en certa manera, un punt d'inflexió, donat per diferents factors, entre els quals es troben la signatura de Romania en 1994 de la Convenció de Ginebra i l'establiment d'un tractat de readmissió Espanya-Romania en 1997. En aquest context, les demandes d'asil segueixen sent importants fins als anys 1997 i 1998 tot i que una part important de les mateixes són rebutjades. En tot cas, probablement atrets també per un major mercat negre i certes possibilitats de regularització amb contracte de treball (Peeters, 2005:29), es dona un clar augment

⁷³ Macías (2006:4) ens indica que de 1994 a 1997, la població d'origen romanès va ser la que va fer una major proporció de sol·licituds, oscil·lant entre un 12% i un 30% segons l'any, d'un total que va disminuint.

⁷⁴ Alemanya en 1992, França en 1993, i posteriorment Àustria, Polònia, República Txeca i Suïssa (Bercus et al. 2003:33, citat en Peeters, 2005:29)

de la presència en l'estat espanyol, si bé aquesta no és encara massa elevada. La diferència fonamental és que comencen a donar-se els primers assentaments col·lectius, principalment en les grans ciutats.

El període que va de 1998 a 2002 es el que marca probablement l'augment de la problematització del col·lectiu per part dels mitjans de comunicació (Gamella, 2007), així com una resposta molt més intensa per part de les administracions a aquest "nou barraquisme". En aquest sentit, les més habituals van ser el desallotjament d'assentaments i l'expulsió d'una part de la població rrom romanesa,⁷⁵ particularment a partir de l'enfortiment de les mesures que va implicar la nova Llei d'Estrangeria (2001). Tot i això, la població rrom romanesa present a l'estat espanyol va seguir augmentant i va anar-se establint en nous llocs. En concret, és en aquests moments (2000-2001) quan comença a existir una presència significativa a Catalunya, si bé les dades indiquen famílies establertes temps enrere.

Com a conseqüència de les negociacions de l'ampliació de la Comunitat Europea, al gener de 2002 es suprimeix la necessitat de visat per a viatjar a qualsevol país de l'espai Schengen des de Romania.⁷⁶ En la pràctica, això implica que l'entrada comença a ser legal, encara que l'estada sigui limitada a 3 mesos, i independentment de si es dona després una situació d'irregularitat un cop passat aquest període. Aquesta nova situació va tenir dues conseqüències fonamentals: una major flexibilitat en l'entrada i, per altra banda, la possibilitat per aquella població que es trobava en situació irregular en aquest moment, de retornar per entrar de nou legalment. En tot cas, en el període que va fins el 2006 augmenta d'una forma molt significativa el número de població rrom a Espanya però a més s'incrementa la dispersió territorial i la mobilitat, amb segments de població rrom en moltes de les grans ciutats de l'estat⁷⁷ i l'arribada directa des de Romania (molt menys nombrosa anteriorment).

L'1 de gener de 2007 l'entrada de Romania i Bulgària a l'UE suposa un nou canvi en els requeriments per a l'estada de població romanesa en l'estat espanyol i altres països de l'UE. A partir d'aquest moment la circulació i presència a l'estat és en principi legal en tots els supòsits, el que ha suposat un procés de regularització de població d'origen romanès. L'increment de segments de població en aquesta situació legal no és, com a mínim no tan significativament, a causa de l'arribada de noves persones sinó a la visibilització estadística d'una quantitat important de les mateixes

⁷⁵ Macías (2006:6) exposa que tot i que l'acord de readmissió Espanya-Romania va ser signat en 1997, les expulsions efectives van començar fonamentalment a partir de 2001.

⁷⁶ Es refereix al visat turístic, no al requerit per a venir a residir i treballar a l'estat espanyol, el qual no permet treballar ni allargar l'estada passats els 3 mesos (Pajares, 2006:189). Per l'entrada, era necessari tenir els requeriments (passaport o documentació en vigor, mitjans suficients per a l'estada prevista i no estar inclòs en la llista de no admissibles)

⁷⁷ Per exemple, a Vigo i Bilbao en el 2002, i a partir del 2003 en diferents ciutats andaluses (Vincle, 2006). València en el 2004 i nuclis a Madrid, Barcelona, Castelló, Granada i altres (Gamella, 2007)

que es trobaven en una situació irregular⁷⁸. En aquest període, tot i haver estat àmpliament anunciat en diferents mitjans de comunicació, no s'ha produït en general un augment espectacular de la població rrom d'origen romanès, si bé la situació és diversa en diferents territoris. És més, aquest nou context ha produït *noves pautes de mobilitat: de retorn, temporal o definitiu, a Romania* (per exemple, resoldre qüestions administratives o legals; tenir cura de familiars; i altres raons que desenvoluparem més endavant) o cap a altres països (per exemple, Anglaterra), com les que hem constatat durant el treball de camp des dels primers mesos de 2007. Tot i així, és imprescindible destacar que la major flexibilitat es va imposant, en aquest període, a l'àmbit de la residència però *no a l'aplicació integral de la lliure circulació de treballadors de països que pertanyen a l'UE. El període de moratòria que es va establir des d'aquest moment, va tenir com a duració dos anys (fins l'1 de gener de 2009) i mantenia l'obligatorietat d'una autorització per a treballar per compte aliena. L'extinció d'aquesta moratòria ha suposat un nou i important canvi en la situació de la població rrom a l'estat espanyol*⁷⁹, *que encara que es presenta amb noves dificultats (situació de crisi econòmica que viu el país en l'actualitat) i d'altres que ja existien (l'exclusió i discriminació que pateixen com a immigrants rrom), segons la normativa legal establerta, els fa membres de la comunitat amb ple dret i per tant poden residir i treballar en el país.*

De tot això es desprèn que la migració de la població rrom ha tingut i té a veure, com en molts d'altres aspectes, amb la situació de la població majoritària en els llocs d'origen i en aquest cas, amb els seus processos migratoris (perfil socio-demogràfic i rutes migratòries) i els factors que els causen (Sobotka, 2003:2)⁸⁰. No obstant, és cert que el pes de la població rrom dins del conjunt de la migració d'origen romanès a l'estat espanyol ha anat variant i perdent pes paulatinament⁸¹,

⁷⁸ De 211.325 residents a 31 de desembre de 2006 s'ha passat, en el termini d'un any, a 603.889 persones, el que suposa un 185,76% d'increment (Secretaria d'immigració, 2006,2007). Segons dades provisionals del padró, a 1 de gener de 2007, la població romanesa empadronada a nivell estatal era de 524.995 persones, el que contrasta amb els 211.325 residents legals al 31 de desembre de 2006. Considerant que, a més, un segment de població no pot accedir a l'empadronament, la divergència de xifres podria ser més gran.

⁷⁹ Com va passar al començament del període anterior (2007), al gener de 2009 també es va comentar des de diferents àmbits i mitjans de comunicació, el possible efecte en l'arribada de nous immigrants provinents de Europa de l'Est. En aquest cas va ser, a més, no només vinculat al canvi legal, sinó també a la situació de la població rrom a Itàlia. Hem de dir que, pel que hem vist durant el treball de camp, cap dels dos factors ha suposat un canvi fonamental en la composició de població rrom, al menys en els barris que coneixem amb certa profunditat.

⁸⁰ Per a un anàlisi dels factors que incideixen en la migració de població romanesa a Espanya veure, per exemple, Viruela (2004:8-22) i Pajares (2006:153-167). Lazariou i Alexandru (2005) i Lazariou (2003) també aborden de manera completa aquesta i altres qüestions, legislatives i relacionades amb l'impacte en les societats receptores de migració romanesa.

⁸¹ Segons les estimacions apuntades anteriorment, a Catalunya hi hauria en aquest moment amb tota probabilitat un percentatge de població rrom per sota d'un 5% del total de la població immigrada d'origen romanès.

el que mostra que tampoc respon exactament als mateixos factors i situacions. En aquest sentit, *existeixen certes diferències significatives entre la migració de població rrom i no rrom, de les quals en parlarem només d'algunes.*

En primer lloc, *la migració de població rrom normalment no acostuma a ser una migració a partir de petits nuclis familiars o persones aïllades sinó comunitària i molt vinculada amb la seva organització de parentiu* (Matras, 2000:36-7, citat en Sobotka, 2003:92). Això no significa que, com efectivament passa, no es donin processos que responen en un inici o més a llarg termini a altres pautes (potser més properes a les de la població romanesa en general); però és cert que *aquest caràcter comunitari s'expressa amb claredat tant en les relacions internes al grup en destí com en la distribució respecte als propis llocs d'origen, que freqüentment incideixen en les pautes d'assentament*⁸².

En segon lloc, una alta proporció de la població rrom a Romania té una situació socioeconòmica inicial pitjor que la de la població romanesa majoritària. Com ja s'ha dit, el canvi experimentat per Romania a partir de 1989 va comportar, en certs aspectes (per exemple, el polític formal) una millora en la situació de marginalitat de la població rrom, tot i que va mantenir i fins i tot empitjorar la seva situació d'exclusió socioeconòmica, mentre augmentaven els conflictes i atacs a comunitats rrom. Aquesta darrera causa, tot i ser habitualment senyalada (juntament amb la falta de llibertat en el sistema polític anterior) no explica per sí mateixa la complexitat de factors que incideixen en la migració de la població rrom romanesa. *Com assenyala San Román en diverses ocasions (1997:88-96, per exemple), els períodes de crisi repercuteixen molt més amb les minories marginades, ja sigui perquè són les primeres desplaçades d'esferes socioeconòmiques a les quals havien pogut accedir en moments millors, bé sigui perquè troben nous competidors en àmbits marginals que abans eren propis.* En tot cas, l'empitjorament de la situació econòmica seria un dels factors compartits amb la població romanesa majoritària però que, juntament amb altres "push factors" (l'increment de la violència racista, la discriminació en diferents àmbits i la falta de perspectives respecte a una millora socioeconòmica) haurien portat a la població rrom a emigrar.

Com vàrem dir, els diferents moments del procés migratori que hem resumit en l'apartat anterior són inespecífics, i no reflecteixen exactament l'arribada i el procés d'assentament de la població rrom romanesa a Barcelona i altres ciutats catalanes. La major part de les investigacions (Peeters, 2005; Pajares, 2006; Vincle,

⁸² En l'àrea metropolitana de Barcelona, per exemple, la població s'identifica amb força claredat respecte als dos orígens, fonamentalment Tândărei (Ialomița) i Murgeni (Vaslui) reconeixent-se, significativament com a subgrups diferents tot i compartir l'identitat gitana; en aquest sentit, generalment i no sempre, els dos col·lectius estan ubicats en diferents barris i la seva migració respon a la mobilitat d'una part significativa de les respectives comunitats. Sent, per tant, molt diferent al procés migratori que realitza, en general, la població romanesa no rrom.

2006), apunten als anys 2000 i 2001 com el moment en què, per una banda, les primeres famílies van arribar a Barcelona i, per una altra, van començar a fer-se visibles en l'espai públic de la ciutat. El nostre treball de camp confirma aquest fet, si bé hem conegut famílies l'arribada de les quals és anterior (1998-1999). La major part d'aquestes famílies van arribar des d'altres ciutats, fonamentalment des de Madrid, on existia certa presència alguns anys abans.

En els anys 2002 i 2003 es va produir un increment de la població rrom romanesa a Catalunya (particularment a Barcelona) i un canvi en l'itinerari migratori (ara ja directe des de Romania), probablement degut en bona part als factors legals ja indicats. Un dels principals barris en els quals la població es va anar establint (i on encara resideix) és el de Sant Roc (Badalona), molt especialment a partir de aquest increment de població i alguns episodis de desallotjaments que van conduir al moviment de població des d'altres barris en 2003 i 2004⁸³. A causa de la precarietat de la seva situació (més que al seu suposat nomadisme, com de vegades es diu des dels mitjans de comunicació i algunes institucions) la població rrom romanesa a Barcelona ha tingut presència en diferents zones urbanes, la qual cosa indueix també en ocasions i com veurem, a una sobreestimació del nombre real de persones rrom nouvingudes.

⁸³ Segons la informació recollida, semblaria que el més important va ser el desallotjament d'un recinte del barri del Poble nou, les casernes de Sant Andreu i campaments en altres municipis. Així ho apunta també Pajares (2006:246-247).

2.2. LA POBLACIÓ RROM A CATALUNYA I L'ÀREA METROPOLITANA DE BARCELONA

2.2.1. ESTIMACIÓ I BARRIS DE RESIDÈNCIA.

Com hem dit abans, *la major part de la població rrom romanesa que viu actualment a Catalunya ho fa en el barri de Sant Roc (Badalona) i en altres zones properes (per exemple la zona de Serra d'en Mena, limítrofa entre els municipis de Badalona i Santa Coloma de Gramenet; Pep Ventura, també a Badalona o les zones més properes de Sant Adrià del Besòs).* No obstant això també ha tingut presència en altres barris i ciutats catalanes, no sempre de forma constant ni en nombre molt elevat. L'informe de Vincle (2006) recull molts d'ells, si bé no en tots es pot confirmar que actualment visqui població rrom. Els més importants i a partir dels citats anteriorment són en el Barcelonès, els districtes de Sant Andreu, Sant Martí, Nou Barris, Horta-Guinardò, Sants-Montjuïc (Barcelona) i de Collblanc-La Torrassa (L'Hospitalet del Llobregat). D'aquests, podem confirmar presència durant el 2008 en els últims quatre, a partir d'informacions directes (observació participant) o indirectes (informants clau del propi col·lectiu o professionals). Respecte a la resta de Catalunya, el mateix informe senyala com a llocs amb presència de població rrom, per ordre d'importància, la comarca del Baix Ebre (fonamentalment el Casc Antic de Tortosa), Tarragona ciutat i Sabadell; i en molta menor proporció, altres municipis⁸⁴. En aquest cas, podem confirmar a partir del treball de camp que existeix una presència significativa a Tortosa (Casc Antic) i a Sabadell (Els Termes), si bé en aquest últim aquesta presència es va reduir enormement a principis de 2007. En qualsevol cas, totes les informacions apunten al fet que actualment la població rrom romanesa a Catalunya es concentra bàsicament en diferents barris del Barcelonès, de Tortosa i, possiblement, de Tarragona ciutat.

És important destacar *que no pot estimar-se amb massa exactitud el volum de població rrom resident a Catalunya.* En primer lloc, perquè les dades d'empadronament, a més de no recollir la pertinença ètnica, no serveixen tractant-se com es tracta d'una població amb importants segments en situació de marginalitat (i molt habitualment no empadronada). Per una altra banda, perquè algunes d'aquestes estimacions s'han fet a partir d'informacions procedents dels diferents ajuntaments, i fonamentalment l'àrea de Serveis Socials; i tot i que aquesta informació és molt valuosa de cara a contextualitzar un possible estudi en profunditat, com apunta per exemple l'informe de Vincle (2006:64), pot tenir un marge d'error considerable, perquè les estimacions es realitzen a partir de les demandes en aquests serveis o de la visibilitat que la població hagi tingut per a

⁸⁴ Cornellà de Llobregat, Mollet, Sitges, Valls, Tàrraga i Amposta.

ells; i durant el treball de camp hem constatat que una part molt significativa de la població rrom romanesa no és visible per a aquells serveis que, malgrat estar plantejats com de “proximitat”, no sempre realitzen en la pràctica un treball quotidià i constant en el carrer i en els seus domicilis. Però a més, la població rrom romanesa té *una mobilitat enorme*, tant entre diferents barris com cap a altres ciutats i països (altres estats europeus i les localitats d'origen a Romania), pel que sense un seguiment constant de les dades, podria ser que les mateixes famílies siguin comptabilitzades en diferents llocs. Finalment, una dificultat afegida consisteix en la pròpia categorització com població “gitana romanesa”. En l'heterogeneïtat que caracteritza a aquesta població, com en altres, *existeixen segments de la mateixa que no són clarament identificables a primer cop d'ull*: perquè no van vestits de forma tradicional (particularment els homes són, moltes vegades, indistingibles); perquè les seves pautes d'assentament, laborals i altres són més semblants a les de la població romanesa no rrom, etc. I de vegades succeeix també tot el contrari: grups de població rrom diferents (de procedència hongaresa, búlgara, portuguesa), segments de població rrom d'origen romanès però que procedeixen de llocs diferents (Țândărei, Murgeni, Timișoara) i que, per tant, tenen *característiques diverses, o fins i tot població d'origen romanès no rrom, són agrupats dintre de la categoria global “gitano romanès”*.

Per acabar, és important assenyalar que *a vegades també es produeix l'efecte contrari; una sobreestimació de la presència global de població rrom, degut a que la seva distribució en el territori és, com veurem, poc uniforme (a diferència del que succeeix en termes generals amb la població romanesa no-rrom)*. En altres paraules, *el número total de persones estimades pot semblar més elevat per la seva concentració en determinats barris i per l'ús que la població rrom fa dels espais públics*.

Intentem, per tant, fer una estimació a partir el nostre propi treball de camp i de les dades que aporten les investigacions i textos existents, donant molt poca rellevància a les dades d'empadronament ja que aquestes generalment no representen la presència real de població rrom romanesa. A banda d'això, fem un resum d'algunes característiques generals dels barris on hem desenvolupat el treball de camp⁸⁵, importants per contextualitzar la situació de la població rrom en els mateixos.

⁸⁵ Evidentment, no podem utilitzar en aquest informe tota la informació recollida en el procés sobre aquests barris. Farem un ús més específic en els apartats següents quan aquesta sigui necessària per parlar amb més profunditat d'un àmbit o factor concret.

Sant Roc (Badalona)

Sant Roc està en l'extrem al Sud Oest del terme municipal de Badalona, ubicat en el districte 6, amb els barris de Congrés, El Remei, La Mora y Artigues. Fa frontera directa amb Sant Adrià del Besòs i també altres de Badalona, barris d'Artigues, Congrés, Sant Mori de Llefia, la Salut, el Remei i el Gorg. Dues grans vies, l'Avinguda d'Alfons XIII i la del Marquès de Montroig, emmarquen el barri per la banda de muntanya i per la banda de mar, respectivament. El barri és travessat, a més, per l'Autopista del Maresme, que el creua en un pas elevat. El barri ocupa 46.2 hectàrees i reuneix 3395 vivendes (amb una mitjana de 50 m² cadascuna) en sis tipus de blocs, que varien dels 5 als 14 pisos d'altura (Pareja et al., 2005:15).

Sant Roc està comunicat, a través de metro, per la línia 2 (Paral·lel – Pep Ventura), i les estacions més properes són Sant Roc i Artigues | Sant Adrià. No disposa de tren de rodalies (que es troba en el centre de Badalona, relativament allunyat) ni de Ferrocarrils de la Generalitat de Catalunya. Respecte al transport públic per carretera, té diferents línies de autobusos urbans (que comuniquen amb el centre de Badalona i amb Barcelona i altres localitats) i autobusos de barri. En la nostra opinió algunes d'aquestes línies són molt útils perquè connecten llocs de difícil accés (per l'orografia del barri), tot i que la distribució dels carrers i l'aprofitament dels mateixos (recorreguts llargs per a recollir més viatgers) fa que els temps de trajecte s'allargui respecte a altres mitjans de transport. Recentment el tramvia ha augmentat la connexió a través del transport públic del barri, amb la línia T5 que fa el recorregut Glòries – Gorg. El barri té accés directe amb l' Autopista del Maresme.

En principi es podria dir que el barri està *ben comunicat* en el seu conjunt perquè es troba ubicat en una situació de continuïtat amb altres nuclis urbans i no depèn exclusivament d'un mitjà de transport específic. En aquest sentit, la diversitat de mitjans de transport que es poden utilitzar és un factor positiu. No obstant, i depenent dels llocs on es vulgui desplaçar des del barri, el trajecte s'allarga i obliga a fer diferents transbordaments, fet que és important quan es tracta de l'accés a serveis de salut no ubicats en el barri.



Vista aèria del Barri de Sant Roc. Font: Google Earth (2008)

El barri va començar a ser construït com a tal, el desembre de 1962, per a allotjar població procedent de processos d'intervenció urbanística (expropiacions de l'A-19, desallotjaments de Montjuïc i Somorrostro, etc.) i de les inundacions de la tardor de 1962. A partir d'aquell any es va traslladar al barri una gran quantitat de persones, moltes d'elles gitanes, que es van instal·lar en edificacions prefabricades mentre es construïen els blocs de pisos. Aquesta construcció, promoguda per l' "Obra Sindical del Hogar y Arquitectura", va ser posteriorment molt criticada per la seva dolenta gestió i la qualitat de la construcció, amb moltes de les vivendes afectades per patologies estructurals i tot tipus de desperfectes⁸⁶. En el mes de juny de 1985, l'Estat, a través del Reial decret 1009/85, va traspasar a la Generalitat de Catalunya (ADIGSA), el control de la qualitat de les edificacions de les vivendes construïdes fins el 1980 i la promoció pública dels habitatges. En els darrers anys, s'han executat diferents intents de renovació urbanística i de

⁸⁶ Com una mostra dels efectes negatius que aquesta intervenció negligent (i manca d'equipaments en l'espai públic) va tenir en la vida dels veïns, entre 1972 i 1976 es van produir un seguit d'accidents que van costar la vida de diverses persones: dos menors morts al desprendre's la barana dels pisos, una jove morta al desprendre's una cornisa, altres menors atropellats per manca de semàfors, i una altra persona més morta amb un cable sense protecció. (Asociación Gitana de Badalona, s.d.)

reallotjament, alguns dels quals estan en desenvolupament en l'actualitat⁸⁷. Sense entrar en profunditat en un llistat sobre aquests (i encara menys en la seva avaluació, objectiu que s'escapa de l'àmbit d'aquest estudi) *el barri presenta indubtablement múltiples carències en tot allò referent a la quantitat, qualitat i implantació de serveis bàsics, o com a mínim en la seva articulació per a donar resposta a una població heterogènia i complexa, i amb un nivell de precarietat i exclusió socioeconòmica molt elevada per a alguns dels seus segments*. Aquestes mancances (per exemple, la necessitat de més places d'escoles bressols públiques), que són evidentment compartides amb moltes altres zones urbanes, tenen també un efecte sobre la salut i les possibilitats d'accés als serveis sanitaris. En tot cas, i a nivell exclusivament sanitari, el recurs principal del barri en tot allò que afecta a la població rrom és el CAP Sant Roc (que inclou els Equips d'Atenció Primària Badalona 4 i Badalona 5), mentre que *per a l'Atenció Continuada i altres serveis (evidentment incloent els hospitalaris) és necessari desplaçar-se fora del barri (Programa d'atenció a la salut sexual i reproductiva (PASSIR) de Sant Adrià del Besòs, el Servei de Planificació Familiar (CASSIR); l'Hospital de Badalona, Hospital Esperit Sant i Can Ruti)*.

Segons dades de població de l'Ajuntament de Badalona registrats al juliol del 2004, la població del barri de Sant Roc és de 13.752 persones, de les quals aproximadament 5000 (un 40%) serien habitants autòctons d'ètnia gitana, i uns 2600 (19%), població immigrada (López, 2005). A 1 de gener del 2006, segons el Departament d'Estadística i Població del Ajuntament de Badalona, de la població total un 17 % és d'origen Paquistanès, un 5 % d'origen romanès i un 3.8 % d'origen marroquí, representant la població immigrada un 33% de la població total del barri (Prieto, 2007:150). Aquestes dades han de ser interpretades amb prudència, perquè tal com apunten Rodríguez-García i San Román (2007: 505) no es treballa amb un mètode directe per a mesurar-los, especialment en el cas dels gitanos catalans i originaris d'altres zones de l'Estat que no queden registrats ni per nacionalitat ni per país d'origen en les estadístiques oficials. D'altra banda, generalment existeixen problemes per a obtenir dades desagregades per barri. Per acabar, *una part important de la població rrom del barri no està empadronada, i per tant, els registres municipals poden no ser molt exactes*.

En tot cas, per al barri de Sant Roc (encara que de vegades de cara a les estimacions agrupi altres barris propers), *totes les estimacions s'han mogut en un*

⁸⁷ Veure: Tudela (1995; citat en Prieto, 2007:149), García i Tapada, (2005); Pareja et al. (2003, 2004, 2005); Pareja i Tapada (2001). També, per a la història del barri i de les mobilitzacions i associacions que han pres part en ella, particularment en allò referent a la població gitana, es pot consultar Garriga (2003) i Prieto (2007:147-153).

volum que va de 300⁸⁸ fins a 1500⁸⁹ persones rrom d'origen romanès, en diferents moments. Tot i que és probable que en part aquesta divergència tingui relació amb un augment de la població rrom en el període que va des de 2004 fins al 2007, a partir d'aquestes i altres estimacions (Pajares, 2006:254; Vincle, 2006:65), però sobretot del treball de camp, ens vam inclinar al 2008 per una estimació que anava més en la línia de les 600 persones, si bé ha anat disminuint de manera important en els darrers mesos. En aquest sentit cal apuntar diverses qüestions: la primera és que en l'últim any han existit diversos processos migratoris des del barri cap a països de l'UE (com al Regne Unit), que tenen a veure sobretot amb les noves condicions legals a partir de 2007⁹⁰. Aquesta mobilitat ha sigut molt intensa i ha suposat un canvi fonamental en la presència del col·lectiu al barri. El segon és que la finalització de la moratòria en el 2009 ha suposat probablement un nou canvi en la composició de la població present a Catalunya, o al menys certa intensificació de dinàmiques de mobilitat ja existents cap a altres països. Per una altra banda, cal tenir en compte altres tipus de mobilitat de tipus estacional, que fan que segons el moment hi hagi una major o menor presència (al setembre, per exemple, una part de la població rrom que resideix a Sant Roc torna a Țândărei coincidint amb les festes locals, per a veure a la seva família i fer altres gestions). En tot cas, i contra el que generalment es diu, no s'ha produït un augment significatiu de la presència d'aquesta població en els darrers temps, i fins i tot, s'ha produït un davallada important en certes zones.

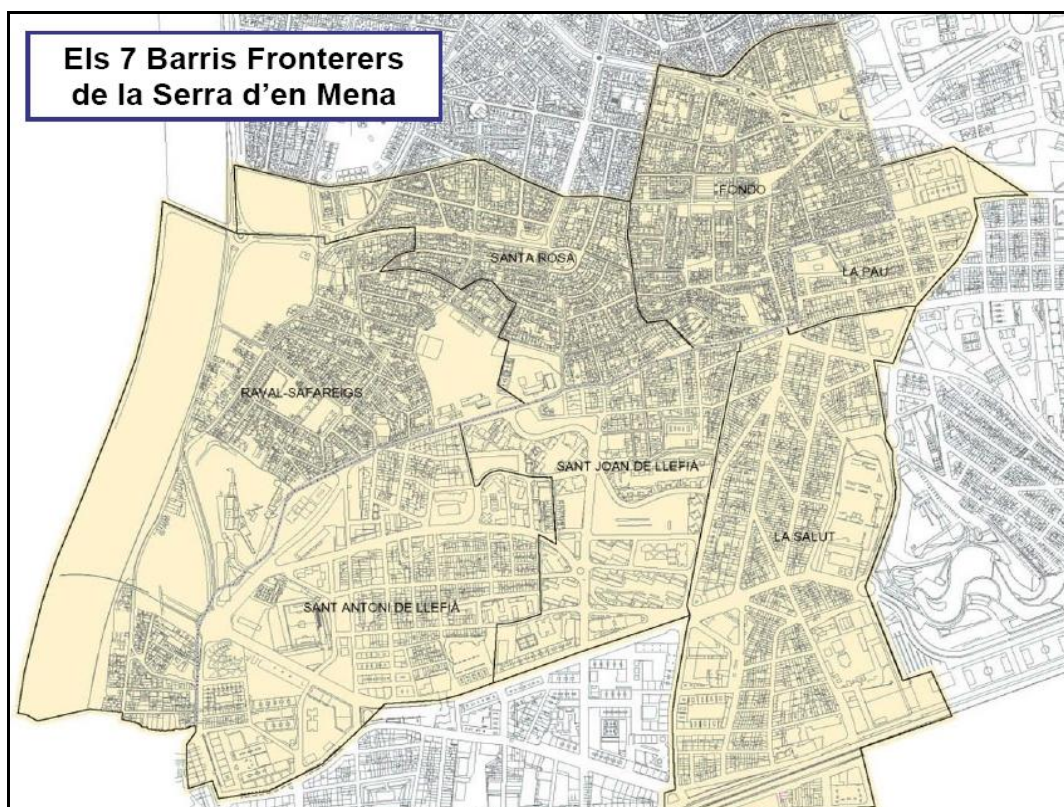
⁸⁸ Per part de Serveis Socials, al 2004 (Peeters, 2005:48)

⁸⁹ Prieto (2007:153), a partir de la informació facilitada per a la Comissaria de Mossos d'Esquadra de Badalona, xifra la presència de població rrom de Sant Roc en 1500 persones, a l'any 2007.

⁹⁰ Durant el desembre del 2006 i els primers mesos del 2007 vàrem constatar que aquesta mobilitat no es donava únicament des de Sant Roc, sinó també des d'altres ciutats de l'Estat i directament des de Romania. A més, prèviament ja coneixíem la presència d'algunes famílies rrom de la població que viu en Sant Roc que havien estat o residien en aquests països i alguns informants ja havien expressat el seu desig d'establir-se allí.

Serra d'en Mena (Santa Coloma de Gramenet / Badalona)

La zona de Serra d'en Mena es troba formada per set barris que fan frontera entre els municipis de Santa Coloma de Gramenet i Badalona. D'aquests, tres (Raval-Safareigs, Santa Rosa i Fondo) pertanyen a Santa Coloma de Gramenet, i se corresponen amb els districtes V (els dos primers) i VI de l'esmentat municipi. Els altres quatre formen part del municipi de Badalona: Sant Antoni de Llefià i Sant Joan de Llefià (districte V), La Salut (districte IV) i La Pau (districte VIII).



Font: Consell Comarcal del Barcelonès (2005)

D'aquesta manera, limita al Nord Oest amb altres barris de Santa Coloma, al Nord, Nord Est, Est i Sud Est amb d'altres barris de Badalona (entre els quals està Sant Roc) i al Sud amb el municipi de Sant Adrià de Besòs. Per l'Oest, el riu Besòs marca el límit amb el municipi de Barcelona. La banda limítrof entre els dos municipis es troba més elevada, això produeix que una part dels carrers dels barris que componen la Serra d'en Mena tinguin pujades molt pronunciades. Com senyala Requena (2003), aquest espai era abans una frontera natural entre els dos nuclis urbans (Badalona i Santa Coloma de Gramenet), que va anar edificant-se a mesura

que ambdós nuclis creixien⁹¹, i la qual configuració es basa, a parts iguals, en la topografia del territori i l'especulació derivada de les pressions demogràfiques iniciades en els anys 50⁹². Com veurem en l'apartat dedicat a la situació d'habitatge, a diferència de Sant Roc, una proporció de les vivendes són el resultat de reformes o acumulen certes carències del procés d'autoconstrucció i de la planificació urbana deficient (tot i que també s'ha anat millorant en certes zones). *Per tant, durant el treball de camp, ha estat habitual trobar habitatges amb algunes instal·lacions molt antigues i també inexistents entre aquelles a les que ha pogut accedir població rrom (evidentment això no és d'aplicació a tota la zona).*

Com també va passar en el barri de Sant Roc, la configuració actual de la zona de Serra d'en Mena i les condicions en les quals s'ha donat el seu procés urbanístic i poblacional tenen molt a veure amb l'oferta i distribució dels serveis disponibles actualment. Sense entrar a considerar-los tots (encara que ha estat fonamental durant tot el treball de camp) ni els seus problemes específics, pot ser d'aplicació, de la mateixa manera que per Sant Roc, en el sentit que és evident que, en molts àmbits, els recursos no acaben de respondre adequadament a les necessitats de la població. En el terreny exclusivament sanitari, i comptant amb els actuals barris que el componen, podem trobar tres centres d'atenció primària (CAP. La Salut, CAP. Santa Rosa i CAP. Llefia II), un centre hospitalari (Fundació Hospital de l'Esperit Sant), així com altres serveis especialitzats (PASSIR, etc.).

De cara a resumir el perfil de la població immigrant a la zona, ens trobem *de nou amb la dificultat d'obtenir dades desagregades per barri*. Les que existeixen són de dates diferents (depenen de dos municipis) i generalment fan ús d'un altre tipus de criteris (municipal, per districte), en lloc del barri. Segons la documentació del Pla de Barris de Serra d'en Mena (2005), el total de població per a aquesta zona, al 2003, era de 87.871 persones, de les quals 51.138 persones viuen en el terme municipal de Badalona i 36.733 ho fan en el de Santa Coloma de Gramenet. A la següent taula pot observar-se la distribució per barris:

⁹¹ Per aprofundir en el procés històric d'autoconstrucció en aquests i altres barris similars, pot consultar-se Capel (1990:51-57), per a un dels barris que componen Serra d'en Mena, també Olivé (1974). Ambdós citats a Requena (2003).

⁹² "En un espacio muy reducido de tiempo, aparecen barrios nuevos en los que las barracas y las edificaciones se alinean en calles estrechas e irregulares. A medida que la población se fue concentrando en estas zonas, la masificación obligó a ocupar los patios interiores de las islas con construcciones totalmente irregulares [...]. Por el mismo motivo, las escasas infraestructuras en estos barrios se vieron desbordadas." (Requena, 2003)

POBLACIÓ, DENSITAT I HABITATGES DELS BARRIS DE L'ÀREA							
Municipi	Barri	Població			Densitat Ha	Superfície	Habitatges Familiars 2001
		1991	2001	2003			
Badalona	Sant Antoni de Llefià	16.638	14.530	14.901	386	38,57	5.823
	Sant Joan de Llefià	15.944	13.468	13.904	496	28,05	5.138
	La Salut	18.692	16.282	17.421	488	35,73	7.128
	La Pau	5.117	4.402	4.912	503	9,76	1.749
	Total 4 barris	56.391	48.682	51.138	456	112,11	19.838
Santa Coloma de Gramenet	El Fondo	17.860	14.263	15.033	547	27,48	5.940
	Santa Rosa	13.940	11.475	11.897	472	25,22	4.632
	Raval-Safareigs	10.625	9.246	9.803	256	38,33	3.787
	Total 3 barris	42.425	34.984	36.733	404	91,03	14.359
Total àrea		98.816	83.666	87.871	433	203,14	34.197
Total Badalona		218.725	205.836	214.440	101	2.117,00	83.968
Total Santa Coloma de Gramenet		133.138	112.992	116.012	165	705,00	45.741

Font: Pla de Barris Serra d'en Mena (2005)

Les dades més recents respecte a població immigrant desglossada per barris corresponen, per a Badalona, al Padró municipal d'Habitants del 2002 i per a Sant Coloma de Gramenet, al Padró municipal d'Habitants del 2005. Evidentment l'antiguitat i la diferència de dates entre ambdós no permeten xifres ni tan sols aproximades a la realitat actual dels esmentats barris, encara que poden servir per esbossar la situació prèvia. *És important, no obstant això, no comparar-los, perquè la presència de població immigrant a partir de 2002 s'ha incrementat i podria induir a la percepció errònia de que uns barris tenen una proporció molt més gran, quan en l'actualitat no té perquè ser necessàriament així.* Segons el primer, el tant per cent mig de població immigrant en aquests quatre barris de Badalona seria del 6.5, amb 3432 persones immigrants d'un total de 51.576 persones. Per a tots ells, la població immigrant majoritària seria la marroquina, que representaria 1331 persones (un 38.7% del total d'immigrants). Respecte als tres barris pertanyents a Sant Coloma de Gramenet compten, el 2005, amb 11.671 persones d'origen estranger, repartides gairebé a parts iguals entre els districtes V (Raval-Safareig) i VI (Fondo), la qual cosa representa un 28.9% del total de població d'ambdós districtes (40.355 persones).

No obstant això, l'esmentada distribució no és uniforme: el districte VI (Fons) té una població significativament menor, per la qual cosa la proporció de població immigrada és major (un 34.5% del total de 16940 persones). A més, la població majoritària entre la immigrant és, per al districte V (Raval-Safareigs i Santa Rosa) la d'origen marroquí (20.45%), mentre per al districte VI és la d'origen xinès (29.8% del total de població immigrant resident en el districte).

En relació a la població rrom, particularment en allò referent a Santa Coloma, la major part de la població és, com ja hem dit, provinent de Murgeni (encara que

també existeixen famílies de Țândărei en la zona de Santa Rosa i sobretot en el barri de la Salut, i que també existeixen nuclis significatius de població d'altres orígens, com ara Batesti). Peeters (2005:48) assenyala per a barris dispersos de Barcelona (excloent Horta-Guinardò, Sants-Montjuïc i Coll de Gràcia), Santa Coloma de Gramenet i altres localitats un total de 150-250 persones, un nombre que és baix considerant la presència actual, però que és coherent amb el moment de recollida de les dades (2004): la població originària de Murgeni s'ha establert en els barris citats anteriorment molt més recentment, la majoria a partir del 2005-2006. Cal esmentar que, en general, es troba en una situació més precària i inestable, i que a més, en certs segments i aspectes (per exemple, en general i respecte el col·lectiu de rrom de Țândărei, tenen menys prestigi i una pitjor situació socioeconòmica; provenen d'un context més rural i pobre; el seu procés migratori és molt recent; entre altres), manté una posició relativament subordinada a la població de Țândărei (o almenys ho feia fins al moment actual, mentre aquesta era més nombrosa). En tot cas, coincidint amb les estimacions fetes per diferents professionals que estan intervenint actualment a nivell de carrer (Equip d'Intervenció immediata de Santa Coloma de Gramenet i Fundació Secretariat Gitano), aquesta població era, en el 2008, d'unes 150-200 persones, encara que ha anat en augment en els darrers mesos.

Casc Antic (Tortosa)

La zona del Casc Antic (Tortosa), està formada per diversos barris, les diferències del quals tenen també a veure, entre altres factors, amb la topografia de la zona. Com es recull en la Memòria del Pla de Barris de Tortosa (PINCAT, 2005:39), les elevacions en les quals se situen part dels barris del nucli antic i la seva configuració urbanística li confereixen un caràcter divers, i és un element fonamental tant per entendre les seves característiques com per a la planificació de plans de millora⁹³.

⁹³ "La presència de dues grans elevacions com les de La Suda i el turó del Sitjar sobre les que hi ha l'hospital, expliquen per sí sols una bona part d'aquestes diferències, entre barris com el de Sant Jaume i Castell, situats en les vessants del turó de La Suda, o els de Santa Clara i Garrofers en els vessants del turó del Sitjar, en relació a barris històrics com el de Montcada, Rastre (1870), Catedral o la zona Centre, situats en les parts més planes entre els turons, o els barris de Remolins (call jueu) en l'extrem nord del recinte murallat o l'eixample Cabot (1890) al sud, ja fora muralles." (2005:39)



Font: Departament de Política Territorial i Obres públiques (2008)

D'entre ells, la zona central i històrica (pròpiament el casc antic) és probablement la que sofreix d'una major degradació i requereix d'intervencions més urgents, algunes de les quals ja s'estan duent a terme en el marc del Pla de Barris. Per exemple, a nivell urbanístic, és patent que una part dels habitatges del Casc Antic es troben buides i/o en situació ruïnosa (en ocasions sí estan habitades, malgrat les males condicions). Això implica diferents mancances i problemes en les mateixes (aigua, llum, etc.), degudes al mal manteniment i a l'antiguitat de la construcció. La comunicació amb la resta de la ciutat pot fer-se a peu. Per a la comunicació amb altres nuclis urbans, el barri es troba a pocs minuts caminant tant *de l'estació d'Autobusos com de la de RENFE, i també existeixen serveis accessibles de transport urbà que connecten zones una mica més allunyades de la ciutat.*

L'únic recurs sanitari com a tal que es troba al barri és l'Hospital de Tortosa Verge de la Cinta, hospital de referència per a tota la regió sanitària de les Terres de l'Ebre. La població del Casc Antic té com a CAP de referència, fonamentalment, el CAP El Temple, que també fa atenció continuada, encara que per a certes especialitats cal anar també al CAP del Baix Ebre.

En relació a la composició de la població, de nou ens orientem inicialment pel padró, malgrat els problemes ja senyalats, simplement per traçar un panorama general respecte al perfil de població. Segons les últimes dades d'empadronament (2008), del total de les 35.734 persones residents a tot Tortosa, 7.549 són estrangeres (incloent comunitaris i extracomunitaris), el que representa un 20.11% de la població. D'aquests últims, les poblacions majoritàries són les d'origen marroquí (1.994 persones), romanès (1.481 persones) i pakistanès (991 persones). Malgrat que no disposem de dades actualitzades desagregades per barris, ja el 2003 la proporció de persones estrangeres en el Casc Antic era d'un 32.21% (1.860 persones d'un total de 5.743), tal com mostra la taula següent:

Taula: Percentatge de Població, estrangera extracomunitària/pob. total (padró 2003).

Barris	Pob. Total	Espanyols	Comunitaris	Extra Comunitaris	% Extra Comunitaris
Call Jueu	348	295	1	52	14,94%
Remolins	1064	885	8	171	16,07%
St. Jaume	209	163	2	44	21,05%
Centre	1269	814	10	445	35,07%
Castell	194	149	3	42	21,65%
Catedral	110	64		46	41,82%
Hospital	38	27	2	9	23,68%
Montcada	1238	644	4	590	47,66%
Rastre	283	210	1	72	25,44%
Sta Clara	990	632	15	343	34,65%
C.Històric	5743	3883	46	1814	31,59%

Font: PINCAT (2005)

Previsiblement, i degut tant als canvis en les dinàmiques migratòries en un període tan llarg i al fet que no totes les persones nouvingudes estan empadronades, aquestes dades poden prendre's només com a orientació de quina pot haver estat la tendència en la situació. En tot cas, podria dir-se en general, com observem i també apunta la memòria del Pla Integral, que en el nucli antic de Tortosa conviuen tres grups de població, bàsicament: població immigrant, arribada sobretot a partir de 1999 i població que vivia al barri prèviament, des de fa més temps, bàsicament població gitana i paia autòctona (bona part d'aquesta última, en l'actualitat, persones grans). En relació a la població rrom, les zones en les quals hi ha *població rrom al barri són sobretot Santa Clara i Remolins*, encara que també existeixen famílies i nuclis en altres parts de la ciutat. Com ja hem comentat, ens ha resultat molt més complex realitzar un treball de camp en profunditat, degut fonamentalment a raons pràctiques. No obstant això, segons la nostra experiència, *l'estimació realitzada per Vincle el 2006 (2006:35) sembla bastant aproximada, en apuntar entorn d'unes 200 persones rrom romaneses en tota Tortosa*. Alguns informants clau rrom de Tortosa, tanmateix, han assenyalat que probablement són més persones, al voltant d'unes 300.

Resta de barris

Finalment, i quant a la resta de zones, no comptem amb una informació de primera mà (en la majoria dels casos) i en profunditat que ens permeti fer una estimació de la població actual, si bé podem apuntar a partir del treball de camp que, al menys, en Horta-Guinardó, Collblanc-La Torrassa i Sants-Montjuïc existeixen o han existit al llarg de 2008 nuclis de població⁹⁴. A banda d'aquests, i atenent a les dades que ofereixen la resta d'investigacions i les informacions recollides sobre altres territoris durant el treball de camp, un dels nuclis principals no explorats en aquesta investigació seria Tarragona ciutat (Vincle estimava 60 persones al 2006) i segurament es podrien assenyalar alguns més. En tot cas, si fem recull del que han dit altres investigacions, *el nombre total en tots aquests barris no hauria excedit generalment les 250 - 300 persones, encara que aquesta situació ha pogut canviar amb certa magnitud en els diferents moments i que no sempre, com ja hem dit, aquesta població es del tot visible per serveis socials o d'altres àmbits.*

En tot cas, i com també apunten Peters (2005) i Pajares (2006), estaríem parlant en total a Catalunya d'un volum de població rrom romanesa que, encara que hagi pogut augmentar, no supera amb força probabilitat els pocs milers (en aquests moments probablement, i encara que evidentment amb cert marge d'error, no sembla que pugués superar les 3000-4000 persones)⁹⁵, la qual cosa, com destaca el segon, no arribaria ni a un 5% de la població romanesa immigrant total, un volum molt menor al que acostumen a atribuir en els mitjans de comunicació i en d'altres àmbits d'actuació. A més podem dir, tal com hem pogut conèixer a través del nostre treball de camp que no s'ha produït en cap moment en els últims anys, almenys globalment, una arribada massiva de població rrom a Catalunya, tal com s'ha anunciat i pressuposat en diferents mitjans de comunicació en relació, per exemple, a la difícil situació a Itàlia de la població rrom. En aquest sentit, és important destacar el risc que representa la utilització de xifres poc contextualitzades i informacions tendencioses, respecte a la generació de prejudicis i alarma social al voltant de la població rrom; però també cal insistir en que les dades que les administracions i actors socials utilitzin estiguin basades en estudis responsables i en profunditat, per tal de garantir intervencions i aproximacions adequades.

⁹⁴ També a Sabadell, però abans, com ja hem esmentat; i de forma més minoritària encara actualment en altres de les zones en les que hem treballat (Sant Adrià del Besòs, altres barris de Badalona i Barcelona, etc.).

⁹⁵ Peeters (2005:49), estima entre 700 i 1100 per a Barcelona i Badalona. Pajares estima poc més de 2000 (2006:238), encara que senyala que el Secretariat Pastoral Gitano la xifra en unes 3000 persones per a tota Catalunya.

2.2.2. CARACTERITZACIÓ BÀSICA DE LA POBLACIÓ RROM ROMANESA A CATALUNYA.

Com ja hem dit, la migració de la població rrom romanesa presenta un *marcat caràcter comunitari, amb una presència, almenys per al segment més visible, distribuïda en diferents zones i barris amb una correspondència relativament clara amb la zona/localitat de procedència a Romania. Fet que posa de manifest el funcionament de les xarxes socials de suport en el procés migratori*. En aquest sentit, hem recollit informació de població de llocs d'origen diferents, que també es distribueixen en diverses zones de l'Àrea Metropolitana de Barcelona, dels quals assenyallem a continuació les més importants actualment i en les quals s'ha centrat aquest treball d'investigació. En aquest sentit, és important esmentar que una majoria de la població rrom romanesa que s'havia establert a Catalunya fins ara -o almenys la majoria de la que havia format part del segment més visible⁹⁶- té el seu origen en una mateixa zona, la província (judet) d'Ialomița, al sud-est del país. La informació recollida a partir del nostre propi treball etnogràfic tendeix a confirmar aquesta dada, situant el *lloc d'origen fonamentalment en el municipi de Țândărei (14.786 habitants, dels quals un 12 % són rrom⁹⁷)*. També, però, s'han constatat altres procedències de llocs molt propers a aquesta primera població, com són Slobozia i Fetesti i algun cas de Constanța que integren juntament amb Țândărei, les zones originàries d'un mateix grup de població rrom clarament diferenciat d'altres (per exemple, els rrom de Murgeni) que també resideixen en el Barcelonès.

Hem pogut observar durant el nostre treball de camp a origen que el poble de Țândărei és una localitat petita, amb certes activitats rurals i alguna industrial, però propera a nuclis urbans més grans, i ben comunicada amb București. En ella, *la població rrom ha estat sempre la més empobrida, i tradicionalment relegada al barri de Strachina (anomenada, tant per la població no rrom com per la rrom, com la "țigania" ubicada a les afores del poble)*. Aquesta zona més perifèrica de Țândărei està físicament separada per les vies del tren de l'estació de la localitat (on també es troba ubicada la parada d'autobusos que porten als pobles de les rodalies) finalitzant en un escampat usat com a deixalleria improvisada, des d'on es poden observar alguns camps i enmig d'aquests alguna indústria, encara funcionant o en

⁹⁶ Un aspecte que generalment es desconeix és que, entre la població rrom romanesa (també la present a Catalunya), existeixen segments que es consideren més propers als romanesos, són menys visibles (*romanisats*), i que generalment no parlen romaní ni adopten, per exemple, les mateixes formes de vestir o les mateixes estratègies econòmiques. En tot cas, han sigut minoritaris dins de la població amb la que hem treballat.

⁹⁷ Dades de l'últim cens, juliol de 2002 (Centrul de Resurse pentru Diversitate Etnoculturala). Amb tota probabilitat aquest percentatge és superior, pel nostre encara preliminar treball etnogràfic en origen i el biaix en les dades estadístiques que hem esmentat abans. No obstant, sembla improbable que arribi al 50 % estimat per Pajares (2006:239).

desús, i a prop el riu. Per tant, la infraestructura d'aquesta zona és més semblant a la d'un assentament: no existeix clavegueram, no hi ha servei de deixalleria, hi ha insuficient enllumenat públic, els carrers no estan asfaltats i el barri està molt desconnectat i aïllat del mateix poble. Moltes cases han estat abandonades per famílies que han immigrat a altres països i sovint en aquestes s'han real·lotjat famílies més pobres que no han pogut immigrar (o els familiars dels que sí ho han pogut fer). Les cases més properes a l'estació, tot i ser molt senzilles, semblen millor conservades, i en general de més qualitat (tot i que els materials de construcció són molt bàsics) en comparació amb les cases que queden més allunyades i perifèriques del propi assentament. També tenen més a prop alguna botiga de queviures. A Strachina podem trobar algunes cases deshabitades i mig derruïdes o que es mantenen en condicions molt precàries. També hi ha una escola pública abandonada i una altra en ús (fins que els nens/es passen a un altre nivell escolar i canvien a una altra de nova ubicada a fora de Strachina); i *una església pentecostal que s'ha anat reconstruint i ampliant gràcies fonamentalment a les aportacions de la població rrom que ha migrat. L'ambulatori es troba al centre del poble i l'hospital local a les afores d'aquest*. Tot i aquesta precària situació, en aquests moments, i en bona part a causa de la migració, la *població rrom està millorant significativament* la seva situació, i una part d'ella està abandonant la zona perifèrica de Strachina per anar a viure a l'altra banda de l'estació (i millorant la construcció de les actuals cases) i fins i tot més pròxims al centre o, en el millor dels casos, en el carrer principal del poble. Malgrat aquests possibles canvis, part de la població rrom de Țândărei ha viscut i ho segueix fent en condicions molt deficientes i amb dificultats en l'accés a diferents serveis i drets bàsics.

En el context de destí de l'Àrea Metropolitana de Barcelona, la població rrom romanesa originària de la zona de Țândărei viu principalment en el barri de Sant Roc (Badalona), encara que també en altres llocs. Alguns d'ells són barris propers, com per exemple alguns dels quals conformen la de Serra d'en Mena, particularment La Salut (Badalona) i, en alguns moments, Santa Rosa (Santa Coloma de Gramenet). També hem conegut famílies que viuen en Pep Ventura (Badalona) i Sant Adrià del Besòs. Unes altres viuen en barris una mica més allunyats, dintre de l'Àrea Metropolitana de Barcelona, en concret en Horta-Guinardò (Barcelona), Sants-Montjuïc (Barcelona) Ciutat Vella (Barcelona) i Collblanc (L'Hospitalet de Llobregat). Finalment, existeixen o han existit altres nuclis també provinents de Țândărei almenys a Sabadell (Els Termes) i Tarragona, a més d'aquells que -hagin o no viscut en algun dels barris anteriors- actualment es troben en altres ciutats de l'estat (com pot ser a Madrid i Alacant, entre altres) o altres països (Regne Unit, Irlanda, etc.).

Un altre segment de població rrom romanesa, que en un principi semblava els menys nombrosos però que ara mateix (i seguint l'estratègia migratòria dels rrom de Țândărei) és potser el més important, és originari del Nord Est del país (prop de la frontera amb la República de Moldàvia), i en concret de la població de Murgeni (Vaslui) i altres localitats relativament properes⁹⁸. Murgeni és una petita localitat de 7674 habitants, dels quals un 13 % (1043) són rrom⁹⁹. Per la zona en la qual es troba i per la seva grandària és, probablement, una localitat de tipus més rural, si bé també existeix alguna petita indústria. La major part d'aquesta població resideix actualment en la zona de Serra d'en Mena i en altres barris pertanyents a Santa Coloma de Gramenet, encara que existeixen algunes famílies en el barri de Sant Roc. La població rrom a Murgeni viu, generalment (i exceptuant alguna família que ja ha pogut millorar, d'alguna manera, la seva situació en origen), en condicions d'extrema precarietat i pobresa. El paisatge de Murgeni sembla més rural en comparació amb Țândărei, i mostra un paisatge més irregular que separa, en algun cas, zones del poble. Tot i que no coneixem en profunditat una zona clarament delimitada i estigmatitzada (com la zona de Strachina a Țândărei on es concentra exclusivament població rrom) sí que podem dir que les condicions podrien també ser semblants a les d'un assentament molt precari. Els habitatges on viuen gran part de la població rrom, en general, són molt deficitaris i sovint les famílies viuen en els carrers més allunyats del centre i en un espai més amuntegat i caòtic en relació al traçat dels carrers i el petits trossos de parcel·la dels quals disposen. A més, l'enllumenat públic és molt insuficient, hi ha manca de clavegueram (fins i tot a algunes cases fan ús únicament de latrines), es pot observar fàcilment deixalles abandonades i presència de gossos que volten lliurement (que sovint poden mostrar-se agressius), el terra no està asfaltat ni és homogeni. Les darreres cases del poble són petites, construïdes amb materials de baixa qualitat, i en alguns casos mig derruïdes. En el poble hi ha, prop de l'entrada, un hospital local i l'ambulatori està al carrer principal; hem pogut conèixer com a mínim l'existència de dues escoles, una d'elles amb població escolar exclusivament rrom.

D'altra banda, a part d'aquests dos col·lectius hi ha altres grups de població rrom amb orígens diferents. La població que viu en el Casc Antic de Tortosa té com a origen, majoritàriament, la província (Județ) de Timiș en l'extrem oest del país; i en concret la ciutat de Timișoara i altres localitats properes, com Lugoj (encara que també hem observat altres orígens). S'ha d'esmentar que, en principi, semblen també existir subgrups separats respecte d'aquests diferents orígens i d'altres

⁹⁸ Per exemple, dins d'aquest grup es pot considerar també població originària de Batesti, que encara que no és tan proper, representa un segment important del subgrup i té certes característiques i situacions compartides, a més de lligams de parentiu.

⁹⁹ Dades de l'últim cens, juliol de 2002 (Centrul de Resurse pentru Diversitate Etnoculturala). Probablement és d'aplicació el mateix que per al de Țândărei.

aspectes, i que almenys els que hem conegut millor (potser els que es troben en una millor situació socioeconòmica) no manifesten tenir gaire relació amb els altres (que en bona part viuen a la zona de Remolins). Tampoc no disposem, perquè encara no hem pogut fer treball de camp a les localitats d'origen, de dades exactes sobre la situació, encara que semblaria que *pels primers que acabem d'esmentar, les condicions son significativament millors que als espais més precaris de Țândărei i Murgeni*. D'altra banda, l'abril de 2007 es van establir en diferents espais del districte de Sants-Montjuïc diversos grups de població rrom romanesa (un d'ells d'almenys 40 persones) que tenien com a origen la zona de Cluj (i localitats properes, com Turda) i, fonamentalment Alba Iulia¹⁰⁰. Finalment, hem conegut directament o rebut informació de persones o famílies disperses amb origen en altres localitats, com Galați, Braila, Constança o la capital, București.



Principals zones conegudes durant el treball de camp de procedència de població rrom romanesa present a Catalunya. Font: Elaboració pròpia a partir de Wikipedia (2008)

Entre aquests subgrups, com ja hem comentat, existeixen també diferències relacionades amb el procés migratori i el temps d'estada. Tractant-se de processos generalment de tipus bastant comunitari (tant respecte als llocs d'origen com a la seva correspondència amb els d'arribada), els temps d'estada sovint és relativament aproximat, dins de la variabilitat personal que, evidentment es dona;

¹⁰⁰ És aquest, probablement, el tercer grup en importància en l'àrea metropolitana de Barcelona. En un futur, la intenció és realitzar també treball de camp amb ell, tot i que fins aquest moment pràcticament no ha estat possible començar l'aproximació per la selecció dels altres barris i la intensitat del treball de camp en aquests.

i sense que això impliqui que es continuïn donant nous processos de mobilitat (tot i que les primeres famílies hagin arribat fa anys). En aquest sentit, podem dir que *en termes generals, la població rrom originària de Țândărei és la que primer va iniciar el seu procés migratori i, per tant, un dels segments de població rrom que porta més temps establert a Catalunya*. També una part de la població rrom resident a Tortosa porta establert un promig de més de cinc anys. Tanmateix, en el cas de la població originària de Murgeni, generalment ens trobem que la majoria es mou més al voltant d'uns 2-3 anys d'estada, i en ocasions fins i tot menys.

Respecte la distribució per sexes, a partir de la informació recollida en el treball de camp i per als llocs en els quals l'hem efectuat¹⁰¹ sembla ser bastant equilibrada, almenys en comparació amb altres poblacions immigrants. En principi, i com ja hem dit, *bona part dels processos migratoris de la població rrom tenen un caràcter familiar a curt termini i fins i tot des del seu inici*. En altres paraules, i encara que és freqüent també que membres de la família facin el trajecte en solitari, generalment, durant el treball de camp, *hem pogut trobar l'agrupació d'unitats familiars més o menys extenses i, en la mesura que la situació del procés migratori ho ha permès, seguint una pauta de residència patrilocal*. Alhora i donada la mobilitat que caracteritza al col·lectiu, *hem pogut ubicar altres segments de les mateixes famílies en d'altres ciutats de l'estat espanyol (en algun cas, també a Catalunya); en d'altres països d'Europa; i freqüents estades més o menys temporals a Romania*. No obstant això, és possible que el nombre d'homes sigui lleugerament superior, depenent del lloc i, sobretot, del temps d'estada (quan millora la situació migratòria, s'incorporen altres familiars al context de destí).

Respecte a la distribució per edat, estem parlant d'una *població majoritàriament jove*. El perfil de les persones entrevistades, amb una mitjana de 26 anys d'edat i un 73.3% dels entrevistats per sota de 30 anys, pot servir-nos per recolzar aquesta afirmació¹⁰². En tot això té relació, també, *l'elevada natalitat que presenta el grup: com veurem, en general l'edat en la qual la població té el primer fill és baixa, en comparació amb les dades globals a Catalunya, i la mitjana de fills, a partir de l'observat en el treball de camp i en les entrevistes pot estar al voltant de 3 fills¹⁰³*. Això no vol dir, evidentment, que no hi hagi persones grans entre la població rrom

¹⁰¹ Evidentment, aquest no és un dels àmbits en els quals les entrevistes puguin ser d'utilitat a nivell quantitatiu, en tant que el sexe va ser una de les variables tingudes en compte a l'hora de realitzar la selecció de població entrevistada. Això és d'aplicació, també en part, al temps d'estada, perquè vam intentar diversificar al màxim les entrevistes entre els diferents subgrups i donada la correspondència d'aquests amb el temps d'estada.

¹⁰² És important considerar també que si tenim en compte el número de fills menors presents, aquesta mitjana d'edat, que és merament orientativa, seria sensiblement més baixa.

¹⁰³ La mitjana resultant en les entrevistes és de 2.67 fills, encara que tendim a pensar, per l'observat durant la resta del treball de camp, que aquesta xifra, que en cap cas no podem extrapolar acríticament a tota la població, és més elevada..

establerta a Catalunya, sinó que la seva presència, en comparació amb altres grups d'edat, és significativament menor. Les causes per a això són variades (algunes d'elles compartides amb altres grups de població immigrant), i probablement tenen a veure, per exemple, amb qüestions com el rol que compleixen els avis en origen (cura dels menors, gestió de recursos i rol aglutinador de la família en origen, etc.), el tipus d'activitats de subsistència que es desenvolupen en destí o l'esperança de vida (més baixa que la mitjana, com hem vist en l'apartat 1). *No obstant això, no és poc freqüent que persones de major edat col·laborin d'una manera o una altra amb l'economia i la cura familiar en destí, ni tampoc que, a causa de la seva posició social o familiar, compleixin rols relacionats amb l'autoritat o l'organització familiar que potser són diferents dels d'altres poblacions immigrants. En tot cas, és previsible que, igual com es donen dinàmiques de reagrupació familiar dels fills i filles (en aquest cas en moments molt més inicials¹⁰⁴), a mesura que s'estabilitza la situació d'una família en destí, sigui més factible que també persones de generacions anteriors iniciïn el procés migratori per estar amb les seves famílies en destí.*

Evidentment, els trets generals de la població tenen molt que veure amb la seva situació i necessitats en salut (per exemple, una població jove i de forma interrelacionada amb la seva situació específica, presentarà uns problemes i demandes diferents d'una població majoritàriament d'una edat més avançada). I és clar que es podrien assenyalar aquí moltes més *diferències entre els subgrups que conformen la població rrom*: estratègies de subsistència, situació socioeconòmica, creences i pràctica religiosa, domini del castellà i català, i un llarg etcètera que inclou des de la seva situació respecte a factors estructurals fins a pautes culturals en diferents àmbits. En els apartats següents, a mesura que anem desenvolupant la relació amb la salut i l'assistència sanitària de les esmentades qüestions, intentarem també assenyalar tant els trets generals com les principals diferències internes que poden existir entre la població rrom romanesa a Catalunya.

¹⁰⁴ Si bé hi ha hagut casos bastant visibles, pel seu volum i la coincidència en un mateix moment. Com constata també un informe de la FSG (2008), en un moment inicial les famílies originàries de Murgeni no havien reagrupat encara els fills menors (els únics presents eren, generalment, els nounats aquí). En un moment donat, sobretot al llarg de 2008, es va començar a constatar una presència cada vegada més important de menors, el qual també va implicar problemes importants a causa de la falta d'intervenció (un volum molt important de menors sense escolaritzar, durant mesos).

3. FACTORS RELACIONATS AMB LA SITUACIÓ DE SALUT DE LA POBLACIÓ RROM ROMANESA I EL SEU ACCÉS I ÚS DEL SISTEMA SANITARI PÚBLIC CATALÀ.

En aquest apartat, tractem de donar coherència a la interrelació entre els diferents i més importants factors que poden incidir en la situació de salut de la població rrom romanesa i la seva capacitat d'accés i patró d'ús del sistema sanitari públic. Donada la seva complexitat, i per a no estendre'ns massa, els hem dividit en certs àmbits bàsics per presentar els trets principals respecte a cada un d'ells; al mateix temps, hem fet una agrupació més global en factors de tipus estructural i cultural.

No està de més dir que ni la complexitat de la realitat social és segmentable d'aquesta manera (tampoc és correcte fer-ho sense certes cauteles) ni es pot dividir en qüestions "estructurals" i "culturals" com si les primeres no tinguessin a veure amb les segones i al inversa. En altres paraules, *és impossible entendre aspectes culturals sense considerar elements de tipus estructurals i viceversa, i per tant aquesta divisió s'ha de prendre com una forma de facilitar l'exposició i la lectura.*

Partim, tanmateix, d'un marc que pot facilitar l'articulació entre aquests dos grans apartats. Tal com es desprèn d'algunes de les qüestions ja plantejades, al parlar de la població rrom immigrada és inevitable esmentar la situació de *marginació social en la qual es troba (almenys un segment important de la mateixa)*; més encara quan *aquesta marginació té clars efectes negatius sobre la seva salut i sobre les possibilitats d'accés i ús als serveis sanitaris.*

Com a clarificació conceptual, caldria començar dient, seguint a San Román (1990), que:

“(...) ‘la esencia de lo que tipificamos como marginación se produce en situaciones de competencia en las que existen posibilidades objetivas de que se resuelvan en la suplantación de uno de los competidores por el otro, de forma que consiste socialmente en la exclusión del marginado de los espacios sociales, del acceso institucionalizado a los recursos comunes o públicos, siendo ese acceso no-pautado, menor, limitado temporalmente y dependiente. Este proceso estaría siempre sujeto a una tensión inclusión/exclusión que depende tanto de las variaciones del propio sistema sociocultural como de las propiedades del marginado, sea un colectivo o un individuo’ (...).” (San Román, 1990: 119)

Basant-nos en el plantejament anterior, *la situació de marginació* pot no ser (i de fet generalment no ho és) exclusiva d'un àmbit o un altre. Ha d'entendre's com aplicable a una interrelació entre els àmbits que es tracten en els subapartats següents (situació socioeconòmica, habitatge, situació legal, prejudicis/estereotips i el propi accés al sistema sanitari), ja sigui *com pràctiques o contextos que mantenen dita situació de marginació o com a discursos que la justifiquen i reforcen*. En aquest cas, respecte a la salut, ens interessa observar-les en dos sentits, fonamentalment:

1. D'una banda, com a pràctiques que en sí mateixes i en relació amb altres factors (legals, laborals, d'habitatge, etc.), tenen efectes en la situació de salut de la població i en el seu patró d'ús dels serveis sanitaris.
2. D'una altra banda, com a condicionants d'aquesta situació perquè afecten també a l'accés i ús als serveis sanitaris i s'inscriuen en un procés d'acomodació mútua entre com està previst aquest accés i ús i les possibilitats de la pròpia població. En altres paraules, el que es desprèn d'observar transversalment aquests factors i la capacitat d'adaptació del sistema sanitari públic en tant que, tal com apunta Sanjuán (2007),

“suele definirse la accesibilidad del sistema sanitario como la capacidad de éste para adecuar su oferta y características a las necesidades reales de los usuarios [y] de acuerdo con esta definición, la accesibilidad debería ser una de las características constitutivas de nuestro sistema sanitario”. (Sanjuán, 2007:113)

Per a donar resposta a tot això, ens centrem a continuació en els diferents àmbits implicats, així com en les conseqüències específiques que tenen respecte a la situació de salut i l'accés i ús dels sistemes sanitaris.

3.1. FACTORS DE TIPUS ESTRUCTURAL

3.1.2. FACTORS RELACIONATS AMB EL PROCÉS MIGRATORI

Com ja hem comentat prèviament, *la situació laboral i socioeconòmica* son factors íntimament lligats amb la salut de la població rrom immigrada, i evidentment ambdós tenen molt a veure amb el seu procés migratori. En primer lloc, perquè es troben en l'origen de la mobilitat internacional de dita població i són un dels elements que determinen moltes de les pautes que s'han donat en els seus processos migratoris. Tal i com es desprèn del que hem esmentat al apartat 1, sobre la situació a Romania, la hipòtesi principal amb la que treballàvem és que *la migració de població rrom romanesa té a veure, sobre tot, amb el context d'exclusió social (i molt fonamentalment econòmica i laboral) a origen*. Aquesta va ser la principal informació recollida en aquest sentit durant el treball de camp, per tots els subgrups i barris, i els resultats de les entrevistes semblen també confirmar-ho.

En el primer exemple, el informant exposa la vinculació vers el seu context d'origen (i fa referència al seu barri, Strachina, de manera especialment afectuosa, en el qual segurament deuria viure en condicions d'extrema pobresa). Alhora planteja la realitat migratòria del seu col·lectiu i les perspectives de millora amb l'entrada a la UE. En el segon exemple, un altre informant ens explica com ha estat el seu intent d'establir-se a Anglaterra (gràcies a la facilitat en la mobilitat per ser ciutadà europeu) i els motius de la seva tornada donades les difícils condicions en el nou destí.

“(…) Parlem de Țândărei. Ell diu que és un poble molt net i molt bonic i amb les noves *vilas* (*cases*) que s'estan construint, ja tenen el poble bé. Preguntem quan va començar a emigrar la gent de Strachina. Diu que fa 10 anys, després diu que fa 5 anys. Diu que abans Strachina era un bon lloc perquè tothom vivia a prop i tenien la família i els amics al mateix carrer. Ho explica amb nostàlgia. Ara diu queda poca gent i que tothom té els amics i les famílies lluny. Diu que si poguessin no marxarien però Romania encara és pobre. Opina que amb l'entrada de la UE Romania millorarà i els sous seran més elevats. També ens explica que algunes persones que treballaven aquí, en fàbriques, han deixat la feina amb contractes indefinits. El motiu és que els sous són molt baixos i és millor anar a Anglaterra on hi ha sous més elevats, els compensa. (Diari de camp, 22/01/07, Home de 19 anys, Țândărei)

“Ens explica que ha tornat de Manchester, que Anglaterra no li agrada perquè fa molt fred i tot és molt car. Diu que quan va tornar la policia li va demanar els papers quan estava a la plaça. Ell els hi va ensenyar. Li van preguntar que havia anat a fer a Anglaterra. Ell va respondre que va anar de vacances (mostra cara d'ironia per la pregunta dels policies i riu) Diu que a Anglaterra havia de vendre “Magazine” (*La Farola*) perquè no hi havia feina. Va tornar ràpid. No li va agradar. Ens pregunta si li podem donar feina. És una pregunta que es reitera (...).” (Diari de camp, 04/0307, Home 40 anys, Tăndărei)

La pràctica totalitat dels entrevistats van assenyalar *com a objectius principals per emigrar els relacionats amb la seva situació econòmica o laboral (26 de 27 persones); o amb la millora general de les seves condicions de vida (25 de 27 persones). A continuació, però molt per sota, els motius més esmentats van ser els relacionats amb la reagrupació de la seva família (7 de 27 persones). Es pot dir, per tant, i per esmentar un dels aspectes que també vam considerar durant el treball de camp, que una migració exclusivament per motius de salut seria un fet, en el cas de la població rrom, molt excepcional*¹⁰⁵.

Aquest caràcter econòmic de la migració, d'altra banda compartit amb altres poblacions immigrants, queda visible també quan observem *les remeses que s'envien a origen. Podríem dir que, en general, acostumen a anar orientades per a despeses de primera necessitat o per a inversions relacionades amb la qualitat de vida i el prestigi individual o familiar en origen*. En tot cas, el procés de tramesa de remeses ve com és lògic condicionat pel nivell d'ingressos en destí i queda subsumit, potser més en aquest cas que en altres (per la situació d'extrema precarietat d'un segment de la població rrom) en una economia de subsistència. En ocasions, d'altra banda (i com és lògic), *la tramesa de remeses és resultat d'un càlcul de les millors possibilitats, per exemple en la comparació entre allò necessari per mantenir els fills en el context de destí i el que fa falta perquè aquests visquin en unes condicions dignes en origen, cuidats per un familiar (generalment els avis) que reben les remeses*¹⁰⁶. En altres paraules: *encara que la perspectiva de la tramesa de*

¹⁰⁵ Durant el treball de camp van ser molt pocs els exemples que vam trobar en aquest sentit: potser alguns es poden considerar com relacionats amb la salut (per exemple per la necessitat de rebre suport o cures) però eren considerats pels informants més com a una qüestió de reagrupament. En d'altres, com el cas recent d'una dona que va morir a Barcelona després de venir per tractar-se un problema hepàtic, sembla que es van utilitzar les xarxes familiars i comunitàries per mirar de trobar possibilitats inexistents a Romania. En tot cas, són casos bastant excepcionals.

¹⁰⁶ Aquesta interrelació s'ha mostrat amb claredat durant el treball de camp, tant en la informació recollida sobre els familiars que es troben en origen com en els processos observats de tornada de part de la família (com veurem a continuació). També, en les entrevistes, vam poder observar una correlació significativa, que ja esperàvem, entre el nombre de fills presents en origen i una major quantitat de remeses enviades.

remeses és molt present, no sempre aquesta és l'objectiu principal de la migració ni pot complir-se en la pràctica ni amb regularitat, i està sempre subjecta a les obligacions respecte a origen i a les necessitats en destí. En les següents cites, que fan referència al mateix informant, es pot veure bé com la mobilitat (cap a origen o en destí) es fa necessària i condicionada a la recerca de feina que permeti fer compatible la subsistència en destí i l'enviament de remeses a origen, en base a l'objectiu d'una millora en les condicions de vida futures.

“(…) El seu pare li diu que tots els germans li envien diners i ell no. I li pregunta que què li passa. Està preocupat perquè si ell no envia diners no pot estalviar per fer-se una casa a Țândărei. M'explica que el seu pare vol que quan mori tots els fills tinguin una casa al poble. Per això, posa tots els diners al banc perquè aquests creixin. (...) sí ell torna a Țândărei li agradaria anar amb 500€ per donar-li al seu pare. Allà si els canvies per Lei són molts diners. Repeteix moltes vegades que no sap que farà, que creu que tornarà a Țândărei. Té un amic a Vigo que potser li troba feina. Sinó aconsegueix treball diu que aviat tornarà a Romania. Explica que viure a Barcelona val la pena si treballes. Ell preveu que treballant gasta 10€ al dia. Diu que gastar menys és difícil perquè tot és molt car. Després ha de pagar el lloguer i li han de sobrar diners per estalviar i enviar al seu pare. Allà et pots construir una casa amb molts menys diners que aquí. (Diari de camp 21/10/05. Home de 25 anys, Țândărei)

“Li comento al seu germà que m'ha trucat des de Castelló. Afirmar que està allà treballant, que per fi té feina. Sembla que té amics allà i el van trucar per dir-li que hi havia feina. Fa referència a Mercadona, com si hagués també treballat allà, però que estava molt mal comunicat i recorda que havia de tornar de nit caminant, sol. Diu que era molt perillós.” (Diari de camp 02/02/06, Home de 32 anys)

El mateix, amb excepcions, podria dir-se de *les inversions tant en origen com en destí, si bé aquestes no semblen ser una pràctica majoritària*, en aquest moment¹⁰⁷. Encara que generalment s'expressa una *voluntat de retorn definitiu en el moment en què les condicions en origen o les possibilitats individuals millorin* (només en

¹⁰⁷ Per exemple, de les persones entrevistades, *un terç havia realitzat algun tipus d'inversió*. Es pot destacar també la relació d'aquesta dada amb el temps d'estada: d'aquells que portaven menys de dos anys, cap no va afirmar haver-les realitzat, mentre el número augmentava (tant en origen com en destí) a mesura que el temps d'estada era major. Sense pretendre extrapolar aquesta dada a tota la població rrom, el cert és que pot confirmar la tendència a una major inversió a mesura que la situació millora, si bé, com veurem, aquesta tampoc no millora radicalment amb el temps d'estada. En tot cas, com ja hem comentat, l'esmentat temps d'estada és generalment menor per a la població rrom en comparació amb altres poblacions immigrants.

alguns casos durant el treball de camp hem recollit amb claredat el contrari), en la pràctica *bona part de les inversions, tal com l'exemple següent mostra, tenen a veure amb la subsistència immediata en el context de destí (per exemple, la compra de vehicles per a la recollida de ferralla), més que amb un plantejament a llarg termini de mitjans de subsistència en origen.*

“Ell ara recull ferralla. Es guanya fins 40€¹⁰⁸ dia. Cobren uns 20€ pel servei de recollir-la i després el que es treuen per quilo de ferralla. Vol estalviar per canviar-se cotxe per furgoneta. Ell no té papers encara.” (Diari de camp, 10/09/06, Home de 20 anys, Țândărei)

Per continuar, es necessari recordar que *aquests processos migratoris, comuns amb altres poblacions immigrades, no són unidireccionals sinó que impliquen també processos de tornada, temporal o definitiva als llocs d'origen, o la migració a altres països; o d'altres llocs del país receptor.* En els següents exemples recollits, dues dones rrom ens parlen de diferents moments i situacions vinculades a la mobilitat. El primer exemple, posa de manifest la complexa sortida del país d'origen; l'itinerari requerit quan Romania encara no era de la UE; i la necessitat, encara, d'assolir la reagrupació dels fills que estan en context d'origen tot i haver-los tingut en el país de destí ja iniciat el procés migratori. El segon exemple es refereix a una noia que compta amb força xarxa de suport i millors condicions de vida que la primera; vol canviar de comunitat autònoma a on està la seva família d'origen.

“Explica que es va prometre als 15 anys i que va marxar a Espanya fent escala a Itàlia. Allà, va haver d'estar tres dies a la presó per falsedat de la signatura d'un dels seus documents. Ella diu que els italians són dolents. Per tant, va haver de tornar a Romania, va comprar un altre bitllet d'avió per anar a Espanya via Alemanya i va arribar a Madrid. Diu que tots els seus fills han nascut a Espanya. Ara viuen a Țândărei amb els seus sogres. No se'ls porta a viure amb ella a Badalona per problemes de tramitació de papers (li manquen els diners per aconseguir el títol de viatge dels seus fills). (22/07/07, Dona de 26 anys, Țândărei)

“Mentre ella li donava el biberó i vigilava que el bebè no s'adormís anava explicant coses d'ella, la seva família i el seu part. Diu que és de Țândărei. Diu que té la família a Galícia (els seus pares) i que marxarà aviat allà per estar tranquil·la amb el bebè. Diu que en aquest pis i a Barcelona no pot

¹⁰⁸ En l'actualitat aquest preu per la recollida de ferralla no és vàlid perquè s'ha vist modificat a la baixa per la quantitat de persones que es dediquen a aquesta activitat, molt vinculada a la situació econòmica en general (per exemple, la crisi econòmica ha comportat que es devaluï el preu de la ferralla, entre d'altres factors, perquè hi ha molta més gent recollint-ne).

estar tranquil·la, hi ha masses persones, nens, i ella necessita descansar i cuidar el seu fill” Diari de camp 17/0707. Dona de 20 anys, Țândărei)

Hem parlat ja, en termes generals, respecte als processos migratoris de la població rrom cap a Catalunya, i també d'algunes de les pautes concretes de mobilitat cap a altres països que s'han donat en població que residia aquí. Però, en aquests moments, ens interessa molt més destacar aquí, com a factor fonamental implicat en la salut i en l'atenció sanitària (en destí o en origen) de les estades temporals a Romania. En aquest sentit, cal apuntar que *la realització d'almenys un viatge a origen no sembla, aparentment, ser més habitual pels rrom que per a altres poblacions immigrades* (de les entrevistes, un 73.3 % dels rrom havien tornat en alguna ocasió, enfront d'un 80 % en el conjunt de totes les poblacions entrevistades¹⁰⁹). No obstant això, és necessari considerar que el temps d'estada, transcorregut des de l'arribada a Catalunya, és sensiblement menor en el cas de la població rrom: la totalitat de les persones entrevistades d'aquesta població (i una majoria de les contactades durant el treball de camp) fa menys de 12 anys que viu a Catalunya i existeix una proporció de persones arribades en els cinc i dos últims anys superior a la mitjana (un 20 % enfront d'un 15.8 %, en el primer cas; i un 63.3 % enfront d'un 55 % en el segon). Encara que aquestes dades cal prendre-les amb cautela, degut fonamentalment a la mida de selecció poblacional de l'entrevista, confirmen allò observat en el treball de camp: malgrat tractar-se d'un procés migratori més recent, la població rrom s'aproxima als nivells de tornada (relativament temporal, en aquest cas) de poblacions amb un major assentament, el que semblaria indicar unes pautes de mobilitat cap a origen més accentuades. Cal considerar també que, com ja hem esmentat, el temps d'estada es més o menys ampli en funció del segment de població del que estiguem parlant.

Aquesta mobilitat es realitza habitualment per carretera (a partir de companyies de transport o, en molts casos, del pagament informal pel trasllat en un vehicle privat), a causa d'una *proximitat geogràfica que pot afavorir també la major freqüència*¹¹⁰, encara que també utilitzen l'avió. Aquesta proximitat permet que les *despeses originades estrictament pel mitjà de transport utilitzat no siguin massa elevades* (150 € aproximadament quan es tracta d'un viatge per carretera) i per tant influeixen en que, al menys en el que té a veure amb el inici del procés migratori, no sembli ser majoritari el número de persones que han hagut

¹⁰⁹ Aquestes dades provenen del treball etnogràfic realitzat amb la resta de col·lectius i, en concret, de les 120 entrevistes elaborades conjuntament i aplicades durant aquest procés.

¹¹⁰ Ates que existeixen diferents localitats d'origen, el temps total del viatge depèn de la seva situació a Romania. Generalment el viatge es realitza directament, amb parades curtes i amb més d'un conductor, implicant de mitjana uns tres dies de desplaçament per carretera.

d'adquirir un deute¹¹¹. Això no vol dir, evidentment, que no es doni aquesta pràctica econòmica. Cal considerar que aquests tipus d'aspectes econòmics, a un nivell individual (i generalment, tal i com es gestionen els préstecs, entre persones de la mateixa població), són freqüentment difícils d'abordar i de conèixer en els seus detalls. En tot cas, es podria dir que *el préstec de diners és una pràctica molt estesa* i que, de vegades, influeix d'una forma determinant en la situació social i econòmica de determinades famílies que degut a la incapacitat per fer front als deutes entren en una roda d'interessos que cada vegada es fa més gran¹¹². D'altra banda, *la impossibilitat, per la falta de documentació o per les garanties exigides, de demanar diners d'una forma més regulada a bancs, caixes o d'altres institucions afavoreix que els préstecs es facin en un context potser més abusiu, però que també permet un cert grau de flexibilitat i mediació comunitària*. Cal destacar també que hem pogut observar com aquestes pautes es reproduïen entre el col·lectiu de Țândărei i el de Murgeni. En el següent exemple, es posa de manifest aquest tipus de transacció econòmica *però també hem pogut observar una altra pauta d'intercanvi econòmic més relacionada amb l'ajuda mútua dins del propi col·lectiu* (segurament relacionada amb quantitats més petites), sovint vinculades amb la mobilitat en general i la necessitat de subsistència en el context de destí.

"Aquest viu a Badalona. Si ets pobre i vols venir a Romania ell et paga el viatge, tu treballes i durant un temps li dones la meitat del teu sou. Si cobres 1000 euros, li pagues a ell 500, té 20 persones treballant per a ell." (Diari de camp 06/04/07, Home de 32 anys, Țândărei)

"Ens explica que si no tens diners algun *primo* (amic rrom) et convida o et deixa diners, i tu una altra vegada també. I diu que no cal que li tornis. Ell diu que demana poques quantitats però si les intenta tornar, l'amic no ho accepta" (Diari de camp 06/04/07 Home de 38 anys, Țândărei)

En tot cas, i tornant als processos de mobilitat, els motius immediats per a viatjar temporalment a origen són, evidentment, múltiples. No obstant això, es pot observar la importància de la situació econòmica o laboral en aquests processos de

¹¹¹ Amb tot, dels entrevistats, un terç van afirmar haver hagut de demanar diners pel viatge o els moments inicials a Catalunya. Això depèn també del mitjà de transport i del moment en el que es va efectuar el viatge: en moments en que el control era més intens, potser feien falta afegir quantitats complementàries per exemple per justificar "els mitjans de subsistència" exigits a la frontera. Amb això no volem dir tampoc, que no es continuïn demanant diners en préstec -generalment a d'altres rrom i amb un interès altíssim- si no que els motius per fer-ho són més aviat la compra de vehicles o altres supòsits.

¹¹² De fet, s'han donat casos de persones que, en el inici del procés migratori no tenien cap deute i que, després d'un temps, havien acumulat quantitats molt importants degut a la necessitat de fer front a despeses no previstes (per exemple, enviar el cos d'un familiar mort a origen) o -relativament habitual també- per haver demanat nous préstecs per fer front als antics.

mobilitat quan en ells estan implicats la tornada de tota la família o d'una part d'aquesta. Encara que no hem considerat el temps d'estada transcorregut i altres factors, les dades recollides en les entrevistes semblen confirmar que la *frequència de tornada de la població rrom és també significativament superior a la del total de la població entrevistada (en un 63.3 % dels casos tota la família de l'entrevistat o algun membre de la mateixa ha tornat a origen, enfront d'un 55 % de les poblacions immigrades analitzades globalment).*

No obstant això, *on realment poden existir diferències és en els motius assenyalats per a aquesta tornada: mentre motius com la visita o les vacances, la necessitat de suport o la cura de familiars que estan en origen poden ser molt importants per altres poblacions immigrades, per a la població rrom dites causes (encara que existeixen) apareixen com menys significatives i, generalment, molt per sota de les qüestions legals o les econòmiques. Entre aquestes poden ser esmentades varies i molt diverses (també depenent del subgrup)¹¹³, que passen per la necessitat de tramitar un document que no és possible aconseguir en el Consolat fins a la impossibilitat de mantenir econòmicament a la família (o de mantenir-se) en els llocs de destí, optant per retornar a origen on el cost dels béns bàsics és molt menor. Això es mostra en el següent exemple on una dona rrom de Murgeni exposa la necessitat de tornada, donada la dura i precària situació en destí, vinculada a la manca de xarxa de suport (empresonament del marit) i les dificultats de marxar a causa de problemes de documentació (títol de viatge) del bebè¹¹⁴.*

"(...) Ella vol marxar a Romania i té diners pel transport (en autobús), també llibre de família, i la inscripció en el registre civil del bebè feta però no té la "procura" o "títol de calatorie" (títol de viatge) per traslladar el fill a Romania. No té diners ni temps per tramitar-ho. Es mostra desesperada. L'acompanyo tres vegades al Consolat, amb el seu bebè de mesos, però no l'hi poden tramitar perquè li falta un paper (amb la signatura del seu marit que està a la presó). Es dóna cops i plora quan li diuen que no. El Consolat

¹¹³ Cal esmentar que la població resident a Tortosa amb la que hem treballat (és probable, pel que hem observat, que en els altres subgrups sigui diferent), potser presenta motius més propers a les visites i el suport a familiars, que econòmics, o en tot cas no tant extrems com en el cas de la població que resideix a l'Àrea Metropolitana de Barcelona. També, per exemple, d'entre les persones entrevistades, les de Murgeni assenyalaven amb molta més freqüència causes econòmiques que els de Tândărei, mentre la diferència respecte a causes legals era més equilibrada.

¹¹⁴ Explicat de manera simple, el títol de viatge (*titul de călătorie*) és un document que permet el viatge (exclusivament entre el país en que es tramita i Romania) en cas de no tenir un document vàlid per fer-lo. S'obté als consultats de Romania i té un cost aproximat d'uns 50 euros i una validesa de 30 dies des de la data d'emissió. Les dos situacions (molt habituals) en les quals hem observat que la població rrom l'ha de fer servir són el viatge amb menors nascuts en destí que encara no disposen de documentació romana i els casos d'adults que han perdut tota la documentació vàlida (passaport i identificació personal).

està lluny (Bonanova) i hi ha molta cua. Amb el suport d'un educador social aconsegueix la signatura del seu marit i pot aconseguir el títol de viatge. Surt del Consolat emocionada. Diu que agafarà l'autobús cap a Romania aquesta tarda des d'Arc del Triomf." (Diari de camp 04/06/07. Dona, 26 anys, Murgeni)

Encara que com veurem més endavant, *existeixen viatges a origen que tenen com causa fonamental el rebre atenció sanitària per a problemes específics, el cert és que en general -i molt habitualment a causa d'una situació d'intensa precarietat- les cures de salut i les possibilitats d'atenció es veuen afectades negativament per aquestes pautes de mobilitat. Hem pogut constatar, en aquest sentit, que dificulten enormement l'establiment d'un vincle amb els serveis i els professionals i el seguiment de les indicacions terapèutiques. Però, a més, la immediatesa amb la qual es produeix -i la dels factors que la causen-, s'expressa en dificultats insalvables per a continuar tractaments i en la interrupció de processos de prevenció i promoció de la salut ja iniciats (com per exemple la vacunació), per tal de citar alguns que veurem més endavant en els apartats específics.*

3.1.2. FACTORS RELACIONATS AMB LA SITUACIÓ LABORAL I ECONÒMICA EN DESTÍ

És evident que la precarietat en la situació econòmica i laboral comporta riscos per a la salut als quals s'afegeixen certes limitacions per a l'accés normalitzat als serveis sanitaris. Com apunta Sanjuán (2007:126-127), en general pot implicar, entre d'altres: salaris baixos, horaris perllongats i menors mesures de seguretat; limitació d'ingressos i inestabilitat dels contractes, el que duu a la necessitat de simultaniejar activitats; treballs de més risc (exposició a tòxics, lesions, accidents, esgotament, entre d'altres); i a tot això, caldrà sumar el cost psicològic de sentir-se discriminat i explotat. A més, implica també dificultats per a la tramitació de baixes, declarar lesions per accident laboral o trobar moments o canals en els quals accedir als serveis sanitaris. L'anterior, generalment en major grau i amb certs trets afegits, és encara més aplicable quan parlem de persones en una situació laboral irregular o marginal, en la qual existeix una major precarietat, una falta total o gairebé absoluta de drets i garanties laborals i en ocasions una major exposició a riscos laborals com accidents o lesions, entre d'altres.

És necessari apuntar que, contra el que generalment es considera, existeix una heterogeneïtat en termes de regularització del treballador i de l'activitat respecte a les estratègies econòmiques de subsistència dels rrom romanesos presents a

Catalunya¹¹⁵. Aquestes venen evidentment, en tot cas, *molt condicionades pel context*: per exemple, en el cas de Tortosa, és habitual trobar persones que han treballat o treballen com a temporers, mentre a Barcelona és més habitual certa experiència en magatzems o indústria. Malgrat això, és cert que una part important de les mateixes tenen un caràcter marginal, en major o menor mesura (de vegades combinant activitats regulars i irregulars), i que també contenen amb diferents graus d'acceptació o rebuig social. En aquest sentit, i coincidint amb Peeters (2005:60-67) podrien dividir-se entre aquelles que es desenvolupen en el mercat laboral, generalment per compte aliè (ja sigui d'una forma regular o irregular) en magatzems, neteja, construcció, agricultura, entre d'altres; i aquelles amb característiques marginals, que van des de la venda al carrer (encenedors, mocadors, "La Farola", etc.) i la mendicitat (d'una forma activa o passiva, per exemple mitjançant la recollida de signatures) a la neteja de vidres de cotxes, passant per la recollida i posterior venda de ferralla. La taula següent representa els tipus d'activitat recollits en les entrevistes, que poden servir com a exemple.

Tipus d'ocupació (principal) que desenvolupa actualment

	Freqüència	Percentatge	Percentatge vàlid	Percentatge acumulat
1 Mestressa de casa	3	10.0	10.0	10.0
2 Treballador manual sense qualificació	1	3.3	3.3	13.3
5 Feina marginal	22	73.3	73.3	86.7
9 Cap ocupació	4	13.3	13.3	100.0
Total	30	100.0	100.0	

Tal com es pot observar, gairebé tres quartes parts dels entrevistats afirmen desenvolupar activitats que podrien classificar-se dins del treball marginal, la qual cosa confirma les dades globals recollides durant el treball de camp¹¹⁶.

¹¹⁵ Seguim aquí la proposta de classificació de San Román (2002:437), en funció de "la regularització del treballador, és a dir, la seva existència jurídica com tal o no, i la regularització positiva o negativa de la pròpia activitat, és a dir, l'existència de la pròpia ocupació en termes jurídics i laborals tant per a ser exercida com per a prohibir la seva realització.". Dita proposta contempla quatre categories: treballador integrat (treballador i activitat regularitzats normativament), treballador submergit (activitat regularitzada normativament sense estar-ho ell mateix), treballador marginal o exclòs (treballador i activitat no regularitzades) i treballador il·legal (activitat prohibida normativament)

¹¹⁶ No obstant, és necessari senyalar que aquesta distribució pot ser diferent prenent a la població en el seu conjunt, i que poden existir segments de treballadors integrats als quals no hem accedit. Dos de les raons són la pròpia focalització de la investigació en la situació de major exclusió socioeconòmica (i per tant de majors dificultats en l'accés a les cures de salut) i la possible invisibilitat dels segments de població amb una major integració laboral. En tot cas, el treball de

Quant els *ingressos*, són molt sovint difícils de mesurar degut a que es distribueixen cada dia de forma diferent segons la feina i d'altres factors (com veurem més endavant). Per posar un exemple, la taula següent mostra les respostes de les persones entrevistades, i com 10 d'aquestes no podien fer una estimació aproximada en termes d'aquest període (un mes):

Agregació ingressos mensuals

	Freqüència	Percentatge	Percentatge vàlid	Percentatge acumulat
Vàlids				
1 Res	10	33.3	33.3	33.3
2 Fins a 700 €	7	23.3	23.3	56.7
3 Entre 700 i 1000 €	3	10.0	10.0	66.7
97 N/S	10	33.3	33.3	100.0
Total	30	100.0	100.0	

En tot cas, i en coherència amb aquestes dades, els ingressos són molt limitats per un segment important de la població rrom (si bé existeix un segment minoritari que supera, evidentment, els 1000 € mensuals). El més important a senyalar que *el problema fonamental és, en aquest sentit, la falta d'estabilitat, en tant no permet, de vegades, una planificació a mig termini. També es important destacar, perquè es sol pensar el contrari, que segons el moment i d'altres factors (també, de vegades, la sort), no sempre, encara que sí molt sovint, una feina de tipus marginal comporta menys ingressos per la població rrom que les feines integrades a les quals solen poder accedir.*

Distribució interna de les estratègies de subsistència

Respecte a la distribució de les ocupacions entre els diferents segments de població rrom, la situació presenta en general certes diferències entre la població originària de Țândărei i la de Murgeni, que comparativament porta molt menys temps establerta en l'Àrea Metropolitana de Barcelona, i més encara, pel que hem observat, entre aquestes i la població resident a Tortosa (o almenys una part d'ella)¹¹⁷. Per exemple, fins al moment, és difícil trobar per la població originària de Murgeni,

tipus marginal és, en aquests moments, indubtablement el majoritari entre la població rrom romanesa present a Catalunya.

¹¹⁷ No vam poder aprofundir massa en la realització de feines de tipus marginal entre la població resident a Tortosa. En tot cas, pel que fa al segment amb el que hem treballat més (i potser per part de la resta), sembla que almenys fins al moment les oportunitats de desenvolupar feines de tipus integrat han sigut, en general, més altes que les de la població present a Barcelona.

persones amb accés a un feina per compte d'altre, ni tampoc -com veurem més endavant- receptores d'ajuts socials.

Una proporció molt important de persones originàries de Murgeni es dedica a la recollida de ferralla i, en comparació amb la població de Țândărei que encara realitza aquest feina (i que també presenta una major proporció de persones amb treballs al mercat integrat, regular o irregular), ho fan en unes condicions moltes vegades més precàries (sense vehicle, amb carros improvisats i recurrent grans distàncies a peu), la qual cosa permet uns ingressos molt menors, de vegades en el límit dels necessaris per subsistir i una duresa física al treball ja en sí mateix difícil. Una altra part (particularment les dones, com en el cas de Țândărei) es dedica també a la mendicitat, encara que en el cas del col·lectiu rrom de Murgeni, ho és de forma més explícita i no tan complementada amb la venda de carrer o mitjançant l'ús de "La Farola" i altres estratègies més o menys vinculades a la mendicitat. És probable que això sigui degut, entre altres factors com la major situació d'irregularitat, a l'ocupació prèvia d'aquests "nínxols econòmics" en destí per part de la població rrom romanesa amb origen en Țândărei, la qual no permet que siguin explotats també per aquella originària de Murgeni, arribada més tard¹¹⁸.

Existeix a més, en relació a aquestes estratègies de subsistència, una *divisió respecte al gènere*. En la mendicitat i venda de carrer en zones centríques de Barcelona, semblen intervenir generalment més les dones que els homes, encara que no d'una forma exclusiva. També alguns homes realitzen aquestes activitats¹¹⁹, però les dones són més visibles degut sobretot a la seva indumentària (faldilles llargues, i el *batico* o mocador que habitualment utilitzen). Això fa que aquestes pateixin una sobrecàrrega de feina en la qual es combinen aquestes activitats amb les de la cura dels diferents membres de la família i la gestió de l'economia de subsistència domèstica¹²⁰, fet que comporta també evidents conseqüències per a la seva salut i les possibilitats d'accés als serveis sanitaris. Per exemple, la següent informant explica la seva rutina laboral durant la setmana on es pot observar la realització de diverses feines complementàries, a més de les relacionades amb les càrregues familiars:

¹¹⁸ En aquest sentit, algunes informacions semblen indicar que va ser necessari, de forma prèvia a l'arribada d'aquests últims, negociar i demanar permís a figures d'autoritat o amb poder econòmic de Țândărei, perquè donessin el seu vistiplau.

¹¹⁹ Dóna la sensació de que en el context actual cada vegada més.

¹²⁰ En ocasions ho fan de forma exclusiva, amb un segment, no majoritari, dels homes, que simplement no treballa en llargues temporades o ho fa d'una forma molt més ocasional. En tot cas, més endavant aprofundirem en les qüestions relatives al gènere i l'organització del parentiu.

“Cuando yo necesito pañales me los dan ellas (*amigues i cunyades*), cuando no tienen ellas yo le doy. ¡Yo siempre, siempre tengo! no me faltan los pañales. Yo siempre les doy. A ella, pregúntale, siempre le doy paquetes porque a mí me compra la gente cuando voy el día de sábado y pido allí y me lo compran. Voy a Sant Gervasio, Tibidabo. Con ella también voy, los sábados sola y cuando conozco a alguna: ¡Hola! Yo cojo la foto de mi hijo. Y me conocen de mucho tiempo, de 5 años. Sólo día de sábado me voy y me compran pañales. Leche. Siempre las mismas: una tiene 45 años, otra 70 años pero si la ves que joven parece, es muy buena, me ha dicho: yo nunca en mi vida no he dado dinero ni he comprado nada, sólo a ti que te compro los pañales porque sé que lo necesitas. Y me compra los pañales ella. (...) Trabajo en una casa pero sólo un día, el jueves, me voy a una señora, le limpio en su casa, allí mismo, en la misma calle donde pido el sábado, la conocí allí pidiendo y le he dicho yo: ¿tienes tu trabajo para mí?, para no hacer todo el día aquí pidiendo. Ella me tenía confianza y me ha dicho: ¡vente!, vienes un día y sólo dos horas te puedo dar a la semana para trabajar, me ha dicho. Voy los jueves o si no la llamo y voy otro día. Sólo tres días, y un día a la semana al semáforo, a la Verneda, y los otros días con mi hijo (...) Al semáforo y al Tibidabo voy acompañada también, una vez con mi cuñada...sólo cuando necesito pañales salgo y me voy.” (Dona de 20 anys, Tândărei)

A més, és important afegir que les tasques realitzades en l'espai públic, suposen moltes hores d'estar caminant o de peus fins i tot quan la climatologia és dolenta o es troben malaltes. És important destacar la situació de les dones grans amb un estat de salut especialment delicat que treballen en la mendicitat o les dones embarassades, i en algunes ocasions també la presència de menors. Una altra situació que es dona en el treball al carrer i que s'afegeix als múltiples riscos, són les reaccions negatives d'altres ciutadans vers ells/es (per exemple, una noia explicava que un home l'havia volgut pegar quan estava netejant els vidres dels cotxes; o una altre noia explicava que una senyora l'havia insultat quan demanava diners pel carrer). Tal com mostren els següents exemples, són activitats sovint realitzades per les dones (tot i que els homes també les realitzen), i no sempre considerades com a una feina, sobretot des d'un punt de vista extern (i per tant no valorades tot i que molt necessàries per cobrir les necessitats familiars). En aquest sentit són percebudes per a la població autòctona com activitats delictives i fins i tot “immorals”; i en general, són activitats que no tenen prestigi pels mateixos rroms. A més, sovint hem trobat que aquestes són ocupacions¹²¹, com a mínim vers als no rrom, més ocultes

¹²¹ Parlem d'ocupacions en lloc d'activitats o altres termes perquè entenem que generalment no es visibilitza socialment d'una manera suficient la importància de feines ocultes com aquestes o en un altre ordre de coses el treball domèstic.

(encara que això també pot tenir relació amb la desconfiança o el control al qual estan sotmeses algunes aquestes activitats, per exemple per l'Ordenança del Civisme de l'Ajuntament de Barcelona, i que poden comportar sovint control policial o fins hi tot conseqüències legals):

“Diu que el dilluns no va poder venir a Lesseps perquè la van detenir. Demana perdó per haver-la esperat. Diu que no és la primera vegada. L’han fitxat per netejar vidres i li han tret les eines. Però diu que no passa res si la tornen a fitxar. Aquest cop l’han agafat per demanar signatures.” (Diari de camp 06/04/07. Dona de 21 anys, Fetesti)

“Pero mi mujer también trabaja pero no digo que va a trabajar en un trabajo que es como yo un trabajo, es una cosa que es para pedir una ayuda, ¿me entiendes? Ella a lo mejor es la de comida del día con lo que gana, hace la comida y a lo mejor si tiene o le llega. Con lo que yo gano tengo que pagar el piso, juntar dinero para vivir, tengo que hacerlo yo todo.” (Home de 26 anys, Fetesti)

“Yo ya tengo la casa de mis suegros en Romania. Con el dinero que yo gano en Sabadell compro las cosas para los niños. Gano 10-15€ al día. Un día bueno 20-25€. Trabajo 3 o 4 horas al día. En Sabadell una vez a la semana. El resto de días limpio cristales en otros lugares. Trabajo de lunes a viernes. Me da vergüenza. Me gustaría otro trabajo. (...) Me gustaría trabajar limpiando escaleras, cuidar a una señora... planchar, limpiar... todo. No me gusta limpiar coches, me gusta trabajar” (Dona de 21 anys, Țândărei)

La divisió en relació al gènere presenta també certes diferències en funció del subgrup i de l'ocupació. Per exemple, en el cas de la població originària de Țândărei, aquells que s'han dedicat a la recollida de ferralla han estat generalment homes. En la població originària de Murgeni, aquesta divisió no és tan clara, i és freqüent que tant homes com dones es dediquin a aquesta activitat. Això pot ser a causa de diverses raons, que són de tota manera totalment temptatives: en primer lloc, no podem descartar que existeixin diferències culturals vinculades als diferents orígens i al procés migratori com passa, per exemple, per a altres aspectes. Però per una altra, es fa necessari considerar que potser té molt a veure amb l'adaptació a una situació molt més precària (deguda probablement a les condicions en origen però també a un menor temps d'estada) i irregular a nivell legal. En aquest context, es fa necessari per a la població rrom originària de Murgeni maximitzar els pocs recursos disponibles i això pot implicar entre altres coses, que les dones també hagin de realitzar aquest feina, fins i tot portant amb elles els nens; encara que d'altra banda, aquesta situació (*necessitat de portar els menors*) també es dona en

les dones de Țândărei que es dediquen a la mendicitat i la venda de carrer. *D'entre les valoracions socials que afecten a aquest àmbit, la més estesa és que els nadons són prestats, quan en realitat són, la gran majoria de les vegades, els seus propis fills que, en moltes ocasions, no poden o volen deixar amb altra persona. Pot ser que en altres moments, els nens es trobin amb altra dona de la família extensa, o, rares vegades, altra persona propera, però el fort vincle que hem observat difícilment permet pensar (encara que es puguin donar casos) en la possibilitat d'un intercanvi o préstec de nadons amb el benefici econòmic com objecte.*

Un altre qüestió molt important, relacionada amb les activitats marginals, és la *situació de mendicitat infantil* que hem pogut observar. Tot i que generalment han estat observacions més aïllades que per la mendicitat per part d'adults (però no per això menys greus), són molt importants *i posen de manifest, com en altres activitats marginals, la reproducció d'estratègies econòmiques utilitzades en el país d'origen* (tal com hem pogut observar durant les nostres estades a Romania, sobretot en contextos urbans com a București, on és una escena habitual, com a mínim i fins a l'actualitat).

“El tren fa parada a Barberà del Vallès. En aquesta estació sempre pugen i baixen dones rrom que van pels vagons demanant almoïna. A l'estació sempre es poden veure, també, dones rrom que estan assegudes, en els bancs, amb nens petits. Mentre esperem que el tren torni a engegar observem un nen que deu tenir uns 9 anys. Està passant seient per seient donant uns paperets grogs i petits on hi ha un missatge que diu que és sord i demana diners. Fora l'estació hi ha dues dones rrom romaneses amb un bebè. Una senyora les saluda i es mira el bebè mentre parla amb elles. El nen del vagó recull els papers que ha donat mentre el vagó reinicia la marxa. Observo que ningú li dóna diners. El nen es mostra tímid i observa a tothom i tot. Una senyora se'l mira amb cara de preocupació.” (Diari de camp, 30/08/05. RENFE)

“Esperant l'autobús s'apropa una nena d'uns 7 anys demanant diners. Pregunta si li comprem mocadors. Ens demana diners varies vegades. Li preguntem quin nom té. No respon i marxa tranquil·lament. Segueix caminant carrer amunt. S'atura davant d'un pas de vianants, a l'altre costat del carrer està una dona que porta un cotxet de bebè. Ambdues segueixen caminant carrer amunt.” (Diari de camp, 01/09/05. Autobús interurbà Terrassa)

A aquesta mendicitat cal d'afegir les activitats realitzades pels adolescents (on sovint també se'ls hi pressuposa alguna activitat predelictiva).

“Si, los polis o los viejos, porque si te ven rumana dicen: ¡Ten cuidado turista que te roban! Luego te gritan: ¡Choriza que quieres quitarme el monedero! La policía me ha cogido, llevado a fiscalía y pegado y yo les he dicho si me pegas yo te denuncio también porque no puedes pegarnos y él me responde que no tengo testigos. Muy mal”. (Dona de 17 anys, Țândărei)

Hauríem volgut aprofundir molt més en aquesta qüestió però ha esdevingut una tasca difícil per la seva complexitat i opacitat de la temàtica. Però sobretot per les possibles conseqüències, en relació a la percepció ambivalent que podia aparèixer, en alguns moments, per part dels rroms, en relació al nostre rol com etnògrafs (i tenint en compte les experiències de retirades de menors per part de l'administració que tot i ser poques causaven molta alarma i desconfiança dins del col·lectiu, tal com ja hem exposat anteriorment). Situacions que esdevenien, sí és possible, més delicades amb la presència de notícies sovint poc rigoroses sobre el col·lectiu rrom en relació a la mendicitat de menors i informacions i detencions que han pogut suposar una intensificació de l'estigma i el rebuig que ja patien (i al mateix temps la desconfiança del propi col·lectiu), en uns casos amb relació amb activitats il·legals, però d'altres amb un vincle més difús. Aquesta realitat, i des de la nostra perspectiva, posa de manifest la *necessitat de potenciar encara més una intervenció social sobretot més preventiva, basada en un treball de proximitat i de suport vers els col·lectius que, com els rroms, viuen en un elevat context de risc (especialment en relació als menors) i d'exclusió*.

En tot cas, en relació al control i la desconfiança que acabem d'esmentar, és necessari també fer un apunt sobre les *estratègies de tipus il·legal*. Evidentment, aquestes existeixen *en un cert segment* de la població rrom romanesa, i així ho hem observat; però, això no vol dir que sigui generalitzable a tot el col·lectiu (com generalment es fa). No aprofundirem massa, encara que es pot dir que generalment tenen a veure amb *petits furts (menors i adults) i estratègies una mica més complexes, en certs casos, per fer robatoris de materials (el més habitual es el coure) i vendre'ls en el mercat negre. No descobrim res dient això perquè és visible tant per les institucions i forces policials com pels actors que estan intervenint amb el col·lectiu*. En tot cas, s'ha de destacar que hem assolit una certa profunditat en el coneixement del context en el que es donen aquestes activitats (no totalment, és evident que són temes molt difícils d'explorar) i podem dir, que *no es corresponen en la gran majoria dels casos amb l'imatge social de tipus “mafiosos” i delinqüència d'alt nivell que sol estar associada a la immigració de l'Est. Més aviat, quan es tracta d'activitats en grup, hem constatat que freqüentment són composades per uns pocs membres de la mateixa família extensa, i encara que els fets són igualment punibles, de vegades hem trobat que aquest caràcter “comunitari” o de “delinqüència*

*organitzada” s'utilitza per augmentar les peticions de pena¹²². Independentment d'això, és innegable que els fets delictius existeixen en una part de la població rrom romanesa com també ho és, a parts iguals, que de vegades es més rendible dedicar-se a aquests i que de vegades tampoc *no existeixen moltes altres possibilitats reals de subsistència, dins d'un mercat laboral que exclueix la població rrom romanesa i nínxols de feines marginals molt saturats.**

En tot cas, cal destacar sobretot, i molt en relació amb les informacions anteriors, que la utilització d'estratègies de tipus marginal i aquelles que no ho són sembla dependre, en primer lloc, de la possibilitat d'accedir a altres tipus d'ocupació (en el mercat laboral “integrat”) donada la dificultat per a l'obtenció del permís de treball. Com ja hem dit, aquest aspecte s'ha modificat, al menys formalment, al gener de 2009. Amb tot, segueixen existint problemes molt visibles que dificulten aquest accés. Per esmentar els més importants: *en un context socioeconòmic com aquest (amb la situació actual de crisi econòmica i d'augment de l'atur) i en combinació amb la formació, les habilitats, pautes i possibilitats de recerca de feina i els prejudicis sobre els rrom, les possibilitats reals d'accés a aquest mercat laboral, fins i tot a l'irregular, són molt escasses.* Més encara quan els recursos que permeten accedir a feines d'inserció, itineraris formatius, etc., a més de ser insuficients depenen d'una relació, uns itineraris d'acompanyament i uns protocols que moltes vegades no arriben ni s'adapten (i tampoc aconsegueixen superar les barreres o algunes actituds de passivitat) a especificitats bàsiques del col·lectiu. Cal considerar, a diferència d'altres col·lectius d'immigrants, i tal com hem descrit a l'inici d'aquest informe, les experiències prèvies d'exclusió i marginació que han viscut els rrom al llarg de la història en el seu context d'origen. Que els ha determinat de manera important cap a estratègies de subsistència i resistències importants en front la societat majoritària no rrom. Un exemple, encara que limitat, d'això, el podem trobar en el perfil d'algunes de les persones entrevistades: dels pocs (cinc persones) que tenien, en el moment de l'entrevista, el permís de treball, només un estava desenvolupant una feina integrada. Aquestes feines integrades també solen estar sotmeses a una forta inestabilitat, de vegades per l'adaptació dels propis rrom a aquestes, però fonamentalment per les característiques del mercat laboral:

“(…) Cuando vine aquí el primer trabajo fue en mataderos de pollo; luego repartidor de publicidad, empresa de botellas de zumo poniendo las cajas en una cinta. He trabajado mucho y horas extras. I así (...)” (Home de 26 anys, Fetesti).

¹²² Un cas en el que ho vam visibilitzar molt especialment va ser el de dos homes emparentats que van ser condemnats a dos anys de presó pel furt d'un xerrac, aparentment sota la consideració de que havien forçat l'entrada i que estaven organitzats per fer-ho.

D'altra banda, i molt en relació amb això, és evident que existeixen tendències i pautes que dificulten aquest accés¹²³. En alguns llocs, ens hem trobat que, sigui per la falta de documentació identificativa (les pèrdues en segons quins contextos de precarietat es donen, i molt), sigui perquè els requisits són variables, difícils d'entendre i/o no estan suficientment clars¹²⁴. En definitiva, *es podria dir que tots aquests factors, i d'altres, converteixen una situació legal molt facilitadora, de la que es poden beneficiar la resta de ciutadans de la UE, en una que, a hores d'ara, bona part la població rrom encara no pot aprofitar per a millorar la seva situació*.

En tot cas, el que és important destacar és que tot el conjunt de situacions, prèvies i actuals, a les quals s'ha vist sotmesa la població rrom han anat configurant les estratègies econòmiques que posen i han posat en pràctica, molt particularment les de tipus marginal. Aquestes estratègies són fruit de l'adaptació (més o menys forçada, segons els casos) en la relació amb les societats majoritàries que posen en pràctica amb major o menor intensitat depenent de l'expressió concreta d'aquest context. I el cert és que aquest últim, hagi hagut o no canvis formals respecte a la situació legal, no sembla haver sigut modificat d'una manera determinant, en allò que té relació amb la població rrom present a Catalunya (però, aquest últim canvi és encara massa recent per saber de quina manera afectarà).

En aquest sentit, i malgrat que sí hem observat durant el treball de camp canvis i diferències entre les persones que porten més o menys temps de procés migratori, aquestes no impliquen directament, en tots els casos, un canvi de la situació laboral¹²⁵: de fet, i com hem pogut observar també en les entrevistes, *la situació laboral i el tipus d'ocupació semblen canviar d'una forma molt lleu malgrat que el temps d'estada sigui major, particularment en relació a la realització de feines de*

¹²³ Per exemple, és evident que queda encara un llarg camí per recórrer en allò referent a la inserció laboral de les dones rrom. En termes generals, pel que hem pogut observar, de la minoria que disposava de permís de treball abans de 2009, la gran majoria eren homes. Encara que aquesta situació no només (i potser ni de forma tan determinant, donat que les dones desenvolupen en alguns casos la mateixa feina que l'home) té causes "culturals", és evident que les pautes i interpretacions respecte al gènere tenen molt a veure. A més, si la situació fos millor (per exemple, si existissin més places a les escoles bressol), potser la cura dels nens no resultaria un impediment per la recerca d'una feina integrada o no.

¹²⁴ Per exemple, respecte a l'empadronament quan es tracta d'obtenir el permís de treball. Com veurem, aquest és un element fonamental en la situació d'exclusió de la població rrom, amb segments importants que no poden accedir-hi. Encara no està clar si a tot arreu és necessari l'empadronament per fer aquest tràmit, però algunes informacions apunten que el fet de demanar-lo depèn en part del lloc en què es fa el tràmit i de la consideració que de la població rrom es té en aquesta zona. És a dir, ens podríem trobar amb que s'està demanant just a les comissaries dels barris on la presència de població rrom és major.

¹²⁵ Evidentment, hi ha molts més aspectes que influeixen en la situació socioeconòmica en general, d'una persona o un nucli familiar.

*tipus marginal, fins i tot, com ja hem dit en els pocs casos en els quals hi ha un permís de treball*¹²⁶; tot i així, pot afavorir que no sigui necessari el treball marginal de les dones de la família com explica l'informant:

“Diu que les dones rrom treballen molt. També explica que quan van venir a aquí ella tenia que demanar diners pel carrer amb els nens. Però ara no perquè ja té un cotxe, un pis i menjar per tot el mes. Sembla contenta.”
(Diari de camp, 05/03/07, Dona de 35 anys, Fetesti)

Tal i com afirma Liegeois (2007: 81), si alguna cosa caracteritza les estratègies econòmiques dels rrom – o d'una part d'ells - és la polivalència i l'adaptabilitat: segons el lloc i el moment s'apliquen o combinen unes o unes altres, en una influència que conforma la seva manera de vida i mobilitat, i al revés també. Per tant, en relació a la mobilitat, la realització d'activitats de caràcter marginal és comprensible en un context que necessita d'una flexibilitat i adaptabilitat, tant de moments (diaris o a més llarg termini) com d'espais geogràfics, perquè s'adaptin a la precarietat i les exigències del procés migratori dels rrom: no exigeixen qualificació ni un gran domini de la llengua dels llocs d'arribada, etc. En definitiva, aquest tipus d'activitats permeten, com afirma l'informe de Vincle (2006:89) una *“llibertat en la mobilitat geogràfica i funcional” en resposta a les necessitats derivades d'una situació de marginació i exclusió socioeconòmica*. Una adaptació que, en tot cas, generalment es troba en els límits de subsistència en relació a l'obtenció de recursos i obliga a una pràctica molt intensa de l'activitat i, en ocasions, a la combinació de vàries. Per exemple, en les dades dels entrevistats, els que feien una feina de tipus marginal generalment presentaven més d'una ocupació (un 50% en moments concrets i un 33% habitualment).

És evident que generalment la població rrom romanesa que es dedica o dedicava a vendre "La Farola" (una majoria de les quals són dones i una pràctica cada vegada més minoritària), ven també altres objectes (encenedors, mocadors de paper, etc.) i generalment també exerceix la mendicitat. També, que les dones rrom només recorren a la venda d'aquesta publicació en uns moments i no en altres, i que en moltes ocasions porten només uns quants exemplars de la publicació, i fins i tot només un, de fa mesos, plastificat, que no es per a vendre. Però, i segons el que hem descrit, és lògic que utilitzin l'estratègia més rendible davant una inversió inicial en el producte (que assegura a l'empresa part o la totalitat de les despeses d'edició i distribució), que probablement ja té menys garantida la seva venda per

¹²⁶ Amb això ens referim exclusivament a les implicacions que té la realització d'un feina de tipus marginal, el que no vol dir que el tipus de treball (per exemple, neteja de cotxes, venda de carrer o la recollida de ferralla a peu o en un vehicle) no millori respecte a les condicions en les quals es realitzin i permetin també una millor situació econòmica.

l'estigma de la població i la pròpia publicació, i que en ocasions segurament no volen o, en menys casos, no poden assumir. En altres paraules, podria tractar-se de guanyar una mica de legitimitat de cara a altres estratègies de subsistència marginals desprestigiades a partir d'una que, almenys en un moment donat, va gaudir de cert reconeixement¹²⁷, i utilitzar-la només en els moments que serveix com a estratègia de subsistència (la qual cosa tampoc no sembla ser, en principi, incompatible amb els objectius de la publicació).

És també habitual que l'esmentada alternança o combinació d'estratègies de subsistència marginals hagi fet passar a una mateixa persona per una majoria o per totes elles, depenent del moment. Serveixi també com a exemple el cas d'un home rrom romanès que resumim a partir del diari de camp (8 de juliol de 2007). En els sis anys que porta vivint a Barcelona es va dedicar, primer, a la neteja de vidres en diversos punts de la ciutat; després, a la venda de "La Farola", mocadors i encenedors, durant uns anys. Posteriorment, fa un parell d'anys, va aconseguir feina en la construcció de forma irregular, que de tota manera va continuar alternant amb la venda de begudes fredes a la platja, per aconseguir altres ingressos.

En tot cas i molt en relació amb l'anterior, aquesta situació està condicionada tant per la relació dinàmica amb els espais laborals d'altres poblacions com pel propi context econòmic en el qual es realitzen. En altres paraules, si en un futur pròxim, les esferes de competència s'amplien o són més intenses, a fil de la crisi econòmica actual, com assenyala San Román (1997:88-94) pel cas de la població gitana espanyola a finals dels anys 70 i principis dels 80, *alguns dels nínxols econòmics marginals de la població rrom romanesa poden deixar de tenir la relativa exclusivitat que han tingut fins a aquest moment, a causa de la necessitat per part d'altres poblacions (per exemple, la pròpia població gitana "autòctona" o altres poblacions immigrants) empobrides a partir d'aquesta crisi i empeses de nou cap als límits inferiors del sistema socioeconòmic, d'adoptar estratègies de subsistència de tipus marginal.* A més, respecte a la recollida de ferralla per part de la població originària de Murgeni, hem trobat en algun cas que als llocs on la venen (i als que també acudeixen altres poblacions, no solament la població gitana "autòctona"), el preu que reben per quilogram és menor, per als diferents materials, que el que rep la resta. Tanmateix, el canvi fonamental en aquesta ocupació l'ha suposat la nova

¹²⁷ El mateix succeeix, per exemple, amb la "recollida de signatures" per part de població rrom romanesa, generalment menor d'edat, que fingeix tenir algun tipus de discapacitat. A partir del full de signatures, que està encapçalada pel text "Certificat d'Associació Regional per als Discapacitats, Sordmuts i per als nens pobres. Volem aconseguir un centre nacional i internacional", demanen quantitats entre 10 o 20 €, si bé la quantia que solen rebre és menor. En tot cas el destacable és que s'encobreix la mendicitat amb una activitat més "legítima", a l'ús d'ONGs que busquen socis o aportacions en espais públics de la ciutat.

situació econòmica. Des de mitjans del 2008, i sobretot el 2009, hem pogut constatar (i així ho han comentat també multitud d'informants) com la diversitat i el volum de persones que es dediquen a la recollida de ferralla és cada vegada major, la qual cosa, junt amb la situació de crisi, té unes conseqüències clares: en primer lloc, una menor possibilitat de trobar material, la qual cosa obliga jornades laborals més llargues i majors desplaçaments; en segon, a una baixada significativa dels preus de tots els metalls. Aquesta situació ha produït que, per a certs segments de població rrom, la mendicitat s'hagi convertit de nou en una sortida més adequada, davant de la impossibilitat d'aconseguir ingressos suficients amb la recollida de ferralla.

Una altra qüestió relacionada amb aquesta és la *competència per altres recursos, entre els quals es troben els salaris o ajuts socials*. En tot cas la població rrom romanesa pot trobar-se ja en alguns casos en aquesta situació de competència per beques de menjador, places en guarderies públiques, salari social, etc. (molt escasses i absolutament insuficients en els barris en els quals viuen, per a ells i per a la resta de la població). No obstant això, s'ha de dir que encara que és una població freqüentment molt demandant¹²⁸, a causa de la seva alta situació d'irregularitat, del seu recent procés migratori i del desconeixement de certs tràmits *no ha accedit més que minoritàriament a aquests drets*. Podem trobar un exemple en l'ajut de 2500 € per nadó nascut, aprovada pel govern estatal en 2007: a pesar de que moltes famílies la van voler demanar, la majoria d'aquestes no van poder perquè, encara que portaven vivint a Espanya més dels dos anys demanats inicialment, no tenien documents que ho demostrassin.

Situació laboral i salut

En relació als efectes sobre la salut, un dels resultats d'aquesta situació econòmica és que els treballs de tipus marginal que fa en aquest moment una part de la població rrom romanesa a Barcelona i altres ciutats catalanes generalment impliquen una *altíssima mobilitat, urbana i en ocasions també interurbana*. Per esmentar dos de les més visibles, la venda de carrer i la recollida de ferralla generalment comporten cada dia recorreguts a peu de molts quilòmetres, bastant

¹²⁸ A banda de les consideracions generals quant a aquestes demandes per part de la població rrom romanesa, es pot dir que, com és lògic, sembla (també a les entrevistes) que les demandes d'ajuts socials augmenten a mida que els ingressos són menors. Això no vol dir, evidentment, ni que qui tingui una mica més no demani ajuts ni que aquestes siguin concedides (al contrari).

freqüentment -particularment en el cas de la recollida de ferralla- amb càrregues de pes afegides i/o amb cotxets de nen o nadons en braços¹²⁹.

Les conseqüències d'aquestes estratègies de subsistència per a la salut inclouen des de situacions de violència (ja descrites abans per a casos de mendicitat), lesions i accidents (per atropellaments, per exemple), possibles malalties infeccioses (molt particularment en el cas de la recollida de ferralla¹³⁰) i problemes relacionats amb l'excés d'esforç físic o la mala alimentació derivada de les dificultats per portar i escalfar menjar o de fer-ho durant les hores de feina i de l'ús de menjar ràpid, fins a enormes dificultats per a conciliar l'activitat laboral amb els itineraris normalitzats d'atenció sanitària, sobretot en les situacions de major precarietat, que precisarem més endavant, a més de l'exposició a les condicions climatològiques (fred, pluja, calor...), com també a la contaminació i, en les obres, a substàncies tòxiques. En les dades de les entrevistes es visibilitza també la incidència d'accidents laborals (un 33% havia sofert almenys un des de que va arribar a Catalunya). Per exemple, durant el nostre treball de camp vam poder conèixer la mort de rrom que havien estat atropellats al carrer o a la carretera. El següent informant ens va explicar l'accident que havia patit a Barcelona un dels seus germans, buscant coure.

“Yo envío dinero a familia en Romania. Gano 40 € día por chatarra a Badalona, Girona. Depende del día como piensas: Mañana no voy aquí voy a otro lugar. Aquí hay mucha gente buscando chatarra. Trabajo con 2 o 3 personas de Murgeni. (...) Yo me voy con dos amigos a buscar chatarra y repartimos lo que ganamos a partes iguales. El tío gana más porque el deja el coche. (...) No me gusta este trabajo porque la policía..., yo tres días en el calabozo y yo no robar nada. Mejor tener otro trabajo, uno con contrato. (...) Un morto, uno cortado la mano a mi hermano. Por cortar cable eléctrico. Mi hermano iba con ellos. Entraron en un piso caído pensando que nadie diría que robaban y cuando entraron se electrocutaron con cable. Mi hermano ha vuelto a Romania. Ahora toda la familia trabaja para conseguir prótesis para hermano. Y él dice: Dios me ama” (Home de 20 anys, Murgeni)

¹²⁹ Aquest últim cas es dona especialment en les situacions de major precarietat, o en les quals no existeix una xarxa social propera que pugui fer-se càrrec dels menors, per no estar present o trobar-se en una situació similar. No és, en tot cas, la situació més comuna.

¹³⁰ Cal considerar, a més, encara que no hem conegut cap cas, que en una població generalment no vacunada, es poden donar també casos de tètan en els segments més precaris d'entre els que recullen ferralla, degut a les deficientes condicions d'higiene que no permeten netejar suficientment les ferides. Encara que el tètan és actualment molt poc freqüent aquesta manca d'higiene en la cura de les ferides pot tenir també altres conseqüències com ara: deformitats, limitacions del moviment, inclús altres infeccions o afectacions d'altres parts del cos.

Els següents exemples també descriuen situacions sanitàries relacionades amb accidents laborals; a més, concretament en el primer cas, es posa de manifest les conseqüències en la salut que poden succeir quan *existeixen limitacions per a les cures de salut, sobretot en població amb una situació social molt precària, donat que l'assistència pot ser gratuïta però no passa el mateix amb tot allò relacionat amb la cura.*

“(…) Trabajo cogiendo chatarra. Gano poco, 60-80€ a la semana, des de la mañana hasta las 19h. Quiero un trabajo con contrato. (...) Me corté el brazo cogiendo chatarra. Me fui a casa y me puse un trapo. No fui al médico porque no tengo papeles. Luego al ambulatorio y me dijo hospital. Allí médico me dio para medicación pero no tenía dinero. Valía 60€ la medicación. Antes de ir otra vez al hospital estoy en casa una semana con una infección grande, grande en el brazo, yo no puedo mover la mano nada. Cuando yo marchó a urgencias me dice el médico: ¡si te hubieras estado dos días más en casa te tendríamos que haber cortado el brazo! Y dije: ¿Por qué?, ¿Qué problema? Pasé una semana en el hospital drenando el brazo. (...) Un amigo mi ayudaba para entender médico. Compre medicamentos y en casa los tomé. (...) Cuando yo tenga empadronamiento y TSI yo igual que un español” (Home de 32 Murgeni)

“He trabajado demasiado y he tenido un accidente de coche yendo al trabajo al día siguiente, choque contra una farola. He trabajado demasiado y he tenido un horario diferente de 17h a la 1h de la noche. El jefe me ha pedido que venga unas horas antes para hacer horas extras y cuando iba pues ya tenía sueño y me he quedado un poquito así y, no dormido pero así y he cogido una farola. No me hice mucho daño, me he dado con el volante en el pecho, un poquito de dolor. . He estado de baja dos semanas.” (Home de 26 anys, Fetesti)

Un altre exemple significatiu, en relació a les possibilitats per a accedir a les cures de salut és el següent: una dona amb dos fills menors (1 i 3 anys, aproximadament) que viu en una barraca a Barcelona, juntament amb altres familiars en situacions relativament similars. El seu marit no està present i la seva única font d'ingressos és la recollida diària de ferralla. Per a aconseguir uns ingressos mínims de subsistència, treballa tots els dies aproximadament de 7 del matí fins a les 7 de la tarda, duent amb ella un cotxet en el qual porta al seu fill menor (la major, una mica més autònoma, es queda amb algun dels familiars), a més d'un recipient en el qual anar recollint la ferralla que troba, pel carrer o en contenidors. Independentment dels riscos per a la salut que aquesta situació comporta (alguns dels quals ja hem esmentat), està clar que té conseqüències també per a les

possibilitats d'accés als serveis sanitaris. En primer lloc, perquè *l'exigència de mobilitat i temps que implica és enorme: depenent de la distància a la qual sigui necessari anar i de la càrrega que després calgui transportar fins al punt de venda*, a més en un context en el qual el preu de la ferralla està descendint i cada vegada hi ha més persones buscant, resulta complicat preveure el poder acudir a una hora i dia determinat a una consulta. Però a més, perquè com hem dit, el nivell d'ingressos està en el límit del necessari per a subsistir. En altres paraules, *cada vegada que acudeix als serveis de salut s'estan perdent ingressos imprescindibles per a la supervivència, la qual cosa representa un problema sobretot respecte als serveis sanitaris*, amb uns criteris (i, de vegades, necessitats) de funcionament que impliquen sovint diverses visites en diferents serveis i moments.

En tot cas és necessari apuntar que aquesta situació, que encara que és minoritària és relativament aplicable a altres treballs de tipus marginal (en la qual l'ús del servei implica directament la pèrdua d'ingressos) no deriva en la major part dels casos en una absència total d'accés al sistema sanitari, sobre tot en els casos en que la precarietat no és tan forta. En el cas dels adults, ho dificulta enormement, amb conseqüències que poden ser properes a les quals apunta Sanjuán (2007:128), tals com un “menor seguimiento de las consultas de control y de los tratamientos (especialmente los crónicos), mayor uso de los servicios de urgencias (de horarios más amplios) y más probabilidad de complicación de los cuadros y de que éstos conduzcan a hospitalizaciones que hubieran podido ser evitadas”. En el cas dels menors, tal com hem constatat en el treball de camp, gràcies al sobreesforç i a la competència materna de les dones rrom (també d'alguns, no tots, els homes) i dintre de les possibilitats (de vegades no masses) que ofereixen els serveis de salut, almenys els problemes més immediats i visibles -generalment pediàtrics o ginecològics- se solen abordar. Si bé ho fan més tard que aviat, per canals no considerats adequats (per exemple, els serveis d'Atenció Continuada dels CAPs) i amb un impacte negatiu i un cost altíssim per a la situació d'aquestes persones, tot acompanyat freqüentment amb percepcions negatives per part del personal sanitari (“no volen acudir”, “no compleixen”, “ho fan en unes condicions que no son acceptables”, entre d'altres.) que alhora tampoc sempre té un marge d'actuació massa ampli i que requeririen d'un major suport en forma de recursos i formació.

Si ens centrem en *el segment de població rrom (minoritari) la situació laboral del qual es troba dins del mercat integrat, els problemes anteriors, encara que poden ser relativament presents, decreixen fins a paràmetres comparables als d'altres poblacions en la seva situació socioeconòmica*, encara amb els trets específics que comentarem més endavant.

3.1.3. FACTORS RELACIONATS AMB L'HABITATGE I L'ASSENTAMENT.

La precarietat laboral i la limitació d'ingressos tenen, evidentment, una relació directa amb la *precarietat en l'habitatge (i en casos extrems amb l'absència d'aquesta)* que comporten també efectes molt negatius sobre la salut i l'ús dels serveis sanitaris. En els casos de persones sense llar o barraquisme, aquestes situacions passen, entre d'altres, per suportar les condicions meteorològiques, falta d'higiene i salubritat, situacions de desallotjament o de violència, etc. En altres casos, en els quals existeixen deficiències o dificultats greus quant a l'habitatge o a l'ús possible del mateix, també es donen en major o menor mesura les anteriors (incloent accidents domèstics vinculats a la precarietat dels subministraments o instal·lacions), però a més s'acostumen a produir també situacions de sobreocupació o amuntegament (amb efectes negatius respecte la possible contracció i transmissió de malalties infeccioses), que a més incideixen en la possibilitat d'unes cures de salut adequats i en les pautes de manteniment de la salut (per exemple en relació amb la conservació dels aliments, les possibilitats de cuinar i per al descans, l'estrès produït per la pròpia sobreocupació o per la provisionalitat de l'habitatge, etc.). I tal com es descriu en aquest exemple la possibilitat d'accidents que posin en perill les persones que hi viuen i la pèrdua de la documentació personal, molt important i, encara més, abans de l'entrada a l'UE:

“(..) en Madrid, vivia a la carretera de València, es va cremar la barraca on vivien i es va cremar també tota la documentació. 4 o 5 barraques es van cremar, va venir la policia i els bombers.” (Diari de camp, 04/05/07, Home de 32 anys Țândărei)

Cal dir també, que la definició dels conceptes de sobreocupació i amuntegament sovint és, en la bibliografia i sobre els criteris adoptats per les administracions, bastant arbitrària. Si ens fixem en el que marca el Decret 259/2003, sobre els requisits mínims d'habitabilitat, hem de començar dient que una majoria dels habitatges en les quals resideix la població rrom romanesa són habitatges sobre ocupats. Per exemple, per a una superfície útil mínima de 56 metres quadrats, es considera que poden ocupar l'habitatge, en unes condicions d'ús adequades, 6 persones (2003:2). Com comentarem de seguida, el nivell d'ocupació dels habitatges en la qual es troba la població rrom romanesa és significativament major, independentment del grau de regulació en la tinença de l'habitatge. En tot cas el problema, a partir del que hem constatat en el treball de camp, veritablement existeix. I *no es deriva únicament del nombre de persones que puguin estar residint en els habitatges: aquestes són freqüentment pisos baixos o locals, interiors, mal distribuïts, amb poca ventilació i en ocasions sense alguns dels equipaments bàsics. Tampoc els espais comuns dels edificis en els quals es troben compleixen sempre els criteris necessaris.*

El preu dels lloguers dels pisos oscil·la, per les dades obtingudes durant el treball de camp, entre els 600 i els 1000 euros, encara que en algun cas pot ser fins i tot major. Les fiances i/o les despeses necessàries per a l'accés inicial a l'habitatge són també molt alts, freqüentment poc justificats, i solen incloure dos o més mesos del preu mensual i per avançat. Donats els metres quadrats, la situació geogràfica i les condicions en les quals generalment es troben els habitatges, són *preus clarament abusius, que es nodreixen, igual que passa amb altres poblacions immigrades, de les dificultats que la població rrom romanesa té per a poder llogar un habitatge* (sobretot en el mercat regular, però també en l'irregular), constituint un “mercat segmentat”, en paraules de Martínez-Veiga (1999:72). Referent a això, cap apuntar que *la gran majoria dels habitatges en les quals resideix la població rrom romanesa en la zona de Sant Roc i Serra d'en Mena són propietat de població pakistanesa o estan llogades per ella* (aquests són els casos en que existeix un sotsarrendament a població rrom). *Les despeses derivades de les hipoteques són cobertes generalment d'aquesta manera pels ingressos derivats dels lloguers de la població rrom romanesa.* A tot això s'estan afegint en els últims mesos, i com a conseqüència de diferents factors relacionats amb la crisi econòmica, desallotjaments derivats de situacions d'impagament de les hipoteques, acompanyats en moltes ocasions de pressions i conflictes de divers tipus. Però *la cadena d'arrendament no s'atura aquí: és interessant també fer notar que, com acostuma a passar quan existeixen dificultats d'accés, dintre de la pròpia població rrom es donen també dinàmiques d'aquest tipus, entre aquells que tenen una millor situació econòmica o legal i que poden aconseguir amb menor dificultat un contracte de lloguer o el pagament de les quantitats necessàries per a accedir a l'habitatge.*

Com ja hem insinuat abans, la quantia dels preus -donada la situació laboral de bona part de la població rrom- *obliguen necessàriament a compartir l'habitatge per a poder accedir a ell.* Aquestes quantitats es reparteixen, com és lògic, entre les persones que ocupen l'habitatge, i de vegades per períodes molt curts de temps, i amb criteris diferents en funció de la seva composició (una persona sola, una família amb menors, etc.) o uns altres, com el moment d'arribada. En tot cas, la següent taula pot donar una idea de quin pot ser la tendència quant al volum d'ocupació dels habitatges.

Agregació metres quadrats per persona

	Freqüència	Percentatge	Percentatge vàlid	Percentatge acumulat
Vàlids 1 Fins a 5 m2 (Sobreocupació)	11	36.7	36.7	36.7
2 De 5 a 8.8 m2 (Límit habitabilitat)	5	16.7	16.7	53.3
4 Més de 10 m2	3	10.0	10.0	63.3
94 Falten dades	6	20.0	20.0	83.3
95 N/P (sense habitatge)	5	16.7	16.7	100.0
Total	30	100.0	100.0	

Hem utilitzat en aquest cas unes categories basades en la normativa abans citada (Decret 259/2003, sobre els requisits mínims d'habitabilitat), a partir de les quals es pot observar que més de la meitat de les persones entrevistades es troben en ràtios que es podrien considerar de sobreocupació (fins a 8.8 m²/persona). En el cas de les dades de les quals no disposem, és degut en bona part a la inestabilitat i a la impossibilitat de recollir els metres exactes de l'habitatge d'una manera acurada. En tot cas, pel que coneixem del treball etnogràfic previ amb aquestes persones, la situació es podria encaixar generalment més en els dos primers casos (sobreocupació o límit d'habitabilitat) que en el tercer.

No obstant això, la situació és desigual depenent del segment de població rrom del que estiguem parlant. En el cas de la població originària de Țândărei, en aquest moment, es podria estimar que el nombre de persones per habitatge, incloent menors, oscil·la entre les 6 i les 15 persones, encara que és necessari considerar que existeix una mobilitat enorme i aquesta ocupació pot ser significativament major o menor en moments concrets. El que sí hem constatat amb total seguretat és que *aquest nombre és molt major en el cas de la població rrom amb origen en Murgeni*, que en la major part dels casos excedeix amb molt aquest nivell d'ocupació, arribant fins i tot les 30 persones en algun cas. És necessari assenyalar que estem parlant, en tots els casos, de pisos que rarament excedeixen els 60 metres quadrats, tenint en moltes ocasions una mesura significativament menor.

Es pot dir que tot l'anterior s'aplica, en major o menor mesura, a una part molt significativa de la població rrom d'origen romanès que resideix en l'Àrea Metropolitana de Barcelona, i encara que és necessari destacar que els casos de barraquisme o de persones sense llar afecten a un segment relativament minoritari de la mateixa, la precarietat en el seu accés i ús de l'habitatge va molt més allà. Creiem que les dades de les trenta entrevistes realitzades es poden extrapolar amb un marge d'error no massa ampli a la població amb la qual hem treballat.

Tinença de l'habitatge

	Freqüència	Percentatge	Percentatge vàlid	Percentatge acumulat
1 Propietari	2	6.7	6.7	6.7
2 Arrendatari amb contracte	9	30.0	30.0	36.7
3 Arrendatari sense contracte	12	40.0	40.0	76.7
6 Depenent de l'habitatge d'un altre	2	6.7	6.7	83.3
7 Sense habitatge	5	16.7	16.7	100.0
Total	30	100.0	100.0	

És necessari assenyalar que de les categories anteriors (si exceptuem els casos de barraquisme) no es desprèn necessàriament la precarietat en la situació d'habitatge que no obstant això hem constatat. Tot i així, cal destacar que existeix, més enllà de les dades de les entrevistes, una alta proporció de llogaters sense contracte, molt per sobre dels arrendataris amb contracte i els propietaris. Per tant, les situacions de sobreocupació i condicions dolentes dels habitatges, ja greus per sí mateixes, es veuen acompanyades molt habitualment d'un alt grau d'irregularitat en tot el que té a veure amb l'ocupació i el pagament dels habitatges (i això és molt més habitual per al segment de població originària de Murgeni): absència de contracte o clara irregularitat del mateix, cap tipus de justificació ni rebut que permeti demostrar que efectivament es viu allí, desallotjaments per la força en cas d'impagament o simplement perquè el propietari decideix rellogar a altres persones, entre altres situacions. *Aquesta situació, a més, sembla estar empitjorant per certs segments en el context de crisi actual: tant pel que fa als pocs propietaris (problemes molt intensos per fer front a les hipoteques), com, més habitualment, pels arrendataris sense contracte, que de vegades s'enfronten a desallotjaments o pressions afegides (de propietaris o institucions bancàries), per que l'habitatge es troba en una situació de expropiació per impagament.*

Com ja hem esmentat, la precarietat en els condicions dels habitatges té, evidentment, *conseqüències greus per a la salut de la població rrom romanesa*. Per posar un exemple observat durant el treball de camp, però que també és dels més visibles en les entrevistes, *existeix una correlació clara entre la tinença de la vivenda i l'estrès, amb una proporció molt més alta de persones assenyalant que pateixen aquest últim quant major és la precarietat en les condicions del seu*

habitatge (o la pressió econòmica relativa a l'habitatge¹³¹). A més, aquesta situació incideix en l'accés al sistema sanitari i les cures de salut i, en general, en el possible assentament de la població rrom romanesa resident en l'Àrea Metropolitana de Barcelona. Fonamentalment, fent que aquesta sigui molt més difícil que per a altres poblacions en una situació de menor precarietat: existeixen constants canvis de domicili, barri i fins i tot municipi i ciutat, moltes vegades en un termini de setmanes o mesos. Una de les principals implicacions per a la salut d'aquesta mobilitat -encara que també es dona en els processos de mobilitat internacional- és la dificultat per assolir un adequat coneixement dels serveis sanitaris i relacions estables amb els seus professionals, especialment en l'atenció primària, però també amb altres serveis. En un sistema que presenta una certa complexitat, per a qualsevol tipus d'usuari i més encara per aquells que no estan familiaritzats amb la seva estructura i dinàmiques, no és senzill per a l'usuari partir de zero cada poc i establir una nova relació amb centres i professionals, particularment quan existeixen a més altres dificultats associades (pobresa, marginació social, nivell educatiu i domini de la llengua, etc.); i no ho és tampoc, s'ha de dir, pels professionals que els atenen, i que es troben enfront de la necessitat d'establir una adequada relació terapèutica amb uns usuaris dels quals saben, sovint, molt poc, en relació a les seves característiques socioeconòmiques i culturals, sobre els que manegen bastants estereotips i prejudicis i dels quals temen que no seguiran les seves indicacions (encara que les causes que li atribueixin a això, com hem vist i veurem, no sempre siguin les que es donen en realitat). Una relació, usuari-professional, que és a més fonamental en el cas de la població rrom romanesa, que tal com hem observat durant el treball de camp necessita d'un cert vincle personal amb el professional concret, més que amb serveis que en moltes ocasions es perceben globalment com molt allunyats de les necessitats concretes que es plantegen. D'altra banda, quan no es pot accedir a un habitatge digne, generalment els llocs d'assentament estan pitjor ubicats, en zones més allunyades i amb menys possibilitats d'accessibilitat física a la xarxa sanitària (en tot cas, la desigualtat en la distribució geogràfica d'aquesta xarxa no acostuma a ser, ni de lluny, tan greu com a Romania). Però de fet, i encara que hi hagi una distància relativament gran i el coneixement d'un determinat servei o professional sigui només superficial, en moltes ocasions hem observat com es prefereix seguir fent-lo servir com centre "de referència" encara que s'hagi produït un canvi d'habitatge i de centre que correspon, tot i que l'accés físic al mateix pot ser difícil.

¹³¹ Els propietaris (molt minoritaris), arrendataris sense contracte i persones sense habitatge van afirmar majoritàriament patir estrès, mentre els arrendataris amb contracte ho van fer en una proporció significativament molt menor.

3.1.4. FACTORS RELACIONATS AMB LA SITUACIÓ LEGAL

Continuant amb allò referit en l'apartat anterior, cal apuntar que *els motius per a continuar utilitzant, per exemple, un mateix Centre d'Atenció Primària (CAP) rarament depenen únicament de l'establiment d'aquesta relació de confiança*. De fet, té molt més a veure amb les *possibilitats reals de, senzillament, ser atès en algun d'aquests serveis*. En altres paraules, en ocasions no es tracta tant d'una qüestió de preferència o conveniència, sinó de possibilitat; i en aquesta qüestió té una importància fonamental la situació legal (respecte a l'estada al país) de bona part del col·lectiu, molt relacionada també amb les dades respecte a l'habitatge que acabem d'apuntar.

En general, la regularització jurídica de la població immigrada es pot assenyalar com un dels factors principals que incideixen en les situacions d'exclusió social i té per tant, directa i indirectament, un impacte en la salut i l'assistència sanitària. Aquest supòsit és també aplicable a la població rrom immigrada, que encara que teòricament (com ciutadans romanesos) es troba en una posició millor que altres poblacions immigrades. La taula següent, que creiem és relativament extrapolable a la població rrom romanesa als barris en els que hem investigat, pot donar una idea de la situació fins al 2009 quant a documentació i regularització.

			Té permís de residència però no de treball		Té permís de residència i treball		Té permís de residència per reagrupament familiar	
			1 Sí	2 No	1 Sí	2 No	1 Sí	2 No
Té nacionalitat espanyola			Recompte	Recompte	Recompte	Recompte	Recompte	Recompte
1 Sí	Té nacionalitat CEE	1 Sí	---	---	---	---	---	---
		2 No	---	---	---	---	---	---
2 No	Té nacionalitat CEE	1 Sí	18	11	5	24	1	28
		2 No	---	1	---	1	---	1

Com ja hem dit aquesta situació ha canviat al gener de 2009, amb la fi de la moratòria, però l'alta proporció de persones sense permís de residència és significativa inclús abans, considerant que ja eren ciutadans europeus. Això té a veure amb que, en la pràctica, la regularització de la població rrom romanesa té una sèrie de deficiències importants: *pèrdua de documentació i incapacitat de fer els tràmits sense tornar a Romania, la falta d'empadronament com a requisit per la regularització en certs aspectes, etc.* Aquestes deficiències són també diferents en funció del grup, amb una situació millor, en general, en les poblacions de Tândărei i la que viu en Tortosa, en comparació amb la població originària de Murgeni.

En tot cas, i respecte a l'àmbit de l'assistència sanitària (en un context de cobertura extensa, però no universal), l'empadronament també és el tràmit fonamental, i la Llei d'Estrangeria¹³², en el seu article 12, assenyala que tenen dret a l'assistència sanitària en les mateixes condicions que qui posseeixen la nacionalitat espanyola:

- Els estrangers en situació legal
- Independentment de la seva situació legal: aquells empadronats en el seu municipi de residència, els menors de 18 anys, les dones durant l'embaràs, part i post part i tots aquells que precisin atenció d'urgència.

Com és sabut, l'empadronament és un dels requisits bàsics per a l'accés a altres drets fonamentals i tràmits, entre ells el de la Targeta Sanitària, imprescindible per a ser atès de manera normalitzada; però existeixen altres supòsits (menors, dones embarassades i tots els casos d'urgència) en els quals la inscripció en el padró no és legalment necessària per a l'atenció (ja sigui perquè es té dret temporalment a una Targeta que garanteixi l'atenció o perquè dita atenció es realitza en la pràctica en serveis d'urgència). *En la pràctica, tal com hem observat els caps tenen diferents maneres de procedir en els casos d'assistència sense TSI normalitzada: alguns fan TSI provisional, altres no, uns assignen metge i altres no; i tot això fa que l'atenció, a vegades, depengui de criteris administratius poc clars o de la voluntat del personal que atén.*

Com comentàvem fa un moment, la situació respecte a l'habitatge i l'assentament en un determinat territori té molt a veure amb la situació legal en general i molt particularment amb l'obtenció de l'empadronament de la població rrom. En primer lloc, cal apuntar que la informació recollida durant el treball de camp indica que *un segment molt significatiu de la població rrom -la qual generalment es troba en una*

¹³² Ley Orgánica 4/2000, de 11 de enero, sobre Derechos y Libertades de los Extranjeros en España y su Integración Social, reformada posteriormente per la Ley Orgánica 8/2000, de 22 de diciembre, la Ley Orgánica 11/2003, de 29 de septiembre i la Ley Orgánica 14/2003, de 20 de noviembre.

situació de major exclusió socioeconòmica- no està empadronat. Les dades recollides en les entrevistes semblen confirmar aquesta tendència, amb més de la meitat dels entrevistats sense empadronar. Aquest tràmit és ben conegut i considerat necessari per part de la població rrom (independentment que un nouvingut pugui disposar de major o menor informació sobre com tramitar-ho i on) i és necessari destacar que els motius més habituals són, de fet, traves de tipus burocràtic.

Sense entrar en profunditat en la normativa legal que regula aquest dret, el cert és que aquesta possibilitat obliga a les administracions locals a empadronar a qualsevol persona en el seu territori, quan no es disposa de contracte d'arrendament, i fins i tot, quan no es disposa d'habitatge, i cal apuntar alguns dels termes en els quals aquest dret, a vegades, es nega. Per una part, algunes administracions locals no tenen habilitats en la pràctica (a causa dels retards o als limitats recursos de serveis socials, o al fet que el procés de verificació del lloc de residència s'ha delegat en altres institucions com la policia local, els canals per a garantir aquest dret en cas de persones sense llar o en que el lloguer no estigui formalitzat). Això suposa que al no existir contractes d'arrendament (o en cas de fer-ho, haver superat per a aquest habitatge el nombre de persones empadronades, encara que ja no resideixin en ella¹³³) i evidentment, quan s'està en una situació de barraquisme o habitatge precari, és pràcticament impossible accedir a l'empadronament.

Per una altra banda, i sembla que degut en bona part als problemes de sobreocupació de Santa Coloma de Gramenet i Badalona, molt visibles de nou en els mitjans de comunicació des de febrer de 2007, la pràctica concreta d'aquesta política d'empadronament s'ha endurit encara més (també ho ha fet, en altres termes i degut a d'altres motius, a Tortosa), *establint límits en el nombre de persones registrades per domicili. En la pràctica, aquesta mesura no garanteix que no es produeixin els casos de sobreocupació (de la mateixa manera que la falta d'empadronament no produeix que la població sense llar es vagi a un altre municipi) i no obstant això, implica una dificultat enorme per a aquesta població, que resideix efectivament en el municipi, per a accedir a aquest i altres drets. En aquesta qüestió també intervé la lentitud dels tràmits i de l'actualització dels mateixos (per exemple, per a donar de baixa a una persona que prèviament residia, si s'ha aconseguit el límit).*

Reprenent el tema de la Targeta Sanitària, molt vinculat amb tot l'anterior, és necessari destacar que de les persones entrevistades més de la meitat no disposaven de TSI (quinze persones en total), o disposaven de la mateixa amb certes limitacions. Això sembla confirmar les conclusions del treball de camp amb la població presa

¹³³ Situació que és relativament freqüent.

globalment: si bé en el seu conjunt la proporció de persones amb TSI pot ser una mica major, és indubtable que en els segments en una situació més precària una majoria no disposa de la mateixa:

- *Legalment, hi ha una part de les persones que no estan empadronades que directament no tenen dret a la mateixa, encara que teòricament tenen garantit l'accés a través dels Serveis d'Urgències. Com apunta Sanjuán (2007:124) aquesta situació condueix a la falta d'atenció adequada de situacions rellevants pel simple fet de no ser d'emergència, la falta d'accés a altres prestacions bàsiques del sistema sanitari i en ocasions una derivació als Serveis d'Urgències de casos que no els corresponen i una saturació dels mateixos que a més dificulta el foment del seu bon ús.*
- *D'una altra banda, és imprescindible fer palès que tampoc s'està garantint en la pràctica l'atenció en els supòsits que estan contemplats per la Llei d'Estrangeria (dones embarassades i menors), i que durant els acompanyaments hem trobat moltes dificultats en aquest sentit per part dels diferents serveis (depenent del centre). Atès que aquests grups de població són a més els més vulnerables i que requereixen una major atenció en salut, el fet que en el dia a dia, per descoordinació, desconeixement, ser situacions no previstes o per altres raons no s'estigui garantint és extremadament greu.*
- *Finalment, i encara que és molt recent, hem trobat altres requisits que cal esmentar i que fan més difícil encara l'obtenció de la TSI i d'una atenció sanitària adequada. Sembla que, vinculat als canvis legislatius que ha suposat l'incorporació de Romania a l'UE, l'establiment o modificació d'acords bilaterals o canvis en la pròpia estructura del sistema sanitari català, s'estan demanant en alguns CAP documents complementaris per tramitar la TSI; i més en concret en el cas de la població rrom romanesa un certificat de que no està inscrit en el segur sanitari d'origen (un document que s'ha de demanar a Romania). Sense entrar als motius o justificacions a nivell organitzatiu d'aquestes demandes de documents¹³⁴, el cert es que es poden convertir, i de fet ho fan, en barreres insalvables per segments de població en situacions d'extrema precarietat que no poden assumir un viatge a origen per aconseguir un document i ser tractats d'una malaltia a destí.*

¹³⁴ Que entenem tenen a veure més amb quina administració o estat es fa càrrec de les despeses derivades de l'atenció sanitària.

En definitiva, *la no possessió de l'empadronament, i per tant de la TSI, és un efecte de la provisionalitat i precarietat de l'assentament (en els termes que hem comentat en apartats anteriors¹³⁵), però a més, segons hem pogut observar, es converteix en un element de control per part d'algunes de les administracions encarregades de tramitar-ho, que en el fons ho utilitzen com un instrument per a gestionar determinades situacions d'exclusió, generalment intentant afavorir que determinats segments de la població rrom es moguin a un altre territori. Això intervé en aquest procés tant en forma de causa com d'efecte, donant com resultat una situació que acaba convertint l'empadronament, que hauria de ser un tràmit gairebé automàtic i garantir unes mínimes condicions dignes per a qualsevol persona resident, en objecte d'intermediació i compravenda.*

3.1.5. FACTORS RELACIONATS AMB L'EDUCACIÓ I LA FORMACIÓ

L'educació¹³⁶ i el nivell formatiu són, sens dubte, elements fonamentals a l'hora de considerar la situació de salut de la població rrom i la seva relació amb els serveis sanitaris. Tot i així, cal apuntar que en aquest informe abordarem aquest tema de manera relativament superficial¹³⁷ perquè no ha estat l'àmbit on més hem pogut aprofundir durant el treball de camp. Per tant, només esmentarem aquí algunes qüestions que ens semblen importants i en relació a l'àmbit de la salut.

En primer lloc, cal destacar la importància de considerar el nivell formatiu i d'educació formal previ, en origen, de la població rrom per comprendre, entre altres factors, les dificultats o facilitats que poden tenir en relació a l'accés i a la comprensió de certs aspectes en l'atenció i l'àmbit sanitari. En aquest sentit, ja destaquem en l'apartat 1. certes dades que mostren que la situació en origen ofereix un panorama poc encoratjador. Per citar un més, per exemple Jigau (s.f., citat en Vincle, 2006:94) afirma que *a Romania més d'una quarta part dels gitanos adults són analfabets, només un 1% té estudis superiors, un 5 % educació secundària superior i un 50% educació bàsica.*

Tot i que sempre és necessari interrogar-se sobre la validesa de dades tan generals (com ja hem comentat, les estimacions respecte a la població rrom a Romania

¹³⁵ A més d'altres problemes afegits a nivell estrictament burocràtic, com la dificultat per a l'enviament de la TSI quan es donen canvis constants de domicili.

¹³⁶ Fem referència tant a l'àmbit de l'educació formal com a la no formal i també a l'educació familiar o comunitària del propi col·lectiu.

¹³⁷ En aquest sentit, existeixen diferents treballs que poden ajudar a aprofundir en aquesta qüestió sobre la població rrom romanesa a Catalunya, com per exemple el de Peeters (2005) i Vincle (2006). En aquests moments els informes de la FSG (Fundació Secretariat Gitano) són els que millor detallen la situació dels rrom respecte l'accés a l'educació, en tant que tenen una línia de treball específica i molt intensa amb la població de l'Àrea Metropolitana de Barcelona.

solen comportar problemes metodològics i de invisibilitat estadística) aquestes tenen certa coherència amb el que hem pogut observar durant el treball de camp i també amb les respostes de les persones entrevistades respecte a la situació en origen. Per exemple, recollint les respostes respecte al grau d'escolarització formal en origen, les dades poden ser semblants:

Estudis reglats

		Freqüència	Percentatge	Percentatge vàlid	Percentatge acumulat
Vàlids	1 No va assistir a la escola o ho va fer menys de 5 anys	17	56.7	56.7	56.7
	2 Va assistir de 5 a 10 anys	10	33.3	33.3	90.0
	3 Va assistir més de 10 anys	3	10.0	10.0	100.0
	Total	30	100.0	100.0	

Cal considerar, com a mínim, dues qüestions respecte a aquests nivells d'escolarització formal: en primer lloc, que donada l'edat de les persones entrevistades i el seu temps d'estada, les condicions d'escolarització a causa del context social i històric de Romania han anat canviant. Per altra banda, encara que sigui real aquest temps formal d'escolarització, *el nivell formatiu assolit probablement no correspon, en molts casos, amb el que teòricament s'obté en aquest període, donades les dificultats d'accés i el nivell significatiu d'absentisme*. Per exemple, com comentava un informant:

“Estuve en la escuela hasta los 13 años. Pero antes, ya el año anterior y el otro, no iba porque me escapaba. Me iba a ver a otra persona o a hacer otras cosas y no fui a la escuela” (Hombre, Murgeni, 32 años).

“[Fui] de los 8 hasta los 13 años a la escuela. A mí no me llevaban a vender mis padres porque yo me quedaba en casa a cuidar de mis hermanos, preparaba comida, el pan. Desde pequeña he trabajado. Mi madre y mi padre viajaban con mi hermano. Mi hermana la grande también estaba con nosotros. Los padres volvían en uno o dos día depende, o dos semanas.” (Dona, 21 anys, Țândărei)

“No fui mucho a la escuela, menos de cinco años, no quería. Jugábamos en la calle y los padres lo sabían, no me decían nada y luego fui a Italia, Barcelona, Madrid...” (Home, 20 anys, Constança)

D'altra banda, i té a veure també amb l'abandó precoç de l'educació bàsica, la població rrom en general no presenta un nivell alt de formació en altres àmbits com són l'educació d'adults o la formació professional més o menys especialitzada. Encara que l'abandó escolar a origen té, molt sovint, un vincle amb les estratègies de subsistència, aquestes van tenir generalment un caràcter marginal:

“He ido a la escuela hasta la 2 [curs], solo 2 años porque luego me he cambiado de Tândărei a Fetesti. Y luego yo de pequeño, he ido solo, sin padres a preguntar los directores para poder ponerme al colegio, a los 10 años pero pedían que vinieran mis padres. Luego he tenido que ir al mercado a vender. Dormía en la calle. Pues hacia zapatos de plástico, sandalias, hacia manteles de plástico, agujas para tejer la lana (que eso lo hacia mi abuelo). Yo iba a buscarle el alambre le traía y luego lo hacía y luego iba con él a venderlo. (...)” (Home de 26 anys, Fetesti).

Aquesta realitat té, evidentment, com ja s'ha dit, un impacte en les seves possibilitats laborals en destí. En tot cas, la capacitació del col·lectiu, si bé no la formal, és molt diversa, i no s'està poden materialitzar en molts casos per la manca de requisits legals i recursos públics existents que caldria poder fomentar per assolir possibilitats reals d'inclusió del col·lectiu rrom a l'àmbit laboral.

Evidentment, i tal com ja hem dit, aquesta situació prèvia té també un impacte força determinant en l'accés i ús dels serveis de salut. En primer lloc perquè cal considerar la importància de l'escola perquè és un context en el qual també s'interrelacionen altres aprenentatges fora dels estrictament escolars, tot i les deficiències que puguin existir respecte l'accés i l'adaptació a la població rrom.

En aquest sentit, hem observat en les dades de les entrevistes *una relació entre la baixa formació educativa formal i el coneixement general sobre la salut i el sistema sanitari; així com certa relació també amb altres variables com el moment en el qual realitzen demanda als serveis sanitaris durant l'embaràs, el seguiment del calendari de les vacunes i la necessitat de traducció*. No obstant això, tot i que la incidència pot ser important, cal ser crític amb aquestes relacions perquè poden estar actuant multitud de *factors intermedis* com per exemple el temps d'estada, l'edat i, com comentàvem abans, la situació que han viscut a origen en funció del context social en el qual es va produir l'accés a l'educació bàsica).

En segon lloc, i potser d'una forma més directa, el nivell assolit d'educació formal té un impacte en l'alfabetització i en altres competències de lecto-escriptura. Hem observat una quantitat important de persones amb certs problemes i fins i tot un segment significatiu (encara que no majoritari) que presenta pràcticament una *situació d'analfabetisme*. Evidentment aquests problemes es donen en major proporció quan es tracta de castellà i català, encara que també amb les llengua

d'origen (i molt més encara amb el romaní degut, entre altres factors, a les deficientes condicions en les quals aquest s'ensenyava en el context escolar d'origen i tenint en compte el fort procés d'assimilació patit). En tot cas, i per esmentar altra vegada un fet que no sempre és conegut, *la població rrom romanesa acostuma a ser com a mínim bilingüe¹³⁸ (romanès / romaní); i a més, presenta un nivell no massa alt de castellà, per a certs segments, i molt més baix de català, encara que existeix l'inici d'un aprenentatge del mateix en el cas dels menors escolaritzats* (tot i viure en els barris on hi ha un context social que acostuma a afavorir fora de l'escola, l'ús del castellà per sobre del català).

Enllaçant amb el que hem descrit anteriorment, és necessari també plantejar-se certes implicacions *entorn de l'escolarització actual dels menors. Com apunta un informe recent de FSG (2008), existeixen múltiples problemes, en els quals no entrarem aquí, que tenen a veure molt freqüentment amb factors legals (com la falta d'empadronament i altres documents); l'organització dels recursos educatius en els barris; i el funcionament dels programes en una població amb una situació d'exclusió social*. En els següents exemples, un pare rrom fa demanda d'escola per a la seva filla petita; un educador/a posa de manifest les dificultats per treballar l'absentisme a les escoles i la saturació de les institucions escolars; i un altre educador/a presenta el recurs del centre obert del barri i la condició d'escolarització per poder-hi assistir.

“Diu que ells ja saben com empadronar-se però sí que necessitarien guarderia pública per als nens. Vol guarderia per a la filla de 2 anys. Demana que l'ajudem a buscar aquests recurs. Diu que ell té papers regulats i m'ensenyava el DNI per a estrangers.” (Diari de camp 16/05/07, home 22 anys Tăndărei)

“En relació a l'escolaritat, un dels objectius de la intervenció socioeducativa és treballar l'absentisme; realitzar seguiment escolar. En relació a aquesta àrea opina que les escoles del barri estan malament, desmotivades. El director/a d'alguna escola o alguns dels recursos pedagògics realitzen intervencions sobretot autoritàries. Tenen molts problemes amb la població autòctona; més migració; més rrom... Hi ha dificultats per facilitar llistes de matriculació; és difícil realitzar coordinacions per afavorir l'assistència. Escolaritzen als nens però després no surten els rrom matriculats a la llista d'absentisme (inclòs ESO). Aquestes llistes no arriben a serveis socials. Hi ha molta deixadesa respecte el col·lectiu rrom.” (Diari de camp, 03/07/07, educador/a social)

¹³⁸ En alguns segments, que en ocasions són designats com gitanos “romanitats”, no existeix aquest bilingüisme i el domini del romaní és baix.

“L’educador/a explica que al centre obert hi ha nens rrom, pocs però n’hi ha. Tots els nens del centre obert han d’anar a l’escola, és condició indispensable. També hi ha un matern infantil on participen 3 noies joves rrom.” (Diari de camp, 02/02/06, educador/a social)

A aquestes dificultats, o juntament amb elles, cap afegir les relacionades amb *l’absentisme i amb la continuïtat de l’escolarització*, en un context en el que per una banda, es donen certes pautes com són *el matrimoni a edats més baixes que la població en general; el rol de les nenes com cuidadores dels seus germans petits, entre altres; i d’altra banda es donen situacions com la necessitat d’iniciar el treball amb la resta de la família en feines marginals; o estratègies econòmiques alegal·s com la mendicitat, la venda ambulant, o il·legals; la mobilitat familiar. Realitats concretes que esdevenen poc favorables per una escolarització estable; que a més es dona en un context d’inestabilitat en el assentament*. D’altra banda el contingut que s’ensenya a l’escola, generalment, té poc a veure amb la seva realitat i cultura; pot ser lògic que *ho considerin poc útil pel seu futur*; i pot ser viscut com un element de control. En els següents exemples, dues nenes fan referència al context escolar. En el primer cas és significatiu l’experiència de la mobilitat; i en el segon cas, les càrregues familiars que dificulten l’assistència escolar d’algunes nenes rrom sobretot en determinades edats (pre adolescència).

“Diu que prefereix Brasil que Espanya perquè aquí ve la policia a casa perquè vagis a l’escola. A Brasil no et diuen res. Li diem que és bo anar a l’escola i aprendre a llegir, escriure, sumar i restar per saber coses quan es faci gran. Diu que li agrada l’escola però ja sap. Diu que la seva profe li va donar les notes la setmana passada i li va dir si estaria en aquest cole o es canviaria.” (Diari de camp 03/04/07, nena d’12 anys, Țândărei)

“(…) Fa referència a ajudar a les cunyades fent les feines de casa. Diu que les ha d’ajudar sempre. Ho relaciona amb l’assistència al cole. També diu que aquest any no ha faltat molt. Com si fos un tema parlat o treballat amb algun professional. De fet diu que la seva professora va anar a casa seva per parlar amb els seus pares. I ara ella sembla que hi ha anat més al cole. (Diari de camp 01/07/07, nena d’11 anys, Țândărei)

L’escola és important, en aquest moment, perquè és un dels àmbits fonamentals on es treballen hàbits de salut amb els menors (i implícitament, també, coneixements sobre l’estructura de funcionament de la societat de destí, que poden ser útils pel maneig en els serveis sanitaris), però també incideix positivament sobre les possibilitats de les famílies alhora de realitzar activitats econòmiques que

freqüentment poden estar dificultades per la necessitat de donar atenció i cura als fills durant tot el dia. Sobretot, *en els segments en situació més precària, ha d'entendre's el context escolar com una garantia d'atenció bàsica als menors, en relació a l' higiene i l'alimentació, però també respecte a la vacunació i altres aspectes vinculats a l'accés als serveis de salut i les cures de salut.*

En aquest sentit, s'han engegat iniciatives importants en determinats barris, com per exemple el projecte de preescolarització que a l'estiu de 2008 es va realitzar a Santa Coloma de Gramenet per part de la taula d'entitats constituïda entorn de la intervenció amb població rrom, però cal insistir que el suport de les administracions públiques és determinant (i generalment insuficient o enfocat equivocadament) i que els mecanismes previstos no sempre són efectius amb aquesta població. És *necessari fer un esforç important en aquest àmbit* perquè en definitiva són qüestions que incideixen directament tant en el benestar dels menors com en el de les seves famílies, fet que a més comporta un millor coneixement de les institucions en destí i en el futur una menor situació d'exclusió social i de dependència respecte la intervenció social.

3.2. FACTORS DE TIPUS CULTURAL

Després de tot el que hem exposat fins ara, pot semblar sorprenent que, en presentar la situació de salut de la població rrom immigrada, no haguem plantejat en primer lloc els factors culturals, considerant que habitualment, en cert tipus d'estudis sobre condicions d'accés als serveis i les cures de salut aquests tenen una posició privilegiada¹³⁹. La raó principal per a fer-ho així és que freqüentment els factors culturals s'esmenten i utilitzen sense tenir en compte el context social i històric en el qual sorgeixen o es posen en pràctica, ni altres qüestions de tipus estructural (com les apuntades en els apartats anteriors). En la nostra opinió, aquesta és una manera poc adequada d'analitzar-los, i en ocasions contribueixen -més que a una comprensió rica i contextualitzada dels mateixos- a generalitzacions relativament errònies a partir d'una interpretació d'allò cultural com alguna cosa que resideix en l'essència d'una determinada població, i per tant relativament immòbil i atribuït acríticament a la mateixa. Amb això no volem dir, en cap cas, que aquest tipus de factors no siguin imprescindibles per l'anàlisi d'aquesta i d'altres qüestions, si no únicament que se'ls ha de situar dins d'un marc més ampli que incorpori també els anteriors. Indubtablement són importants i en multitud d'àmbits: els relacionats amb les creences religioses; amb l'organització del parentiu; amb la concepció de persona, els seus components i la seva formació; sobre la individualitat, etc. (per esmentar alguns). Dit això, en aquest apartat fem un recull d'alguns dels factors principals que han sorgit durant el treball d'investigació, i que van des de l'organització del parentiu fins a la mobilitat, passant per les creences religioses i altres concepcions i pràctiques relacionades amb la salut.

3.2.1 FACTORS RELACIONATS AMB L'ORGANITZACIÓ DE LA PROCREACIÓ

Dos són els factors que totes les societats humanes tenen en comú vers a la descendència: per una banda, cap d'elles deixa el naixement dels infants a l'atzar (González Echevarría, 1995), ans al contrari, organitza un marc estructurat on es vol garantir al nounat la viabilitat necessària per al seu desenvolupament; d'altra banda, el naixement de la descendència implica un canvi en els rols grupals de les persones implicades i responsables últims de la cura del nounat. I això té també, evidentment, unes implicacions respecte a la salut i als factors relacionats amb ella, i sobretot en els àmbits específics de la salut sexual i reproductiva i la salut infantil. Per això, és important poder-los considerar i comprendre, entre d'altres qüestions, les funcions d'acompanyament i de mediació que realitzen els membres de la família que

¹³⁹ Veure, per exemple, Sanjuán (2007:114-117)

tenen un pes fonamental en les xarxes socials i de suport (i per tant en les pautes de cura i les possibilitats de recolzament, particularment important per a les dones rrom, com veurem més endavant). En aquest apartat resumim alguns dels seus trets fonamentals en aquest sentit, però, sense aprofundir massa¹⁴⁰.

Es pot dir que per la població rrom romanesa amb la que hem treballat¹⁴¹, la norma de residència és la patrilocalitat, sent l'expressió més usual d'aquesta *l'establiment de la dona quan es casa amb la família del marit, fins que la parella pot assolir una certa autonomia econòmica i la seva pròpia residència. Tanmateix, la residència és generalment molt propera i/o amb una relació molt estreta amb les altres unitats familiars emparentades* (i quan això és possible, també amb la família d'origen de la noia). Malgrat això, el procés migratori i d'altres raons poden haver flexibilitzat i modificat aquesta pauta i, per aquesta raó, no és estrany trobar, en destí però potser també en origen, parelles que viuen amb la família de la dona. Aquesta flexibilitat i adaptabilitat és molt sovint fruit de la precarietat econòmica o legal i de les oportunitats laborals o les dificultats per accedir a un habitatge, situacions que comporten una elevada mobilitat territorial del col·lectiu i, per tant, més flexibilitat en les pautes de convivència entre els nuclis familiars. Tot i així, segons el que hem observat al treball de camp, es tendeix a un retorn a la patrilocalitat en la mesura en que és possible. Per això, en aquest context, els nounats s'incorporen al grup patern, i encara que el matern té, indubtablement, importància en la seva cura (sobretot quan el primer no està present o no se'n pot fer càrrec) és en el segon on, generalment, s'organitza la seva criança. Aquest fet té una de les seves expressions en el rol que exerceixen els avis paterns en relació a la cura dels nens i nenes, particularment quan (per l'inici del procés migratori o per pressions econòmiques posteriors) es queden amb ells a les localitats d'origen¹⁴²; també, tot i que amb menys freqüència, hem conegut algunes situacions on els fills han estat cuidats durant el temps que ha estat necessari pels avis materns.

“Si, pero con papeles no, casada como en nuestro país. Lo conocí aquí (context de destí) habiendo venido de Romania y me ha visto, le he gustado

¹⁴⁰ Parlarem més d'aquestes qüestions en els apartats relacionats amb salut sexual i reproductiva (Capítol 4).

¹⁴¹ Sobre les qüestions de parentiu ens referirem sobretot al col·lectiu de Țândărei (perquè no ens ha estat possible aprofundir-hi més en els altres fins el moment). Tot i que tots els grups comparteixen moltes similituds, segurament també presenten diferències en determinats àmbits significatius. En tot cas el nostre objectiu no és transmetre una relació exacta d'una manera específica d'estructurar el parentiu sinó unes pinzellades que puguin ajudar a entendre la complexitat del context i les possibles variables que poden intervenir per poder assolir un millor criteri d'intervenció o unes polítiques de salut més adequades.

¹⁴² Per exemple, de les persones entrevistades, tres van afirmar que els avis paterns prenen les decisions últimes sobre els fills a origen quan els pares estaven en destí, per sobre de l'opinió del pare i la mare, que són els que generalment les prenen tant a origen com a destí.

de mí y le ha dicho a mi padre: ¿quieres dar a tu hija por mi hijo? Sí. Después, ya está me ha traído mi suegro aquí. Mi suegro también me preguntó a mi i mi padre y mi madre también. Primero dije que no, no quería porque no lo conozco, después me ha dicho mi madre: es buena familia, todo el mundo habla que es muy buena familia, no son malos, no son así, me ha dicho si no quieres coger esto que lo sé yo que es bueno pues será otro vagabundo, mejor a él, después lo que ha dicho mi madre, me parece bien porque mi madre quiere el bien para mí.” (Dona de 20 anys Țândărei)

En relació a la maduresa social dins del col·lectiu, s'assoleix inicialment a través del casament, de manera diferent i amb diferents conseqüències segons el gènere i té també a veure amb la descendència. Per als nois rrom això suposa una nova situació que implica tant la responsabilitat de tenir una família pròpia com canvis en el rol dins la seva família. Per a les noies rrom el casament suposa també un canvi important i potser més complex, en tant que marxen a viure amb la família del marit (i algunes vegades deixen de veure a la seva família d'origen durant un cert temps per raons de mobilitat, encara que sense perdre necessàriament la comunicació) i responen a noves figures d'autoritat: el marit, en primer lloc; el pare i els germans d'aquest; i en un altre sentit, però d'una manera molt intensa, la mare del marit. És també significativa la relació amb les altres dones del nucli familiar casades amb els germans del marit; i és en aquest context familiar on les dones joves, sovint amb molta experiència en la cura dels membres de la família d'origen (generalment ja han cuidat germans/es més petits), es comencen a encarregar de la cura del marit i la nova família.

El casament és un compromís que en principi implica el que podríem considerar un cert temps de prova (en el qual sembla ser important la relació que es va establint entre la jove i la mare del marit) i que es pot desfer si apareixen problemes o conflictes, encara que evidentment existeixen diferents pressions i factors que poden fer que aquesta decisió no sigui modificada. Semblaria que el matrimoni es consolida amb el naixement del primer fill. Posteriorment, encara que les separacions entre parelles i els nous casaments són relativament comuns, s'ha de considerar que tenen certes implicacions, també, en allò referent a la cura dels fills. Pel que hem pogut observar la variabilitat de situacions és enorme, i depèn d'aspectes tan diversos com la situació familiar, la seva distribució entre origen i destí i l'edat dels fills, per esmentar alguns.

“(…) Se hace una fiesta muy grande, se llama a los musicantes para que canten, bailen y una fiesta grande. Hay música que es en “țiganesti” [Romaní] i hay música que es en “romanesti” [Romanès] como ellos quieren. Nosotros no hacemos ninguna fiesta de casar sin música y los muertos

también pero es una música diferente. Cuando ella y yo nos casamos, ella fue a vivir a mi casa con mis padres porque yo aun no tenía casa mía. El mismo día que ella tiene el hijo pues ya estoy casado. (...) La gente se casa a los 13,5 o 14 años. (...) mis padres se han ido a hablar con sus padres y ya me la han dado a mí.” (Home, 26 anys Fetesti)

A més el matrimoni, per a la població rrom (però evidentment no només per aquesta), sempre implica *un cert grau d'intercanvi i negociació entre famílies* que té una de les seves expressions en la compensació matrimonial que la família del marit paga al pare de la dona (sent el tipus d'intercanvi molt vinculat amb l'estatus d'ambdues). Aquesta compensació matrimonial, que pot arribar a quantitats de varis milers d'euros, s'entén des de la nostra perspectiva, bastant habitualment, gairebé com a una “compra” de la dona. Però s'ha de considerar que té a veure tant amb la consideració social de les famílies implicades dins de la pròpia comunitat (la seva posició, poder, nivell econòmic, etc.) com amb les despeses generades pel propi casament¹⁴³; i, a més, amb la concepció de que la família de la dona està perdent un dels seus membres. Encara que no aprofundirem aquí, s'ha de dir, sobre tot en relació amb la interpretació sempre en negatiu d'aquesta pràctica per part de la societat majoritària, que d'altres semblants, com ara la dot, no són tan alienes ni llunyanes a la nostra cultura. També en relació amb això hem observat, *encara que generalment es diu “el que Deu vulgui”, que es sol desitjar una distribució equilibrada de nens i nenes dins de la família, amb preferència generalment pels nens*, sobretot en els casos en els que tota la descendència fins el moment ha sigut de sexe femení. Això sembla tenir a veure, entre d'altres factors, amb la previsió de la futura estructura familiar, sobretot si tenim en compte el que acabem d'esmentar: que les dones joves probablement s'allunyin del nucli familiar d'origen per anar a formar part d'una altra família mentre que els nois generalment portaran més membres al seu propi nucli quan es casin.

Així doncs, i segons el que hem pogut recollir durant el treball de camp, el primer fill o filla representa per a la dona la consolidació tant de la maduresa social com del lligam amb el grup de parents del marit. Per tant, i com veurem, *la impossibilitat de poder tenir fills pot tenir molta transcendència en tant que dificulta assolir un estatus dins la família i la comunitat, i pot esdevenir un problema sobretot per a les dones, conduint fins i tot a l'anul·lació del matrimoni o a un rol més marginal dins el context familiar*.

¹⁴³ Pel que hem observat, d'aquests diners generalment s'utilitza la meitat per a cobrir par de les despeses del casament i de la festa que es fa quan aquest es realitza. Aquesta festa, que pot durar més d'un dia, implica en general una despesa bastant elevada, depenent dels casos. En tot cas, faria falta un treball de camp més desenvolupat en origen per conèixer els detalls, ja que la major part dels casaments es fan allà.

Quant a les *idees sobre la concepció i formació dels nadons*, encara que hi ha certes diferències (per exemple, com veurem més endavant, existeix una diversitat respecte a la pràctica religiosa ortodoxa o pentecostal), i que no podem oblidar que el model dominant a Romania (i per tant el que la població rrom ha conegut) *és el biomèdic, tots els subgrups de població rrom solen trobar algunes de les raons i explicacions sobre aquesta qüestió en Déu*. D'aquesta manera, i tal com descriurem més endavant, sovint el desenvolupament adequat de l'embaràs és interpretat pels rrom com un procés en el qual intervé directament la voluntat divina o el destí. Evidentment, aquesta conceptualització ofereix un marc en el qual entendre el propi procés i d'altres situacions que es puguin donar, però no implica la no intervenció activa per part dels progenitors i d'altres persones. Tot i que no entrarem a parlar-ne aquí (ho farem en l'apartat específic sobre salut sexual i reproductiva) hem pogut conèixer situacions de salut on intervenien conceptualitzacions basades en creences tradicionals i religioses relacionades amb el procés d'embaràs, com el sexe i desenvolupament del futur bebè, les prescripcions alimentàries i els riscos o causes de malformacions i avortaments involuntaris, entre d'altres. Com dèiem, *el fet de que aquestes creences estiguin esteses no s'ha d'interpretar directament com a una barrera per a les cures de tipus biomèdic durant aquest procés però sí que pot influir en la manera d'interpretar i expressar certs esdeveniments i de valorar la seva importància*. A més encara que moltes dones defineixen aquestes pautes o indicacions com a creences antigues o referides a la tradició, d'altres hi fan referència i intenten seguir les indicacions com a part d'un procés saludable.

És evident que alguns d'aquests aspectes poden complir funcions importants dins de les relacions i situacions que s'estableixen en el col·lectiu, i que no es tracten simplement de creences irracionals o incultura, com es podria pensar des d'una concepció més etnocèntrica. En tot cas, *en alguns d'aquests aspectes (sobre tot en aquells que sí poden tenir implicacions importants pel desenvolupament del procés de gestació), indubtablement s'ha de fer una tasca de sensibilització i informació*. Però, *aquesta és, en primer lloc, molt menys urgent que les garanties de que efectivament es podrà accedir al servei i, segon, impossible de plantejar en certs contextos de precarietat i sense la formació necessària, les eines i els espais adequats*.

3.2.2. PERSPECTIVA DE GÈNERE EN SALUT.

Molt en relació amb l'anterior, és fonamental considerar, no únicament en l'àmbit de la salut però sí especialment (i específicament en la salut sexual i reproductiva), les múltiples discriminacions que pateixen les dones a tot arreu del món, de diferent manera i en diferents graus, segons sigui la seva posició quant a categoritzacions com el grup ètnic, la classe, el gènere, etc. Aquestes posicions (assignades socialment¹⁴⁴) es fan molt evidents en el cas de les dones rrom, en tant que són immigrants de Romania, d'ètnia gitana, d'un col·lectiu o subgrup diferent a d'altres, en el seu país d'origen i en el context de destí, etc. Dins d'aquests marcadors d'identitat que en sí mateixos ja impliquen forts nivells de discriminació, la seva realitat esdevé encara molt més complexa si considerem el que comporta la pròpia identitat de gènere. Tal com ho exposa Cobo (1990:1-11) citant a Susan Moller Okin:

"Las mujeres forman un colectivo con experiencias históricas intensas y largas de opresión. De todos los grupos marginados presentes en todas las sociedades, el de las mujeres es el más antiguo y aquel que ha tenido que combatir más arduamente para mostrar que su opresión no es natural, sino social y política. (...) Señala Susan Moller Okin que el sexismo es una forma identificable de opresión, muchos de cuyos efectos son percibidos por las mujeres con independencia de la raza, la clase o cultura a la que pertenezcan. (...) las mujeres son la mitad de todos los grupos sociales, independientemente de la categoría a la que pertenezcan. (...) si su pertenencia es a grupos oprimidos ellas padecen la opresión general del grupo más la suya específica como mujeres." Cobo (1999:1-11)

Per tot això, i com s'esmenta en l'informe de la OMS (2005: 1-19), i en relació a la salut, encara hi ha necessitat global de que es reconguin, dins l'àmbit sanitari i en la pràctica, les conseqüències de la manca d'equitat existent basada en el gènere¹⁴⁵. Es podria afirmar, per començar, que ha estat necessari més temps per a que es reconguin el gènere com a un factor social de pes en comparació a altres paràmetres com classe, casta o raça, potser perquè en aquest àmbit encara es sol fusionar més la construcció social (gènere) amb la diferència biològica (en un

¹⁴⁴ Cal insistir en aquesta assignació, per aclarir que, al llarg de l'apartat, quan parlem, per exemple, de raça, ho estem fent des del punt de vista de la construcció social del concepte i de les atribucions, canviants i diferents segons el grup i el context sociohistòric, que es fan partint d'aquest concepte.

¹⁴⁵ "Un enfoque de la salud relacionado con el género, es decir que diferencia los factores biológicos y sociales a la vez que explora sus interacciones y que tiene en cuenta la forma en que la desigualdad influye en las experiencias de salud, sirve de orientación para identificar las respuestas apropiadas del sistema de atención de salud y de la política pública en general" (OMS, 2005:6)

determinisme biològic). En aquest sentit, i encara que la categoria classe, per exemple i amb totes les dificultats de definició, pot ser un factor determinant principal de les desigualtats en salut, el gènere continua sent una categoria força invisible en certs estudis i intervencions, o que almenys no sempre es considera amb suficient profunditat. De fet, el mateix informe (OMS, 2005) també exposa com, en moltes circumstàncies, les desavantatges socials segons aquestes categories són part dels factors determinants primordials de les desigualtats en salut; de la mateixa manera que, en matèria de salut, no es pot afirmar que la biologia actuï sola. Lock i Gordon (1998) i Lock i Scheper-Hughes (1990, ambdós citats a OMS, 2005:6) apunten, i és important ressaltar-lo, que *el prejudici basat en el gènere influeix en la nostra comprensió de les diferències i els processos biològic, perquè el coneixement del cos, la salut i la malaltia en diverses societats i períodes històrics es construeix culturalment i depenent del context*. Aquesta manera diferent d'interpretar el cos, la salut i la malaltia, no únicament recau en les "altres" cultures, sinó que el professional de la salut de la biomedicina, de la mateixa manera que la dona i l'home rrom, també tenen les seves pròpies interpretacions en relació a aquesta realitat.

En aquest apartat, especialment, volem descriure els diversos factors que hem pogut observar en el quotidià de les dones rrom per entendre millor algunes de les variables que es poden activar en relació a la gestió de la pròpia salut i la de les seves famílies. En tot cas, això també quedarà reflectit més endavant, en apartats més específics d'aquest informe (com el de la salut sexual i reproductiva). Però ens sembla que *és important tenir en compte, no únicament la discriminació que les dones rrom pateixen, en tant que dones, en un context cultural on existeix un sistema patriarcal molt explícit, sinó també en relació als conceptes presents a la societat majoritària quant a les categoritzacions com a dones, gitanes i immigrants pobres. És des d'aquesta complexitat que hem d'apropar-nos a la seva realitat quotidiana; i aquesta és especialment interessant en l'àmbit de salut sexual i reproductiva i el de la pediatria: però, en el primer es dona potser de una manera més específica i pot implicar, si es té en consideració dins de les intervencions, l'assoliment d'experiències positives de suport dins la xarxa sanitària en el context de destí, a més de significar una bona oportunitat per aprofundir en un vincle que no sempre es senzill d'aconseguir*.

En tot cas, i parlant en concret del cas que ens ocupa, les dones rrom són les principals responsables de la cura dels diferents membres de la família, les que sovint prenen les decisions "de fet" en relació a la salut i les que, per aquestes raons, poden tenir un contacte més freqüent i intens amb la xarxa sanitària. Assegurar una adequada atenció a les dones rrom és sobretot un dret fonamental que cal garantir; però al mateix temps és també una oportunitat per afavorir l'atenció sanitària al col·lectiu en general, especialment vers als més joves (i molt en concret, menors). Per

*tant, esdevé necessari abordar la seva atenció sanitària des d'una adequada aproximació a la realitat en la qual viuen i de la que provenen, i molt fonamentalment quant a les seves posicions i rols dins i fora de la comunitat*¹⁴⁶.

Com hem observat durant el nostre treball de camp, en diferents formes i intensitats i per diverses raons no sempre ben conegudes des dels serveis sanitaris, *les dones rrom sovint no prioritzen les cures preventives i consideren els serveis sanitaris recursos allunyats o no disponibles cap a elles mateixes però això, com hem exposat en altres apartats, no significa que no realitzin demandes d'atenció sanitària o que no vulguin fer ús dels serveis dels quals disposa el sistema de salut públic*. Tal com s'exposa en l'informe de l'EUMC (European Monitor Center on Racism and Xenophobia, 2003:49), podem destacar diferents raons que, segons el context i de diferent manera, es reproduïxen i impedeixen o dificulten que les dones rrom accedeixin adequadament als serveis sanitaris (tant en origen com en destí). Per exemple, la discriminació sistemàtica, el tractament degradant i les dificultats per accedir al metge de capçalera que moltes d'elles han patit en origen, combinat amb factors socioculturals i psicològics (aquests últims vinculats a aquestes experiències prèvies i a la doble discriminació relacionada amb la seva posició com a dones i com a part d'una població en situació de marginalitat) pot desmotivar a les dones rrom a buscar atenció en els serveis sanitaris i fins i tot a atendre, preocupar-se i buscar cura per la seva pròpia salut quan es veuen obligades a adoptar altres postures o prioritzar altres aspectes i obligacions. *Aquestes reticències a buscar ajuda mèdica poden venir derivades per diferents motius que es donen de manera més o menys intensa, segons la precarietat de la situació en que es trobin i altres factors, com poden ser: informació insuficient sobre opcions de tractament (a més de les dificultats lingüístiques) agreujat per l'associació de la malaltia amb un estat immutable i un procés fisiològic alterable; una comprensió pobre de la visió preventiva o d'allò que constitueix un seriós risc o problema de salut; vergonya per buscar ajuda mèdica, especialment si aquesta requereix una ruptura respecte les tradicions de puresa o altres codis culturals; la resignació sobre les possibilitats per al seu propi futur malgrat hi hagi preocupació per l'educació dels seus fills, i l'atenció al benestar personal ajornat en interès d'atendre la cura familiar i el manteniment de la casa*. A més, tot i que no sempre és així, algunes vegades, i tal com descriu el següent cas, les dones poden trobar-se en una situació més fràgil per diferents raons: des de sentiments de dol, sobretot en

¹⁴⁶ De fet, en molts programes de salut pública ja es té present aquesta orientació vers les dones com a manera d'arribar, a mitjà i llarg termini, a tot el conjunt de la societat, però que, també, això comporta riscos, com l'excessiva responsabilització de la dona en àmbits que no només haurien de correspondre a elles i que s'afegeixen a les múltiples obligacions que ja tenen, el que pot tenir efectes sobre la salut física i psicològica; i també la prolongació d'una situació en la qual només elles assumeixen aquestes responsabilitats, deixant a un costat als homes. Es tracta, sens dubte, d'un equilibri difícil de gestionar.

les mares que tenen els fills a Romania; fins a solitud per tenir lluny la família d'origen.

“Quan arribem a la plaça m’explica moltes coses. Vol que anem lluny de la gent. Té ganes de parlar. Es posa a plorar i diu que troba a faltar els seus fills i els seus pares. I que li fa molt mal el pit. M’explica que els seus pares estan a Anglaterra. Li pregunto que on viu ara i em diu a la L3, a la parada Lesseps. (Dona de 21 anys, Fetesti)”

És per tot això, que l'estat de salut de les dones rrom i l'accés a l'atenció sanitària requereix que les seves necessitats i interessos estiguin reflectits en les polítiques sanitàries i els seus serveis tant en origen com en context de destí i que els professionals sanitaris, en la mesura que els hi sigui possible, puguin tenir-les en compte en l'atenció que ofereixen. Com resumeix la següent cita:

“The definition of health applied to a woman -and the resources allocated for this - have been influenced by social perceptions of women's status and role, which in turn interact with class, caste, and ethnicity. Many women accept ill-health as their lot in life, often ignoring painful and debilitating symptoms because in their culture a woman is expected to endure without complaint; or because taboos and myths have led them to believe that their health problems stem from some sort of reproachable behavior on their part; or simply because they have no alternative.” (OMS, 1995:1, citat en EUMC, 2003:48-49)

Discriminació en relació amb el gènere, vulnerabilitat i violència masclista

Cal començar a exposar aquesta qüestió dient que *a Romania no hi ha hagut una legislació específica en relació a la violència contra les dones*¹⁴⁷ fins fa pocs anys. *Encara actualment, la discriminació (i fins i tot, de vegades, la violència masclista), com en molt altres països, és relativament acceptada en general, com una manera de fer legítima de l'autoritat de l'home com a cap de família* (Centre for Reproductive Rights, 2008). Tot i això, segons UNIFEM (2008), a Romania s'ha produït un progrés significatiu en relació als drets de les dones, almenys a nivell de legislació, en els últims anys (aquesta font es refereix, particularment, al període 2000-2003). Concretament, per exemple, durant el maig del 2003, el govern va adoptar una

¹⁴⁷ El Comité Director del Consejo de Europa para la Igualdad entre el Hombre y la Mujer defineix la violència cap a la dona i les seves conseqüències i inclueix: (...) todas las formas de coacción y medios de intimidación, castigo, relegación a roles estereotipados, erosión de la autoestima o de la personalidad y deterioro de las capacidades físicas o intelectuales. Comprende la violencia física, sexual y psicológica y amenaza los derechos fundamentales, la libertad individual y la integridad física de las víctimas.” EUMC (2003:65)

nova llei sobre violència a la llar, i amb el procés d'integració a la UE, es va aprovar una altra llei sobre la igualtat d'oportunitats i de tracte per a homes i dones.

Evidentment, això no vol dir que la situació hagi canviat radicalment en aquest àmbit; però pot ajudar a introduir modificacions en la situació, i també a fer-la més explícita, també en àmbits com el de la salut. Tal com exposa l'informe de l'EUMC (2003:65), és important considerar en l'atenció sanitària de la població en general, els efectes negatius directes o indirectes que pot tenir la discriminació i la violència masclista sobre aspectes *importants per a la salut de les dones, sobretot en relació a una maternitat segura, la planificació familiar i la prevenció del VIH/SIDA i altres malalties de transmissió sexual; i en general, quan es tradueix en maltractament de qualsevol tipus, en relació al fort patiment que causa i les conseqüències que pot tenir*, com lesions físiques, problemes de salut mental, homicidi o suïcidi.

*A més, en el cas de les dones rrom i donades les dificultats que troben per obtenir atenció sanitària, protecció i recursos contra la violència, tant en context d'origen com en context de destí, la situació de vulnerabilitat esdevé molt menys visible fora del context familiar*¹⁴⁸. Cal afegir, com hem pogut observar en el nostre treball de camp, que en els casos en els quals existeix, les formes en que s'expressa la violència contra les dones rrom varien d'una comunitat i context a un altre. De fet, evidentment, estem parlant de violència sota la consideració de que aquest concepte abasta molt més que estrictament la violència física, que encara que es pugui veure incrementada en certes situacions de precarietat, no és molt més freqüent en el cas de la població rrom que en altres poblacions. També *aquesta violència, en un sentit més ampli, té a veure amb aspectes comuns amb la resta de població, encara que en certs segments de la població rrom (i d'aquesta) es pot expressar amb més intensitat*: Sovint la violència pot aparèixer com a reacció al incompliment dels rols tradicionals que es pressuposen per la condició d'esposa, mare i dona. La dependència econòmica; la vinculació amb la comunitat i la manca d'opcions reals fora d'ella, la manca d'exemples alternatius i el desconeixement dels seus drets poden a més contribuir a mantenir silenciada l'agressió o normalitzar les conductes violentes.

Durant el nostre treball de camp hem pogut conèixer la situació quotidiana de moltes dones rrom que més o menys adaptades viuen aquestes situacions de vulnerabilitat social i fins i tot de violència masclista de diferent manera i en diferents graus dins del context familiar. Com dèiem, les agressions cap a la dona poden ser viscudes des de la normalitat, la minimització i l'acceptació pels

¹⁴⁸ "Rationale", Campaña europea contra la violencia doméstica de la Comisión Europea. http://europa.eu.int/comm/employment_social/equ_opp/violence_en.html (citat en EUMC, 2003:65)

diferents membres de la família¹⁴⁹, tot i que sovint aquesta realitat pugui comportar, com a mínim, problemes en relació a la salut psicològica i l'estat d'ànim de la dona.

De la mateixa manera, com també pot succeir en la societat majoritària, la violència masclista (en aquest sentit ampli) és exercida pels homes rrom com autoritat masculina i és *de vegades justificada implícitament per part de la comunitat en general* (per exemple, les mares o sogres poden aconsellar a les joves que s'adaptin a la situació de parella perquè els homes són així i amb el temps elles s'hauran d'acostumar) i seguint les pautes de relació de gènere¹⁵⁰, legitimades dins del propi grup.

Per tant, esdevé fonamental fer referència una altra vegada a algunes qüestions sobre el parentiu (com a institució social). Encara que evidentment no estan vinculades directament a la vulnerabilitat de les dones, el parentiu, com la comunitat, i de manera especialment important en el cas dels rrom perquè es podria dir que de la primera se'n deriva per extensió la segona (entenent les comunitats rrom que coneixem com un petit conjunt de xarxes familiars extenses), sí posen de manifest la *posició de vulnerabilitat que ocupen les dones rrom dins l'estructura familiar i la comunitat*.

Per una banda, les dones rrom, en general i al llarg de la seva vida, han de respondre a diferents autoritats. L'exercici de la seva autonomia es veu, com a mínim, limitat i, generalment, aquesta no pot ser exercida de manera explícita. Com ja hem dit, les joves, quan es casen¹⁵¹, generalment marxen a viure amb la família

¹⁴⁹ Per exemple, això ho hem pogut observar en moltes ocasions i fins i tot en algunes situacions molt explícites de violència masclista durant un conflicte familiar. També és significatiu (encara que també passi amb dones d'altre col·lectius) com, pel que hem observat, de vegades viuen amb normalitat els continguts, valors i rols que es transmeten en determinades series televisives on la discriminació i la violència cap a la dona es fan molt evidents i són acceptades.

¹⁵⁰ "El género impregna las instituciones sociales porque no sólo se refiere a las relaciones entre los sexos en el ámbito individual, sino también a una gama compleja de estructuras, prácticas y comportamientos que definen los sistemas de organización que constituyen las sociedades humanas. Por lo tanto, se trata de un principio organizador de la vida social" (West, 1993; citat en (West 1993, citado en Hartigan et al., 2002)." OMS (2005:7)

¹⁵¹ Tot i que no aprofundirem massa en aquesta qüestió sí que és significatiu especificar i considerar en l'atenció sanitària vers els rrom (perquè es relaciona tant amb l'edat en que es comença a tenir relacions sexuals i la del primer embaràs) que, tot i que sembla que l'edat de casament s'ha allargat en certs segments de població rrom que practiquen el pentecostalisme (cap als 15 anys), molt sovint l'edat del casament pot seguir estant al voltant dels 13 anys. A Romania, com en d'altres països però segurament, tal com ens deia un home rrom a Țândărei, derivada de la pràctica entre els rrom, està prohibit la seva celebració en persones menors d'edat. Però entre els rrom el matrimoni és acordat pels pares d'ambdues famílies i es realitza "de fet" i segons les costums del col·lectiu rrom, sense regularitzar i generalment amb la realització d'una gran festa.

del marit i, com veurem, esdevé especialment significativa la relació que s'estableix entre la jove i la mare d'aquest. Cal destacar també, com ja hem dit, la importància d'aquesta vinculació amb la família del marit, perquè té molta relació amb l'adscripció de la futura descendència dins el nucli familiar patern (per exemple, una dona rrom de 38 anys, fent referència al seu nét, explicava que el bebè que portava en braços era seu i no de la mare de la seva jove). Alhora, aquest vincle comporta respecte al gènere la definició del *rol d'autoritat i prestigi que pot assolir una dona més gran respecte a les dones joves, dins la família i davant de la comunitat*, sobretot en relació al benestar de la noia rrom que, sovint, pot dependre d'aquesta figura d'autoritat femenina).

Una altra qüestió important és la *proximitat de la família d'origen, que sovint, i quan això és possible, pot suposar un espai de suport per a la jove casada*. Però, també hem observat com algunes vegades, i segons el procés migratori dels nuclis familiars, poden passar temps distanciades d'aquests. Cal afegir, també, que de vegades quan una noia no vol continuar casada pot demanar la separació, i en aquest procés el benestar de la jove pot estar molt condicionat al suport de la seva família d'origen (per exemple, el pare haurà d'estar d'acord amb la separació i haurà de poder desfer el pacte establert amb la família del noi, i en aquest procés poden intervenir qüestions relacionades amb l'honor de la filla i la seva família). Alhora, quan la dona té fills molt petits, la situació es pot tornar més complexa perquè, tot i que poden intervenir altres variables, el dret a exercir les funcions de criança de la mare es pot veure limitat.

Un altre factor important a considerar dins de la situació de vulnerabilitat de les dones rrom, són les *càrregues familiars* (aspecte que també elles esmenten: per exemple, una dona rrom explicava que les *gadje*, o les no rrom, tenen més temps lliure perquè no tenen tants fills). Generalment, *a l'edat de 10 anys, les nenes comencen a ajudar a les seves mares i a aprendre a cuidar dels germans més petits*; en canvi els nois mantenen encara el temps de joc o comencen a moure's dins dels espais dels homes on, majoritàriament, es prenen les decisions. Aquesta desigualtat es manifesta sobretot quan les noies deixen d'anar a l'escola (abans que els nois) perquè, entre altres raons, han d'ajudar a les seves mares en els treballs de casa. Molt en relació amb això, i tal com hem pogut observar durant el treball de camp, *sovint l'expressió de les dones posa de manifest un elevat estrès, i tot i no ser esmentat explícitament com a conseqüència d'aquesta sobrecarrega, pot acabar derivant en possible simptomatologia física i psíquica*. Per exemple, en la següent cita, un home rrom expressa una queixa perquè la seva dona està molt nerviosa. Aquesta noia de 26 anys és dels pocs casos que hem pogut conèixer durant el treball de camp en tractament mèdic per la seva salut mental. Tot i això, i com es

pot veure observar, hi ha d'altres homes que són conscients d'aquestes càrregues familiars tot i que segueixen sense considerar-les seves.

"(...) Diu que la seva dona no ve a la plaça perquè viuen en un altre barri més lluny; repeteix que està boixa amb els nens. Comento que és normal perquè són tres. L'home exclama: *que quieres! no te los puedes comer, son tus niños!* (...) Explica que volia un nen i va tenir dues nenes. Volia el tercer nen més tard però va venir ara. I exclama: *qué le vas a hacer...*! Diu que li és igual viure en un altre barri però només amb la seva família. (Home de 36 anys, Țândărei, 20/04/07)

"(...) L'home exclama: "mi mujer está loca con los niños" (tenen nou fills). Explica que la seva dona està trista. Per això, ara tenen una senyora romanesa (no rrom) que els ajuda amb la casa i amb els nens.". (Home de 33 anys, Țândărei, 06/04/07)

Un afegit a aquesta sobrecàrrega és la feina que realitza la dona rrom fora de casa, moltes vegades, com ja hem dit, en condicions molt més precàries que els homes (per exemple, a diferència dels homes rrom no hem conegut directament cap dona que tingui un contracte de treball entre els rrom de Țândărei i Murgeni¹⁵²). Els guanys que obtenen amb les feines marginals serveixen, generalment, per a cobrir necessitats bàsiques de la família (per exemple, bolquers, llet i altres aliments). Per tant, durant la setmana, poden combinar diferents activitats com la cria dels fills i la cura d'altres membres de família, les tasques de la llar i les feines submergides o marginals (per exemple, netejar cases, demanar diners pel carrer, netejar vidres en els semàfors, recollir ferralla, etc). Tot i la normalitat i l'acceptació que sovint s'expressa en el col·lectiu rrom en relació a la difícil realitat de la dona, durant el treball de camp i com ho expressa la cita següent, hem pogut recollir l'opinió d'algunes dones sobre aquesta qüestió.

"(...) Parlem de les dones. Diu que ella prefereix tenir només nens, en canvi té 4 nenes i 1 nen. El motiu és que les nenes treballen més, tenen una vida més dura: netejar, tenir fills, cuidar-los... en canvi els homes no fan res. Millor tenir nens, diu, perquè viuen millor. (22/07/07 dona 35 anys, Fetesti)

Un altre aspecte, important a tenir en compte en l'atenció a la dona, és que els conflictes es solen resoldre o abordar dins la pròpia comunitat –i per las figures

¹⁵² Sí ho hem vist entre la població rrom que resideix a Tortosa, on, almenys per certs segments, aquesta situació sembla ser molt diferent, amb alguna presència de dones treballant en feines integrades amb contracte.

amb autoritat per a fer-ho, gairebé sempre homes- i que això és coherent amb que, en aquest i d'altres àmbits, *poques vegades s'arribés a demanar ajuda a les autoritats públiques dins d'una lògica que considera (i de vegades amb molta raó) que aquestes ni comprenen el conflicte ni tenen la voluntat de resoldre les situacions d'una manera adient a les característiques de la pròpia població*. Això és d'aplicació per la resolució dels conflictes dins la família, però també a un nivell més comunitari. En aquest sentit, i encara que no és ni molt menys un aspecte vinculat en exclusiva amb els conflictes relacionats amb el gènere, durant el nostre treball de camp hem pogut presenciar judicis públics (*kriss*) que es realitzen al carrer o a la plaça del barri quan hi ha algun problema entre membres del grup. Els qui tenen autoritat per exercir *funcions de jutge són els homes més grans (puró)*, i tot i que es sembla permetre la presència de les dones grans, generalment no s'accepta la seva participació activa. *El tipus de conflictes que es tracten estan relacionats amb afers econòmics, baralles i qüestions relacionades però també, i es el que ens interessa ara, amb casaments, conflictes matrimonials o infidelitats*. La finalitat d'aquests judicis, en part, sembla ser evitar l'extensió del conflicte perquè podrien acabar implicant, per vincles i lleialtat, a més membres de la comunitat, i acabar tenint conseqüències més greus. La resolució sovint passa per un acord econòmic que ha de saldar qui és acusat com a responsable del problema (o el cap de la seva família) que sol implicar, a més de la compensació a l'altra o altres parts, una quantitat determinada pels homes d'autoritat. En tot cas, i tornant a la qüestió del gènere, la legitimitat dels valors patriarcals sovint posa de manifest la posició de vulnerabilitat de la dona en aquests judicis: *si està implicada en el problema li pot suposar conseqüències importants que determinaran els homes grans i les crítiques o rebuig per part de la comunitat*. Com explicava una informant respecte un cas de relació fora del matrimoni:

“(...) Sí, los *purós* [gent gran] decidieron que la chica se fuera a Rumania, sí. Nadie tuvo que pagar, no, dijo: no me interesa nada coge a tu hija y ya está!. No paga nada, porque paga si ella ha hecho esta cosa. Ella tiene 17 años y él 36 años. Era el marido de esa mujer, entonces esa señora era su suegra. (...) Sí, mucha vergüenza, todo nuestro pueblo habla de ella mal ahora. ¿De él también? Él estaba en Rumania pero se conocieron aquí y luego él se fue y luego ella tiene el hijo con su marido. El niño tiene un año o dos y lo coge su suegra y su marido, si lo puede tener cuando se va a Rumania si quiere visitar a su hijo y verlo puede verlo. También si quiere lo coge ella, si quiere..” (Dona 19 anys, Țândărei).

Un altre factor fa referència a la construcció de la identitat ètnica. Es pot considerar que l'hegemonia del sistema patriarcal¹⁵³ es dona, en diferents intensitats i formes en totes les societats i segons el context històric. D'aquesta manera, sovint, com hem pogut *observar en el col·lectiu rrom, i de la mateixa manera que succeeix també en d'altres grups, aquests valors masclistes poden ser viscuts com un marcadors de la pròpia identitat que pot funcionar en relació i contraposició respecte la població majoritària (no rrom)*. En els següents exemples sobre sexualitat, les dones rrom descriuen les pautes culturals acceptades respecte la comunicació entre persones de diferent sexe, o respecte l'adequada manera de vestir, posant l'accent en la diferència vers d'altres dones no rrom (“*tu eres otra cosa*”; “*a mi me gusta como somos*”).

“En nuestras costumbres cuando estamos casados no es bueno hablar con los chicos sólo preguntamos algo pero aunque seamos amigos no hablamos. Sí puedo hablar con mi cuñado, nuestros primos pero con otros no. Tampoco podemos hablar con los gadjos (*no rrom*), sólo les pregunto donde está la calle o el metro o algo o les decimos. Con un chico de Țândărei sí podría hablar si me pregunta donde está esto o esto, como está tu marido, tu suegro.... le digo todas las cosas ¿pero qué más hablamos?, ¿ser amigos?. (...) ¿Pero porque tienes tú amigos?, tú tienes amigos pero tú eres otra cosa (*no rrom*). Mira, cada chica tiene su mente, su cosa, lo que opina pero yo opino esto. Otras si quieren, otras, cuando hablan se van a hablar y después... ¿sabes? Se van con ellos y se enamoran porque los otros intentan hablar contigo y después se van contigo y esto... no está bien. Yo pienso en mis cosas pero lo que piensan otras no me importa.” (Dona 19 anys, Țândărei)

“(...) A mí me gusta como somos: una falda, una cosa pero que sea limpio y bonito, no muchas y ya está. A mí no me gusta que salieran una cosa que me ponga unos pantalones y esto, sólo nosotros decimos que sólo las putas se ponen así, porqué no les gusta sí tú pones esta cosa te mira otro hombre, otro, otro, no es bueno, luego dicen han visto a tu mujer hasta aquí, no está bueno” (Dona 20 anys, Țândărei)

¹⁵³ “(...) És a dir, el sistema sexe/gènere poden ser patriarcals però també poden no ser-ho. I aquests sistemes han de ser posats en context, en relació amb la resta de sistemes que fan que siguin sistemes més o menys patriarcals en el sentit de procurar o assegurar espais (o menys) de subordinació i control de les dones per part dels homes. Les relacions patriarcals, com assenyala Brah (2004:112) són una forma específica de relacions entre els gèneres en què les dones queden sotmeses o en una situació de subordinació. I cal comprendre com aquestes relacions s'articulen amb altres formes de relació en un determinat context històric, tenint en compte que les estructures de classe, el racisme, etc... no són variables independents sinó que la opressió de cada una de elles està inscrita en les altres i n'és constitutiva.” (Mestre, 2006: 75)

D'altra banda, com en d'altres col·lectius i segons el context històric, *la religió* esdevé un factor important que també intervé en la transmissió i el manteniment dels valors masclistes. La seva influència i el paper que desenvolupa dins la comunitat són importants. En el nostre treball de camp hem pogut observar com la *religió –o, més aviat, una manera d'entendre-la i fer-la servir– legitima i reforça aquests valors* (per exemple, un home rrom deia que l'home és superior a la dona i que així està escrit a la Bíblia). Tot i que no aprofundirem en aquesta qüestió, hem pogut observar també l'existència de *pautes culturals relacionades amb la puresa que intervenen i condicionen la participació de la dona en l'espai religiós* (per exemple, durant el treball de camp hem recollit informacions d'alguns informants que apunten que la dona no pot participar en el culte quan té la menstruació o després de donar a llum perquè es considera que està bruta). A més, de la mateixa manera que passa en d'altres creences religioses, la dona rrom no ocupa mai posicions de prestigi o de poder dins la institució.

Cal destacar, a més, que no hem pogut endinsar-nos en profunditat en relació als processos d'aculturació del col·lectiu rrom i, més concretament, en relació a les tensions i canvis respecte el rol de gènere de les dones i dins la comunitat. Però, sí que *hem pogut observar alguns canvis de comportament segons el context on es troben, d'origen o de destí* (per exemple, en l'ús del mocador i altres maneres de fer que s'exigirien amb més rigidesa en el context d'origen). De la mateixa manera que succeeix en tots els col·lectius, i *com a resultat del seu procés migratori, la dona rrom (com la comunitat en general) anirà assolint noves pautes o visions que poden tenir conseqüències importants en relació a la seva qualitat de vida. I dependrà, en gran mesura també, de com d'inclusiu sigui el context de destí. Tot i així, és important assenyalar, que quan es parla de relacions de gènere¹⁵⁴, moltes vegades, es posa molt d'èmfasi en el canvi de comportaments a nivell individual i no en el canvi de les polítiques en l'àmbit social. És fonamental, i té conseqüències particulars, en l'àmbit de la salut, entendre que és necessari aprofundir en l'anàlisi de les desigualtats estructurals de gènere perquè potser sostenen aquests rols i comportaments* (Stronks et al., 1996, citat en OMS, 2005:7)

Les pràctiques o rols específics del col·lectiu poden ajudar-nos a entendre maneres de fer però és, sobretot, necessari investigar com facilitar l'accés igualitari –però adaptat– als serveis (no únicament sanitaris). Per exemple, i tal com descriu en l'informe l'EUMC (Ministeri de Salut i infància d'Irlanda, 2002; citat en EUMC,

¹⁵⁴ “La dependencia de los roles como concepto analítico se observa principalmente con relación al género (más que a la raza o clase) y atestiguan una tendencia dentro de los círculos de política a tratar el género separado de las perspectivas estructurales que nutren el análisis de esas otras formas de desigualdad social” Kabeer (1994), citat en OMS (2005:7)

2003:67), en països com Irlanda, els projectes d'investigació en l'àmbit de la violència contra les dones han incorporat una mirada específica als pobles amb alta mobilitat (que en aquest informe es qualifiquen com a nòmades). Tot i que el col·lectiu rrom amb el qual hem treballat es manté força assentat, és important contemplar, per exemple, la seva alta mobilitat per a què aquesta no sigui motiu per a la no atenció –o l'atenció poc adaptada– des dels diferents serveis i en relació, també a la violència masclista.

Per acabar, és important tenir en compte que és potser l'àmbit sanitari on les dones rrom poden tenir la seva vinculació o punt de contacte amb els serveis públics. Per això, volem destacar un altre aspecte que també pot afectar a la dona en l'àmbit sanitari, perquè *en ocasions les barreres amb les quals es troba el col·lectiu rrom en relació a l'obtenció de documentació, que ja hem esmentat, poden afectar més encara a les dones (per exemple, en el cas de l'empadronament, perquè sent un document necessari també per altres gestions, es prioritzi la seva obtenció per part de l'home, particularment quan aquesta implica una despesa). Situació que esdevé especialment greu si considerem, tal com hem pogut observar i com ja hem exposat, que són elles les que fan més demanda i ús d'atenció sanitària en relació a la seva salut i la de les seves famílies.*

“(…) Ha canviat de domicili. M'explica que no està casada legalment, no te targeta sanitària ni empadronament. El seu marit té residència i va pagar 90 € per tenir empadronament. Diu que ella no en té perquè haurien de pagar 90 euros més. M'explica que no ha portat el bebè al metge des de que ha nascut i que el va tenir a l'Hospital del Mar. M'ensenya la bebè. Està preocupada perquè no menja molt i li han sortit fongs a la boca. Ella diu que li va comprar un xumet de biberó nou. Vol portar la filla al pediatre i vol posar-se un DIU si no està embarassada perquè pensa que ho pot estar”.
(Dona de 25 anys, Țândărei, diari de camp 18/10/07)

Com acabem de dir, *els serveis sanitaris públics podrien constituir un espai fonamental tant pel paper que fa la dona quant a la cura d'altres membres de la seva família com per la seva salut, ja que s'espera d'on possiblement puguin rebre suport i informació (OMS, 1998) per a millorar la seva qualitat de vida i modificar alguns dels aspectes que les fan viure, molt sovint, en una situació encara més vulnerable que la resta de la població rrom.*

3.2.3. XARXES SOCIALS I DE SUPORT

Les xarxes socials i de suport són, com ja hem comentat, un aspecte fonamental quant a la salut que té també a veure, encara que no només, amb les qüestions abordades en apartats anteriors respecte a l'organització del parentiu. En aquest sentit, són un element importantíssim també per a altres aspectes com els econòmics, la transmissió de coneixements, la resolució de conflictes o la gestió de certs processos comunitaris¹⁵⁵ i per tant, un element transversal a tots ells, per al qual només resumirem aquí alguns trets fonamentals¹⁵⁶.

Convé començar ressaltant de nou que, en termes generals, la població rrom presenta un caràcter comunitari molt intens, i que això té una expressió definida tant en la composició i estructura de les seves xarxes socials com en les seves possibles funcions. Per esmentar una, relacionada amb els factors que hem anat abordant: per exemple, les xarxes socials i de suport solen tenir un pes fonamental en les possibilitats de recerca d'oportunitats laborals i econòmiques. Com hem comentat, en el cas de la població rrom les seves dificultats d'accés al treball integrat (fins i tot al no regularitzat) poden tenir a veure, com apunta també Pajares (2006:262), amb que per als rrom romanesos aquestes xarxes són molt àmplies (potser més que per a altres poblacions) però no de tipus laboral o, dit amb major precisió, no per a aquest tipus d'ocupacions. A mesura que la proporció de població rrom amb accés a aquest mercat de treball fos major, probablement aquest factor s'aniria modificant.

Quant a la *composició de les xarxes*, hi ha diversos aspectes importants a considerar. El primer d'ells és que per allò observat durant el treball de camp, en el cas de la població rrom les xarxes de suport semblen ser en general molt homogènies quant al grup al que pertanyen les persones que les componen. En aquest sentit, *la major part solen pertànyer a la pròpia població rrom, encara que existeixen excepcions en alguns casos*. Segons la nostra opinió, aquest aspecte té a veure fonamentalment amb la situació d'exclusió social i les enormes diferències en aquest sentit que existeixen amb altres poblacions (també en el de pautes de mobilitat i assentament, caracteritzades per la inestabilitat i per les dificultats per a estar molt temps en un barri i crear una xarxa social àmplia). En tot cas, també

¹⁵⁵ Per citar un exemple, el manteniment compartit dels espais de culte, com van mencionar més d'un informant a Tortosa i d'altres indrets, que es fa mitjançant les aportacions de les persones que acudeixen.

¹⁵⁶ Encara que hem recollit informació extensa sobre aquest àmbit durant el treball de camp, una anàlisi en profunditat del mateix requeriria de l'aplicació de tècniques específiques que no hem utilitzat en aquest estudi en concret. Donada la complexitat observada de les xarxes socials de la població rrom, i la seva importància per al col·lectiu, seria molt interessant aprofundir en la seva anàlisi en el futur.

existeixen altres aspectes relacionats, per exemple *amb el parentiu, com la exogàmia en termes d'enllaços amb membres d'altres grups socials: per exemple, de les persones entrevistades, més d'un 90% tenien parelles del mateix grup ètnic i país, la qual cosa és coherent (i probablement encara més accentuat) amb allò recollit en el treball de camp*¹⁵⁷. Per altra banda, cap esmentar que aquestes xarxes socials àmplies estaven també compostes, generalment, per persones del mateix subgrup o família extensa, per diferents raons entre les quals es troba també l'existència de relacions asimètriques entre els mateixos, com per exemple la qual hem comentat respecte a Țândărei i Murgeni¹⁵⁸. Finalment, és necessari esmentar que *tampoc existeix massa relació, aparentment, ni amb la població romanesa majoritària (encara que sí l'hem observat en certs contextos), ni amb població del mateix grup ètnic (rrom) d'altres països* (excepte per l'observat a Tortosa, en casos que semblen excepcionals i alguna relació esporàdica amb rrom d'origen búlgar a Barcelona).

A pesar de l'amplitud d'aquestes xarxes comunitàries, centrant-nos en allò referent a la xarxa social i de suport més propera a la persona, generalment es pot dir que, *depenent de l'àmbit de suport del que es tracti aquest cercle més proper no és massa ampli, i que es sol limitar, com passa habitualment, als familiars més propers i algun amic, a més de ser relativament homofíliques, per exemple respecte al gènere* (major nombre de dones o homes en la xarxa, segons sigui, respectivament, home o dona) i, segons el cas, respecte l'edat. Per exemple, *per a les xarxes de suport en salut, en les entrevistes, el nombre esmentat va ser d'aproximadament cinc persones de mitjana*. D'elles, simplificant les dades, una solia ser la parella, una altra un amic proper i les tres restants altres parents, mentre els fills ocupaven un lloc menys important (probablement per l'edat dels entrevistats, el caràcter relativament jove de la població rrom en general i la seva alta natalitat). També, davant la pregunta sobre a qui recorria en primer lloc a un problema de salut, 27 persones de 30 van afirmar que seria a un familiar. D'altra banda, *la majoria de les persones esmentades residien en el mateix domicili o, en segon lloc, en la mateixa localitat*, amb índexs més baixos per a persones fora de la ciutat o de Catalunya: encara que generalment hem observat que també es donen, per a aquest tema, xarxes de suport basades en algunes persones importants en origen, aquest dada també és coherent amb el

¹⁵⁷ La resta tenia una parella del mateix país (Romania) però diferent grup ètnic (paio). Durant el treball de camp hem trobat molt pocs casos, fins i tot d'aquest tipus, i quan es tractava de població romanesa no-rrom, generalment eren persones que vivien en una situació semblant a la de la població rrom en destí. En tot cas, i és significatiu esmentar-lo, també vam observar directa o indirectament una parella formada amb un home rrom originari d'altre país (Sèrbia), altra formada amb una dona gitana de Sant Roc i altra més amb un home pakistanès..

¹⁵⁸ Una dada que sembla donar suport a aquest fet és que, al preguntar en les entrevistes sobre les relacions amb altres grups, la població originària de Murgeni va indicar amb més freqüència com dolenta la relació amb altres rrom (probablement, i interpretant-lo des del context de l'entrevista, aquells originaris de Țândărei).

perfil que cabria esperar en una xarxa d'aquest tipus, amb qüestions de vegades molt sensibles i que requereixen d'un suport proper.

En aquest sentit, *la xarxa de suport (global i més propera) respecte a la salut, compleix funcions fonamentals*, algunes de les quals ja hem esmentat o esmentarem al llarg d'altres apartats. Per exemple i mencionant només algunes:

- Les xarxes de suport són importantíssimes en la *presa de decisions* respecte a la salut, però també en la *transmissió de coneixement* sobre aquesta en general, els possibles *recursos als quals acudir i els consells* quant al tractament (particularment quan, com veurem, es dona una proporció important d'automedicació en el col·lectiu).
- Les xarxes de suport són *també importants en allò referent a l'acompanyament, en combinació amb d'altres factors (com la capacitat lingüística¹⁵⁹)* que abordem en altres apartats. Això s'expressa, per exemple, en el fet que, de la meitat dels entrevistats que van habitualment acompanyats als serveis sanitaris (la resta afirmen fer-lo generalment sols), tots van afirmar *fer-lo amb una persona que té dret a acompanyar-los i que ells prefereixen, i en cap cas amb altra persona imposada*, que probablement no hauria estat triada al preguntar per la seva xarxa social. De totes maneres, en els acompanyaments és important considerar juntament amb l'apartat anterior, els rols atribuïts a cada persona en la xarxa de suport: per exemple, *el dels marits a l'hora d'acompanyar a les dones en qüestions relacionades amb l'embaràs (com veurem) o el de les sogres, que en ocasions poden arribar a exercir també un rol de cert control*.
- A més, les xarxes de suport són *fonamentals en els processos de cura i atenció, com per exemple en la distribució de les cures dels nens entre dones d'una mateixa família, el repartiment de rols en la cura de persones malaltes, menors o gent gran (encara que aquest últim és molt poc habitual en destí, en aquests moments)*, etc.
- Finalment, són *imprescindibles en determinats segments que es troben en condicions de molta precarietat. Per exemple, en el cas ja esmentat de dones el marit de les quals no està present, en ocasions depenen exclusivament d'una xarxa molt petita de persones. Si aquesta no està disponible, aquestes*

¹⁵⁹ Per exemple, hem observat que és relativament més habitual que la població de Tândărei acudeixi sola als serveis sanitaris, i encara que poden intervenir altres factors, pot ser que no sigui tant perquè la seva xarxa de suport sigui menor (que probablement no ho és) sinó potser perquè es desemboliquen millor en el sistema sanitari, a causa de un major temps d'estada i una major competència lingüística, entre d'altres raons.

persones no exerceixen dit suport, o si hi ha un conflicte i per aquest motiu aquest no s'activa, la situació pot convertir-se, com ha ocorregut en algun cas, en una situació al límit de la subsistència.

En tot cas, i reprenent en general la relativa homogeneïtat de les xarxes comunitàries de la població rrom, cal apuntar que probablement té aspectes positius que poden complir també una funció en la situació en la qual es troben, com hem vist abans. *No obstant això, en el context de destinació, dóna la sensació que xarxes més diverses i altre tipus de vincles, podrien oferir en ocasions millors oportunitats o elements de suport dels quals no solen disposar, també per a l'àmbit de la salut.* Aquesta diversitat en les xarxes augmentaria, probablement, amb unes majors possibilitats d'estada estable i una millora de la seva situació general a nivell socioeconòmic, entre d'altres canvis.

3.2.4. IMPLICACIONS DE LES CONCEPCIONS DEL COS, SALUT/MALALTIA I ALTRES.

A part dels aspectes anteriors, durant el treball hem analitzat també informació sobre determinades pautes o concepcions que poden tenir relació tant amb la salut de la població rrom com amb la forma en que interpreten i fan ús dels serveis sanitaris. Entre d'altres aspectes, hem recollit informació sobre la seva concepció del cos i els components de la persona, els processos i interpretacions de la salut i la malaltia i altres aspectes relacionats. No obstant això, és necessari dir *que no hem observat durant el treball de camp una presència tan acusada –o tan diferent a la de la societat majoritària- com cabria esperar d'aquest tipus de factors, la qual cosa succeeix també amb d'altres que hem inclòs sota l'epígraf de “culturals”,* encara que es poden visualitzar amb una major claredat en aquest apartat i en els següents. Encara que *ha de considerar-se únicament com una hipòtesi pròpia i molt preliminar,* creiem que això es pot deure a diverses raons, que tenen a veure amb el procés d'investigació però sobretot amb la situació de la pròpia població. Podria ser, d'una banda, que per exemple a causa de les dificultats de comunicació no haguéssim pogut arribar a entendre en profunditat el significat de diferents situacions o interpretacions, per no disposar en aquest moment de ningú que pogués explicar-nos-les en tota la seva complexitat. Pot ocórrer també, que a causa del perfil de població amb la qual hem treballat (sense centrar-nos exclusivament, més aviat al contrari, en segments en una situació millor, minoritaris en el cas de la

població rrom), les temàtiques cap a les quals ha tendit naturalment el treball de camp han estat bàsicament les relacionades amb la desigualtat i l'exclusió social.

No obstant això, tendim a pensar que, en el cas de la població amb la qual hem estat treballant, i en comparació d'unes altres, realment aquest tipus de pautes organitzades en un *marc complex de significats, clarament diferents al nostre (el que sol considerar-se "cultura", des d'una òptica estreta)*, queden molt habitualment subsumides en la situació d'intensa precarietat constant i quotidiana i en els processos històrics d'aculturació i de marginalització. En altres paraules, i com diem, des d'una hipòtesi molt inicial que no desenvoluparem aquí, dona la sensació que, independentment d'aquests processos històrics, una situació de certa estabilitat i de cert alleujament (a nivell socioeconòmic) són condicions que afavoreixen que durant el treball de camp sorgeixin amb facilitat explicacions complexes i fins i tot una reconstrucció de les pròpies tradicions que creiem, en ocasions, es dona. Ara bé, i de nou *interpretant la cultura des d'un punt de vista ampli i global (com creiem que correspon)*, és evident que existeixen pautes culturals pròpies de la població rrom romanesa, que la diferencien relativament d'unes altres.

En tot cas, és bo recordar aquí el procés històric i d'origen que hem resumit en l'apartat 1., i no cal oblidar que la presència de població gitana en els diversos estats europeus es remunta al segle XV, pel que es pot dir que, tot i que la seva segregació i la capacitat per a sobreviure com a grup diferenciat, també ha estat en contacte constant amb les idees i patrons de les diferents societats majoritàries, i per tant en un procés de certa permeabilitat, comuna a totes les societats humanes que estan en contacte. En aquest sentit, i a l'observar, per exemple, *els components de la persona implicats en els processos de salut i malaltia que freqüentment esmenten i utilitzen els rrom, ens adonem que almenys en aparença, són els mateixos, en termes generals, que els que es poden observar en la població romanesa en general*. Com veurem més endavant, *no hem trobat, com sí pot passar en altres poblacions, un sistema de curació tradicional clarament pautat o amb uns preceptes clars i normativitzats*. Això pot implicar, almenys per a la població de la qual estem parlant, que les concepcions generals siguin relativament compartides amb les que existeixen aquí, la qual cosa *hauria de facilitar* la comprensió mútua i la comunicació. En general podem dir, per tant, que *no hem trobat grans distàncies al realitzar els acompanyaments i abordar aquestes qüestions amb els informants quant, per exemple, a la concepció del dualisme entre cos i ment, certs conceptes relacionats amb la pròpia pràctica de la biomedicina (per exemple, la importància i funció dels òrgans principals, com el cor, el cervell, etc.) o amb el funcionament general del cos*. El fet que de vegades aquesta relativa similitud no millori la comunicació posa de manifest l'importància que poden arribar a tenir els matisos en

certs qüestions culturals, però també, i sobretot, la rellevància d'altres factors no purament culturals (llengua, marginació, etc.).

Dit això, sí que és necessari esmentar amb més concreció alguns aspectes o implicacions específiques que vam tenir en compte durant la investigació, relacionades amb aquestes concepcions. En primer lloc, *no hem trobat qüestions massa significatives respecte a aspectes com les injeccions, la donació de sang, les transfusions i les intervencions quirúrgiques. En tots aquests camps, en general, no hem observat reticències majors ni interpretacions diferents a les quals podríem trobar en la població en general, si bé en algunes d'aquestes qüestions el coneixement sobre els diferents processos i les seves implicacions no sempre era complet o adequat, des d'un punt de vista sanitari.* En les entrevistes ha ocorregut en general el mateix respecte a aquests aspectes, amb molt pocs informants senyalant algun problema en relació a això (únicament dos respecte a les injeccions, per por; i un respecte a les transfusions). Es a dir, en altres paraules, que *les explicacions que a vegades es donen pel rebuig o reticència respecte a alguns procediments, en lloc de ser exclusivament culturals (posant aquesta etiqueta com qualsevol altra que pogués ser còmoda) s'haurien de relacionar tant amb factors estructurals (que incideixen en la situació i característiques de la població) com amb la falta de recursos, coneixements, formació, i proximitat del propi sistema sanitari.*

No obstant això, *hi ha hagut altres aspectes* on les respostes en les entrevistes han confirmat certes tendències observades durant el treball de camp. En concret, per exemple per a la *donació d'òrgans, un poc menys de la meitat* dels entrevistats van manifestar algun problema, afirmant que les rebutgen en termes generals. Encara que no han existit moltes situacions associades en el treball de camp¹⁶⁰, l'explicació d'aquest rebuig sol respondre (també en les entrevistes) amb el malestar que pot generar la presència per una banda d'altra “persona” en el propi cos i, en el cas de la voluntat de donar una vegada morts, amb la idea que el cos sigui respectat per al seu enterrament; també amb fortes referències a la voluntat de Deu; però també, algunes vegades, amb un sentit pràctic i amb el missatge de poder ajudar a un altre.

“En nuestra ley eso no se hace. Cuando una persona muere en mi país, la gente que tiene dinero paga al médico del tanatorio para que no lo opere (*autòpsia*), para que no le corten los órganos.” (Home, 26 anys Fetesti)

“No daría órganos...yo le pediría a Dios que salvara a quien necesita los órganos. Dios hace un milagro y ya está” (Dona, 19 anys Țândărei)

¹⁶⁰ Com veurem, els exemples d'hospitalització han estat escassos, i gairebé cap relacionat amb patologies en les quals estigués indicat un trasplantament.

“(…) si mi hermano se ha ido (*mort*) y sé que no va a volver ... y el médico me lo pide para un hombre pues sí.” (Home de 19 anys, Țândărei)

També trobem una actitud dividida, en aquest cas més vinculada a les creences religioses, respecte l'eutanàsia i la prolongació de la vida artificialment. En aquest cas (i encara que evidentment depenent de factors com el temps en el qual la persona estigués en aquest estat, el sofriment percebut i les possibilitats de recuperació), només un terç dels informants entrevistats van estar a favor, mentre un 40% va estar en contra i una proporció significativa (7 de 30) no entenien la situació plantejada. En tot cas, com ja hem dit, sembla existir un vincle clar entre aquesta actitud i les creences religioses, amb una proporció major de persones a favor en el cas dels ortodoxos (5 de 8 persones) i clarament menor en els pentecostals (2 de 10 persones). Encara que evidentment aquestes dades només serveixen per a exemplificar aquesta relació, la veritat és que confirmen els paràmetres generals del treball de camp, en el qual freqüentment, en aquest i altres aspectes similars, hem observat un major respecte (almenys formalment) dels preceptes religiosos per part de la població amb creences pentecostals.

Una cosa similar succeeix amb l'actitud cap a les autòpsies. No obstant això, en aquest cas *el rebuig sembla ser més significatiu*, tant en les entrevistes (18 persones de 30) com en el treball de camp. Aquest rebuig té a veure, generalment, amb el respecte pel cos de la persona morta i es manté tant pels propis informants com pels seus familiars. Aquest respecte es mostra també en altres senyals de dol, com per exemple el fet de que els homes es deixin barba durant un període de temps de varis mesos; però, entre d'altres raons, té també que veure amb els rituals relacionats amb la mort, un dels elements del qual centrals és la vetlla del cadàver durant un temps que sol durar diversos dies (en origen), i per a això es *considera poc adequat que aquest no estigui “complet” o hagi estat manipulat*. És així com un noi de 20 anys, originari de Murgeni, explicava el seu rebuig vers les autòpsies: “(…) eso es cosa de Dios. Para que Dios lo vea completo”.

Per altra banda, i a pesar que no hem pogut recollir informació massa extensa de primera mà sobre el *procés de mort i enterrament*, la veritat és que en els casos en els quals hem pogut observar tot el que l'envolta, aquest és un element considerat fonamental i que a més genera problemes importants afegits a causa del procés migratori. Entre ells, *és particularment problemàtic el desplaçament del cadàver a origen, un desig que generalment es considera imprescindible*: aquestes despeses, que suposen varis milers d'euros, empenyen freqüentment a les famílies (sobretot en els casos en els quals existeix una forta pressió econòmica) a endeutar-se per a poder assumir-los, si bé també hem observat que existeix, en aquest sentit, un

sentiment comunitari (tant en destí com des del context d'origen)¹⁶¹ que de vegades força, més que en altres qüestions, a la col·laboració econòmica d'altres rrom¹⁶². Per altra banda, *aquests problemes s'agregen en el cas que, per no arribar a la quantitat necessària en un termini determinat, o per altres raons, s'incineri el cos. Generalment, sembla que la incineració no és una opció considerada massa vàlida, per no encaixar amb el ritu funerari tal com és entès*¹⁶³.

“Ens han dit que havia mort un matrimoni de Fetesti en accident de cotxe i que es celebrava avui la seva vetlla. Ens han explicat que la celebració pot durar fins i tot tres dies. Ens han dit que podíem anar-hi; que no passava res; que hi anava molta gent. Hem conegut la casa perquè hi havia molts rroms; i també molts cotxes aparcats amb matrícules de Madrid, Barcelona i d'altres països com Anglaterra. Hem observat moltes famílies al carrer, xerrant i menjant (molts nens jugant). Hi ha molta gent i com és estiu encara més perquè han vingut a passar les vacances a Romania. Observem que molta gent és de Țândărei (els rrom d'ambdós pobles són del mateix grup). Un home resident a Badalona que s'apropa per a saludar-nos ha tornat per quedar-se. Observem que la gent va arribant. La majoria està en petits grups fora al carrer i alguna gent va entrant i sortint de la casa. La vetlla és oberta, tant de dia com de nit, i sembla un espai de respecte vers la família afectada i de trobada amb la resta de la comunitat. Ens expliquen que durant diferents franges d'hores i al llarg d'aquest dies de vetlla, tota la comunitat presenta els seus respectes a la família i els hi fa companyia. S'ofereix menjar i hi ha un grup de músics (toquen música per aquests moments, ens diuen que no és música de festa). Ens fan passar a l'habitació per veure els difunts. Hi ha dues dones joves que els ploren (filla dels difunts i una cunyada d'aquesta). També estan registrant la cerimònia i ens diuen que ho fan per conservar el record. Observem que els difunts estan arreglats per mostrar-los dins el taüt; coberts els cossos amb una roba blanca quasi transparent; pètals de flors escampades per sobre d'ells; i vestits especials (semblaven tradicionals). Sortim de la casa. Passa la tarda i el vespre, el

¹⁶¹ Des del context d'origen vam poder observar com en una de les esglésies pentecostals de Țândărei, durant la missa, el pastor sol·licitava la col·laboració de la gent per poder repatriar el cos d'un home rrom molt pobre que havia mort de malaltia a Anglaterra.

¹⁶² No en tots els casos. És també interessant fer notar (perquè té a veure amb les implicacions que abordem en aquest apartat), que per exemple van existir reticències a col·laborar econòmicament en el trasllat en un cas observat, en el qual existia la sospita que la mort havia estat provocada per un suïcidi.

¹⁶³ Encara que és raonable pensar que algunes d'aquestes pautes podrien produir certs problemes en destí, per exemple als domicilis, no hem observat aquí cap situació que impliqués un velatori (generalment es tendeix a fer-ho en origen) i per tant no es pot afirmar que, en el moment actual, sigui un aspecte especialment conflictiu respecte a la relació de la població amb els serveis sanitaris públics catalans.

cotxes segueixen arribant i marxant.” (Diari de camp 22 juliol 2008, Fetesti)

En relació a d'altres qüestions relacionades amb la concepció de la salut i la malaltia, hem observat *molt freqüentment una concepció molt simptomàtica de les malalties, que es podria dir que té també relació directa amb la incapacitat que se'ls atribueix, encara que la pròpia concepció dels símptomes no és, en general, massa diferent de la que podríem considerar més estesa a la nostra societat en general*. Per esmentar les respostes obtingudes a les entrevistes, coherents amb això, els *símptomes “d'estar malalt” més mencionats per les persones entrevistades van ser, per ordre, el malestar general (75% de les persones), el dolor general o específic (54.2%), tos/mocs i febre/diatèrmia (41.7% cadascun), alteracions en apetit, set i son (25%) i, per sota, alteracions de la pell i simptomatologia psicològica*¹⁶⁴. És important esmentar aquesta concepció simptomàtica, perquè té també a veure tant amb una *certa impressió d'immediatesa en el abordatge de les malalties per part de la població rrom com amb la lògica desitjada en aquelles situacions en les quals el més important és poder treballar per la impossibilitat d'obtenir cap altre ingrés (ajuda o baixa laboral)*. A més, donada aquesta concepció simptomàtica, això influeix en que una vegada solucionats els símptomes més visibles, potser es doni com superada la malaltia, i això pot tenir conseqüències pel seguiment dels tractaments i altres indicacions terapèutiques, i la prevenció i procés de malalties cròniques. En tot cas, i observant les respostes obtingudes en les entrevistes respecte a la valoració de la gravetat de diferents malalties, vam trobar que, com esmentem, la seva interpretació no és tan diferent com la que es pot esperar, *si bé les respostes no són en cap cas homogènies*. Pot servir com exemple la distribució de *respostes per a la malaltia més greu*: en primer lloc apareix el VIH/SIDA (17 de 25), però seguit de la Tuberculosi (4 de 25), la Diabetis (3 de 25) i la depressió (1 de 25). De fet, *aquesta distribució no és del tot coherent amb la concepció simptomàtica que acabem d'esmentar, i la distribució global, segons els nostres paràmetres, no és massa sorprenent*¹⁶⁵. En tot cas, aquesta concepció relacionada amb la incapacitació i els símptomes es dona, sens dubte, i molt sovint; però potser en el cas d'aquestes malalties les respostes poden tenir més a veure amb un coneixement superficial de dites malalties, i l'heterogeneïtat, quan es dona, respondre més tant al poc contacte

¹⁶⁴ Només per fer esment, per que no el considerem massa significatiu, és la posició dins d'aquests símptomes de les nàusees, vòmits i/o diarrea (20.8% de les persones ho van esmentar, el que sembla una proporció una mica baixa). S'ha de considerar que la pregunta va ser feta a adults sobre les seves pròpies malalties i que per tant, aquests símptomes, que pel que hem observat al treball de camp son font de preocupació i molt habituals en els nens, no estan tan presents als adults i no es van mencionar.

¹⁶⁵ Si considerem les freqüències per les cinc posicions] (de més greu a menys greu), les més esmentades són, a part del VIH/SIDA, la Tuberculosi (segona en gravetat), la Diabetis (tercera), Depressió (quarta) i el dolor fort i sostingut d'esquena (cinquena).

amb els serveis sanitaris com a la manca de formació vers certs aspectes relatius a la salut.

3.2.5. CREENCES I PRÀCTICA RELIGIOSA.

Un altre dels aspectes culturals que al llarg del treball de camp es va mostrar com important en el cas de la població rrom són les creences i la pràctica religioses. Com ja hem dit, existeixen diferències en aquest sentit entre la població rrom amb la qual hem treballat que *pertany generalment a un dels dos grups majoritaris, pentecostals o ortodoxes*. Aquesta distribució també va ser recollida en el perfil dels entrevistats, tal com es mostra en la taula següent:

Confessió religiosa a la qual s'adscriu(a)

		Freqüència	Percentatge	Percentatge vàlid	Percentatge acumulat
Vàlids	2 Ortodox	12	40.0	40.0	40.0
	3 Pentecostal	12	40.0	40.0	80.0
	4 Cap	5	16.7	16.7	96.7
	5 Altres cristians	1	3.3	3.3	100.0
	Total	30	100.0	100.0	

Com es pot observar, existeix una proporció similar entre els entrevistats d'ortodoxos i pentecostals, si bé tendim a pensar, segons el treball de camp, que la segona és en aquest moment l'opció majoritària entre la població rrom present a Catalunya. No obstant això, aquesta distribució no es correspon exactament amb els diferents subgrups ni barris, i en tots ells (Sant Roc, Santa Coloma de Gramenet i Tortosa) hem trobat població tant ortodoxa com pentecostal, el que no vol dir que la proporció sigui la mateixa en ells. Per exemple, *comparant la població originària de Țândărei amb la de Murgeni, hem observat que probablement la primera compta amb una major quantitat de persones que s'adscriuen al culte pentecostal. Pel recollit durant el treball de camp, això és coherent amb el fet que el procés de conversió cap al pentecostalisme¹⁶⁶ es va iniciar abans en aquesta comunitat i té ritmes diferents depenent del lloc*. En aquest sentit, és habitual escoltar frases com la següent, en la qual un informant destaca la importància del temps que una persona porta sent cristiana, dins del procés de conversió.

“Yo no soy cristiano, mi padre sí. Desde hace más de 10 años, se hizo, de los primeros. Por eso no bebe ni hace nada en contra de Dios. Si encuentra un

¹⁶⁶ Procés relativament recent a Romania i en tot cas compartit amb altres poblacions, també amb la població gitana autòctona.

dinero, pregunta de quien es para dárselo. Y antes de comer o coger nada, si sabe que no viene de un sitio bueno o que es robado, no lo quiere". (Home, Murgeni, 32 anys).

Sense entrar en profunditat en la qüestió, la veritat és que des del coneixement de la situació a Romania i el nostre treball amb la pròpia població, *aquesta conversió té sentit, sobretot, pel caràcter marcadament comunitari que presenta el moviment pentecostal i també per l'autonomia i el autoreconeixement que implica, en el sentit que la pròpia organització del culte i les persones que ho executen són de la pròpia població rrom, en comparació del que previsiblement succeeix amb l'església ortodoxa romanesa. A més, el culte pentecostal pot haver adquirit una especial importància amb el procés migratori, al tractar-se d'un dels espais comunitaris més importants (i l'únic relativament formal, des dels nostres paràmetres) que la població rrom sol tenir en destinació.* Continuant amb la distribució entre subgrups és necessari esmentar, per altra banda, que *el culte pentecostal suposa un cert element aglutinador, en tant que compartit, per exemple, entre persones originàries de Murgeni i de Țândărei, la relació de les quals a nivell grupal, en termes generals, no sembla simètrica, i amb unes condicions socioeconòmiques i situació d'exclusió diferent.* Per altra banda, encara que són aspectes que pràcticament no hem explorat, seria també molt interessant aprofundir en les possibles implicacions de les creences respecte la relació amb població gitana autòctona; però també i en relació als romanesos no rrom.

"Los gitanos son pentecostales y los gadjos son ortodoxos. Mi madre es pentecostal como mi padre. Mi padre está cristiano de pentecostal no cristiano de católico. Antes mi madre como era paya era ortodoxa" (Home de 20 any, Constanta)

En tot cas, i com és lògic, *el nivell de pràctica religiosa per als diferents credos és heterogeni; però podem dir en termes generals que, donant suport a tot el que hem exposat, segons les dades del treball de camp i les entrevistes, la proporció de persones que creuen però no practiquen és major en el cas dels ortodoxos, i alhora, la de persones que practiquen l'imprescindible (per a poder seguir afirmant, coherentment, que es professa la religió), més de l'imprescindible o tenen una funció especial, major en el culte pentecostal.* No obstant això, hem observat que *molt freqüentment els diferents nivells de pràctica (en concret, en aquelles persones que creuen però no practiquen) no tenen tant (o només) a veure amb una opció personal, sinó que vénen molt condicionades per les possibilitats reals en destinació de fer-lo: d'una banda, en el cas de les persones ortodoxes, les dificultats solen tenir a veure amb la distància als llocs de culte, que ni són nombrosos ni estan presents en tots els barris. Per al culte pentecostal, els problemes solen ser d'un ordre diferent:*

generalment el culte es realitza en locals gestionats per la pròpia comunitat, amb poc o cap suport extern, i per tant, depenen en part de les possibilitats econòmiques de les persones que acudeixen. Per exemple, i tal com ens va comentar un informant a Tortosa, el local que fins a aquest moment tenien llogat per al culte pentecostal va haver de tancar per les dificultats per a mantenir-lo econòmicament. Tampoc les condicions d'aquests locals (almenys del que vam conèixer durant el treball de camp) solen ser les més adequades. En aquell cas es tractava d'un soterrani situat a Santa Coloma de Gramenet, que a més d'estar mal condicionat, sembla que va provocar certs problemes de soroll i molèsties amb els veïns. Tot l'anterior ha implicat que els canvis de local hagin estat freqüents i que, durant períodes importants de temps, no hagi existit *un lloc adequat per a realitzar el culte*¹⁶⁷. Creiem que és important assenyalar aquesta qüestió, perquè de fet ha estat una de les demandes més clares i recurrents recollides durant el treball de camp (evidentment, per part sobretot de persones amb un paper destacat en el culte)¹⁶⁸, però també perquè és un àmbit a considerar en cas de voler fer algun tipus d'intervenció a nivell comunitari amb la població rrom.

És important també considerar-lo perquè les *creences religioses* juguen també un paper en relació a la salut, encara que com hem dit el *seguiment dels diferents preceptes és adaptable i heterogeni*. De fet, hem observat fins i tot el que es podria considerar un cert "pragmatisme" en l'ús de la pràctica religiosa (aspecte que no és exclusiu, evidentment, de la població rrom), i que es pot concretar, per exemple, en qüestions com la consideració de que no es pertany al culte en un moment donat i es pertanyerà en un futur. De fet, i encara que no és tan comú, la majoria de les persones que, en la taula que hem mostrat abans, responien pertànyer a altres cultes cristians o fins i tot no pertànyer a cap confessió religiosa, argumentaven que no era per no creure en Déu, sinó perquè en aquest moment no pertanyien al culte pentecostal¹⁶⁹. Aquesta adaptabilitat, i parlant *més en concret d'aspectes vinculats amb la salut*, encara que està molt influïda també per les possibilitats

¹⁶⁷ Pel que hem observat, fins i tot va arribar a realitzar-se, o es van realitzar certs esdeveniments o ritus, en espais públics, com places o parcs del barri de Sant Roc. O per altres raons més concretes (com la pràctica del bateig) es va fer ús de la platja.

¹⁶⁸ En tot cas, la demanda es centrava exclusivament en el local i, com per a altres qüestions, basat en una expectativa de resolució immediata. De fet, vam acompanyar en una ocasió a alguns rrom a una reunió per a parlar de la possibilitat de poder constituir una associació, etc., però davant de la prolongació del procés i el fet que previsiblement no hagués un resultat immediat, el tema mai va anar més enllà.

¹⁶⁹ Entre altres raons, encara que caldria aprofundir en el tema, perquè eren, per exemple, massa joves i pràctiques que realitzaven en aquest moment no eren compatibles amb la confessió religiosa. En molta menor mesura, durant el treball de camp, vam trobar també certa crítica a les persones que participaven en el culte pentecostal per "fer unes coses i predicar altres", encara que en cap cas això implicava la no creença en Déu. Així doncs, podia tractar-se tant de persones que seguien sent ortodoxes com d'unes altres, moltes menys, que en aquest moment deien "no ser res".

segons el cas, està també present en la forma d'entendre determinats preceptes o pautes, que han estat narrats de diverses maneres pels informants.

“(…) Mi marido me dice muchas veces para ponerme cristiana como él, y yo no quiero. Dice: ¡vete a ponerte cristiana! y yo le digo que no, y me dice: fuma hasta que mueras. Porque él está celoso. Y él no me deja, él me dice que me voy a poner mal y él me dice que para qué fumo, que me ponga guapa para que vivir más, muchos años. Y le digo que me deje que yo hago lo que quiero, cuando me vaya a morir ya lo sé que he hecho todo lo que he podido.” (Dona de 19 anys, Țândărei)

“Antes pentecostal ahora no. Me gusta rezar pero hay una costumbre que si eres cristiano no puedes beber, ir a discotecas... ya me haré ...” (Home de 18 anys, Țândărei)

“Una persona cristiana no puede fumar, no bailar, no beber, no mentir, no poner oro, sólo rezar, cantar a Dios y ir a la iglesia. El día anterior a la iglesia no puede tener sexo” (Dona de 19, anys Țândărei)

Es podria dir que, en termes generals, existeix una certa concepció entorn de la “voluntat divina” referent a l'aparició o a la curació de diferents patologies, si bé es tracta més d'un marc en el qual entendre-les i interpretar-les, i no tant una pràctica que pugui eximir de tractaments en el sistema biomèdic o que condueixi, habitualment, a la recerca de solucions en l'àmbit exclusivament religiós. En aquest sentit, i encara que hem observat que en alguns casos existeixen persones amb característiques que les fan especials dins del culte des del punt de vista de les creences religioses, i que es creu que poden fins i tot ajudar a la curació, el context del culte pentecostal no és sempre un context de curació ni condueix a tractaments alternatius, si bé sempre compleix una funció de consol o xarxa social de suport. És així com ens ho explicaven dues noies i un noi rrom de Badalona:

“(…) Dios te ve. Hay cristianos que hablan con Dios y él te pregunta. Si Dios le pone algún poder a él, él hablan con Dios y Dios transmite por él.” (Home de 20 anys, Murgeni)

“(…) solamente si está decidido por Dios, es Dios que le dice a él (*un cristià especial*) lo que le pasa. La gente si quiere va a hacerle preguntas, solamente si está en una iglesia. Dios habla por ese hombre, no es que hable él, claro

(...) No es cuando la gente quiere solamente cuando Dios decide cuando él quiere sobre tu salud. No solamente él, hay más gente (*cristians especials*)”
Dona 25 anys, Fetesti.)

“Mira, si ahora vienes a mi casa y viene él (*cristià especial*) y estas aquí, como te digo yo... y te mira a tí y te dice: tú estas enferma, tú necesitas algo... ¡así tú lo sabes lo que necesitas! ... tú lo sabes que estas enferma, que Dios ha hablado con él para que decirte, porqué sinó lo sabes, como tu ahora que no lo conoces a él y viene y te dice: ¡estás enferma, tú necesitas algo, tienes un problema; Dios lo sabe y está hablando con él para decirte por que él no te conoce, no lo sabe.” (Dona de 23 anys, Țândărei)

En la següent cita es pot observar aquesta intervenció de Deu, però també com no inhabilita la pràctica del professional sanitari si no que serveix per donar sentit a l'experiència dins d'una explicació basada en preceptes religiosos, en un context difícil d'entendre des d'un punt de vista biomèdic. Fa referència a la situació de diagnòstic que, pel que sabem, era de meningitis (segons la informant) en un noi de 15 anys. La mare ens explicava que el metge els hi va dir que el seu fill estava en un estat greu però que, al dia següent el mateix sanitari va dir-los que no era necessari “operar” perquè el noi s'havia recuperat. La dona va afirmar que Deu l'havia curat, i de la mateixa manera que havíem escoltat en altres rrom, va dir: *Dios ha curado a mi hijo y después doctor.*

“Dios me ha escuchado como lloramos. Ha curado por la mañana todo. El doctoro me dijo que se tenía que operar. Lo ingresamos en Can Ruti y después cuando hemos ingresado el doctoro me ha dicho que al día siguiente operación. Luego el doctor ha dicho que se ha cambiado la vida porqué se ha curado y no hace falta operación. Dios esa noche le ha cambiado la vida.” (Dona, 38 anys, Țândărei)

Per altra banda, existeixen pautes relacionades amb la salut que tenen a veure amb la religió en general, com hem vist en l'apartat anterior i veurem més endavant, però també més *específiques, vinculades sobretot a la neteja / puresa i al consum de tòxics i alimentació*. En aquest cas, per exemple, sembla interessant apuntar algunes descripcions semblants, en relació als rrom d'Europa Central i de l'Est en general:

“(...) Si una mujer come pescados mientras que está embarazada el niño es lento en el aprendizaje de hablar, pero si ella se alimenta de caracoles, será lento en el aprendizaje de caminar. Los proverbios, "Mudo como un pescado" y "Retardarse como un caracol" aparecen aquí. (...) brujería que se

alía a la esterilidad, a la destrucción, a la negación, y a cada clase de dolor y de esterilidad.” (Godfrey, 2003:104)

En aquest sentit, un dels aspectes freqüentment observats en el treball de camp és l'impacte de la creença pentecostal en el consum d'alcohol (també, encara que menys, en el de tabac), bastant elevat entre la població rrom: ha estat habitual trobar *referències a persones que consumien alcohol amb certa freqüència i que després de la conversió ja no ho fan, i també frases de l'estil “no bec” o “no fumo perquè soc cristià”*. Per exemple, com afirmava una informant:

“(…) pero ahora no practico porque como fumo ahora no quieroirme. En mi país, esta religión no se fuma. Tengo muchos años de fumar, lo dejé y ahora he vuelto. Mi marido practica y no fuma, no bebe. Ahora tengo un año que no voy a la iglesia, tengo mucha tristeza porque no voy porque ahora he empezado a fumar y ya no puedo hacer. Mi marido lo respeta” (Dona, 23 anys, Țândărei)

Per posar un altre exemple, extret de les entrevistes: de 11 persones pentecostals, només una afirmava beure alcohol; encara que això pot respondre també a un desig de fer veure que es segueix la pauta religiosa, la diferència és prou significativa respecte a les persones ortodoxes (només 2 de 12 van afirmar no beure alcohol). En aquest cas, per tant, *la pertinença al culte pentecostal suposa un factor positiu respecte al canvi cap a hàbits saludables*. Existeixen altres preceptes que no hem observat amb tanta nitidesa com l'anterior, com per exemple pautes alimentàries que tenen a veure amb el consum de sang animal (particularment del porc) o altres aliments.

Tot i que no hem pogut aprofundir en aquesta qüestió, sí que hem observat com *les diverses creences (des de les tradicionals fins el pentecostalisme) poden coexistir dins del mateix col·lectiu encara que considerades de manera diferents (com a mínim pels rrom que hem conegut en context de destí) perquè, sovint poden ser relacionades amb maneres de fer considerades antigues (puresa) en comparació amb d'altres (pentecostals) viscudes com el canvi cap a la “modernitat”, i per tant, com ja hem dit, molt relacionades amb el procés migratori*.

En tot cas, i a manera de resum, *no creiem que en el cas de la població rrom romanesa, almenys en aquest moment, els factors relacionats amb les creences religioses suposin una barrera insalvable quant a l'atenció sanitària ni a les cures de salut*. Sí poden suposar diferències amb altres grups en pautes concretes o en aspectes que no hem pogut observar durant el treball de camp, però fonamentalment és un àmbit important a considerar de cara al coneixement general de les seves pautes culturals i a possibles intervencions de caràcter més global.

3.2.6. MOBILITAT I ALTRES FACTORS CULTURALS

A l'inici d'aquest apartat esmentàvem la importància de situar els factors anomenats "culturals" dins d'un marc més ampli, per tal d'evitar una utilització simplista dels mateixos, que pugui tendir a culturalitzar i essencialitzar característiques o pràctiques de la població rrom (i altres poblacions immigrades) com si aquestes fossin immutables i homogènies. Un bon exemple sobre això poden ser les qüestions relacionades amb la concepció del temps i de l'espai per part de la població rrom, i en concret, l'habitual etiquetatge de les seves pautes de mobilitat com a nomadisme. Aquestes pautes, com ja hem esmentat, tenen les seves arrels en situacions històriques en els llocs d'origen i es mantenen en part pel context migratori actual. De la mateixa manera, és indubtable que aquesta mobilitat comporta un determinat ventall de pràctiques i de significats, que podem indicar com una de les característiques culturals de la població rrom en l'actualitat, i que tenen un impacte en relació amb la seva salut i l'accés als serveis de salut. Durant el treball de camp, i com ja hem dit, hem constatat la provisionalitat en la qual aquesta població es veu abocada moltes vegades a viure i com aquesta situació es trasllada i es retroalimenta a partir, per exemple, d'una major capacitat per a adaptar-se ràpidament a situacions, però també a una concepció de la salut, la cura i els itineraris terapèutics potser més simptomàtica, immediata i completament resolutiva.

No obstant això, plantejar aquesta qüestió en aquests termes (són nòmades i per tant...) implicaria, almenys, dos errors: el primer és assumir que realment una gran majoria de la població rrom és nòmada, quan aquesta afirmació és poc menys que discutible¹⁷⁰. El segon, i potser més greu encara, és mostrar moltes d'aquestes estratègies de mobilitat com una opció, quan en realitat són, molt habitualment, forçades. Pot ser cert en alguns casos que la població rrom té una major capacitat i disponibilitat per a utilitzar dites estratègies, a causa de la història de la necessitat d'adaptació a les posicions marginals en les quals s'han vist relegades; a la persecució, discriminació i exclusió que han patit.

"De Constança a Italia. Hablaba en mi idioma, en Italia se parece algunas palabras: apo, menjari, paine... era fácil. De Italia en avión a Barcelona; luego con coche a Madrid. Luego he vuelto con coche de Madrid a Barcelona. En Italia estuve 3 meses por que no tenía trabajo ni nada que hacer. Vivía en chabolas. Estuve en Barcelona durante 4 años, en Madrid 1 año y medio, no me gustó Madrid por que estaba en la carretera de Valencia en chabolas de

¹⁷⁰ Per exemple, com apunta Rothéa (2003), resumint a Courthiade (1995): "Ens représentations associant fréquemment els Roms au nomadisme [...] Il y a plus de sédentaires que d'itinérants parmi els Roms : 90% d'entre eux, en Europe, sont sédentaires."

cartón, después pones una manta... teníamos luz, agua, todo, o teníamos miedo, tenía 17, 18 años; vuelvo a Barcelona desde hace 3,4 meses, tenemos coche para trabajar, casa alquilada a un paquistanís con contrato, estoy empadronado (*con tarjeta sanitaria*). Yo tenía 12 años cuando me fui de Rumania” (Home de 20 anys, Constança)

Però, més enllà de la mobilitat internacional, existeixen exemples concrets i quotidians que mostren amb claredat com de crua és aquesta realitat, freqüentment silenciada, dels quals presentem un, potser dels més durs, recollits durant el treball de camp.

Al final de l'estiu de 2007, diverses famílies rrom originàries de Murgeni amb menors a càrrec (entre ells nadons), presents a Barcelona des d'uns dos anys abans, aproximadament, han d'abandonar l'habitatge (situat a Badalona), en la qual vivien en aquell moment. Sense ingressos suficients i una opció real d'accés a un altre habitatge, es veuen obligats a buscar algun lloc en el qual establir-se. Finalment ho fan en un descampat situat en Sant Adrià de Besòs, del que són desallotjats per la policia uns dos mesos després. A partir d'aquell moment, i fins al moment actual, comença una sèrie de assentaments i desallotjaments successius que els duu a passar per quatre municipis diferents: el propi Sant Adrià de Besòs, Barcelona, Santa Coloma de Gramenet i Montcada i Reixac (en aquest últim només en una ocasió i durant dos o tres dies). En aquest període de temps, aquesta família ha estat en nou ubicacions diferents (en algunes d'elles ho va fer més d'una vegada), amb una durada d'aquesta estada que ha oscil·lat entre diversos mesos i uns pocs dies. Les característiques generals dels espais en els quals han viscut durant aquest temps i les seves condicions de vida van ser variables, però en el millor dels casos han consistit en edificacions abandonades en les quals podien col·locar els matalassos i estris que duïen amb ells; en el pitjor, s'ha tractat de barraques construïdes amb branques, palés i plàstics; situades en un terreny obert o sota el viaducte d'una autovia. Fa falta destacar en aquest sentit una qüestió: en tot aquest temps amb *cap d'aquestes persones, inclosos els nadons o la resta de menors, es va iniciar pràcticament cap tipus d'iniciativa de tipus social per part d'instàncies municipals*¹⁷¹; o *almenys cap que tingués una mínima consistència*¹⁷².

¹⁷¹ Afortunadament sí d'altres entitats socials, gairebé exclusivament la Fundació Secretariat Gitano (si bé sense un suport explícit per part dels ajuntaments) i de l'Equip de Mediació Immediata de l'Ajuntament de Santa Coloma de Gramenet.

¹⁷² El problema fonamental de les escasses actuacions per part de les administracions locals va ser, d'una banda, la falta de continuïtat (per exemple, allotjar durant unes nits en albergs, només a les dones i els nens) o el seu plantejament no com mesures de millora de la situació, sinó com formes de incidir en la pròpia presència de la població (per exemple, pagar el passatge de volta a Romania). D'una altra banda, alguns dels seus efectes van ser, per exemple, un intent de retirada dels menors a

Encara que aquesta no és la situació general (com ja hem dit la majoria de la població rrom, en aquest moment, està vivint en pisos de lloguer) també existeix una enorme mobilitat entre la resta de la població i, juntament amb l'anterior situació, tot això té conseqüències per a la salut i l'accés als serveis sanitaris: dificultats pels tràmits legals relacionats amb l'accés (empadronament, obtenció de la TSI, centre de referència, etc.), dificultats en el compliment dels tractaments (per exemple, interrupció de les visites que no permet actualitzar les pautes) i precarietat quant a la conservació dels fàrmacs, deficients condicions higièniques, estrès relacionat amb el canvi constant d'ubicació i la falta d'estabilitat, etc. A més, i volem insistir en això, totes aquestes implicacions tenen molt a veure amb altres factors, i no es poden atribuir exclusivament a la mobilitat.

Per exemple, la mobilitat té també, com ja vam dir, un rol important en les estratègies de subsistència de tipus marginal. En concret, l'atribució de rols per gènere i edat, particularment pel que fa als treballs de tipus marginal, té com conseqüència com ja hem dit, una alta mobilitat (encara que no impliqui un canvi d'assentament), no només, però especialment intens, d'un segment de les dones rrom. Això implica que siguin un grup al que ha de prestar-se una especial atenció des de l'àmbit de la salut, perquè pateixen una sobrecàrrega derivada d'aquestes activitats i del seu rol com cuidadores de la resta de la família i gestores del seu benestar diari.

“Trabajo dos, tres mañanas. Hago limpia cristales. Cada sábado si no tengo pañales voy, tengo una panadería y allí tengo mis tres amigas *gadjes* [dones no rrom] muy buenas, me compran leche, si no encuentro me compran a mí. Las conocí en Vallcarca [quan demanava diners]. La vi un día y estaba muy buena conmigo y la vi otro día y otro día. Cada sábado o así y viernes me voy a Vallcarca y en el Tibidabo donde los FFCC. No voy sola, con más [cunyades], una tiene una panadería, una tiene un Caprabo, hay lugares que quieren, otros que no quieren. Siempre fuera del barrio por que hace vergüenza. Si dan dinero lo cojo. Sólo nos dan pañales, leche. Ayer no tenía leche y he comprado, tenía sólo este dinero y nada se acabó. Toda esta semana solo ha sido 10€. Una día 5€ en el semáforo, otra 10€, 7, 8. Compras algo al niño cada día, bocadillos del cole. 20- 25€ o así a la semana si coges 7 o 5€ al día. (...) No robamos... Sí, otro que es malo dice: ¡vete a trabajar! Digo: pues dame tu trabajo que me gustaría en vez de pedir trabajar. Otros dicen que tienen un trabajo cuando me vea para decirme cuando voy si voy

les seves famílies per suposat “desemparament”, quan bàsicament la situació consistia en una extrema pobresa, competència dels Serveis Socials municipals i no de la Direcció general d'Atenció a la Infància (DGAIA)

si tiene un trabajo para mí sino...(…) No estoy mucho, una hora, dos horas y ya está, nos vamos, compro leche, pañales. 3 días, 4, 2, días me quedo con mis hijos. Depende del día. Los niños se quedan con mi suegra. Si tu suegra puede quedarse con tus niños si no no vas a trabajar. (...) Me voy a las 9 y vuelvo a la 13:30 estoy en casa. El semáforo está en la Verneda. Vamos a pedir Tibidabo y Vallcarca. No voy nunca a pedir con el bebé. Ahora voy con ella (*cuñada*). La gente dice hola sólo hola no te grita, no tengo miedo.” (Dona de 20 anys Țăndărei)

Però, no totes les implicacions de la mobilitat són negatives per la població, evidentment. Com ja hem dit, aquesta respon a una capacitat per aprofitar i buscar nous recursos en un context desfavorable. En aquest sentit, les xarxes socials i de suport de la població rrom en la seva migració es caracteritzen, a més de per tenir un caràcter comunitari, per la seva amplitud i la seva adaptabilitat. El fet que la mobilitat i dita adaptabilitat dels itineraris migratoris hagi produït xarxes disperses en diferents territoris permet al mateix temps aprofitar-les per a un accés més ràpid (en comparació de migrants individuals) a informació sobre recursos i serveis, en cas de que els ja residents hagin accedit a ells (i de que efectivament es pugui accedir, la qual cosa no sempre és possible).

En tot cas, com pot observar-se, la mobilitat i aquests altres factors estan clarament interrelacionats amb el context en el qual es donen i amb factors estructurals que els condicionen; i no obstant això, les interpretacions inicials sobre temes similars no sempre tenen en compte aquest context, o no aprofundeixen el suficient per a observar-ho. *El motiu fonamental per a tota aquesta mobilitat no va ser, sembla evident, ni la voluntat de moure's ni una tendència “cultural” al nomadisme (que fins i tot s'ha utilitzat en ocasions per a justificar determinats posicionaments sobre aquesta població¹⁷³), sinó, en el cas anterior, les actuacions de les forces de seguretat locals i Mossos d'Esquadra i la desatenció dels serveis socials i les institucions públiques dels municipis en els quals van estar.*

Evidentment, tota aquesta qüestió es situa en un àmbit que queda a fora del que abasta estrictament l'atenció sanitària, però no tant de la *protecció de la salut pública en sentit ampli i creiem que es important, de cara a l'actuació dels serveis i els professionals de la salut tenir en compte aquest àmbit en concret i, sobre tot, la idea en general de que de vegades es contraproductiu utilitzar pautes molt generals*

¹⁷³ Altres investigacions han reflectit també aquest fet. Pajares (2006:259) apunta, per exemple: “Tampoco están siendo objeto de ningún programa específico de integración por parte del Ayuntamiento de Badalona. Los responsables del Ayuntamiento me expresaron sus reticencias a dedicar recursos para algún programa de este tipo, “porque no sabemos si desaparecerán del barrio de la noche a la mañana” (en referencia al nomadismo que se les supone a los gitanos)”

que apareixen a determinats informes. Som conscients de que això no és senzill, i de que el contacte constant amb realitats molt diferents, implica un volum de feina de vegades difícilment assumible des de diferents serveis. En tot cas, creiem que s'ha d'intentar, en la mesura del possible, no reproduir idees estereotipades sobre les poblacions, que de vegades tendeixen a ocultar tot un conjunt de factors que estan tenint un impacte encara major en les seves condicions de vida i d'accés i ús dels serveis i que poden tenir efectes no desitjats i, en ocasions, perversos.

4. SITUACIÓ DE SALUT. ACCÉS I ÚS DEL SISTEMA SANITARI PÚBLIC

En aquest apartat, que de la mateixa manera que en l'anterior conté la majoria de les dades del treball de camp, pretenem fer una exposició dels elements fonamentals sobre l'accés i ús del sistema sanitari (públic) de la població rrom romanesa. L'objectiu fonamental, compartit amb la investigació, és el de posar en relació aquesta situació amb l'exposat en els apartats anteriors. En tot cas, és necessari insistir que, si bé el context del sistema sanitari és probablement l'àmbit més important a considerar dins de la investigació, per entendre molts dels elements implicats i en relació als rrom, no ha estat ni de bon tros l'única estructura estudiada. En primer lloc, perquè per comprendre les condicions d'accés i ús cal considerar sempre les situacions externes al propi sistema. En segon lloc, perquè no tota la població rrom té accés al mateix, la qual cosa és un element importantíssim a esmentar. Diem això fonamentalment per a aclarir que no s'ha de considerar aquest apartat estrictament (o únicament) com una etnografia dins del sistema sanitari, sinó com un dels elements i experiències que hem observat amb una major intensitat en relació a la població rrom. És necessari destacar-ho perquè (i en relació a un treball en profunditat sobre tots els àmbits d'atenció sanitària) en determinats casos podria semblar que diposem un excessiu pes en unes qüestions i simplifiquem unes altres; o potser la impressió d'una organització de la exposició poc lògica des d'una perspectiva sanitària.

En tot cas, l'estructura d'aquest apartat intenta reflectir els aspectes fonamentals que tenen a veure amb l'accés i ús del sistema sanitari públic, dividint-se en dos blocs. En el primer (4.1), fem un balanç del que hem pogut conèixer sobre la situació general de salut de la població rrom romanesa. En el segon (4.2), abordem el propi accés i ús del sistema (o sistemes) de salut, assenyalant també algunes de les dificultats generals respecte als itineraris i l'ús dels serveis. A continuació, en l'apartat (4.3), ens intentem centrar en els àmbits específics més importants i anar desgranant les qüestions i problemes fonamentals que poden sorgir en ells. Finalment, en els apartats següents, abordem temes relacionats com la comunicació i la mediació, la discriminació i la valoració dels serveis.

4.1. SITUACIÓ GENERAL QUANT A LA SALUT DE LA POBLACIÓ RROM ROMANESA

Com ja vam esmentar en l'apartat 2, la població rrom romanesa present a Catalunya (o almenys una part important de la mateixa), presenta unes determinades característiques i està sotmesa a una sèrie de factors i processos que tenen una relació directa amb la seva situació de salut i amb la valoració que d'aquesta fan els propis informants. Per exemple, i sense reprendre en profunditat els factors exposats en l'apartat anterior, esmentem alguns:

És, en primer lloc una població que parteix, en origen, d'un context precari respecte a la salut, que com ja hem explicat implica tant un accés deficient als serveis sanitaris com una situació negativa respecte a la resta d'allò que s'acostumen a considerar determinants de salut.

A més, és una població sotmesa, com altres, a un procés de migració que implica molt habitualment situacions d'inestabilitat i precarietat socioeconòmica durant períodes relativament dilatats de temps, potser més intensos en el cas de la població rrom. A tot això cal afegir, les conseqüències del propi procés migratori, en aspectes tan diversos com l'estrès, les xarxes de cura i suport i la falta, moltes vegades, de requisits legals relacionats directa o indirectament amb la salut.

Molt en relació amb tot això, la població rrom romanesa presenta una problemàtica específica complexa i interrelacionada respecte a la seva situació laboral, l'accés a l'habitatge, i altres aspectes com l'educació, que com hem assenyalat en l'apartat 3 tenen efectes negatius sobre la seva salut i capacitat d'accés als serveis sanitaris.

Es tracta, finalment, d'una població majoritàriament jove, però sotmesa a situacions i processos, com els anteriors i altres, que incideixen en la seva situació de salut. A més, l'edat, la distribució respecte al sexe (equilibrada entre homes i dones) i l'alta natalitat són aspectes importants que condicionen el tipus de problemes i demandes.

Pautes de manteniment de la salut i hàbits

A pesar de la consideració que aquestes característiques i factors que acaben d'esmentar són els elements fonamentals que incideixen en la salut de la població rrom, és necessari destacar també que aquesta té un dèficit (indubtablement relacionat amb la seva situació) de pautes preventives tal com les entenem, i presenta en alguns aspectes (com alimentació, consum de tòxics, sedentarisme, etc.) una sèrie de dificultats i elements preocupants.

Encara que indubtablement aquests responen també a una determinada manera d'entendre i de gestionar la pròpia salut, repetim, com ja hem fet en altres ocasions, que seria irresponsable plantejar-ho únicament com una qüestió d'hàbits o decisions individuals, sense considerar l'existència (o, més bé, la manca) de condicions efectives per a la seva posada en pràctica; no és el mateix plantejar unes pautes saludables des d'un context de barraquisme o d'un pis sobreocupat que des d'una situació d'estabilitat laboral i amb certes condicions bàsiques d'habitabilitat en els habitatges, per posar un dels possible exemples.

En la pràctica, bona part de la població rrom no aplica d'una forma sistemàtica (o almenys conscientment) pautes de manteniment de la salut: per exemple, davant aquesta pregunta, la meitat dels entrevistats van afirmar no fer res, i encara que és evident que probablement en la pràctica no sigui estrictament així, també ho és que probablement no aplicaven pautes que es corresponguessin amb les que s'acostumen a considerar en el nostre context o no ho feien com generalment es recomana. En tot cas, això no vol dir que la població rrom no es preocupi per la seva pròpia salut, com és freqüent escoltar en determinats contextos, sinó que les concepcions o les possibilitats des de les quals ho fa no s'ajusten en moltes ocasions a les quals consideràrem "òptimes".

En general hem observat tres àmbits fonamentals en relació als hàbits que incideixen en la salut de la població rrom: les pautes d'alimentació; l'activitat física/sedentarisme; i el consum de tòxics. És important considerar-los perquè tot i les campanyes de prevenció implantades respecte a aquestes qüestions, ni existeixen els canals adequats de relació a nivell comunitari per arribar adequadament a aquesta població ni una demanda clara per part de la pròpia població rrom; i a més, per aquestes i altres raons, podríem dir que l'impacte en ella de les mateixes és pràcticament nul.

En primer lloc, *respecte a l'alimentació*, podríem dir que està composta en una alta proporció de hidrats i grasses. La dieta es compon generalment de brous o sopes (fetes generalment de carn, grasses i verdures), carn bullida o fregida (generalment de pollastre i més freqüentment de porc) i pa o altres aliments compostats de farina. Generalment les dones cuinen molta quantitat de menjar perquè són molts membres en la família. Una dada significativa és com, per ajustar la despesa de l'economia familiar, elaboren elles mateixes el pa cada dia.

Pel que hem pogut observar, la dieta és poc equilibrada en el sentit de la poca presència de verdures, fruites fresques, cereals i lactis, i en menor proporció encara, peix. Hi ha, a més, un consum bastant elevat de begudes i altres aliments edulcorats (tant en nens com en adults), i de productes amb una alta concentració de hidrats i grasses de baixa qualitat, com la brioixeria industrial. És, a més, una

dieta que pot ser en determinats casos molt alta en sal i amb un ús intens d'oli (generalment de gira-sol).

“En una habitació tenen tot de pots de pols de llet pel bebè de dos mesos. Ens ensenyen on estan penjades les fotos que els hi vam fer, a cada habitació tothom té penjades les seves. L'àvia ens ensenya una olla immensa que té dalt de l'armari per portar a Romania i cuinar molts Şarmales per a la família. (...) Per allà també volta una nena de 5 anys amb grans ulls i pestanyes llargues, menjant “frigopies” i boles chips de “quesitos” i afectuosa com sempre.” (Diari de camp, 3/07/07)

Independentment de l'anterior, la població rrom romanesa amb la qual hem treballat és conscient d'aquests problemes¹⁷⁴, encara que no tant en relació amb la major o menor presència d'un tipus d'aliments o altres i les seves implicacions per a la salut, sinó que fonamentalment els relacionen amb la preocupació per una quantitat de menjar suficient i la qualitat dels productes que consumeixen. Per exemple, d'entre les persones entrevistades, un 20% van considerar que l'alimentació que consumien no era suficient per a una bona salut. Ara bé, com veurem a continuació, els paràmetres de què és o no suficient tampoc són necessàriament els mateixos que consideraria la biomedicina. En tot cas, durant el treball de camp vam observar freqüentment una preocupació en aquest sentit, molt habitualment relacionada amb les possibilitats econòmiques¹⁷⁵. Per exemple, preguntant en les entrevistes sobre les maneres en les quals podria millorar la qualitat de la seva alimentació, un terç de les persones entrevistades va assenyalar que el més fonamental seria tenir millors possibilitats econòmiques, mentre un 10% va plantejar la possibilitat d'obtenir productes d'origen¹⁷⁶.

En relació als hàbits, horaris i rutines alimentàries en general, hem observat que no sempre són estables i regulars, i impliquen, sobretot en el cas dels menors, un consum constant de diferents productes, en moltes ocasions llaaminadures i

¹⁷⁴ Per exemple, la pràctica totalitat de les persones entrevistades que van dir fer alguna cosa per a mantenir-se sa ho van fer respecte a l'alimentació, i en molta menor mesura respecte a altres qüestions com seguir els preceptes religiosos o no consumir tòxics.

¹⁷⁵ Aquesta preocupació es correspon efectivament, segons l'observa't, amb situacions de precarietat econòmica, però la veritat és que no es pot afirmar que generalment condueixi a una veritable situació de necessitat respecte a l'alimentació. Si és necessari destacar, per la seva gravetat, un segment petit de població que sí vam constatar que realment passa per moltes privacions en aquest sentit, amb nivells d'alimentació tant respecte a la qualitat com a la quantitat, molt per sota del recomanable.

¹⁷⁶ L'afirmació sobre la poca qualitat de determinats productes en destí és habitual en les entrevistes però sobretot durant tot el nostre treball de camp. I pot tenir relació, no tant perquè els productes siguin o no del seu context d'origen (generalment són pocs els ingredients diferents) sinó per la qualitat d'aquest donat el seu context rural en origen caracteritzat per una agricultura més tradicional (i per tant amb uns productes més naturals).

pastissos de factura industrial. Això té molt a veure, tant amb les obligacions familiars com amb els horaris de treball, no sempre amb un caràcter fix i que obliguen a adaptar els moments de descans i de menjar a la seva situació quotidiana, tal com passa, també, en altres sectors de població amb característiques socioeconòmiques similars, inclosa la població autòctona.

“Està treballant en el semàfor, netejant els vidres dels cotxes. Saludem a les altres noies. Una d’elles, que està embarassada, ens demana que li comprem un entrepà” (Diari de camp 16/05/07)

Respecte a les condicions higièniques i de conservació dels aliments, hem observat com no sempre (sí en molts casos) són les més adequades, a causa de la precarietat i sobreocupació dels habitatges, però sobretot, evidentment, en situacions de barraquisme o persones sense llar. En aquestes últimes situacions, a més de ser més complicada una correcta conservació dels aliments i el manteniment de la higiene en els utensilis de cuina, freqüentment existeix la necessitat de compartir els recipients i fins i tot els coberts, la qual cosa pot representar un factor de risc per a la transmissió de determinades malalties infeccioses.

Respecte a l'activitat física, no hem observat que estigui massa conceptualitzada, potser amb l'excepció de la població més jove¹⁷⁷, com part important del manteniment de la salut. En aquest sentit, independentment de que es realitzi una intensa activitat física (per exemple, en determinats treballs de tipus marginal), a partir d'una certa edat, i especialment els homes, presenten uns hàbits molt sedentaris que poden conduir a problemes relacionats amb l'obesitat: aquesta situació pot respondre, per exemple, a factors relacionats amb l'alimentació, però també a un estil de vida adaptat a un mitjà més o menys rural (en origen, i on l'activitat física potser es troba més present en les tasques quotidianes) que produeix certs desequilibris al desplaçar-se a un mitjà urbà. Existeix, a més, certa concepció de l'obesitat, gens aliena a la nostra pròpia cultura com a mínim fins fa pocs anys, que de vegades no s'interpreta tant com una qüestió problemàtica si no, fins i tot, com a un indicador de salut o d'una bona situació en general (sobretot socioeconòmica): per exemple, i no és l'única situació observada, durant el treball de camp, vam realitzar una fotografia a un dels informants; aquest “va treure

¹⁷⁷ Que, per exemple, té un perfil de molta acceptació cap a l'esport. Encara que no ho abordem en profunditat en l'informe i el motiu fonamental d'aquesta acceptació no és el manteniment de la salut, la veritat és que és un aspecte importantíssim a considerar en termes d'intervenció social i treball comunitari. Hem observat algunes iniciatives, com la de la Fundació Ateneu Sant Roc o el de la Fundació Secretariat Gitano a Sabadell, per a proporcionar espais en els quals realitzar un treball amb la població rrom en aquest sentit, però la veritat és que, sobretot per part de les administracions públiques, hi ha un dèficit en aquest àmbit que podria ser molt beneficiós en cas de ser abordat.

panxa” i va dir que ho feia per a aparentar tenir més pes del que tenia i produir una millor impressió als familiars que tenia en context d'origen.

Finalment, i *en relació al consum de tòxics*, és necessari esmentar que, encara que no hem observat cap ús significatiu d'altres substàncies (cocaïna, heroïna, amfetamina), l'ús de tabac i alcohol és bastant intens en segments importants de la població, tant en quantitat com en freqüència. Aquests últimes dades són coherents amb les referides sobre la població general de Romania, amb un consum d'ambdós significativament per sobre de la mitjana europea però comparable amb altres països del seu entorn: per exemple, sobre el tabac, segons dades de 2005 (OMS, 2008), un 24.5% de les dones i un 40.6% dels homes per sobre dels 15 anys a Romania eren consumidors regulars; per altra banda, segons apunten Vlădescu et al. (2008:14), segons dades de 1997, el 56.2% dels majors de 15 anys eren consumidors d'alcohol, amb un augment al 66.3% de prevalença en el segment d'edat dels 25 als 44 anys.

Encara que com en altres aspectes existeix una certa heterogeneïtat, per les dades recollides durant el treball de camp, el consum entre la població rrom pot respondre d'una forma aproximada als mateixos paràmetres. Per exemple, d'entre els entrevistats, un 60% consumia en alguna ocasió tabac i d'ells més de la meitat ho feien de forma problemàtica¹⁷⁸, si bé existeixen diferències per exemple entre subgrups (la població originària de Murgeni presenta generalment un consum molt major, i és més habitual trobar dones que també facin un consum molt intens).

“Explica que fuma dos paquets al dia i també que el diumenge passat no va menjar res i només va prendre el cafè que li vam convidar. Diu que dilluns va anar a l'Hospital Parc Taulí perquè seguia trobant-se malament. Diu que el metge li va dir que estava malalta, no sap dir-me quina malaltia li va diagnosticar el metge. Diu que li van donar medicació però tampoc sap dir-me quina.” (Diari de camp, 16/05/07, Dona 21 anys, Fetesti)

“Pel camí cap al PASSIR demana foc a una parella per fumar. Va a fer-se una ecografia perquè està embarassada. Diu que no pot rebaixar el tabac sinó al contrari cada dia fuma més.” (Diari de camp, 25/09/07, Dona 17 anys Tăndărei)

¹⁷⁸ Encara que existeixen diferents criteris i tot consum de tabac és problemàtic, ho entenem com un consum constant i sostingut en el temps, sobretot enfront d'un consum més ocasional o de molta menys quantitat (3-4 cigarrets al dia), que generalment hem observat més en dones.

El tabaquisme presenta, a més dels greus problemes de salut associats, altres implicacions afegides, com per exemple la despesa que pot suposar en condicions de precarietat¹⁷⁹ o, pitjor encara, altres maneres de garantir aquest consum. Per exemple, durant un acompanyament a una dona amb el seu bebè (al qual estava alletant) al Consolat (Bonanova), i en una situació d'extrema precarietat, vam poder presenciar com recollia les burilles dels cigarrets que anava trobant pel carrer per poder-les fumar. En un altre ordre de coses, també cal destacar, els efectes que té per exemple en la salut dels menors el fet que es fumi en llocs freqüentment poc ventilats i sobreocupats.

Respecte a l'alcohol (i en menor proporció també aplicable al tabac), és important com ja hem esmentat, l'impacte de la pràctica religiosa (molt particularment pentecostal) si bé existeix també un consum important. En aquest cas, les dades que hem recollit posen de manifest que la distribució entre sexes és molt més desigual, amb un consum molt més elevat per part dels homes adults¹⁸⁰. En certs casos aquest consum es circumscriu a moments concrets, si bé llavors es presenta amb molta intensitat (no només en celebracions, també hem observat amb certa freqüència com davant fets greus o dolorosos, com la malaltia o mort d'un familiar, es produeixen grans ingestes d'alcohol). D'altra banda, també existeix un segment significatiu de població amb un consum problemàtic i constant d'alcohol (per exemple, un 10% dels entrevistats), la qual cosa té, evidentment, serioses implicacions per a la seva salut.

“A la plaça hi ha una dona vestida de negre. Sembla bastant deteriorada i ens ofereix cervesa. Va molt beguda. Es mostra desafiant. Altres dones rrom que estan assegudes al seu costat, ens diuen que no li fem cas, que està *loca* perquè ha mort atropellada la seva filla a Anglaterra. Després la dona ens demana disculpes i segueix amb una actitud de tristesa i deixadesa.” (Diari de camp, 04/09/07, Dona de 40 anys, Țândărei)

Per finalitzar, i en relació al consum de tòxics, cal esmentar que existeix també un alt consum de cafè i altres begudes estimulants, entre les quals és necessari esmentar particularment les anomenades “begudes energètiques” (amb alt contingut en cafeïna i altres estimulants). En referència a aquestes últimes, a banda d'un consum bastant indiscriminat per part d'un segment important de la població

¹⁷⁹ Donant la volta a aquest fet, i només per esmentar un dels arguments que fins i tot en algun cas molt minoritari hem trobat, existeix l'opinió que quan són d'extrema precarietat, el “tabac contribueix a eliminar la sensació de gana”.

¹⁸⁰ És necessari esmentar que hem observat que no és massa freqüent, en principi, la realització de pautes semblants a les de la població en general sobre el consum d'alcohol en un context d'oci entre la població rrom de menor edat.

rrrom (encara que no el majoritari) i del seu ús com estimulants sobretot enfront de tasques quotidianes amb un elevat esforç físic, és necessari assenyalar que hem observat un cert consum entre els menors d'edat la qual cosa evidentment és poc adequada¹⁸¹ per a la salut.

Presència de diferents tipus de patologies

El que hem exposat té, evidentment, molta relació amb el tipus de patologies que hem observat en la població rrom durant el treball de camp. *Fonamentalment, per ser amb diferència les més observades, ens referim aquí a certes malalties cròniques i, sobretot, a infeccioses.*

En principi es raonable pensar que les malalties cròniques (infeccioses o no), donat que el procés migratori de la població rrom és relativament breu, puguin estar generalment, en el cas d'aquesta població, més relacionades amb la situació en origen i els hàbits de salut. En tot cas, les que hem pogut observar amb més freqüència¹⁸², i de forma coherent també amb la seva presència en el context d'origen (com vam veure en l'apartat 1), són les de tipus cardiovascular, respiratori i gastrointestinal; i en concret, encara que evidentment presenten diferents perfils i graus de gravetat, possibles casos de hipertensió arterial, insuficiència cardíaca i cardiopatia isquèmica; malalties respiratòries com l'asma i bronquitis crònica (molt vinculada al tabaquisme); hepatopaties (fonamentalment alcohòlica, encara que és raonable pensar que puguin ser relativament freqüents les relacionades amb Virus C i B), a més de diabetis.

D'altra banda hem observat també, en menor mesura, patologies relacionades amb altres aspectes, com per exemple neurològiques, relacionades generalment amb lesions greus que afecten a les zones implicades; i en una certa proporció també, com és lògic, tumors (si bé la majoria dels casos referits ho són a través d'altres persones, i en relació a familiars en origen). *Sense entrar en qüestions estrictament*

¹⁸¹ Si bé l'observació d'aquests casos ha estat molt poc freqüent, és important considerar-lo perquè dóna una idea de la desproblematització del consum d'aquestes begudes. Per exemple, un menor d'uns 13 anys ens va comentar, durant el treball de camp, el següent: "Hace unos días me tomé cinco de esos (Red Bull), pero después empecé a encontrarme raro y muy malo. Como si me costaba respirar y con los brazos que no los sentía. Fuimos a urgencias y el médico me dijo que respirara en una bolsa y se me pasó". (Diari de camp, 20/05/2007).

¹⁸² La procedència d'aquestes dades, com de moltes de les esmentades en aquest informe, és tant l'observació en consultes com fora, a partir de la informació obtinguda en el treball de camp amb la població i les entrevistes. En tot cas, quan comentem les malalties observades, és generalment perquè aquestes han aparegut en la situació de consulta o perquè hem accedit a documentació dels informants on s'esmentaven. És important tornar a dir-ho perquè en cap cas volem donar la sensació d'estar intentant fer valoracions (evidentment, menys encara, diagnòstics) que clarament no ens corresponen.

mèdiques, que ni ens correspon ni tenim capacitat de valorar, sí és necessari esmentar, d'una banda, que els hàbits de salut descrits en l'apartat anterior semblen tenir un pes determinant en la seva aparició i, sobretot, en la seva evolució posterior; per una altra, és important destacar que bona part de les persones amb aquestes patologies que hem observat no realitzaven, en el moment de la investigació, un seguiment adequat de les mateixes, que en uns casos era parcial i en molts altres, simplement inexistent.

En tot cas, la majoria de les patologies observades no tenen tant a veure amb les anteriors sinó amb patologies o simptomatologia traumatològica lleu i/o amb malalties infeccioses. Ja hem parlat de les primeres (talls, lesions, etc.) quan hem fet referència a les condicions laborals per una banda de la població rrom, però en aquest apartat cal fer sobretot esment de les segones (infeccioses) perquè són, i molt particularment per als menors d'edat, una de les primeres causes de consulta per part de la població rrom, si no la primera per a certs segments de la mateixa. Això és coherent amb el fet que es tracti d'una població majoritàriament jove i amb un alt índex de natalitat.

En primer lloc, cal destacar que enfront del que en ocasions es considera des de l'imaginari sobre les poblacions immigrades, no hem observat durant el treball de camp encara que evidentment no disposem de dades epidemiològiques, malalties infeccioses específiques, relacionades d'alguna manera amb el context d'origen, sinó més aviat un estret vincle de les mateixes amb les condicions de vulnerabilitat en destinació. Per exemple, i com ja hem esmentat, la presència de malalties infeccioses es veu enormement afavorida per les condicions de precarietat i higiene deficient en els habitatges. Això facilita tant la seva aparició com el contagi a altres persones. Aquestes dinàmiques de transmissió s'incrementen també, com és lògic, amb una detecció relativament tardana d'algunes de les malalties, freqüentment confoses en els seus símptomes amb altres menys greus i més habituals, donada la situació de precarietat i la manca de formació relacionada amb la salut, a més de les dificultats per a accedir a un tractament una vegada detectat el problema i per a fer un seguiment adequat dels quadres. En relació a aquesta qüestió, hem recollit també informació sobre un cert nombre de casos en els quals el deficient accés a un tractament i les condicions de vida acaben perllongant la situació de malaltia, fins a derivar en problemàtiques de major entitat.

Cap apuntar també que generalment les malalties infeccioses que hem observat no revesteixen en principi massa importància, almenys des d'un punt de vista de possibles conseqüències i possibilitats de tractament; diem això perquè, tot i ser relativament sorprenent donades les condicions, no hem conegut durant el treball de camp casos de patologies de major entitat com per exemple de tuberculosi o altres més greus (com VIH/SIDA), encara que és molt necessari tenir en compte

que sent un col·lectiu exposat a certs riscos en aquests àmbits, són indubtablement necessàries accions afirmatives com campanyes de prevenció. Però, també i molt fonamentalment, sobre les seves condicions globals de vida. D'altra banda, concretament i en relació amb VIH/SIDA, esdevé una informació complexa d'obtenir per la seva probable ocultació (personal o diagnòstica), alhora que pot no estar, en algun cas, diagnosticada donada la manca d'atenció sanitària per totes les dificultats exposades en aquest informe.

Autovaloració de l'estat de salut

Durant el treball de camp hem observat amb intensitat tot el que hem exposat anteriorment i també els efectes i implicacions que té sobre la salut de la població rrom. Alhora hem intentat recollir la valoració que els rrom fan sobre el seu propi estat de salut. Contra el que es podria pensar, i més en determinats casos d'extrema precarietat, aquesta valoració és generalment més o menys bona. Per exemple, en les entrevistes, aproximadament dos terços dels rrom (un 63.3%), van assenyalar que el seu estat de salut física actual era bo o molt bo, mentre un terç ho va considerar regular. Cap de les persones entrevistades va afirmar tenir un estat de salut dolent o molt dolent. A més, aquesta valoració presenta els mateixos paràmetres sigui quina sigui l'edat¹⁸³.

Tot i això, també hem observat que aquesta percepció era diferent segons la situació respecte el procés migratori. Generalment la valoració d'un estat de salut pitjor, estava molt relacionada amb situacions d'extrema precarietat patides en destí, i es corresponia amb la percepció que la salut era millor abans d'emigrar (sobretot en els rrom de Murgeni) i amb d'altres factors, com un major estrès o un major esforç físic en les activitats quotidianes (que sembla lògic considerant la precarietat que assenyalen en l'apartat 3.1.2); a diferència de la població més assentada (majoritàriament rrom de Țândărei i segurament per tenir més assumida la pauta de mobilitat) que no semblaven associar directament els problemes de salut amb el procés migratori tot i que en realitat es pogués establir una clara correlació (donades les patologies descrites, l'estrès o el fort envelliment que sovint presentaven). Diríem que potser una característica destacable del col·lectiu rrom, en relació a la percepció de la pròpia salut podria ser diferent (valorada com a òptima, tot i les seves condicions de forta precarietat, i no sempre relacionada amb el procés migratori a d'altres col·lectius d'immigrants que sí vincularien més directament el procés migratori amb els seus problemes de salut.

¹⁸³ Un dels aspectes que freqüentment observem, i hem comentat amb altres professionals, durant el treball de camp és que en ocasions era molt subjectiva la nostra estimació de l'edat de moltes persones rrom perquè sobretot a partir de certa edat (40 anys cap amunt) mostraven una aparença molt més envellida principalment i donades les precàries condicions de vida.

En aquest sentit, és bastant evident la presència d'estrès i d'alguns símptomes associats, com hem vist i exposarem en el apartat corresponent, però en general succeeix el mateix que en l'estat de salut física, amb aproximadament dos terços dels entrevistats assenyalant una situació bona o molt bona (60%) i l'altre terç assenyalant-la com regular (20%) o dolenta/molt dolenta (6.7%). En aquest cas, com ja hem comentat, existeix un vincle clar també amb certs factors, especialment la precarietat en l'habitatge, que s'expressa a través de l'estrès. És important destacar i resumir tot el que hem exposat anteriorment, per dues raons fonamentals. La primera és que aquesta valoració contrasta amb la situació i amb les demandes freqüents respecte a la salut que en la pràctica hem observat. Pot ser que es tracti de valoracions massa genèriques, mentre que en aspectes concrets els problemes assenyalats són molts i variats. Per altra banda, perquè aquesta situació (la bona percepció de la salut) es dona d'una forma relativament independent de si la població accedeix o no al sistema sanitari i és habitual que en certs estudis només es considerin els segments de població visibles des del sistema, encara que evidentment aquells que no accedeixen d'una forma constant i adequada puguin estar en una situació significativament pitjor respecte al que hem assenyalat en aquest apartat. En conseqüència, en els apartats següents resumim en quines condicions es dona (o no) aquest accés, i les dificultats que poden aparèixer en general i en certs àmbits d'especial interès.

4.2. ACCÉS I ÚS DELS SISTEMES TERAPÈUTICS.

4.2.1. SITUACIÓ GENERAL EN L'ACCÉS I ÚS DELS SISTEMES TERAPÈUTICS.

Encara que al llarg d'aquest apartat, i quan no fem un esment específic, ens estem referint en general a l'accés i ús del sistema sanitari públic català, és necessari abans d'abordar aquestes qüestions, fer un recorregut pels possibles i diversos usos d'altres sistemes terapèutics que la població rrom romanesa pot fer.

En aquest sentit, en primer lloc, *cal distingir entre l'ús d'un sistema biomèdic/occidental o l'ús de sistemes de tall més tradicional*. Durant el treball d'investigació no hem constatat una existència o un ús massa significatiu dels segons. La població rrom romanesa amb la qual hem treballat, a diferència d'altres poblacions immigrades i tot i presentar determinats trets i característiques socioculturals distintives, no sembla tenir en aquest moment (haver o no mantingut) un marc amb certa formalització respecte a significats i tractaments basats en el coneixement tradicional. A més de no haver-lo detectat durant l'intens treball de camp, per exemple, cap de les persones entrevistades va fer esment a aquest tipus de sistemes com a alternativa de tractament en el moment actual. Tot i això, no significa que, evidentment, no existeixi o no s'apliqui aquest coneixement,

al contrari; hem recollit informació sobre diferents pautes de tractament i especialistes (generalment de la pròpia població rrom, i en origen, però no només) que poden relacionar-se amb el coneixement tradicional. Per citar alguns i descriure la seva varietat: hem observat coneixement aplicat referent a la recollida i ús de plantes medicinals, fonamentalment entre dones; per altra banda, existeixen persones especialistes que recol·loquen els ossos i articulacions exercint força o pressió amb les mans; finalment, hem recollit també informació sobre creences relacionades amb la curació, com per exemple la que una dona embarassada de bessons pot guarir, al passar tres vegades per sobre d'ella, el trencament o luxació d'una extremitat¹⁸⁴.

En tot cas, el que és important destacar és que aquestes pràctiques no tenen generalment una implantació estable en destinació, a part dels tractaments casolans per a certs símptomes (com begudes calentes, infusions, alcohol, etc.) habituals, d'altra banda, en qualsevol grup humà: bé perquè les persones que les exerceixen romanen en origen (per exemple, les dones de més edat, que segons diversos dels informants són les quals acumulen un major coneixement sobre medicina tradicional), bé perquè no existeix la possibilitat d'exercir-les en destí (per exemple, la recollida de plantes medicinals) o, finalment, perquè aquestes són ja utilitzades tangencialment en un context (Romania) en el qual el sistema biomèdic és el dominant.

En aquest sentit, i tornant al context de destí, és necessari dir *que l'ús de sanitat privada per part de la població rrom romanesa és molt minoritari*, i en realitat no hem observat cap cas (a excepció dels tractaments odontològics i les intervencions relacionades amb la salut sexual i reproductiva com són l'IVE o l'esterilització). Tot i que es pugui pensar que això té molt a veure amb la situació de pressió econòmica, la veritat és que aquest baix ús ens ha resultat relativament sorprenent durant el treball de camp, per almenys dues raons: en primer lloc, és habitual que per a altres àmbits (com per exemple els tràmits legals) s'arribi a realitzar l'esforç per a desemborsar quantitats importants de diners si amb això s'aconsegueix un millor servei o accelerar la resolució de la situació. A més, existeix una experiència prèvia important de pagament pels serveis sanitaris en origen (tant a través de pagaments informals com en serveis estrictament privats), pel que no sembla lògic, donades també les dificultats d'accés al sistema sanitari públic, pensar que aquesta no sigui una opció relativament coneguda o contemplada en destí. En tot cas, una explicació inicial pot passar, per exemple, pel fet que les formes d'accés a la sanitat privada a Catalunya siguin menys conegudes per part de la població rrom; que el sistema públic estigui més present i instal·lat amb major homogeneïtat en els llocs

¹⁸⁴ Evidentment aquestes pautes presenten diferències entre els diferents subgrups de població rrom romanesa presents a Catalunya. Donada l'enorme heterogeneïtat cultural de Romania, i considerant la distància que existeix entre les localitats d'origen, és també lògic que sigui així.

en els quals viuen; que compleixi nivells d'atenció pels quals a Romania haurien hagut de pagar quantitats importants, i també que el perfil de la població que ha migrat sigui precisament el que fa menys ús de determinats itineraris més comuns en la medicina privada en origen, enfront d'uns altres que habitualment es realitzen a través del sistema públic. En tot cas, les qüestions econòmiques i la valoració d'algunes de les qüestions que s'aborden generalment mitjançant serveis privats poden tenir també a veure. De fet, el seguiment en àmbits com *l'odontologia i l'oftalmologia (que, siguin o no privats, solen implicar despeses importants) és pràcticament inexistent, particularment pels adults, a més de no ser considerats de vegades, a nivell preventiu, problemes importants de cara al manteniment de la salut per segments de la pròpia població rrom.*

Independentment de tot el que hem dit anteriorment, el més destacable és, en definitiva, que en la immensa majoria dels casos la població rrom romanesa a Catalunya ha establert un contacte gairebé exclusivament amb els serveis sanitaris públics. No obstant això, tant la freqüència com l'accés observats durant el treball de camp són molt heterogenis, com és lògic, i van des d'una absència total de relació ¹⁸⁵ fins a un ús bastant intensiu. Pot servir per a donar una idea referent a això la següent taula:

Quantes vegades ha acudit als serveis sanitaris en l'últim any

		Freqüència	Percentatge	Percentatge vàlid	Percentatge acumulat
Vàlids	1 0	8	26.7	26.7	26.7
	2 1 - 2	9	30.0	30.0	56.7
	3 3 - 6	8	26.7	26.7	83.3
	4 Més de 6	4	13.3	13.3	96.7
97	N/S	1	3.3	3.3	100.0
	Total	30	100.0	100.0	

Òbviament aquestes dades, sense contextualitzar, no ofereixen massa informació sobre les condicions o el motiu del propi accés, però cal apuntar (perquè té també relació amb els àmbits específics que abordarem en l'apartat següent) la importància que té en la seva interpretació el rol de les dones referent a la cura i la salut. Aquesta importància s'expressa, per exemple, en el nombre de vegades que han acudit al sistema sanitari en comparació dels homes (per a les persones

¹⁸⁵ Encara que no és el cas de la major part de la població rrom romanesa, a partir de l'observa't en el treball de camp hi ha una part significativa de la mateixa que no ha acudit mai, des de l'arribada, a un servei sanitari. Encara que no podem fer una estimació aproximada per a tota la població, per exemple, d'entre els entrevistats, un 10% estava en aquesta situació. A més de amb les possibles dificultats, o amb la presència o detecció dels propis problemes de salut, això té a veure també, com és lògic, amb el temps total d'estada.

entrevistades, una mitjana de 5.5 vegades en el cas de les dones, enfront de 0.87 per part dels homes), no només per aspectes relacionats amb la seva pròpia salut (sobretot sobre salut sexual i reproductiva) sinó també per la d'altres familiars, molt particularment els nens, com s'expressa en els motius de consulta més freqüents per a cadascun dels àmbits sanitaris que hem observat (Centres d'Atenció Primària, Urgències Hospitalàries i Hospitalització). Per exemple, en els següents casos es posa de manifest les principals demandes d'atenció sanitària (planificació familiar, embarassos i atenció pediàtrica) que hem pogut observar i acompanyar durant el nostre treball de camp:

“(…) ella i la seva amiga demanen una altra vegada com demanar hora per l'ABS Besos Mar. Demanem dia i hora de visita des del mòbil, riem perquè volen anar al metge per posar injecció (CEMO) i l'altra per treure el DIU. Ella exclama fent broma: *una para pinchar i otra para quitar*. (Diari de camp, 18/09/07, Dones 19 i 21 anys, Țândărei)

“Ens la trobem i riu mentre ens diu que està embarassada. Vol anar al metge. La seva amiga també vol anar al metge. Quedem dijous a les 16h a la plaça per acompanyar-les al CAP. (Diari de camp 17/07/07, Dones 21-23 anys, Fetesti i Țândărei)

“Ens ensenya com enceta't està el cul del bebè. Sembla cremat i tot. Ens mostra la diarrea. Diu que el nen té diarrea i treu sang també. Li diem que el porti d'urgències a l'hospital perquè li miri per evitar una deshidratació. Diu que el bebè no para de mamar i ella no té menjar.” (Diari de camp 04/06/07, Dona 26 anys, Murgeni)

En relació als *Centres d'Atenció Primària de referència, situats en els barris en els quals resideix la població rrom*, el seu ús, en general es correspon de forma aproximada, amb el que esperàvem: consultes fonamentalment relacionades amb simptomatologia lleu i determinades malalties infeccioses majoritàriament respecte a menors d'edat. Per exemple, d'entre les persones entrevistades, un 63 % van acudir alguna vegada al CAP durant l'últim any, i, d'aquestes, més de dos terços ho van fer per aquests motius. No obstant això, és necessari comentar que aquest accés i ús freqüentment no es va fer d'una forma pautaada i d'acord amb els objectius de prevenció, seguiment i correcció en l'ús del servei que estan en la base de les funcions dels CAP. Dit d'una altra manera, en part per les dificultats que assenyalarem en l'apartat següent, l'ús s'ha limitat més, en molts casos, a un contacte esporàdic, només en els moments aguts en els quals ha aparegut algun problema de salut, i no com les diferents etapes que caldria seguir per a l'abordatge adequat de la situació o i segons el compliment dels protocols (per

exemple, el Protocol de Seguiment del Nen Sa). Per altra banda, és relativament freqüent que les consultes en el CAP s'hagin realitzat en el context dels serveis d'Atenció Continuada i no tant a partir de cites programades amb anterioritat i, per tant, amb el professional assignat en la TSI. És indubtable que aquest ús, que en una part significativa podem considerar no ajustat al caràcter o la gravetat de les qüestions de salut consultades, respon tant a un coneixement insuficient del propi sistema, els mètodes per a demanar cita i aspectes relacionats amb la comunicació, com al propi context que envolta la situació global de la població rrom romanesa i les seves possibilitats d'accés i la seva interpretació de la malaltia; encara que també, en menor mesura, tot això es combina amb la pròpia imatge que existeix d'aquesta població i els canals que es consideren adequats o més efectius per a ella. Per exemple, i encara que es tracta d'una situació no massa freqüent durant el treball de camp, descrivim el que va passar en un dels acompanyaments a un CAP:

“Nos acercamos al mostrador, en principio para solicitar una cita para que el pediatra visite a los niños. A pesar de las dificultades de comunicación, intento intervenir lo menos posible, con la intención de que mejore también la autonomía a la hora de pedir cita. [...] La mujer dice “quiero que un médico vea a los niños”, pero en lugar de pedirle la TSI y darle una cita para otro día, el administrativo le dice que se siente allí y que dentro de un rato la atenderán. No le pregunta en detalle cuál es el problema o si es urgente [...] Cuando entramos en la consulta, el médico reprocha con dureza que para una cuestión menor (aparentemente un proceso gripal, con tos, fiebre, etc.) se haya usado su tiempo de urgencias y no una visita programada.” (Diari de camp, Octubre 2007).

Aquest patró és també coherent amb *l'ús de les Urgències Hospitalàries*, que independentment de les derivacions proposades pels propis serveis, en molts casos dupliquen la intervenció, s'utilitzen com a segona opció enfront de la percepció d'una atenció en el CAP més pautaada, sostinguda en el temps i més limitada respecte les possibilitats diagnòstiques i terapèutiques o bé directament com primera opció, en determinats casos. És clar que, com s'acostuma a assenyalar, aquest ús té a veure amb una certa percepció de l'atenció com més immediata i fins i tot, tal com ens han plantejat diversos informants, amb la idea que el context hospitalari és més segur i fiable, i que resoldrà millor i d'una forma més efectiva el problema. En tot cas, i és necessari repetir-ho encara que ja ho hàgim dit i anem a aprofundir més en l'apartat següent, les dificultats d'accés al CAP relacionades amb la TSI són absolutament determinants en aquest ús. De fet, i és una dada molt significativa, la meitat dels entrevistats que afirmaven haver acudit al sistema sanitari públic en algun moment des de que estan a Catalunya ho han fet sense haver posseït mai la Targeta Sanitària (o, en un segment minoritari, d'ells, amb una targeta provisional i limitada en prestacions).

En aquest context, per tant, ja no és tan important si l'ús d'urgències és adequat o no, si no la consideració que moltes vegades no existeix cap altra alternativa efectiva d'atenció sanitària. En tot cas, si ens centrem en els motius de consulta a Urgències Hospitalàries, podem observar que són sensiblement diferents a les dels CAP: aquesta diferència, que hem observat en el treball de camp (encara que com vam dir el nostre accés a urgències no va ser tan sistemàtic com per a altres serveis), pot veure's també en les entrevistes. La meitat de les respostes respecte a l'última vegada que es van usar les urgències hospitalàries tenen a veure amb el control i tractament de l'embaràs, part i post part normal o patològic¹⁸⁶, i la resta es reparteix, d'una banda, en lesions i patologies gastrointestinals i cardiovasculars de més entitat i d'una altra en malalties infeccioses i simptomatologia lleu. Encara que no ens correspon valorar-lo en detall, amb tota probabilitat part d'aquests motius de consulta són pertinents, i, sobretot, en bona part d'ells juguen un paper fonamental les dificultats d'accés a altres serveis més adequats, com els CAP, fent-los més significatius numèricament. A més, com afirmen Aranaz et al. (2006:311-312, citat en Sanjuán, 2007:15), aquesta inadequació dels motius de consulta en urgències no són patrimoni exclusiu de la població rrom romanesa immigrada, sinó que es donen també en la població presa globalment¹⁸⁷.

L'hospitalització, tenint en compte aquest context respecte a CAP i urgències hospitalàries, acostuma a ser també resultat de l'accés a través de les segones, més que d'un itinerari pautat. De fet, la gran majoria d'hospitalitzacions que hem recollit tenen a veure, per a la població rrom, amb ingressos relacionats amb el part (per exemple, un 78% de les persones entrevistades que havien estat en algun moment hospitalitzades, ho havien estat per aquesta raó). En menor mesura, també hem observat hospitalitzacions relacionades amb altres patologies en adults, vinculades amb les malalties cròniques o agudes que assenyalen en l'apartat anterior, i algunes relacionades amb menors, que no apareixen evidentment reflectides en les entrevistes. En la major part dels casos, per tant, es tracta d'hospitalitzacions relativament breus i, tot i que per exemple, l'informe de Vinclé (2006:94) les descriu com "molt discretes", solen generar alguns problemes específics, tal com hem observat i els professionals sanitaris ens han fet notar i que comentarem en un moment.

¹⁸⁶ Generalment tenen a veure amb embarassos que segueixen un procés normal, com veurem en l'apartat corresponent, encara que en ocasions és difícil afirmar-lo per tractar-se d'embarassos no controlats.

¹⁸⁷ Pel que es recull en diversos estudis (veure cita), fins a un 37% del total de pacients no presenten patologies "que justifiquin la consulta urgent".

Al principi d'aquest apartat fèiem esment també a la relació dels patrons respecte els itineraris terapèutics amb el context d'origen. Per finalitzar, i encara que com hem dit la gran majoria de l'atenció es dona en destinació, cal dir que *existeix també una certa pauta cap a origen*, potser afavorida per la relativa proximitat i altres factors, que ara veurem. Tot i ser relativament minoritària, creiem que és interessant comentar-la aquí a partir d'un exemple, per com s'evidencia en ell la interrelació entre múltiples factors en el que té a veure amb la configuració dels itineraris. En aquest sentit, durant l'observació dels itineraris terapèutics per a determinats problemes de salut en el treball de camp, vam constatar que freqüentment la població rrom expressa una preferència per la utilització del sistema sanitari romanès¹⁸⁸ en lloc del sistema públic català (encara que els viatges a origen per aquesta raó siguin minoritaris). Aquesta preferència es dona particularment per a certes intervencions (apendicectomia) i per a certs segments de la població (particularment l'originari de Țândărei). Això implica o ha implicat en ocasions processos de mobilitat a origen que tenen com contrapartides, entre d'altres, l'exposició a riscos durant el viatge i en l'espera per a realitzar-ho.

En un inici, semblava molt evident un plantejament basat en la divergència cultural en la interpretació d'aquesta i altres malalties. En concret per a l'apendicectomia, sembla que en molts dels casos en realitat no es tractava més que de molèsties digestives de tipus funcional, interpretades com apendicitis pels usuaris¹⁸⁹. No obstant això, posteriorment vam arribar a la conclusió que alguns dels factors que semblen intervenir també en aquesta elecció són:

- les dificultats d'accés i/o desconfiança cap als serveis públics de salut catalans, algunes de les quals ja hem esmentat i que veurem a l'apartat següent (sigui aquesta per les limitacions del propi accés o per experiències prèvies negatives amb els serveis sanitaris en la seva globalitat que té una part de la població rrom romanesa)
- Una major facilitat per a la comunicació amb els professionals sanitaris a Romania i un millor coneixement dels serveis.
- La sensació de tenir un major control de l'itinerari terapèutic gràcies a pagaments informals als professionals de salut, pràctica molt estesa a

¹⁸⁸ Ens referim en aquest cas exclusivament al sistema biomèdic, encara que aquest no sigui en tots els casos (sí en la majoria) públic. No hem constatat un ús massa significatiu d'altres sistemes, de tipus tradicional, ni en origen ni en destinació.

¹⁸⁹ Es necessari recordar, a més, que, segons refereixen els especialistes, no fa tants anys en el nostre context aquests tipus de trastorns era també tractat en ocasions mitjançant l'apendicectomia.

Romania, si s'ha de jutjar per les dades recollides en el treball de camp i per la bibliografia existent. I, eventualment, un foment de la pròpia atenció en origen per part dels professionals, per a rebre aquests pagaments.

- Una millor valoració de les pautes de tractament, per ser les que han conegut prèviament al procés migratori.
- Un aprofitament del viatge per a un altre tipus d'activitats (retrobar-se amb la família, econòmiques, tràmits legals, etc.).
- A més dels factors anteriors, per al cas concret de l'apendicectomia, és possible que per al col·lectiu procedent de Țândărei tingui una especial importància la por associada a la mort d'un home jove per possibles complicacions relacionades amb una apendicitis tractada en el sistema sanitari públic català.

Això mostra amb claredat la *possible complexitat dels itineraris terapèutics de la població rrom romanesa per a determinats problemes de salut*. Però, a més, i tal com ocorre amb la pròpia cultura, que ha de ser interpretada en un sentit ampli, serveix per insistir en que l'explicació de situacions com l'anterior no poden limitar-se a un conjunt de trets que aportin receptes senzilles per a problemes de salut o d'accés i ús al sistema sanitari. En aquest sentit, cal fer un apunt respecte a la mediació cultural, indudablement molt útil i en la que aprofundirem després; tot i que en ocasions s'acaba fent un ús estereotipat d'aquests trets o es converteix de fet en una mediació lingüística que de vegades ni tan sols considera amb suficient profunditat aquests i altres factors¹⁹⁰. En tot cas, aquesta dificultat normalment s'expressa una vegada assolit l'accés que, com ja hem expressat i veurem a continuació, implica enormes dificultats en sí mateix i no sempre en la pràctica queda garantit.

¹⁹⁰ Per exemple, a l'hora de plantejar un mediador que treballi amb la població rrom romanesa, donada la situació en origen i altres factors, es poden plantejar dificultats tals com la pertinença ètnica (rrom o no rrom romanès, independentment que ambdós parlen romanès), el gènere, l'edat, estatus dintre del grup, etc.

4.2.2. DIFICULTATS EN L'ACCÉS I ÚS DEL SISTEMA SANITARI

Ja hem esmentat abans, per exemple en els apartats dedicats als factors que incideixen en la salut de la població rrom, moltes de les dificultats existents. Per aquesta raó tractem de centrar-nos en el present apartat en aquelles que tenen estrictament a veure amb la capacitat d'accés i d'ús del sistema sanitari públic. Partim per a això de la idea general que existeix, per a la població rrom romanesa, un doble estereotip, de la mateixa manera que es donen al mateix temps processos de visibilitat i invisibilitat social, com comentem en la introducció. D'una banda, existeix la imatge de que la població rrom, de vegades, és molt reticent a utilitzar els serveis de salut. Per altra banda, cal apuntar que també existeix un estereotip en direcció contrària, compartit amb altres poblacions, que els caracteritza com una població molt demandant, en la pròpia consulta i en general.

És cert que això és coherent, encara que mai generalitzable, amb la forma en que de vegades es fa l'ús dels serveis, i també amb certa concepció del que són les seves funcions i les del personal sanitari¹⁹¹. Però, durant el nostre treball de camp, hem pogut comprovar per exemple que quan s'ha facilitat la informació i l'accés, els rrom han fet, sovint, molta demanda d'atenció sanitària; com ja hem dit sobretot en el cas de les dones i en relació als serveis de salut sexual i reproductiva i salut infantil. També és cert que existeix una situació de molta precarietat en segments de la població, que es combina o incideix en que de vegades presentin dinàmiques de demanda i d'expectativa d'ajuts socials molt cròniques i persistents. En tot cas, volem ressaltar de nou que les dificultats respecte la salut de la població rrom són enormes, i freqüentment insalvables en quant a l'accés a les cures de salut. A més, per les pròpies situacions viscudes durant el treball de camp, aquesta impressió es reforça per la sensació que moltes vegades, sense el nostre acompanyament (fins i tot a pesar que aquest no estava formalitzat estrictament com a tal) hauria estat molt difícil i fins i tot impossible l'accés a determinats serveis o tràmits (i de fet, ho va ser també en ocasions, a pesar d'ell).

En relació amb tot això, hi ha diversos factors que són fonamentals en aquestes dificultats. En primer lloc (és imprescindible repetir-ho perquè és fonamental i paradoxalment no sempre s'esmenta) cal situar les barreres legals, relacionades amb l'empadronament i l'obtenció de la Targeta Sanitària. Encara que ja ho hem comentat, com resumeix la següent cita, d'una forma molt clara:

¹⁹¹ Per exemple com afirma l'informe de Vincle (2006:93-94), "quan una família es mobilitza a un centre mèdic és que realment hi ha indicadors que desborden el tractament casolà habitual (febres altes, accidents, disfuncions orgàniques, no necessàriament greus)". En termes generals podem estar d'acord, encara que no sempre es així.

“L’element clau que garanteix l’accés a l’assistència sanitària pública dels immigrants estrangers es centra en l’obtenció de l’empadronament en les seves localitats de residència i la vinculació d’aquest procediment amb la tramitació de la Targeta Sanitària Individual com a document d’accés al sistema públic de salut. De vegades però, l’arbitrarietat en els processos d’empadronament i la manca d’habilitació dels recursos sanitaris necessaris no faciliten el dret d’accés als serveis de salut als estrangers (Llàcer i col·l., 2001)”. (Borrell, Benach, 2003: 222, citat en Sanjuán, 2007:125)

Com ja hem esmentat en l'apartat dedicat a la situació legal, la realitat és exactament aquesta: a més de les limitacions al dret a l'empadronament, respecte al compliment dels supòsits legals recollits per a l'atenció sanitària quan aquest no és possible existeix una arbitrarietat enorme i insostenible, que requereix una solució immediata. No és acceptable, a l'abordar qüestions de salut relatives a col·lectius potencialment en situació de vulnerabilitat com dones embarassades i menors, que l'accés depengui de la bona distribució d'una circular o de la voluntat personal o coneixements particulars d'un professional. Es tracta de drets bàsics, en els quals caben pocs matisos, i han de ser garantits en la pràctica.

En tot cas, aquests problemes són no únicament els més observats durant el treball de camp, sinó també els més assenyalats per la pròpia població rrom al preguntar sobre les dificultats en el sistema sanitari públic; per tant, una de les seves principals demandes i conseqüentment també la de tots/es els actors que estan intervenint amb la població. Això s'evidencia també en les persones entrevistades, a l'observar que, d'aquells que posseeixen Targeta Sanitària (aproximadament la meitat), només un 16.7% van assenyalar tenir dificultats per anar als serveis públics de salut, mentre aquesta proporció s'incrementa fins al 90% en aquells que no disposaven d'ella.

Tot i que, quan es posseeixen els requisits legals “habituals”¹⁹², existeixen, evidentment, altres dificultats de tipus legal o burocràtic que també afecten tant a la població rrom com als propis professionals en l'acompliment de les seves funcions. Per exemple, és habitual que en els contactes inicials es recullin malament certes dades de la persona, bé perquè no es coneixen les diferències en la documentació, bé perquè la comunicació és deficient. Un cas freqüent és el d'invertir l'ordre del nom i el cognom: tant en la documentació romanesa com en la forma de autodenominarse per part dels pacients d'origen romanès sol situar-se

¹⁹² Ens referim fonamentalment a l'empadronament. Com ja hem dit, en molts altres casos es compleixen els requisits legals (per exemple, ser menor d'edat) i en la pràctica no existeix voluntat, capacitat o informació suficient per a actuar en conseqüència des dels serveis.

primer el cognom i després el nom. Això ha fet que molt habitualment observem com han de realitzar-se diverses consultes en els arxius perquè al buscar pel camp “cognom” la persona no apareix. En la mateixa línia, existeix certa rigidesa en els programes d'introducció de dades, per exemple respecte a la longitud dels camps (noms que no caben en l'espai que correspon) o respecte a la seva organització (de manera que sense certa informació, de vegades no disponible, o sense marcar una determinada casella, no deixen continuar el procés).

En altres paraules: a més de que en la nostra opinió una excessiva protocolització combinada amb la pressió assistencial incideix negativament en la qualitat del servei, existeixen diversos tràmits que seria necessari adaptar en part perquè necessiten de solucions no formalitzades, que estem segurs són comuns amb altres poblacions.

La capacitat per a gestionar amb major o menor èxit els anteriors i altres problemes té molt a veure també amb el propi coneixement de la població del sistema sanitari públic i els seus itineraris. Podríem dir que aquest no és, en termes generals, massa bo, pel que fa als procediments bàsics (demanar cita, coneixement dels itineraris més senzills). Tot i que aquest coneixement depèn de diferents factors (un dels quals, potser el més important, és la pròpia experiència en l'ús del sistema sanitari) i que per tant és molt variable a un nivell individual, durant el treball de camp hem observat àmpliament les dificultats en aquest sentit, afavorides per una estructura per res simple, i no sempre organitzada amb claredat. No obstant això, cap apuntar que aquesta manca en el coneixement del sistema, a pesar de ser greu, es compensa en ocasions amb acompanyaments o amb la pròpia flexibilitat i accessibilitat dels professionals sanitaris; la qual cosa no és, en tot cas, la situació ideal per a cap dels implicats. Els exemples de dificultats en aquest sentit són variats, i van: des de confusió a l'hora de decidir quin servei és adequat per a un determinat problema de salut; o a on dirigir-se per a realitzar un determinat pas posterior en un itinerari terapèutic concret; fins a la dificultat sobre els procediments més bàsics com els mètodes per a demanar cita o una ambulància i l'ús del telèfon d'urgències. Hem observat, per exemple, dificultats en la comprensió de les gestions amb el personal administratiu dels CAPs, i moltes altres en la petició de cita telefònicament¹⁹³; dificultats que en tot cas també es poden donar en certs segments de la població autòctona.

¹⁹³ No únicament a un nivell lingüístic, que també. Per exemple, a l'hora d'interpretar a quin telèfon trucar dels quals apareixen en la TSI o altres documents, o d'explicar el problema concret o l'especialista al qual volien consultar. També amb els horaris d'atenció telefònica i les indicacions que es fan en determinats serveis perquè les cites es gestionin en altres números de telèfon, on estan centralitzades.

Utilitzant com exemple el recollit en les entrevistes, a partir dels criteris establerts per a avaluar aquest coneixement¹⁹⁴, una mica menys de la meitat de les persones entrevistades van afirmar no saber com demanar cita (telefònica o presencialment) i un nombre similar no coneixien el telèfon d'urgències, si bé la proporció de persones que afirmaven saber com demanar una ambulància era una mica major (més propera als dos terços). En aquests dos últims aspectes les dificultats són també variades: per exemple, pel segment que es troba en situacions de barraquisme, no sempre hi ha un telèfon amb bateria des del que demanar assistència (encara que habitualment sí, pot no tenir la bateria carregada, per al que de vegades es fa ús d'un telèfon públic); o un lloc on consultar el número de telèfon si no es coneix¹⁹⁵. Per altra banda, i encara que només ha succeït en un parell de situacions durant el treball de camp, és necessari esmentar, perquè evidència la situació de precarietat, que no sempre es coneix la pròpia l'adreça o com fer les indicacions necessàries per a demanar una ambulància, a causa de els constants desallotjaments i a la intensa mobilitat¹⁹⁶.

Com hem comentat fa un moment, el coneixement d'aquests aspectes i d'uns altres sobre el sistema sanitari públic, depèn en bona part de l'experiència en l'ús del propi sistema. Per exemple, i atès que com hem dit la cura dels nens és un dels motius fonamentals de consulta, el coneixement és correlaciona significativament en les entrevistes amb el nombre de fills menors presents en destinació (en funció que les mares acudeixin amb relativa freqüència). A més és necessari apuntar, en aquest sentit, que el coneixement del grup que té un major temps d'estada (Țăndărei) és sensiblement millor, encara amb certs problemes, com també ho és el d'aquells que posseeixen Targeta Sanitària enfront dels quals no. No és adequat, per tant, assumir que una persona nouvinguda hagi de conèixer una estructura per res simple, encara que la veritat és que uns altres amb més temps d'estada també han mostrat serioses dificultats en aquest sentit; la qual cosa pot tenir a veure tant amb un ús esporàdic com amb la falta d'una informació clara i accessible referent a

¹⁹⁴ En principi usem la convenció que un coneixement bo o adequat d'aquestes formes bàsiques d'accés té a veure amb, almenys, saber demanar cita i conèixer o bé el nombre de telèfon d'urgències o bé la forma de demanar una ambulància.

¹⁹⁵ Cal apuntar que el 112 és també, actualment, el nombre d'emergències de referència a Romania. Això podria facilitar el seu coneixement, si bé no duu massa temps actiu ni la població rrom té perquè assumir directament que és el mateix a Catalunya.

¹⁹⁶ Vam conèixer aquest problema, de fet, perquè les persones que tenien una urgència mèdica (un part i un home amb dolor abdominal que posteriorment es va diagnosticar com pancreatitis aguda i càlculs biliars), van trucar per telèfon des d'una cabina propera per a demanar que fóssim nosaltres els quals cridéssim a l'ambulància. Ja ho havien intentat però no tenien manera de saber el carrer i nombre en la qual es trobava l'assentament, que nosaltres coneixíem per haver-los visitat en diverses ocasions.

això. De fet, encara que sí poden existir alguns materials en altres centres (tot i que no sempre veritablement adaptats culturalment), no hem observat massa pautes clares ni instruments en aquest sentit “educatiu” per a les persones que efectuaven un primer contacte amb els serveis, i en els casos que s'han donat, ha estat més aviat d'una manera informal (i més com a una qüestió de voluntarietat per part del personal).

Una vegada assolit l'accés poden aparèixer altres dificultats relacionades amb la continuïtat de les visites i el seguiment de les indicacions terapèutiques. Aquestes tenen molt a veure amb l'exclusió socioeconòmica i la precarietat (per exemple, una alta mobilitat deguda a les dificultats en l'accés a un habitatge estable o a la recerca de noves oportunitats econòmiques) o també amb les pautes culturals en la concepció de la salut i el seu manteniment (per exemple, una concepció simptomàtica de les malalties), com ja hem esmentat.

És molt habitual escoltar, i en bona part sembla ser cert, que la població rrom romanesa no compleix els itineraris previstos, ni respecta les indicacions dels professionals; també, que acudeix tard als serveis, sense un control previ considerat imprescindible des dels serveis i només quan els problemes són realment greus. Ho hem comprovat durant els seguiments fora de l'àmbit sanitari, molt en relació amb el context que envolta aquest ús i que dificulta enormement tant les cites programades com les pautes terapèutiques. Respecte a les primeres, a més d'altres ja comentades, existeix una altra dificultat bàsica que hem observat intensament, i que depèn de la vivència del temps per part de la població rrom en quant a l'enorme distància que existeix entre les condicions i exigències que la seva situació quotidiana de precarietat i inestabilitat imposen i les previsions estables i les pautes a llarg termini dels serveis i professionals. En aquest sentit, és freqüent que molts informants no es presentessin a tràmits o cites importants simplement per no recordar-los, per no saber exactament en quin dia s'havien de presentar o perquè, passat el temps, la situació o les necessitats eren ja tan radicalment diferents que aquest tràmit havia perdut sentit.

Això, té relació a més, amb el tipus d'ocupació: no sempre tenen una jornada laboral de dilluns a divendres amb uns horaris definits i estables, el que fa que no tinguin tan presents els dies concrets de la setmana ni les hores estrictes perquè potser no té tanta utilitat per a ells. Pot semblar poc important, però generalment no hi ha cap ús de calendaris o agendes; i el que és més determinant, les condicions no permeten realment fer plans a llarg termini: molt freqüentment hem tingut problemes (que comparteixen altres persones que estan intervenint amb la població) per quedar a més d'una setmana vista. I només amb una bona dosi de constància i d'esforç (també per la seva banda, per obviar necessitats molt immediates) es pot, generalment, anar complint amb determinats tràmits molt

estandarditzats. Els següents exemples posen de manifest aquesta vivència del temps relacionada directament amb una manera de fer que necessàriament esdevé immediata:

“Quedem amb ella que dimecres que ve l’esperem al bar de la plaça i anirem al CAP perquè l’assistenta social vegi el nou fill i llavors li pugui tramitar la TSI pel bebè i així poder visitar al metge. Ens dona les gràcies. Abans però, l’altra noia li ha d’explicar que pel dimecres que ve falten set dies” (Diari de camp, 24/10/07, Dona de 23 anys, Țândărei)

“Ens pregunta quan és el mes de juliol, si va després de l’agost o setembre. Diem que el mes de juliol arriba en una setmana.” (Diari de camp 15/06/06, Home de 25 anys, Țândărei)

“Les primeres preguntes que la llevadora li fa i que no pot concretar és el dia de l’última regla i de quantes setmanes estava. Ella ha dit que a l’abril o març. Ha dit que creia que estava de 5 mesos. Fora de la consulta ha dit que pensava que era de cinc mesos perquè sentia que el nen es movia. (Diari de camp, 01/08/07, Dona de 40 anys, Țândărei)

També existeix una distància enorme, molt freqüentment, respecte a la *viabilitat de les indicacions terapèutiques*. Sense pretendre que els professionals sanitaris hagin de conèixer en profunditat tot allò referent al context extern de la consulta¹⁹⁷, la veritat és que de vegades aquestes pautes estan molt lluny tant del procés d’aprenentatge i canvi individual de l’usuari com de les possibilitats reals de compliment, en aspectes tan diversos com la precarietat econòmica, les xarxes de suport o l’estabilitat en un mateix habitatge.

És important també considerar la sobrecàrrega a la qual es veuen sotmesos molts professionals sanitaris, i que condicionen la possibilitat d’adaptar aquestes pautes: qüestions com el poc temps de consulta, la predisposició degut a un mal ús previ o a la pressió assistencial, dificulten l’establiment efectiu d’una relació terapèutica adequada amb el/la pacient.

No obstant això, les pròpies situacions de risc que efectivament es detecten, fan que es prioritzin alts graus d’exigència immediats, enfront de l’establiment d’un vincle que permeti treballar-los. Això és particularment visible en indicacions

¹⁹⁷ Encara que és important que coneguin certs aspectes bàsics de les condicions de vida dels pacients; com a mínim aquells que es sap que tindran una repercussió directa en la seva salut.

terapèutiques clarament no assumibles en un context de pobresa i exclusió socioeconòmica (com per exemple la compra de determinats fàrmacs o l'exigència d'un context perfectament higiènic, pautat i ordenat, en casos de sobreocupació o barraquisme¹⁹⁸). Per posar un exemple que en principi és de poca importància a nivell de salut: si es veu, com efectivament ha succeït en algun cas, a una mare donant amb el biberó una beguda ensucrada i gasificada a un nen molt petit (després d'haver-li tret el gas, la qual cosa s'ha de considerar, encara que no ho sembli, un símptoma de cura i no de despreocupació), semblaria adient –encara que no necessàriament fàcil– evitar una conducta de confrontació clara, que podria allunyar al pacient del servei –amb conseqüències negatives per a la salut del nen, els seus germans i la pròpia mare, que és allò, precisament, que es vol evitar– i tractar d'aprofitar la situació per a fer educació per a la salut. Caldria, doncs, considerar-la significativa i aconseguir una relació terapèutica des de la qual poder treballar adequadament aquesta i altres qüestions més importants i perjudicials.

En tot cas, la resolució d'altres factors que incideixen en la possibilitat d'aplicar pautes terapèutiques realment imprescindibles no competeix, evidentment, als professionals sanitaris; però igual que les famílies rrom han de fer un esforç per a aconseguir aplicar-les, entra dintre de les funcions dels professionals intentar ajustar, en la mesura del possible, la seva intervenció perquè aquesta sigui el més efectiva possible. Es tracta, en definitiva, d'entendre que poques vegades està en l'ànim de les mares fer mal als fills o no tractar-los adequadament i que allò que es fa sovint té explicacions –de vegades molt crues– en la situació socioeconòmica i la història personal; i que un enfocament constructiu i adaptat deixaria molta millor sensació en tots els actors i obtindria, segurament, molts millors resultats. No és la nostra intenció moralitzar ni proposar solucions fàcils sinó posar sobre la taula que, sense obviar les dificultats, sí existeixen possibilitats d'actuació.

Aquest context de precarietat i immediatesa, de vegades molt allunyat de les realitats que estan implícites en els protocols sanitaris, té a veure també amb les possibles *dificultats en els processos d'hospitalització*. Existeixen problemes que, pel que hem pogut observar, es donen en certa proporció, com per exemple els relacionats amb l'ús de les habitacions i instal·lacions, els horaris i pautes de visita o la resistència en certs casos davant determinades proves. L'única possibilitat de resoldre'ls passa, en aquest cas, una vegada més, amb certa flexibilitat (en la mesura del possible) i amb el coneixement i la informació sobre aquestes pautes

¹⁹⁸ Pot semblar exagerat, però en certs casos, acompanyant persones en una situació molt precària (barraquisme, treball marginal, ingressos molt baixos, etc.) hem observat la recomanació de pautes estandarditzades (més adequades, probablement, per a una família de classe mitja catalana) sense que el professional hagi preguntat en cap moment com és la situació respecte a aquests aspectes de la persona. A pesar que, com vam dir, no creiem que sigui la seva funció conèixer aquests àmbits en profunditat, resulta difícil entendre com pot assumir-ne directament que aquestes condicions existeixen en un cas com el de la població rrom romanesa.

per part de la població rrom. En altres casos, evidentment, haurà característiques de tipus personal (inclòs el caràcter) que realment facin difícil el compliment d'algunes normes o pautes. Ni es pot extrapolar a partir d'elles a tot el col·lectiu ni es pot negar que sigui així, en determinats casos. Cal considerar també, que hem observat amb relativa freqüència la percepció de l'hospitalització com una situació que implica un cert control per part de la societat majoritària i una desconfiança cap al propi sistema, agreujada per les dificultats de comunicació i probablement amb un pes important de les experiències prèvies en origen (per negatives o fins i tot pel fet que un major temps d'hospitalització impliqui un major pagament informal).

Finalment, existeixen altres problemes relacionats amb l'hospitalització que tenen molt a veure amb els anteriors, relatius a l'alta voluntària i l'abandó. En alguns casos, fonamentalment relacionats amb l'embaràs i part, hem observat com aquests es produïen prematurament, abans de l'indicat pels professionals, i en alguns casos més com "fugides" que signant l'alta voluntària. Sense entrar en profunditat en ells, a pesar que els motius són variats i que en algun cas van fins i tot clarament contra la situació de salut del pacient, la tònica general és que tampoc es tracta de pràctiques aleatòries o irreflexives: encara que en algun cas pugui simplement estar actuant la desconfiança o la sensació de control que acabem d'esmentar, en unes altres tenen certa lògica dintre de situacions de necessitat molt acusades o de la percepció d'obligacions importants fora de l'hospital i que no estan sent complertes. Per posar dos exemples d'aquestes motivacions: hem observat casos de dones pràcticament sense xarxa social i familiar que han abandonat abans de l'alta hospitalària, l'endemà després del part, per a tornar al treball marginal, per raons fonamentalment de subsistència. En altres casos, per exemple, té a veure amb la cura dels fills, que es troben amb altres persones, generalment familiars, que no els poden atendre com correspon o, almenys, com correspon des del rol de cuidadores de les mares, i que aquestes posen per damunt molt habitualment de la seva pròpia salut.

4.2.3. DIFICULTATS EN EL TRACTAMENT I ÚS DE FÀRMACS

Algunes de les dificultats que acabem d'esmentar actuen d'una forma similar sobre el seguiment posterior dels tractaments i en concret sobre aquells que impliquen l'ús de fàrmacs, encara que aquests àmbits comporten també dificultats específiques, que hem observat bàsicament en diversos aspectes: accessibilitat dels fàrmacs, comprensió de les indicacions i pautes de consum.

En relació a la primera qüestió, podem començar dient que no hem observat un ús especialment intens de medicació entre la població rrom romanesa, almenys en

comparació amb la idea general que podem tenir sobre el consum en la població majoritària¹⁹⁹. Pot ser que tingui a veure amb el propi perfil de la població rom romanesa (jove i generalment sana), encara que és obvi que en certes condicions de precarietat econòmica, una part dels problemes d'accés als fàrmacs tenen a veure amb el seu possible cost: en general, el que hem observat en el treball de camp, el tipus de fàrmacs més consumits no té un preu elevat. Per exemple, de les persones entrevistades que van consumir algun fàrmac en els últims 6 mesos (un 75%, aproximadament) un 82% havia consumit analgèsics, antiinflamatoris i antigripals, enfront de proporcions moltíssim menors respecte a altres fàrmacs (com antibiòtics o medicació per a malalties cròniques). Evidentment, que analgèsics i altres fàrmacs indicats per a processos lleus siguin els més utilitzats té molt a veure tant amb el seu ús genèric i molt estès (també en origen) com, de vegades encara que no sempre, amb el seu preu. Però això no vol dir que altres més específics (o amb un preu superior) no estiguessin indicats i no es poguessin aconseguir per tenir un elevat cost o per no existir un accés al sistema de salut, entre altres factors. De fet, segons el que hem pogut conèixer en alguns casos, l'ús d'analgèsics podria estar simplement responenent a l'alleugeriment simptomàtic d'altres patologies per a les quals la persona no tenia un tractament específic, perquè no calia, per no saber que era necessari o per no poder-ho aconseguir²⁰⁰. També cap considerar que tractaments amb fàrmacs específics que es puguin haver iniciat poden ser abandonats per la interrupció del seguiment i, fins i tot, per la tornada a una situació en la qual un accés formal al sistema sanitari no és possible²⁰¹.

És també significatiu, i molt relacionat amb l'automedicació, l'ús de fàrmacs portats de Romania. Durant el treball de camp, la principal raó per fer ús d'aquests fàrmacs eren, entre altres, la confiança perquè ja els coneixien i sabien quin tipus de medicament era; quin ús fer-ne; i per la dificultat de tenir TSI.

“(…) Albocamina es paracetamol, se va la gente a Rumania, la gente le das 10€ y te trae muchas pastillas. Todos lo hacemos. Te trae comida, te trae

¹⁹⁹ En tot cas, ens vam basar únicament en la percepció basada en el treball de camp i no hem aprofundit en les dades respecte a pautes de consum de la població en general prou com per a afirmar-ho amb rotunditat.

²⁰⁰ Els problemes en aquest sentit, vinculats al no accés al sistema sanitari, són evidents: en primer lloc, respecte a com identificar quin és el problema de salut, però també a la definició del tractament i fàrmac o fàrmacs adequats, com sol·licitar-ho en una farmàcia i finalment la possibilitat o no d'adquirir aquest fàrmac sense recepta i targeta sanitària. A més, els que no tenen TSI no només no tenen accés a que el metge els visiti sinó que tampoc, encara que puguin comprar el fàrmac sense recepta no es beneficien del 40% de descompte que té la gent que si en disposa.

²⁰¹ Per exemple, per haver obtingut la Targeta Sanitària temporalment (amb o sense empadronament) i produir-se un canvi de domicili o dels requisits concrets en un servei, com hem observat en algunes ocasions.

todo lo que queremos. Si quieres enviar un paquete le pides a quien se va a Rumania. Si tú te vas a mi país y me conoces y me dices cómprame a mí esta bolsa, entonces ya vuelvo dos, tres días y ya está. La compramos por la costumbre, no lo sé, porque hay gente aquí que no sabe mucho hablar y hay medicamentos de la espalda y como es de nosotros y ya sabemos de que es, este es de cabeza, este es de muela... hay quien no sabe hablar en la farmacia, pero aquí si te vas a la farmacia y pides algo dice el médico: no te doy, tienes que ir al médico. Si te duele algo y él tiene miedo para a ti darte algo. Yo pedí una siropo, sí, para preparar con agua, esto es para la fiebre y los vómitos, para el resfriado para la niña y me ha dicho no, vete al médico porque él también tiene miedo: te pasa algo me dice y te dirán donde lo has comprado. Hay otra gente que no tiene tarjeta sanitaria. Allí en Romania te pides las pastillas y pasan los dolores. De la farmacia yo me compro aspirina. (Dona de 19 anys, Țândărei)

Tot això és també coherent amb els trets generals entorn de la prescripció i recomanació en l'ús de fàrmacs: com cabria esperar l'automedicació és alta i l'hem observat molt freqüentment durant el treball de camp, la qual cosa és lògica en una població amb dificultats d'accés als àmbits en els quals es prescriuen els tractaments, encara que puguin existir d'altres factors. De fet i a partir de les dades recollides en les entrevistes, la proporció d'automedicació és més alta si no es disposa de TSI i quant menor és el coneixement del sistema sanitari públic. Evidentment, una part de les prescripcions vénen de consultes en els serveis sanitaris i altra, bastant significativa, de les farmàcies.

En aquest context, el coneixement, comprensió i aplicació de les pautes terapèutiques (en els casos que aquestes existeixen) és heterogeni i en moltes ocasions poc adequat. En primer lloc, perquè existeixen dificultats (com ja hem assenyalat en l'apartat dedicat a l'educació) en la lectoescriptura, que condicionen la possibilitat de, per exemple, entendre el prospecte d'un fàrmac; no únicament en els casos en els quals existeix un cert grau d'analfabetisme, sinó també a causa de la distància entre el llenguatge que s'utilitza en ells i el domini de castellà o català²⁰². El mateix és en part aplicable a la transmissió de les pautes en la pròpia situació de consulta: com veurem, existeixen importants problemes de comunicació que fan que aquestes pautes, transmeses oralment o per escrit, no sempre siguin efectives. Per altra banda, hem observat durant el treball de camp

²⁰² Aquesta distància implica que probablement encara que els prospectes estiguessin escrits en romanès, també es donarien certs problemes. Un exemple il·lustratiu d'aquests problemes es pot observar en el cas d'uns pares que donaven a la seva filla petita un complex vitamínic pels constants problemes (tos i mocs) que patia (molt relacionats amb les condicions de txabolisme). Ho feien sota el convenciment de que eren apropiats exclusivament perquè a la capsa sortia un esquema representant un adult i un nen que sembla ser era la imatge del laboratori farmacèutic que els produïa.

una falta d'instruments en aquest sentit, en la qual creiem que s'hauria d'insistir. Probablement seria possible dissenyar, enfront de la improvisació o el lliurament d'unes indicacions complexes escrites a mà, que en ocasions es dóna, un document o alguna eina similar, relativament homogeni però adaptable i amb indicacions molt clares, que el pacient pogués endur-se per a ajudar a recordar i aclarir les pautes. El temps de consulta i la pressió assistencial (per no parlar de factors menys estesos com actituds de racisme, prejudicis, manca de motivació i sensibilitat d'alguns professionals, entre altres) fan, a més, que en moltes ocasions la persona surti de la consulta sense una idea clara del que ha de fer, en part (encara que existeixen altres motius) perquè no es dóna un context favorable perquè insisteixi en els dubtes que puguin sorgir.

Existeixen problemes associats amb els anteriors que tenen a veure tant amb la pròpia adaptació de les pautes a l'estil de vida com amb el coneixement general sobre el que implica la presa d'uns fàrmacs o altres. Un exemple que pot semblar insignificant: és freqüent que en les consultes s'utilitzin pautes de l'estil "una determinada quantitat després de cada menjar", la qual cosa és molt aclaridora per a la població en general, però, com hem vist, aquestes pautes respecte a horaris no sempre es compleixen en el cas de la població rrom i, per tant, no garanteixen la presa a les hores correctes, amb el que acostuma a ser més senzill indicar períodes de temps durant el dia. Per altra banda, cal ser conscient que, de vegades associat a la precarietat econòmica o a altres motius, és relativament habitual que es prenguin quantitats diferents a les indicades (sobretot si es formula aquesta indicació en termes d'unitats de mesura com mil·ligrams, centímetres cúbics...). Sol ser més adequat, pel que hem observat, utilitzar altres criteris (com per exemple, marcar en una xeringa la quantitat adequada). A més, hem observat, encara que d'una forma més minoritària i que aquests també poden ser compartits amb segments de la població majoritària, certs problemes associats amb la baixa formació en qüestions relacionades amb la salut i l'ús de fàrmacs. Per exemple, de vegades existeix certa confusió entre la marca comercial i el principi actiu, que pot produir situacions en les quals es demani una marca concreta a la farmàcia (potser amb un preu més elevat). També, en ocasions, hem trobat que existeix certa associació entre un determinat mètode d'administració i l'efectivitat que, encara evidentment sigui real en el cas de molts fàrmacs, pot portar a situacions semblants a l'anterior.

Finalment, dos aspectes que han sorgit en ocasions durant el treball de camp: el primer té a veure amb la conservació dels fàrmacs, que no sempre es dóna en les millors condicions. Un aspecte en el qual pot ser necessari insistir és en el temps i les condicions d'aquesta conservació perquè ha estat una pregunta relativament freqüent (sobretot amb xarops). Això té també a veure amb altra qüestió, molt més fonamental: en moltes ocasions cal preveure que la concepció dels propis

processos de salut i malaltia, combinada amb la precarietat econòmica i el poc coneixement sobre els efectes dels fàrmacs, produeixi que aquests s'utilitzin d'una manera simptomàtica, amb bastant freqüència mentre existeix un problema i deixant la medicació quan el problema sembla desaparèixer i tornant a utilitzar-los quan els mateixos símptomes (o altres que es valoren com similars) tornen a aparèixer. Fins i tot, en la consideració que un fàrmac pot ser bo per a un problema que es considera relacionat, pot tornar a consumir-se temps després davant una sèrie de símptomes que no sempre es corresponen amb la indicació inicial.

Indubtablement tot l'anterior és un aspecte complex quant a l'atenció a la salut; i la seva solució passa, a part de per una millora i estabilització de la situació de la població, per l'engegada d'estratègies que permetin facilitar la transmissió de pautes i el seguiment de les mateixes en el cas de la població rrom des del sistema sanitari. La primera és garantir el seu accés a ell i garantir, en la mesura del possible, l'acompanyament i el treball necessari per a afavorir l'aprenentatge de pautes que en molts casos no estan integrades. Mentrestant, en aquells casos en els quals l'accés o el seguiment no pugui produir-se d'una forma adequada, potser l'única solució és certa coordinació amb els agents que estan intervenint per a reduir les possibles dificultats i augmentar l'efectivitat de les pautes terapèutiques.

4.3. ÀMBITS ESPECÍFICS.

4.3.1. SALUT SEXUAL I REPRODUCTIVA.

L'atenció en salut sexual i reproductiva²⁰³ és, sens dubte, conjuntament amb la pediatria, l'àmbit sanitari més utilitzat entre la població rrom. És per això que li hem dedicat una especial atenció.

Primer de tot volem fer referència a algunes dades significatives que han marcat l'evolució de la definició de salut sexual i reproductiva (cap a una de més adequada) (Mazarrasa i Gil, s.d.) que al llarg del temps, s'ha anat construint. Aquest concepte, sorgit del moviment feminista dels anys 70 i 80, no es va consolidar internacionalment fins la Conferència Internacional sobre Població i Desenvolupament de El Cairo (1994). I fins llavors tampoc es va incorporar la perspectiva de Gènere en el Desenvolupament (GED)²⁰⁴ que va quedar consolidada internacionalment en la Conferència de Beijing (1995) com una perspectiva de treball en matèria de desenvolupament i igualtat entre homes i dones. Aquest enfocament va suposar un gir radical i l'acceptació del concepte de "salut sexual i reproductiva" i va posar l'accent sobretot en la importància de treballar amb dones i homes per a reduir les desigualtats en els patrons de salut, d'ambdós sexes, que s'associen tant a qüestions biològiques com socials, culturals, econòmiques i polítiques (Programa VITA, 2005).

Així doncs, al llarg dels anys, aquest concepte ha anat desenvolupant-se i assolint paràmetres més amplis i integrats, especialment en relació a les necessitats de salut de les dones (i en conseqüència també en la dels homes). Durant molt de temps s'ha entès des d'una perspectiva associada a finalitats demogràfiques i en

²⁰³ "Salud Reproductiva como una condición de bienestar físico, mental y social en los aspectos relativos al sistema reproductivo en todas las etapas de la vida. La salud reproductiva implica que las personas puedan tener una vida sexual satisfactoria y segura, la capacidad de tener hijos y la libertad de decidir si quieren tenerlos, cuándo y con qué frecuencia. En esta última condición está implícito el derecho de hombres y mujeres de estar informados y tener acceso a métodos de regulación de la fertilidad de su preferencia que sean seguros, eficaces, asequibles y aceptables, y el derecho a acceder a servicios de salud adecuados que permitan a la mujer llevar a término su embarazo y dar a luz de forma segura.(...). La atención en salud reproductiva se define como el conjunto de métodos, técnicas y servicios que contribuyen a la salud reproductiva y al bienestar previniendo y solucionando problemas de salud reproductiva. También incluye la atención en salud sexual, cuyo propósito es mejorar la calidad de vida y las relaciones personales, y no sólo ofrecer consejería y cuidados relativos a la reproducción y a las enfermedades de transmisión sexual" OMS (1998) *Progress*, núm. 45.

²⁰⁴ "(...) La gran aportación de este enfoque es la del concepto de género que "hace referencia a los roles, responsabilidades y oportunidades asignados al hecho de ser hombre y ser mujer y a las relaciones socioculturales entre mujeres y hombres y niñas y niños. Estos atributos, oportunidades y relaciones están socialmente contruidos y se aprenden a través del proceso de socialización. Son aspectos específicos de cada cultura y cambian a lo largo del tiempo, entre otras razones, como resultado de la acción política" AECI (2004: 15); citat en Espinosa et al. (2005).

relació a pal·liar la pobresa; més endavant s'ha interpretat des d'altres punts de vista també reduccionistes que entenen les relacions sexuals només amb finalitats reproductives i des d'una visió de la dona únicament com a mare i cuidadora.

Semblaria que aquestes concepcions han estat superades i en l'actualitat, la salut en matèria de sexualitat i reproducció, compren un camp de significats més amplis que reconeixen, entre altres qüestions, la necessitat que tenen les dones de poder tenir cura i ser ateses en relació a la seva sexualitat durant tot el seu cicle vital (i no únicament en el seu període fèrtil o durant la maternitat); i la importància de les relacions afectives i la possibilitat de poder-les cuidar i enriquir com a factor fonamental per una sexualitat adequada i un benestar personal tant en l'home com en la dona.

Aquest canvi en la concepció de la salut sexual i reproductiva, i tal com molt bé descriu la següent cita (Espinosa et al., 2005:2-5), explicita la relació existent entre la igualtat d'homes i dones, i el resultat dels indicadors de salut d'aquestes. I posa l'accent en la importància de la participació masculina en aquestes qüestions.

(...) La desigualdad entre hombres y mujeres, que se manifiesta en el papel subordinado de la mujer en la sociedad, explica los malos indicadores de salud existentes en relación con la reproducción y la sexualidad de la mujer. Por otra parte, los temas de reproducción y sexualidad no son sólo una cuestión de mujeres. El papel de los hombres en esta área, en cuanto a su disposición y ejercicio de sus responsabilidades, es fundamental para llegar a relaciones de igualdad que posibiliten un goce equitativo del derecho a la salud. A pesar de que las mujeres son las que sufren de una manera desigual las carencias y la exclusión de los recursos sociales, económicos y políticos, las estrategias para lograr cambios sostenibles deben tener en cuenta a los hombres, potenciado su responsabilidad y revisando las relaciones de poder existentes entre ambos sexos. Se reivindican los derechos sexuales y reproductivos de hombres y mujeres.” (Espinosa et al.: 2005:2-5)

Tot i això, en realitat, i com hem pogut observar durant el nostre treball de camp amb el col·lectiu rrom, la seva aplicació (entesa des d'aquesta definició més complexa i integrada) encara estaria lluny de ser assolida, com també succeeix en el quotidià de les dones de molts països del món²⁰⁵.

²⁰⁵ Veure Mazarrasa i Gil (s.d.), Espinosa et al. (2005:15) i també Choike (2007).

Planificació familiar

Primer de tot, i en relació a la planificació familiar, és important assenyalar, tal com recull l'informe d'EUMC (2003:49-50), que en molts països, i com hem descrit abans, la salut sexual i reproductiva és encara entesa d'una manera parcial i limitada al procés d'embaràs i la maternitat. Aquesta dificultat per entendre-la de manera global es posa de manifest en la manca d'atenció sanitària específica, completa i adient que, moltes vegades, rep la dona durant tot el seu cicle vital. Així, en molts països hi ha poca inversió dirigida als serveis de planificació familiar, realitat que no garanteix el dret que té la dona a decidir quan i quants fills vol tenir i tampoc la promoció d'una maternitat segura²⁰⁶.

En general, es dona poca atenció al dret de les dones a viure una sexualitat segura i a tenir autonomia en les decisions a prendre per assolir-la (OMS, 2000; citat en EUMC, 2003:50). Aquestes tendències, i referint-nos específicament al col·lectiu rrom, combinades amb els factors de pobresa i discriminació; barreres econòmiques, informatives o físiques i la discriminació de gènere dins de les pròpies comunitats, tenen efectes especialment adversos perquè condicionen de manera important els intents d'accedir a l'assistència sanitària en matèria de salut sexual i reproductiva (EUMC 2003:50). Cal afegir que *en l'atenció sanitària de les dones rrom*, és necessari tenir en compte, a més, entre altres factors, les especificitats culturals com per exemple les tradicions associades a les creences religioses i a les pràctiques de puresa i l'honor de la família (moltes vegades a través de la virginitat de les filles) perquè sovint algunes d'aquestes tradicions no contemplin que les dones tinguin dret a decidir sobre la seva sexualitat. Sense deixar de considerar que aquestes i d'altres tradicions i les seves conseqüències en relació a la planificació familiar estan moltes vegades condicionades per factors històrics i estructurals (com els processos d'exclusió i marginació), varien entre i dins de les comunitats rrom i que, per exemple, la influència del pentecostalisme pot, moltes vegades, pressionar a les dones per ocultar els seus interessos i els seus esforços a l'hora d'obtenir atenció en planificació familiar i serveis d'intervenció voluntària de l'embaràs (EUMC 2003:53). En el nostre treball de camp hem pogut observar diferents factors que intervenen en l'àmbit de la salut sexual i reproductiva, i que com en d'altres però de manera específica en aquest, són importants de considerar.

Per una banda, hem pogut conèixer com la religió, de diferents maneres, influeix entre els rrom²⁰⁷, com entre qualsevol altre creient de qualsevol religió, a l'hora de

²⁰⁶ Veure Centre for Reproductive Law and Policy (2003:183); citat en EUMC (2003:49-50)

²⁰⁷ La informació etnogràfica, recollida en aquest apartat, es basa sobretot, i per limitacions de la pròpia investigació, en el col·lectiu de rroms de Țândărei, tot i que també hem recollit informació

gestionar la seva planificació familiar. Tot i així, no sempre la creença és un element determinant, encara que condiciona o fa més complexa certes decisions davant la família i la comunitat. Per exemple, hem pogut observar com moltes dones, sovint opten per distanciar-se de la pràctica religiosa, de manera més o menys temporal, però es segueixen identificant com a creients. Aquest canvi personal en relació a la pràctica religiosa facilita que les dones puguin decidir, algun grau de més autonomia, en aquest cas, l'ús d'anticonceptius.

“Mi marido se ha enfadado un día y ya está. Nosotros los cristianos no tienen permiso poner (DIU), para hacer muchos hijos, ello así quieren. (...) son muchos tres hijos (...). Mi suegra no está de acuerdo para poner DIU. Ella me dice: ¿por qué te has puesto DIU?, ¿tú sabes que eres cristiana? Lo sabe que es mi problema. No están de acuerdo pero me han respetado.”
(Dona de 19 anys, Țândărei)

D'altres vegades, les opcions personals responen de manera molt correlacionada amb aquestes creences, a vegades per por a possibles conseqüències que Déu pot enviar a la família per haver trencat les prescripcions religioses. Algunes dones, així ho manifesten però, hem observat, que sovint també són els homes els qui defensen aquestes creences, en tant segurament no són ells els qui han de tirar endavant els embarassos o la principal càrrega en la criança dels fills (tal i com ho expressen sovint moltes dones que decideixen fer ús d'anticonceptius). Tot i això, els homes, generalment, poden defensar el seu criteri com a autoritat masculina, en tant que no únicament tenen la voluntat de respectar les indicacions religioses sinó que compleixen la seva responsabilitat a l'hora de garantir que aquestes es mantinguin dins de la seva família i davant la comunitat. D'aquesta manera, hem pogut observar com, per una banda, sovint defensen un discurs religiós que posa obstacles en la planificació familiar de les seves companyes, i al mateix temps poden mostrar-se distants, poc implicats i fent veure que no són coneixedors de les decisions sanitàries que han aplicat les dones. També hem pogut veure com altres dones s'han mostrat més conservadores en el seu discurs, i possiblement hi hagi diverses raons, entre elles: haver crescut en famílies on la religió té un pes molt més fort o tenir elles mateixes aquestes creences; haver tingut poques experiències de part encara (en les més joves); o en dones d'edat més avançada, tenir maneres de fer diferents tot i el procés migratori:

“Yo ahora no me quiero quedar embarazada pero tampoco quiero utilizar nada porque es pecado. Si Dios me ha dado un hijo, me lo ha cuidado para que no le pase nada, no quiero para eso de los niños porque es muy mal, si

dels rrom de Murgeni. És per això important tornar a destacar la necessitat de considerar sempre l'heterogeneïtat interna del propi col·lectiu (per exemple, en la vivència o expressió de la sexualitat que varia d'un grup a un altre) en l'atenció sanitària vers els rroms.

Dios quiere que me quede me quedo pero sin poner nada.” (Dona de 20 anys, Țândărei)

“A mí no me molesta utilizar algo pero digo que hacemos algo mal a Dios porque la ley de la Biblia dice que no tenemos que hacer nada, porque tú la paras si el Dios lo da, porque si Dios va a querer dártelo pues tu vas a tener. Yo no puedo parar ni que tengo ni que no tengo hijos.” (Home de 26 anys, Fetesti)

És per tot això, i coincidint amb el que planteja l'informe d'EUMC (2003:54), de la mateixa manera que succeeix en la resta de les comunitats religioses de la societat majoritària (o població no rrom), que moltes vegades, les tradicions religioses poden comportar dificultats (i fins hi tot, a vegades, la negació) en el dret a l'accés a programes de planificació familiar o a una informació adequada (per exemple, a través dels seus líders), tot i que no sempre és així o de la mateixa manera. En aquest sentit, les possibles prescripcions religioses poden, de vegades, convertir-se en un factor que pot incidir en la salut perquè impedeixen que les dones, sobretot les més joves, puguin conèixer els riscos o els problemes de la salut reproductiva o els diferents mètodes de contracepció com hem pogut observar durant el nostre treball de camp en el col·lectiu rrom.

Un altre punt important, i molt en relació amb aquest darrer, és la importància de considerar les mesures especials de confidencialitat que poden necessitar les dones (sobretot les més joves, en tant que sovint poden ser menors d'edat²⁰⁸) per poder assegurar que l'atenció a la seva salut sexual i reproductiva sigui l'adequada. Facilitar aquests serveis mèdics en condicions que donin garanties adequades de protecció al secret de les dones que poden estar en risc, entre altres raons, per complir condicions que les poden estigmatitzar o excloure dins del seu context (per exemple noies adolescents embarassades sense estar casades o d'una relació extra conjugal, avortaments) (Cook and Dickens, 2001). A pesar de que aquests aspectes es prenen generalment en compte ja que estan recollits i es garanteixen per llei, és fonamental, en aquesta atenció sanitària, la preparació del personal de salut que intervé amb el col·lectiu en relació a tots els factors que estan implicats en el quotidià de les dones rrom. Aquesta actitud de prudència i confidencialitat s'hauria d'estendre no únicament a ocultar situacions com l'ús d'anticonceptius o avortaments sinó també a l'àmbit de la informació i l'educació per a la salut.

En relació amb això, altres vegades, les dones rrom disposen de la informació necessària per accedir a aquests serveis però poden aparèixer altres dificultats que

²⁰⁸ En els casos referits a menors, la llei contempla que s'ha d'informar als pares però deixa alguns buits que poden comportar ambigüitat respecte aquesta qüestió.

particularment hem trobat esmentades respecte a origen al treball de camp, directament molt relacionades amb les polítiques dels governs, per citar dues de les més importants, l'accés físic (per exemple, en comunitats aïllades i mancades de serveis específics) o els problemes econòmics (especialment a l'Europa Central i a l'Europa de l'Est)²⁰⁹. Aquestes limitacions són importants pel que fa a les vivències prèvies de les dones que han migrat: com a resultat d'aquestes barreres i d'altres factors es dona una elevada taxa d'avortaments (Fajans i Broderick, 2004:13) i la vivència, sovint, d'aquest com a únic mètode de planificació familiar²¹⁰, fins i tot i encara avui, per exercir la seva autonomia reproductiva (EUMC, 2003: 58-60)²¹¹. En aquest sentit, Romania és un exemple significatiu de l'ús de la interrupció voluntària de l'embaràs (IVE) com a resultat, en general, d'una inexistent o deficitària planificació familiar en les seves polítiques sanitàries, molt condicionades als diferents moments històrics del país i especialment estrictes en determinats períodes.

“Romania is often cited as an example where abortion liberalisation had immediate and dramatic impacts on reducing maternal morbidity and mortality. (...) Following the Soviet model, Romania first legalized elective abortion in 1967 in order to support a new communist society and to acknowledge the equal status of women. The fact that modern contraceptive had not yet been developed meant that abortion was the main method of fertility control. This situation led to an extremely high abortion rate and had long lasting consequences on the attitudes and practices of women and men” (Fajans P., Broderick, M.: 2004:13)

Per tant, garantir l'accés de les dones rrom als serveis de salut sexual i reproductiva ha de ser un dret, a origen i a destí, que, entre altres qüestions, evita forçar a les dones a procediments mèdics insegurs (per exemple, l'avortament

²⁰⁹ “The abortion rates per woman in the ECE region are among the highest in the world. These rates reflect women’s lack of access to modern methods of family planning. Since 1989, little progress has been made towards increasing access to modern contraceptive methods. Most contraceptives are still imported. Many countries in the region also lack the infrastructure to distribute contraceptives effectively, especially in rural areas”. Centre for Reproductive Law and Policy (2000); citat en EUMC (2003:54)

²¹⁰ “(...) The use of contraceptive methods was more limited than knowledge about contraception. (...) Among all the Romani women surveyed, abortion was by far the main method for controlling reproduction” (Surdu i Surdu, 2006:55).

²¹¹ És probable que part de la desconfiança que a vegades es dona vers els serveis sanitaris en relació a l'anticoncepció tingui a veure amb situacions que van des de possibles negligències i actuacions discriminatòries que encara actualment es poden donar per part d'alguns professionals, tant en context d'origen però també en diferents contextos de destí; fins a pràctiques que, com en altres països, van arribar fins i tot a la coacció o l'esterilització no consentida de dones rrom.

il·legal) com a mecanisme alternatiu davant la manca de serveis de planificació familiar (CEDAW, 1992; citat en EUMC, 2003:54).

“(…) Si no se interviene en salud sexual y reproductiva no podrán alcanzarse los Objetivos de desarrollo del Milenio 4 y 5 encaminados a reducir la mortalidad infantil y maternal para el año 2015 (...) La prevención de embarazos no deseados y la reducción de las necesidades no cubiertas de planificación familiar son medidas esenciales para mejorar la salud materna y reducir la mortalidad perinatal. Con todo se estima que en los países en desarrollo y en los países en transición hay 200 millones de mujeres que no tienen acceso a servicios de planificación familiar.” (OMS:2006)

Com passa amb altres qüestions, un altre factor molt relacionat amb l'àmbit de la salut sexual i reproductiva és el parentiu. Un element important, com ja hem esmentat, és el fet que *l'edat de casament de les dones rrom²¹² sembla ser, sovint, al voltant dels 13-15 anys tot i que aquest moment i per diferents raons, pot variar²¹³. Tot i aquests canvis, i en relació al matrimoni, és habitual que les noies rrom tinguin el seu primer fill, a una edat molt precoç, al voltant dels 17 anys (i fins i tot abans), i que generalment ja puguin arribar a tenir un promig de tres fills sobre els 20 anys.* Aquestes dades, com a mínim, posen de manifest la importància de poder adaptar l'atenció a les embarassades, no únicament a partir del protocol que hi ha establert i que es garanteix, sinó també en relació a la importància d'una comunicació en consulta que tingui en compte la situació social i l'especificitat cultural de les dones rrom per garantir encara més una adequada atenció sanitària. D'aquesta manera, es podria incidir en altres aspectes fonamentals com són l'accés als serveis, evitar la constant perplexitat i els possibles prejudicis que, en alguns casos, també responen a una preocupació sincera i justificada per la salut d'aquestes dones i dels seus fills, que a vegades els sanitaris manifesten d'alguna manera durant la consulta, en tant que les realitats d'aquestes noies sovint són molt diferent respecte la població majoritària.

Per tant, i apropant-nos una mica més a la realitat d'aquestes joves, podem dir, i tal com hem pogut observar, que sovint aquestes noies ja han iniciat la seva maternitat en el context de destí i verbalitzen el desig de tenir menys fills, o si més no, tenir-los de manera més espaiada en el temps (en comparació a altres dones

²¹² A Romania està prohibit explícitament el casament entre menors d'edat però els rom es casen en edats molts joves. És per això que molts/es joves no consten legalment com a casats però dins la seva comunitat ho estan.

²¹³ També existeixen diferències quant als subgrups. Pel que hem pogut observar aquesta edat, encara que també baixa, no ho es tant en altres casos que hem conegut, per exemple a Tortosa.

rom de més edat). De fet, durant el treball de camp, sovint, les dones joves que hem conegut han verbalitzat el desig de tenir un màxim de tres fills; o esperar a criar els que ja tenien abans de tornar-se a quedar embarassades. Per tant, és important poder recollir i acompanyar a nivell sanitari aquesta demanda i aquest procés de planificació familiar. I en aquest sentit es fa necessari conèixer la realitat d'aquestes dones i la flexibilitat adequada a l'hora de plantejar la dinàmica de les consultes i les indicacions terapèutiques.

D'aquesta manera, i molt en relació amb les anteriors informacions, l'elevada natalitat, molt visible en generacions anteriors (les dones més grans han tingut usualment entre cinc i més deu fills) i que actualment es manté, podria estar canviant a la baixa, fet en el qual possiblement intervindrien diferents raons: degut molt probablement a noves pautes fruit de les noves experiències derivades del procés migratori. Per exemple, durant el treball de camp hem pogut conèixer, que generalment, les noies rrom tenen alguna experiència en l'ús dels serveis de salut sexual i reproductiva, a diferència de les dones més grans) i per tant vivències favorables respecte la pròpia salut en aquest àmbit. En ocasions, també donada una millora en la situació socioeconòmica familiar, que permet més atenció a les cures personals; o a un ús més habitual de mètodes anticonceptius (generalment perquè en context de destí hi ha més accés i gratuïtat als serveis de planificació familiar que a Romania).

Una altra qüestió important, i que intervé en la planificació familiar dels rrom amb els quals hem treballat, és la necessitat percebuda d'aconseguir una descendència adequada a les necessitats de parentiu. Durant el nostre treball de camp, hem pogut observar que usualment la decisió de seguir tenint fills, com ja hem explicat en apartats anteriors, ve derivada, moltes vegades, de la preferència d'una descendència d'ambdós sexes o com a mínim masculina per a garantir la continuïtat del grup familiar: les filles en edat de casar-se usualment marxaran a viure amb un altre grup, a diferència dels fills, que aportaran nous membres quan es casin, descendència pròpia i contribuiran (ells o les seves dones) a la cura d'altres membres de la família. Aquest pot ser un dels factors que portarien a les dones rrom a quedar-se embarassades tot i que si seguissin altres criteris potser no tindrien més fills, com a mínim durant un temps determinat: la necessitat de completar una determinada descendència per assolir una estructura de parentiu adequada a les futures necessitats familiars; a més de les creences i pràctiques religioses que tenen influència en l'ús de mesures anticonceptives, tal com ja hem plantejat.

“Quería tener niño pero no hubiera pasado nada si hubiera sido niña. Ahora si me quedara embarazada querría tener niña (*ja té un nen*) y si me volviera a quedar otra vez, lo que viniera.” (Dona de 20 anys, Țândărei)

“Depende. Ahora yo no necesito nada (*anticonceptiu*). Si me da Dios un hijo me da. (Dona de 38 anys, Țândărei)

“(…) M’explica que ara vol un nen i el seu marit també perquè ja té dos nenes i perquè les nenes marxen de casa; en canvi, els nens es queden i quan ella sigui vella la cuidaran. Diu també, que les nenes són més bones perquè ajuden a casa, en canvi els nens fan el que volen. Així que exclama, rient, que si no té un nen haurà de tenir més fills.” (Dona, 20 anys, Fetesti; Diari de camp visites PASSIR 07/08/07)

Per tant, i amb totes aquestes dades, es posa de manifest que és evident l’existència, en aquestes dones, d’una voluntat d’exercir el seu dret de ateses en l’àmbit de la salut sexual i reproductiva, i de manera més específica, en la seva planificació familiar, tot i els múltiples factors que ho poden dificultar.

“(…) Diu que li costa dormir per la panxa. Que ella no volia tenir més fills, volia avortar, ja té la nena i el nen. Però el seu marit va dir que si s’havia quedat embarassada era perquè Déu ho havia volgut. També m’explica que havia intentat quedar-se embarassada durant 4 anys però no va poder, després va venir la nena i 3 mesos després de tenir-la es va tornar a quedar embarassada; per això el seu marit insistia en que si Déu havia fet que es quedés embarassada l’havien de tenir. Ella em pregunta que ha de fer per demanar planificació familiar”. (Dona de 20 anys, Țândărei; Diari de camp visites PASSIR, 06/08/07)

Una altra qüestió important, i per les raons ja plantejades, és que les dones rrom, generalment no fan ús dels serveis ginecològics per a revisions periòdiques preventives però sovint realitzen demandes quan apareix l’oportunitat (per exemple, sovint durant l’embaràs o immediatament després del part demanen posar-se un DIU) o davant una necessitat concreta (durant l’embaràs fan demanda d’una ecografia per conèixer el sexe del seu bebè). Encara que aquesta última pauta de demanda d’atenció no sigui l’establerta com normalitzada des dels serveis sanitaris ni, necessàriament, la que els proporcionarà millors resultats immediats de salut, en tot cas, i com ja s’ha dit varies vegades, es tracta de pautes ajustades a la seva realitat vital, que troben en ella la seva lògica i que poden permetre abordar altres aspectes posteriorment. És necessari doncs que des de la xarxa sanitària es disposin dels recursos i les facilitats adequades i adaptades per garantir l’atenció sanitària corresponent, per evitar que, a causa de la dificultat d’accés (i

d'assistència regular) i de les possibles dificultats de comunicació i d'interpretació d'allò que està succeint, també en els molts casos en que existeix una predisposició positiva a l'utilització del servei, disposin d'informació inadequada o incompleta, i per tant, estiguin més exposades a embarassos no desitjats o a d'altres problemes de salut.

Una altra qüestió a tenir en compte, encara que no es pugui considerar habitual en destí, és el risc d'oferir des dels serveis sanitaris i no necessàriament de manera premeditada, una informació incompleta sobre mesures anticonceptives, que de vegades pot donar lloc o provocar l'ús de mètodes anticonceptius més incòmodes o menys adequats. En aquest sentit, coincidim amb l'informe de l'EUMC, quan planteja una qüestió important i complexa de gestionar, com és la tendència (particularment a origen) que pot manifestar-se també en destí, entre els sanitaris que atenen dones rrom a donar informació sobre mètodes anticonceptius en relació a estereotips ètnics. Els professionals poden actuar en base a prejudicis sobre les dones rrom en tant que poden creure que aquestes actuen sense pensar en el futur, i per tant, no oferir adequadament la informació sobre planificació familiar, proporcionant informació solament de certs tipus de contracepció assumint que les dones rrom no poden seguir les indicacions per fer ús correcte de certs mètodes, o facilitar indiscriminadament informació únicament d'aquells mètodes que són més difícils de ser detectats pels companys de les dones rrom, assumint la generalització que elles són les úniques dones que tenen dificultats en discutir la contracepció amb els seus marits i, per tant, estenen únicament un mètode contraceptiu entre elles en tant dones rrom. Actuant des d'aquesta perspectiva, els/les sanitaris estan sent còmplices, encara que no sigui conscientment, no únicament en el reforç dels estereotips ètnics, sinó també en la desigualtat de gènere (EUMC 2003:55). En aquest sentit, reconeixem que no sempre la posició dels professionals és fàcil per les diferents raons sanitàries que hi ha implicades i que moltes vegades tampoc hi ha massa marge d'actuació (per exemple, la decisió de recomanar una injecció hormonal mensual com a mètode anticonceptiu pot ser discutida en alguns casos pels seus possibles efectes secundaris mentre es considera millor l'ús de píndoles o DIU; però el professional pot pensar que la pacient no anirà a les revisions i els efectes secundaris del DIU sense revisar són majors; o que l'ús de les injeccions mensuals pot ser una oportunitat per a treballar altres aspectes de salut amb la pacient). Aquest és un debat obert entre els professionals de la ginecologia i no únicament referit a les dones rrom sinó a altres grups de població que es consideren en risc o vulnerables i amb els que succeeix el mateix. En aquest sentit, és important per als professionals conèixer les pautes culturals i les condicions de vida de les poblacions per actuar millor però sense oblidar que les cultures són heterogènies i

canviants per evitar caure en estereotips encara que aquests siguin ben intencionats.

Per continuar amb les dades del nostre treball de camp cal dir que a Catalunya, entre les dones rrom que hem pogut conèixer, és més comú del que inicialment vam pensar l'ús de diferents mètodes anticonceptius, i que aquest està bastant estès. Per exemple, i utilitzant les dades de les entrevistes (que en la nostra opinió reflexen una utilització menor de la que fa, realment, el col·lectiu en general i que a més incorporen també les respostes dels homes, que com veurem fan un ús més limitat):

Tipus de mètode anticonceptiu o de prevenció de MTS que més utilitza(a)

		Freqüència	Percentatge	Percentatge vàlid	Percentatge acumulat
Vàlids	1 DIU	4	13.3	13.3	13.3
	2 Anticonceptius orals	2	6.7	6.7	20.0
	3 Mètode definitiu	1	3.3	3.3	23.3
	4 Preservatius	4	13.3	13.3	36.7
	7 No n'utilitza cap	14	46.7	46.7	83.3
	98 N/C	2	6.7	6.7	90.0
	99 N/F	3	10.0	10.0	100.0
	Total	30	100.0	100.0	

Com es pot observar, el més utilitzat és el DIU (probablement en una major proporció que la que es pot veure a la taula), entre altres raons, i com algunes d'elles ens han descrit, perquè evita que la dona hagi de donar explicacions en tant que pot ser que només ella sàpiga que el porta i és més econòmic²¹⁴; o perquè és més pràctic i no requereix tanta constància (algunes d'elles ho han relacionat amb un recurs pràctic en tant que l'estrès derivat de les càrregues familiars, juntament amb altres possibles motius, condiciona l'atenció a la cura personal). En contrast, l'anticoncepció oral es veu com a un mètode que requereix major constància, és molt més visible i té un cost més elevat. També hem pogut observar que, moltes vegades, les injeccions hormonals (indicades des dels serveis sanitaris) s'utilitzen quan el DIU causa problemes o no els agrada, i hem pogut conèixer també el cas d'una noia, que amb només 21 anys ja s'havia fet l'esterilització quirúrgica (en context de destí) tot i que no coneixem quines van ser les circumstàncies exactes i les indicacions mèdiques d'aquest cas.

²¹⁴ Això sembla coherent també amb les dades de les entrevistes. Encara que no es pot considerar conclouent, vam trobar una relació molt important entre el DIU i els motius econòmics.

“(…) No quiero inyección porque mi amiga se la puso y se quedó muy flaca, sólo 40 kilos. Yo he tomado dos tabletas de pastillas, pero más mejor el DIU porque ya olvido, si olvido alguna noche, los hijos lloran, preparas la comida y olvidas alguna noche ya te quedas embarazada por eso me he puesto el DIU. (...) Mi marido está de acuerdo en poner el DIU. (...) Si él no hubiera estado de acuerdo me lo hubiera puesto sin saber él ¿qué me iba a hacer él? (...) Preservativo, no, nosotros no se pone esto, es vergüenza. Los payos sí, pero nosotros rrom no. Nunca no hemos probado esto” (Dona de 20 anys, Țândărei)

A més, algunes dones rrom ens han verbalitzat la por a possibles efectes secundaris en l'ús de determinats anticonceptius (per exemple, algunes noies tenien resistències a posar-se un DIU perquè deien que tindrien molèsties o sangrarien; altres deien no volien posar-se la injecció perquè no aprimar-se).

Una altra informació a tenir en compte, refereix a que moltes de les dones rrom que hem conegut, després d'haver parit i abans de ser donades d'alta han fet demanda urgent de DIU (sovint demanant confidencialitat en tant que, moltes vegades, el marit pot no estar d'acord) per no tornar a quedar-se embarassades tan aviat.

“Mi mujer lleva DIU y yo no estoy de acuerdo. Estoy un poco enfadado (...) Si vienen los testigos de Dios que sepan que es por ella. Entonces puede sentirse mal un hijo nuestro por eso y será su culpa.” (Home de 19 anys, Țândărei)

D'altra banda, i com hem pogut conèixer per les informacions recollides durant el treball de camp i també durant les entrevistes, la utilització de mètodes anticonceptius per part dels homes existeix encara que no és tan habitual, sobretot dins les relacions matrimonials, tot i que alguns homes han verbalitzat fer ús del preservatiu (*balón*) quan han tingut relacions no estables o fora del matrimoni. Tampoc hem conegut cap home rrom que hagi fet demanda de visitar un servei d'urologia però cal especificar que, a més de la complexitat que ja implica abordar aquesta qüestió per la relació que existeix amb la idea de virilitat (de la mateixa manera que també succeeix amb la població majoritària), no hem trobat l'oportunitat o la demanda de realitzar acompanyaments mèdics relatius a la sexualitat masculina. Sí, però, hem recollit comentaris en relació a la percepció i l'ús del preservatiu o l'opinió que expressen sobre la planificació familiar.

“Para tener sexo tienes que estar casado (...) A mi no me gusta, cuando voy a hacer algo, usar algo, no me gusta. Siempre sin *balón* (*preservatiu*). No les gusta a los chicos rumanos el *balón*. ¿A los españoles no? (...) Cuando te vas a poner con una chica utilizas *balón* para que no se quede embarazada pero, como te digo, con tu mujer no puedes hacerlo con el *balón*.” (Home de 20 anys, Constança)

“Yo si voy con otra mujer Dios me ve. Sólo con mi mujer. No puedo. Los gitanos (*no considerados rrom*) cuando usan preservativo de eso cuando se van de puta para no coger enfermedades. A mí no me gusta chica puta de esas. (Home, 20 anys, Murgeni)

Un altre aspecte que cal considerar en l'atenció a la salut sexual i reproductiva del col·lectiu rrom és, a més, la possibilitat que existeixi certa desconfiança vers els serveis sanitaris i els seus professionals degut a experiències prèvies en origen, relacionades amb l'esterilització forçada, sobretot en llocs on ha existit història documentada o rumors de campanyes d'esterilització forçosa (EUMC 2003:52)²¹⁵. Durant el treball de camp, cap dona ha fet referència a desconfiances relacionades amb aquesta qüestió però sí, que, en una ocasió, i mesos després de realitzar un acompanyament al servei de planificació familiar, un home rrom va expressar estar enfadat perquè havíem parlat amb el metge en un altre idioma (en català) amb la intenció que la seva dona no entengués el que dèiem i per això no havia tornat a la consulta. No sabem si aquesta resposta va ser més una reacció defensiva de la dona per evitar haver de donar explicacions al seu marit en relació al DIU o si va haver realment una sensació de desconfiança o de por. Aquest pot ser un exemple de com, d'alguna manera, existeix aquesta desconfiança vers els professionals (com a membres de la població majoritària i posseïdors, a més, d'una forma d'autoritat) i demostra la importància que té que els sanitaris puguin mostrar-se especialment sensibles durant l'assessorament sobre planificació familiar amb les dones rrom, que poden reaccionar, en alguna ocasió, de manera més defensiva i desconfiada en relació amb aquestes pors (encara que no ho manifestin explícitament)²¹⁶.

Volem especificar algunes altres qüestions relacionades amb la desigualtat de gènere, que tot i que ja s'han posat de manifest en l'exposició dels diferents factors que intervenen en la salut de la població rrom, incideixen també en l'accés de les dones als serveis d'atenció sexual i reproductiva. Cal especificar, però, que en qualsevol comunitat aquestes relacions són dinàmiques i complexes, i és important

²¹⁵ Veure, per exemple, Wells (2000) i Centre for Reproductive Rights (2003).

²¹⁶ “The Bulgarian Family Planning and Sexual Health Association has three centres in Roma districts, but often finds it difficult to encourage Romani women to attend because of fears of sterilization”. Entrevista citada en EUMC (2003:53)

evitar realitzar generalitzacions. Tot i així, és una realitat que en moltes comunitats (i per tant, també en alguns segments de la població majoritària) els rols de gènere poden estar definits de manera més rígida i la dona, en ocasions pot ser considerada subordinada respecte a l'home en molts aspectes de la vida quotidiana²¹⁷.

“(…) a nosotros se dice que el hombre es el gallo y la mujer la gallina. El hombre manda porque es el gallo. La gallina no puede mandar porque hace huevos.” (Dona de 18 anys, Țândărei)

És per això que, coincidint amb el que planteja l'informe de l'EUMC (2003:56), moltes dones no semblen poder plantejar l'ús de preservatius als seus companys, entre altres raons perquè es podria interpretar com a una acusació d'infidelitat o una expressió de no voler tenir fills. De la mateixa manera, negar-se a tenir relacions sexuals amb el marit podria ser interpretat com una senyal de que la dona està amb un altre home. I per tant, sovint poden no sentir-se lliures d'escollir el mètode i el moment de fer ús d'un contraceptiu. Tot i que també hem observat que hi ha d'altres dones que poden tenir una relació més igualitària amb els seus marits en relació a aquestes decisions. O, ben al contrari, un home rrom pot ser percebut com el propietari de la seva dona i avergonyir-se, sospitar o culpar-la si fa ús de contracepció sense el seu acord.

“Mi marido está de acuerdo en que me ponga DIU porque a él tampoco le gusta que tenga muchos niños y me ponga yo malo. Yo me quedo muy rápido embarazada y él también me ha dicho, ponte para no hacer hijos, para que estas más libre. Para ir al médico me acompañó él (...). El no utiliza nada *(fa referència al preservatiu. Ella no té por d'agafar cap MTS perquè diu que ell no té cap malaltia)*. (Dona de 19 anys, Țândărei)

“Que las mujeres tengan 10 hijos no perjudica la salud. (...) La mujeres empiezan a probar *(refereix a mesures anticonceptives)* si el hombre acepta pues ellas hacen. Pero si ella dice una palabra y él le da la respuesta que no, pues ya no empiezas a discutir” (Home de 26 anys, Fetesti)

“Si ella quiere abortar es que no es tuyo (...). Si lo pierde es cosa de Dios” (Home de 19 anys, Țândărei)

²¹⁷ Veure per exemple, *Women's Rights*. En: Roma Rights, 1, 2000; *Femmes Tsiganes*, En: Etudes Tsiganes, Paris, Vol 10, segon semestre, 1997; i ROMEUROPE Project Final Report, 1999-2000; tots citats en EUMC (2003:56)

És important destacar, que en el nostre treball de camp, hem observat que, tot i ser també responsabilitat dels homes rrom prendre les decisions sobre la planificació familiar, sovint no estan presents en la consulta mèdica perquè entenen que aquestes qüestions són *“cosas de mujeres”*. I són elles les que, d'alguna manera i amb més o menys pressió o conflicte, prenen les pròpies decisions respecte la seva salut sexual i reproductiva, amb la informació de la qual disposen (que generalment és poca) i, decidint, més endavant, com han de gestionar les possibles conseqüències amb el marit. D'altra banda, i com veurem, hem recollit demandes d'homes rrom que es mostraven preocupats vers alguna qüestió relacionada amb la salut sexual o reproductiva de les seves companyes (per exemple, per la dificultat de quedar-se embarassada; o per la necessitat de tramitar la TSI i poder anar al metge, entre altres) mostrant la seva implicació i alhora també la seva *“vergonya”* i el pudor per expressar aquestes qüestions.

És important doncs, tenir en compte que és possible i necessària la participació positiva de l'home rrom en qüestions de salut relacionades amb la sexualitat i la reproducció i que calen estratègies per facilitar la seva implicació. És necessari que això sigui així, però sense oblidar els propis condicionaments en la nostra societat fins no fa molt i encara ara en certs sectors, sense pretendre imposar res en contra de la voluntat dels implicats, sense creure's en possessió de la veritat i sense oblidar les conseqüències específiques d'actuacions. I aquest aspecte és fonamental per garantir la millora de la salut de les dones però també dels homes i de la comunitat rrom en general. Al mateix temps, cal entendre que l'espai de consulta (especialment en la intervenció sanitària específica en la salut sexual i reproductiva però no únicament) pot ser un espai d'autonomia important perquè les dones rrom prenguin les decisions respecte la seva pròpia salut. I, per tant, com hem exposat anteriorment, cal tenir especial cura i preocupació en relació a la seva atenció i confidencialitat dins l'espai de consulta.

Prevenició de les Malalties de Transmissió Sexual (MTS)

Una altra qüestió complexa, relacionada amb tot el que hem exposat anteriorment, és la que té a veure amb les Malalties de Transmissió Sexual (MTS). A més, és una de les conseqüències probables de la desigualtat de gènere en relació a la salut sexual, que no hem detectat directament durant el nostre treball de camp però que considerem important assenyalar, per exemple, pel risc d'estigma, en determinats contextos, que poden patir les dones (encara que també, d'alguna manera, els homes) si decideixen buscar atenció sanitària per la prevenició de les MTS. És important tenir en compte, i podem trobar informació documentada al respecte en diferents informes sobre rrom, que algunes vegades les raons per les quals les

dones poden mostrar resistències o negar-se a buscar atenció mèdica en aquest sentit, poden tenir relació amb por a violència, l'abandó, la negligència (a les seves necessitats de salut i materials) la destitució i el possible ostracisme del seu company, de la seva família i de la seva comunitat.

Durant el treball de camp, i tot i que ja hem esmentat alguns aspectes relacionats i no hem pogut abordar aquesta qüestió amb la facilitat ni amb la profunditat que ens hauria agradat²¹⁸, podríem dir que hem percebut en general, en tot allò que té a veure amb la prevenció, poca consciència de risc²¹⁹ respecte les MTS. I també hem observat com, en general, semblen tenir poca informació sobre aquestes malalties (per exemple, durant les entrevistes realitzades, alguns rrom asseguraven no saber a què ens referíem quan els preguntàvem sobre la SIDA o consideraven que era una malaltia menys greu que la diabetis). Tot i això, hem pogut recollir la perspectiva d'alguns homes rrom, en relació a l'ús del preservatiu; i, alguna vegada, s'han referit, entre altres motius, a l'ús d'aquest mètode quan tenien relacions sexuals fora del matrimoni o segons d'on fos la dona amb la qual mantenien aquestes relacions, com a mètode per evitar contraure malalties²²⁰.

“(…) Explica que opina sobre l'ús de preservatiu. No vol fer sexe sense preservatiu amb romanescs per por a contagis. Diu que a Espanya és diferent. (Home de 24 anys, Diari de camp 07/07/05)

²¹⁸ De fet, i evidentment en bona part perquè es un tema molt sensible, no només pels rrom, no vam observar pràcticament cap cas relacionat (el que no vol dir que no existeixin). Un dels pocs que podem esmentar era el de una dona originària de Murgeni a la qual li van detectar, just després del part (en el context hospitalari) indicadors relatius a la sífilis. Això mostra, en tot cas, com aquestes malalties són freqüentment ignorades pels propis portadors, i com no acostumen a existir programes adaptats per a aquestes poblacions, a més a més de les dificultats per a l'accés als serveis sanitaris en general que ja hem esmentat, que puguin permetre una detecció precoç de les mateixes.

²¹⁹ “Generally, there is little access to information among Roma on prevention and treatment of STDs and HIV/AIDS. There may be little awareness about symptoms, the fact that condoms or other methods can help prevent their spread or that HIV can be transmitted sexually. A study in two Roma communities in Romania . one urban and one rural . found that only 28% of the population had correct information about HIV/AIDS. This was attributed in large part to low levels of, and restricted access to, education: only 57% had finished primary school.²⁵⁸ Irregular access to health care exacerbates these shortcomings in education” HIV/AIDS Situation and Response Analysis, Romania (1999), citat en EUMC (2003:55).

²²⁰ Aquesta qüestió també es pot observar, encara que no d'una manera molt significativa en termes numèrics en les entrevistes, on vam trobar certa relació entre l'ús del preservatiu i l'afirmació de “evitar MTS” com un dels motius per la seva utilització.

Sobre aquesta qüestió, cal destacar, de nou, l'elevada vulnerabilitat que tenen les dones rrom²²¹ en relació a aquests riscos perquè estan més exposades a les MTS. Les raons són, principalment dues: per una banda, dins el matrimoni no són elles les qui prenen les decisions relatives a l'ús d'anticonceptius com el preservatiu (tot i que, en realitat, i com hem exposat, moltes dones prenen les seves pròpies mesures, útils per evitar embarassos però no per prevenir MTS); i d'altra banda, en general, tant els homes com les dones manifesten que dins del matrimoni no té sentit l'ús de preservatiu en tant que són persones casades i contemplar l'ús d'aquest mètode podria crear sospites d'infidelitat o desconfiança. A més, afegeixen que el *balón* (preservatiu) representa un instrument lleig i ridícul que fa vergonya als homes i provoca el riure a les dones (en tant que objecte allunyat d'una representació positiva de la virilitat); i, a més, contradiu els preceptes religiosos de seguir, per a la descendència, la voluntat de Déu (amb les conseqüències negatives que això pot tenir). Segurament, i molt vinculat amb tot això, influeix també i en algun grau, la manca de informació sobre les malalties, les dificultats de comunicació o vergonya per comprar-los, i possiblement també el preu del preservatiu.

“Los rumanos no usan preservativo. No nos gusta. Si te vas a una puta de esas claro que pones pero si estas con una chica rumana no. (...) Es raro que un rumano vaya con prostitutas. (...) Cuando te vas a poner con una chica utilizas *balón* para que no se quede embarazada, pero como te digo, con tu mujer no puede hacerlo con *balón*.” (Home, 20 anys, Constança)

“Si no quieres tener hijos utilizas el preservativo o vas al médico. Yo prefiero utilizar preservativo (*balón*) por si te viene la idea de tener hijos. (...) El mundo pentecostal que cree en Dios no usa preservativo. ¿Sabes qué dijo Dios cuando vino a la tierra: Dejar que los hijos vengan al mundo.” (Home, 20 anys, Murgeni)

Cal considerar també, que els i les adolescents rrom poden estar especialment condicionades per les tradicions i els rols de gènere que impedeixen l'accés a la informació sobre salut sexual (UNAIDS, 1998; citat en EUMC, 2003:57) i que, de vegades, aquesta informació està condicionada per certes pautes (per exemple

²²¹ “Además, las mujeres y las niñas corren mayor riesgo de infectarse por el VIH por razones biológicas. En las relaciones heterosexuales sin protección, tienen el doble de probabilidades de infectarse por el VIH que los hombres. La dependencia económica y social con respecto a este, a menudo limita el poder de la mujer para negarse a tener relaciones sexuales o para negociar siquiera el uso del preservativo. El impacto de la epidemia de VIH es más fuerte en las mujeres que en los hombres, ya que éstas asumen la mayor parte de los cuidados cuando sus parejas, hijos o padres caen enfermos (...).” (UNAIDS, 2008).

vinculant la virginitat de les noies amb l'honor de la família²²²) que si bé no hem observat amb claredat, poden tenir un rol important. En tot cas, cal dir que la responsabilitat de l'educació sexual, per les dones, recau generalment en les sogres, o en les germanes del marit o altres dones de la família (les quals sovint tampoc han tingut accés a informació adequada i poden tenir interessos diferents) si bé, com en el cas dels homes, el grup de parents té també un rol important. A més, i com ja hem esmentat, influeix l'escolarització i l'edat precoç del matrimoni que fa que quan són adolescents ja estiguin casades i influenciades per altres factors com els de consolidar el matrimoni.

“(…) Miedo no..., te enseña ellos, te lo dicen, te lo dicen las señoras, te pones así y a él también lo enseñan los hombres y ya está. Te enseñan las tías de él, mis tías: te pones allí hasta que él... te enseñan cómo te pones. Te dicen poco: te pones así y te quedas hasta que hacen su cosa y ya está, pues ya está (...) Yo y mi marido no hablamos del tema porque tengo vergüenza. Yo en un año no me ha visto desnuda, sólo con la luz cerrada, tenía vergüenza, ahora ya no tengo.” (Dona 19 anys, Țândărei)²²³

Per tant, tot i la complexitat, esdevé molt important treballar pels drets dels nois i les noies adolescents rrom a una educació sexual que faciliti la informació necessària (també, rellevant a d'altres opcions no heterosexuales) i garanteixin el dret a la intimitat i el secret²²⁴ i és, en aquest sentit, que torna a ser fonamental la relació que s'estableix amb el/la professional sanitari/a; i la necessitat que té aquest/a de poder tenir les condicions en consulta adequades per a oferir un espai d'assessorament i atenció adient. I, a més, la importància de poder aprofitar altres contextos com l'escola o els diferents serveis socials i educatius.

²²² “In Romani communities, as well as in many other communities in Eastern Europe, notions of male honor and female chastity put women at risk. Most Romani women think that girls should be virgins when they get married. They argue that if a girl is a virgin when she gets married, then she potentially avoids tensions with her husband, her mother-in-law, and being stigmatized by the community. Describing her feelings about her daughter, one discussion participant said, “She must preserve herself for her mother-in-law, for her husband, not for me. If she is a virgin, however, I will also be proud.” (Surdu i Surdu, 2006:53)

²²³ Resposta a la pregunta sobre la primera vegada que va tenir relacions sexuals. Entrevistes realitzades entre el maig i el juliol del 2008.

²²⁴ CEDAW Committee (1999), *General Recommendation 24: Women and health*, Article 18; citat en EUMC (2003:58)

Seguiment mèdic dels embarassos, atenció al part i post part.

Durant el nostre treball de camp, hem tingut l'oportunitat a partir dels acompanyaments mèdics però també durant l'observació participant dins del context quotidià del col·lectiu rrom²²⁵, d'obtenir informació significativa sobre aspectes importants que intervenen durant el procés d'embaràs, part i post part de les dones rrom. Informacions que poden ser d'utilitat en l'atenció sanitària vers el col·lectiu, i més especialment vers l'atenció i la cura de les dones i dels seus bebès.

Per començar, i respecte l'atenció sanitària de les dones rrom embarassades, durant el nostre treball de camp hem pogut observar les possibles causes que poden intervenir i explicar perquè, moltes vegades, apareixen dificultats i resistències alhora d'iniciar o mantenir el seguiment mèdic durant el procés de gestació i posteriorment. Moltes d'aquestes possibles raons també es poden traslladar en relació a d'altres qüestions relacionades amb la salut ginecològica en general i amb els seguiments pediàtrics com més endavant descriurem.

En tot cas, excepte en casos excepcionals, a Catalunya el part es dóna en un context hospitalari, si bé el seguiment de l'embaràs i el post-part són molt desiguals. Per exemple, com vam recollir a les entrevistes (i creiem que és relativament extrapolable a la resta de la població amb la qual hem treballat), aproximadament un terç de les dones entrevistades van anar als serveis sanitaris des del primer trimestre, un altre des del segon o tercer i la resta (una mica més d'un terç) o van fer només en el moment del part.

En aquest sentit, una de les principals dificultats (moltes) que hem pogut detectar durant els acompanyaments a dones embarassades als diferents centres de salut, i en la qual no aprofundirem perquè ja ha estat desenvolupada en apartats anteriors, són els problemes d'accés als serveis sanitaris del col·lectiu rrom en general (i especialment de les dones). Durant el nostre treball de camp hem pogut detectar els obstacles que trobaven les dones rrom embarassades a l'hora de tramitar la TSI (provisional, en cas de no estar empadronades). Tot i tenir-hi dret, moltes vegades, no ha estat fàcil o no han aconseguit tenir la targeta sanitària corresponent (tal com la llei estableix²²⁶, per a menors de edat i dones en estat

²²⁵ És important assenyalar que les informacions següents són recollides sobretot respecte els rrom de Tândarei, tot i que també, però en menor mesura, sobre els de Murgeni.

²²⁶ L'article 7 es refereix al Dret a l'assistència sanitària a Catalunya, i concretament l'apartat 7.2 i 7.3, i en relació a l'atenció sanitària als menors d'edat i també a les embarassades, diuen: "7.2 (...) els estrangers menors de divuit anys que es troben en el territori de Catalunya tenen dret a l'assistència sanitària pública, en les mateixes condicions que la resta de ciutadans, sense que, en cap cas, es pugui condicionar el reconeixement d'aquest dret a la inscripció en el padró del municipi on resideixin ni a cap altre requisit addicional; i 7.3 El Departament de Sanitat i Seguretat Social

d'embaràs), molt condicionada de fet (contràriament a la llei) a l'obtenció de l'empadronament, i quan no ha estat possible d'obtenir-la, sovint no han tornat a fer demanda d'atenció mèdica al centre d'atenció primària corresponent (i han acabat sent situacions més aviat resoltes simplement amb el part en els serveis d'urgències). Aquesta situació, que no podem dir que estigui generalitzada, però que sí ha aparegut bastant sovint, és extremadament greu per les conseqüències que comporta. D'aquesta manera, com hem pogut observar durant el treball de camp, en algun territori, aquest tràmit ha esdevingut el principal impediment per arribar (o fer-ho abans) als serveis especialitzats de salut sexual i reproductiva per als seguiments mèdics de les embarassades, a pesar que moltes vegades, han estat les dones rrom les que han fet demanda d'acompanyament (per exemple, a un/a professional d'atenció socioeducativa) per aconseguir la TSI i poder accedir al servei especialitzat (situació que esdevé com a mínim una paradoxa del sistema, més aviat una il·legalitat, en tant que ha de ser un dret garantit des del centre sanitari en aquests casos).

Una segona dificultat detectada, un cop assolit l'accés al servei sanitari, és l'adequada realització del seguiment mèdic de l'embaràs. Moltes vegades, les dones rrom no aconsegueixen realitzar un seguiment mèdic de l'embaràs de manera continuada i realitzant totes les proves necessàries (tal com indica el protocol sanitari)²²⁷.. Hem pogut observar diversos factors que poden condicionar aquest procés:

Per una banda, s'ha de dir que el seguiment mèdic de l'embaràs no és entès com un procés totalment necessari per a molts homes i dones rrom. Per exemple, de les dones entrevistades, un 44% considerava que únicament és imprescindible en el moment del part. L'experiència prèvia de parts sense assistència²²⁸ i/o la interpretació d'aquest com un procés que depèn, sobretot, de la voluntat de Déu fa que no sigui una demanda prioritària. Cal tenir present, que a Romania, el part pot produir-se a casa també per dificultats de transport o manca de diners per compensar al professional mèdic (amb regals o diners). D'aquesta manera, i en context de destí, hem pogut veure com les dones rrom poden fer usos puntuals de les visites (per exemple, per fer-se una ecografia i així saber el pes i el sexe del

adoptarà, en l'àmbit de les seves competències, les mesures necessàries per garantir el dret a l'assistència sanitària pública, de les estrangeres embarassades que es trobin a Catalunya durant l'embaràs, el part i el post part, (...), sense que, en cap cas, es pugui condicionar el reconeixement d'aquest dret a la inscripció en el padró del municipi on resideixin." Decret 188/2001, de 26 de juny, dels estrangers i la seva integració social a Catalunya (DOGC núm. 3431, de 16/07/2001)

²²⁷ Generalitat de Catalunya (2005) *Protocol de seguiment de l'embaràs a Catalunya*.

²²⁸ Encara que també s'han produït alguns a Catalunya, aquesta situació ha sigut molt més habitual a Romania, entre altres causes per la distància als serveis sanitaris d'alguns assentaments, la manca de serveis que ho permetin o l'exigència de pagaments informals que no es poden o volen assumir.

bebè) i desvincular-se de la resta del procés fins a l'arribada del part; o realitzar seguiments intermitents que dificulten obtenir la informació completa que el professional anirà necessitant per conèixer sobre l'estat de salut de la dona i l'adequat desenvolupament del procés de gestació.

“(…) Diu que l'educadora del centre on anava, mentre feien un taller, li va dir que l'havia de portar al metge perquè estava adormint-se i podia ser que estigués embarassada. Així va saber del seu segon embaràs. Diu que a diferència del primer embaràs que el va tenir a Romania i sense seguiment mèdic, el segon el va tenir a Espanya i va fer seguiment mèdic però no sempre. M'explica que ella ha viscut a Lisboa, Madrid, València i a Barcelona.” (Dona 19 anys, Țândărei; Diari de camp, 31/10/07)

D'altra banda, com ja hem dit, la precària situació socioeconòmica i la inestabilitat que pateix aquest col·lectiu és una de les raons fonamentals, tant en les possibilitats quotidianes d'accés com en la generació de pautes de mobilitat i immediatesa que la població utilitza i que interfereixen en aquest procés (per exemple, sent especialment greu, com ja hem dit abans, en el col·lectiu rrom de Murgeni). Això, combinat amb la, de vegades, concepció simptomàtica dels problemes de salut que també ja hem esmentat, fa molt difícil l'assumpció i comprensió de pautes preventives i previsions a mig i llarg termini, potenciant l'ús dels serveis només en el moment del part i per tant majoritàriament en urgències hospitalàries.

“La última vez, hace un mes antes de parir a la niña (...). Estaba embarazada, no tenía visita de embarazo pero fui dos veces. Sí porque a las tres veces te tienen que hacer las ecografías pero fui a Rumania y cuando he venido (*a Badalona*), me ha quedado muy poco para parir. (...) Fui al médico de Rumania, a la ecografía y me dijo bien.” (Dona, 23 anys Țândărei)

Uns altres elements que intervenen en la predisposició o en les possibles resistències de les dones rrom per demanar o sostenir el seguiment mèdic de l'embaràs en el context de destí són l'edat i les experiències que aquestes van acumulant durant la seva trajectòria vital, tant en el seu país d'origen com en el país d'acollida. Per una banda, i en relació a l'edat, entre les dones més joves, la demanda de seguiment i l'acceptació de la realització de les proves requerides per al control sanitari de l'embaràs (tot i que a vegades no comprenen les raons) és més elevada. Sovint perquè les noies més joves han vingut quan eren nenes i han crescut en el context de destí, per tant, moltes vegades, tenen més competències per desenvolupar-se dins la xarxa sanitària i tenen experiències diferents en comparació a les dones d'edat més avançada i potser més formació.

“(…) Las revisiones son importantes porque no sabes cómo está, puede estar al revés. No sabes si crece, cómo crece. Si tienes una infección puede cogerla el niño también. Tienes que hacer muchas, todas porque si no lo haces es tu problema, es que no sabes nada, crece, crece.” (Dona, 19 anys, Țândărei)

“(…) Explica que a ella la coneixen a Can Ruti i que quan va l’atenen. Que està de set mesos i no ha fet cap embaràs amb control mèdic. Sap que el nen està bé perquè creix i es mou als quatre mesos. I ella diu que això vol dir que està bé.” (Dona de 28 anys, dona, Țândărei, diari de camp 22/08/07)

Tot i així, també hem pogut conèixer l’opinió d’altres noies joves que manifestaven seguir les pautes d’altres dones més grans i feien referència a l’aprenentatge que en la seva criança havien tingut cuidant a d’altres familiars (per exemple, als seus germans petits o nebots), havien obtingut com una de les raons per no necessitar control mèdic durant el seu embaràs.

“(…) Ha explicat que no havia fet cap control mèdic de l’embaràs; no estava nerviosa per ser el seu primer fill perquè ella era la gran de set germanes i les havia cuidat a totes; que havia tingut el seu bebè a l’Hospital de Can Ruti i que tot havia anat bé. Havia tingut dolors tota la nit a casa i després el seu marit i sogre l’havien portat en cotxe fins a l’hospital i allà havia parit en poc temps sense cesària. Li dona el pit asseguda en el banc de la plaça.” (Diari de camp, 12/09/07, dona de 17 anys Țândărei)

En canvi, hem observat com, sovint, les dones més grans han viscut més temps a Romania i tenen experiències molt diferents en comparació amb les dones més joves. Per una banda, han tingut un major nombre de parts sense seguiment mèdic en context d’origen; i d’altra banda, per elles esdevé més complex moure’s per la xarxa sanitària tant en origen (per les diferents raons ja desenvolupades en apartats anteriors) com en context de destí. Hem pogut observar que, en general, les dones més grans poden mostrar més resistències degut, entre d’altres raons, a dificultats a l’hora de comunicar-se (per exemple, en relació a la llengua de destí però sobretot perquè mostren actituds més defensives i de desconfiança en front d’un context que per a elles és desconegut i que, algunes vegades, pot arribar a ser hostil); i no únicament en relació als seguiments dels embarassos i les proves corresponents segons el moment de gestació sinó també respecte a la cura de l’embaràs en general (medicació, l’alimentació, entre altres). En el següent exemple una dona rrom demana a la farmàcia, amb moltes dificultats, una medicació després de sortir del PASSIR:

“Les farmacèutiques li intenten explicar que ha de fer-se la prova del sucre però no sé si ella ho entén. Veient la insistència d’ell; li molesta molt i no sé si anirà al metge; li donen una crema vaginal. Ella ensenya una rasclata de pastilles acabades i en demana una altra. Les farmacèutiques li responen que no pot prendre aquestes pastilles si està embarassada. Ella respon que a Romania el metge li ha donat. Responen que sí però si no està embarassada. Sembla que ella accepta la negativa. Fora de la farmàcia li torno a explicar però no sé si ho entén.” (Diari de camp, 25/08/07) Dona de 42 anys, Țândărei)

D'altra banda, i en relació a les experiències, un altre aspecte que hem pogut observar i que esdevé fonamental a tenir en compte en l'atenció sanitària, és la importància de les situacions viscudes en relació a l'embaràs perquè poden condicionar d'alguna manera o transformar certes pràctiques. Durant el nostre treball de camp hem pogut veure com les experiències positives poden suposar l'adquisició de noves pautes i hàbits que facilitin la vinculació d'aquestes dones al seguiment mèdic durant el seu procés de gestació i després d'aquest. Experiències que poden tenir relació amb l'acompanyament mèdic viscut en una situació determinada (per exemple, una bona vinculació amb la llevadora); però també d'altres que tot i ser negatives poden fer sentir la necessitat d'un acompanyament mèdic que abans potser ni haurien considerat (per exemple, haver patit un avortament pot fer sentir necessari un control mèdic en el proper embaràs). De la mateixa manera, sentir-se perjudicat o rebutjat dins l'espai de consulta pot afavorir una tendència a voler distanciar-se del context sanitari fins a l'arribada del part. De nou es fa evident, com en d'altres situacions relacionades amb els serveis sanitaris i la salut, que és important evitar homogeneïtzar les dones rrom en relació a les seves actituds i motivacions vers els seguiments mèdics de l'embaràs.

“Ahora sí pienso es importante ir al médico pero antes no; porque como he perdido a dos niños tengo que saberlo, antes no he pensado, ni siquiera no me fui al hospital solamente mi marido: Vete para el hospital para ver qué tienes. Me han dicho que tengo un niño y ya está.” (Dona de 20 anys, Țândărei)

Una altra qüestió que intervé en el seguiment mèdic dels embarassos de les dones rrom, com s'expressa en la cita anterior, és la voluntat i necessitat de saber o no el sexe del futur bebè. Durant el nostre treball de camp, sovint, els professionals sanitaris havien observat que les dones rrom realitzaven una demanda mèdica únicament per a la realització de la prova de l'ecografia per saber el sexe del bebè però després no continuaven les visites.

“(…) En el PASSIR l’han atès al moment. Els sanitaris s’han sorprès que estigués de 5 mesos i sense control d’embaràs. (…) Han insistit en que no oblidés cap visita perquè sinó no tindria sentit el control mèdic. Han comentat que moltes vegades venen per fer-se l’eco i ja no tornen. La noia rrom ho escolta però no diu res, ella no havia vingut abans perquè no li havien fet la TSI provisional des de l’ambulatori.” (Diari de camp, 12/09/07, Dona, 19 anys, Țândărei)

“Quien quieras te vas al médico y sino no. A los otros 2 embarazos no he ido. (...) Yo fui porque quería una niña. Yo tengo 2 niños y quería una niña.” (Dona de 19 anys, Țândărei)

Hem pogut comprovar que algunes vegades, la necessitat de conèixer aquesta informació és important perquè esdevé la motivació per realitzar la primera demanda de seguiment mèdic, i per tant una oportunitat perquè la dona pugui tenir garantida una bona atenció sanitària del seu embaràs. De manera contrària, el desig de no saber el sexe del bebè pot ser motiu per no considerar necessari iniciar aquest seguiment. Un altre element important a destacar, és que les dones rrom a les quals vam poder acompanyar durant les visites mèdiques no contemplaven la possibilitat que tenien d’expressar la voluntat de no voler saber el sexe del seu bebè durant la realització de la prova de l’ecografia. Al mateix temps, algunes dones expressaven resistències per anar al centre de salut, entre d’altres factors, per evitar conèixer aquesta informació.

D’altra banda, tal i com alguns professionals de la salut ens van expressar, algunes vegades, la demanda de les dones rrom per la realització de la prova de l’ecografia, podia ser interpretada per ells com una necessitat puntual de la pacient per saber només el sexe del seu bebè sense cap altre motivació que trobessin justificada o tingués relació amb un control mèdic de la gestació. Però, lluny d’aquestes primeres percepcions, durant el treball de camp, hem pogut comprovar que aquesta informació, sovint, esdevenia transcendent fora de la consulta, dins del context familiar de la dona i segons les expectatives derivades de la necessitat de construir el propi projecte familiar. D’aquesta manera, algunes vegades, conèixer el sexe del futur bebè (i depenent del número i el sexe dels fills que ja es tenen), podia comportar un canvi d’estat d’ànim (tristesa, neguit, decepció, entre d’altres), o com a mínim inquietud a l’hora de gestionar aquesta informació dins del seu propi context.

“(…) En el PASSIR per control mèdic de l’embaràs. Després de l’ecografia, espera a que li donin els resultats; la infermera li diu que es un nen i que està bé. Fora del servei mèdic, la noia diu que no sap el pes del bebè. Sembla trista, seriosa i capficada. Li pregunto si està bé. Diu que sí que Déu vol una

nena. I exclama: no pasa nada... Diu que li dirà al seu marit que és un nen. (...). Diu que no anirà al metge divendres: ya no. (Diari de camp, 25/09/07, noia de 21 anys Fetesti)

“(...) Li pregunto si ha anat al metge a fer-se els controls de l'embaràs em diu que ella té TSI i tot arreglat però no ha fet cap control mèdic pel bebè perquè diu que no vol saber si és un nen o una nena. Diu que una amiga seva ha sabut que esperava un nen i s'ha enfadat perquè volia una nena. Ella no vol enfadar-se, per això no vol anar al metge. Ella només té nenes i vol que aquest bebè sigui un nen. No vol control mèdic perquè no vol saber el sexe del nen. I exclama: Ves? mi amiga está enfadada porque sabe que no tiene una niña!. Ella diu que no vol fer-se l'eco, no vol saber per no enfadar-se.” (Diari de camp, 22/08/07, Dona de 30 anys, Țândărei)

En definitiva, a través dels acompanyaments als diferents serveis sanitaris, hem pogut recollir algunes de les dificultats o raons principals que poden aparèixer en els seguiments mèdics dels embarassos entre les dones rrom. Com ja hem explicat, aquestes són fonamentalment: la mobilitat que s'activa amb una previsió immediata trencant la continuació dels seguiments i controls mèdics (altament protocolitzats per poder detectar i prevenir problemes i assegurar l'adequat desenvolupament del nadó); la necessitat que tenen les dones rrom de donar resposta a les obligacions de parentiu encara que el seu estat de salut pugui ser precari o delicat (per exemple, treballar en feines marginals i cuidant dels fills; i dos dies després d'haver donat a llum, tornar al carrer a netejar vidres, recollir ferralla o demanar diners en els transports públics), i per tant, posposar la cura personal davant la necessitat d'altres familiars; l'experiència prèvia de tenir fills sense control mèdic; l'hàbit de deixar d'anar al metge quan el dolor o altres símptomes aguts han desaparegut. Una altra qüestió important són els aspectes religiosos i d'altres creences (com les relacionades amb la puresa i els somnis). En tot cas, i en relació al sistema biomèdic caldria destacar els obstacles per tramitar la TSI; el temps d'espera entre visites sense entendre el seu sentit; la manca de comprensió de la necessitat d'un adequat control mèdic, tan continuat i pautat com quelcom necessari; les dificultats per entendre la documentació mèdica on s'indiquen les dates de les visites, les proves necessàries o l'ús de la medicació; els estils de comunicació i les dificultats en aquest sentit així com les manifestacions de sorpresa, judicis i indicacions dels professionals sanitaris allunyades de la seva realitat quotidiana; la vivència del temps i del quotidià de manera diferent a la nostra i, també esdevé fonamental, el poc temps que disposa el professional mèdic per establir una bona comunicació que faciliti confiança i referència. En aquest sentit, també intervé la falta de formació en tot allò relacionat amb la diversitat

cultural en salut i l'escassa rellevància que es dóna a aquestes qüestions dins del sistema sanitari i per part d'alguns professionals.

D'altra banda, i no únicament en relació als seguiments mèdics de l'embaràs, també hem pogut conèixer a algunes informacions significatives sobre la gestació, vinculades de manera més específica amb la religió i altres creences tradicionals. Com ja hem descrit en d'altres situacions sobre salut, hem pogut observar com les dones rrom expressen, a través de la religió, de Déu i d'altres creences (per exemple, relacionades amb la puresa i els somnis) la seva manera de viure el procés i la cura de l'embaràs. Creences que sovint coexisteixen i es relacionen amb les pautes biomèdiques i el coneixement de les quals pot facilitar una millor comunicació entre sanitari i pacient. Aquestes estan presents en totes les societats, també en la nostra, i coexisteixen sense problemes amb la biomedicina, sent el més important saber-les gestionar.

En relació a la religió (i l'expressió d'algunes pautes i preceptes a través, per exemple, dels somnis), podríem entendre'ls, en l'atenció sanitària, com a mínim com una manera d'expressar el procés de salut-malaltia i la representació de Déu com qui coneix i determina el destí. D'aquesta manera, per exemple, en el PASSIR, una noia expressava que tenia por de tenir el fill mort, com a la seva mare li havia passat, i pel que deien altres noies perquè no li veien panxa d'embarassada. La metgessa li responia que havia de fer cas del que deien els professionals perquè eren els que sabien; tot seguit, la noia explicava un somni on se li apareixia Déu (descriu com un home de "bata de doctor" però sense cara) i li deia que tindria una nena i el nom que portaria.

"(...) La noia preguntava preocupada a les infermeres perquè no tenia panxa; que potser el bebè estava mort. Ha explicat que la seva mare va perdre un nen que anava després que ella, als 7 mesos d'embaràs. La seva mare ja s'havia fet una operació per no tenir fills i es va quedar embarassada però podia tenir risc de mort; el bebè va resultar que estava mort i l'havia de parir. (...) És el seu primer embaràs i la seva primera ecografia; quan ha vist l'ecografia i les indicacions de la metgessa ha posat expressió de felicitat. Està de 14 setmanes. Sembla que "ho té tot al seu lloc"; té la mida adequada només que la mare és molt prima i per això no té panxa. La noia ha explicat que altres noies li deien que tenia una rata perquè no tenia panxa; la metgessa li ha dit que no faci cas de la gent del carrer; de la gent que no és metge; que només faci cas del metge que és qui sap; que el seu fill té la mida adequada. També li ha dit que és una nena. Llavors, la noia ha explicat que havia tingut un somni on ella anava al metge i aquest la mirava amb una bata blanca però ella no li podia veure la cara al metge; diu

que aquest li deia que era una nena i que es diria Elena²²⁹. Al sortir del PASSIR m'ha especificat que ella pensava que el senyor de la bata de doctor i sense cara devia ser Déu. Ha marxat molt contenta i tranquil·la.”(Diari de camp, 24/09/07, dona de 17 anys, Țândărei)

D'altra banda, en relació a altres creences tradicionals sobre el període de l'embaràs hem pogut conèixer informacions que relacionaven l'alimentació amb el risc d'avortaments involuntaris, dificultats durant el part i malformacions més o menys importants en el nou-nat. Per una banda, de vegades hem trobat (encara que no es pot generalitzar) la prescripció de que la dona embarassada ha de menjar el que vulgui i si no ho fa pot tenir un avortament²³⁰. D'altra banda, poden existir també prescripcions relacionades amb determinats aliments (els quals cal evitar menjar-los o no fer un abús). Per exemple, algunes noies rrom ens explicaven que no era bo menjar molta carn durant l'embaràs perquè el crani del fill es faria gran i no podria sortir en el moment del part. Aquest tipus de creences estan presents, d'una o altra manera, en moltes altres cultures, i també en la nostra.

“Cuando es una chica embarazada y tú preparas alguna cosa tienes que traerle un poco para probar. Esto lo hacemos para que no aborte. Y cuando le dices por una comida y ella no la prueba un poco puede abortar porque el niño quiere comer.” (Dona de 20 anys, Țândărei)

Tot i això, coexisteix i es complementa d'alguna manera, com hem pogut observar anteriorment en altres situacions de salut, amb la religió i la figura de Déu com creença moltes vegades principal²³¹.

“Puede decir la gente lo que quiera pero sólo lo sabe Dios. El médico puede decir pero sólo lo sabe Dios.” (Home de 19 anys, Țândărei)

Segurament molt relacionat amb el que tradicionalment podria ser la manera de garantir la necessitat d'assegurar l'alimentació de la dona quan està en període de gestació, hem pogut recollir durant el treball de camp, informacions sobre la

²²⁹ Hem canviat el nom per garantir la confidencialitat.

²³⁰ Per exemple, una noia explicava que va patir un avortament perquè a Țândărei, tornant cap a casa, va veure una síndria molt vermella i gran, i li van venir ganes de menjar-se-la però no es va aturar a comprar-la perquè tenia molta presa. Dies després va tenir un avortament. La noia ens deia que era perquè no havia menjat allò.

²³¹ Tot i la diversitat de posicionaments, per exemple, i tal com un informant ens va explicar, els rroms “cristians” (pentecostals) no segueixen tant les tradicions de puresa perquè són més moderns; mentre els rrom que hi creuen en aquestes són tradicionals, i per tant “antics” (i no són “cristians”). En realitat, sovint, tot i que no hem pogut aprofundir tot el que voldríem en de quina manera, es dona una interrelació entre aquests factors que seria interessant d'estudiar.

creença d'*urcholor* (mal d'ull). D'aquesta manera, algunes noies explicaven que quan una dona està embarassada té la capacitat de maleir a algú si se li nega un menjar.

"(...) Cuando una mujer está embarazada, tú tienes algo en la mano y comes y si no le das algo o le ofreces y a ella le gusta lo que tienes tú de comer y no le das ella te dice: *Urcholor o Uchorre*". (Dona de 20 anys, Țândărei)

"Sí, pueden echar un mal de ojo (...) te sale en el ojo un granito rojo, rojo, te sale así, después se cura pero durante un mes te molesta.... Yo nunca, no lo sé como esto es pero yo he visto más a los otros y me dice cuando mi madre estaba embarazada y yo no sabía nada la gente siempre le daba de la mano, la gente come, come, come, para que no les salga a ellos ese rojo" (Dona de 19 anys, Țândărei)

Un altre aspecte important, relacionat amb les creences, la sexualitat i el procés de gestació i de part, és els sentiments de vergonya que expressen sobretot les dones (però també els homes) respecte l'embaràs. Tal com una informant explicava, quan va saber que estava embarassada no ho va dir a ningú (ni als altres homes de la seva família ni a la seva sogra), únicament al seu marit. La jove deia que era una vergonya explicar aquestes coses i que no era necessari perquè ja es veuria quan li anés creixent el ventre.

"Si una mujer está embarazada (...) la costumbre es que es vergüenza decirlo a un hermano, a un cuñado (...) Si ya lo ve... ¿pa que lo tienes que decir tu?, ¿Como le vas a decir que te has acostado con alguien? (Home, 19 anys, Țândărei)

"(...) A mí me da vergüenza. Sólo puede ir al hospital el marido o mujeres porque los hombres no, vergüenza, porque si vea sangre o vea algo, me da vergüenza, tu lo ves cuando una mujer que parir le viene mucha mucha sangre y se queda en la cama o algo, si me vean... mucha vergüenza" (Dona, 23 anys, Țândărei)

Segurament, com posen de manifest els anteriors exemples, aquest silenci i la vergonya respecte l'embaràs, semblaria estar molt relacionat amb la creences tradicionals de puresa (que sovint coexisteixen amb pràctiques religioses) on la sang de la dona pot tenir un significat d'element contaminant i brut; de la mateixa manera que, com hem dit abans, les dones que estan menstruants no poden anar a l'església pentecostal. Alhora i com expressa molt bé l'informant en l'anterior cita, l'estat d'embaràs pressuposa també una relació sexual que segurament s'intenta, per vergonya, obviar davant la família.

D'altra banda, i en relació a aquestes pràctiques de puresa, les poques informacions que tenim, doncs no hem pogut aprofundir en aquesta qüestió tant com ens hauria agradat²³², fan referència a la situació de post part, i més concretament a l'arribada del nounat i la seva mare al domicili familiar.

És per això, que tant el bebè com mare, i seguint aquesta pràctica, hauran de romandre separats de la resta de familiars en determinades circumstàncies, com són els àpats (per exemple, dinant separats de la resta de familiars); a la cuina (per exemple, la dona que acaba de parir no pot servir ni cuinar menjar); i, fins i tot en les mostres d'afecte vers el nounat per part dels seus familiars (per exemple, únicament la mare i a vegades també el pare, podran mostrar afecte vers el bebè). La raó d'aquesta separació és la consideració que el bebè està brut perquè ha estat dins del cos de la mare i ha passat pel seu sexe; la mare també es considerada bruta perquè ha perdut sang i pot contaminar allò que toca (cuinant o servint). El període de temps varia segons els informants, i podria ser d'entre 6 setmanes i 3 mesos. Passat aquest temps la situació de la mare i el bebè quedaria normalitzada dins de la família. No coneixem fins a quin punt aquest període de separació podria estar vinculat, per l'experiència prèvia a origen, amb el temps de quarantena que els sanitaris indiquen després del part, però alguns dels informants ens van explicar que era una pràctica antiga i que ara no tothom la realitzava. Potser que aquest canvi en les pràctiques tradicionals també vingui derivat en part, com acabem d'esmentar, de l'adhesió al pentecostalisme i el procés migratori. Els següents exemple descriuen aquesta practica de puresa respecte al nounat i la seva mare:

"(...) Si una mujer ha tenido un bebé, pues los dos meses está casi que no tiene ningún precio, pues está como apartada porque ella no puede poner la mano para hacer comida, ella tiene que guardar sus cosas de ella y del bebe para lavarlo en su sitio, no puede hacer comida al suegro ni a la suegra; porque está sucia porque como ella ha nacido bebe y este ha estado allí, ha pasado por la barriga y el sexo, pues está sucio. El tiempo depende, 1 mes, 2... Pero antes estaba muy muy rígido con eso, ahora es un poquito ... modernidad. La mayoría de gente cuando ha venido aquí se ha modernizado, ha visto lo de la gente españolas, como es como se hace, la mayoría de gente la limpieza la hace en Rumania igual como aquí porque ha visto la limpieza bien como aquí, como ellos tienen tenemos que tener nosotros, alguien se ha acostumbrado como ha vivido aquí tiene que vivir en España, que tiene que tener una sábana limpia, una cama buena, algo bueno, camisa buena... porque antes comíamos en el suelo, poníamos

²³² Cal destacar que durant el treball de camp, no ha estat fàcil trobar informacions al respecte en comparació amb l'informació obtinguda sobre les pràctiques religioses.

plástico en la tierra y poníamos la comida allí (...)” (Home de 26 anys, Fetesti)

“(...)Preguntem a un noi pel nounat de la seva germana. Ell diu que no ha anat a veure'l (hospital). Es mostra reservat i com amb vergonya. Explica: *En nuestra ley, tres meses sin mirar al bebé*. Diu que els pares a vegades tampoc fan petons tot i que sí que poden perquè són els pares. Entenen que el nen està brut durant aquest temps. No es parla de l'embaràs perquè fa vergonya. Sobretot per la dona que és la que té més vergonya, l'home també però no tant. Per això no parlen de l'embaràs.” (Diari de camp, 18/09/07, Home, 26 anys, Țândărei)

En general, quan les dones parlen sobre qüestions relacionades amb la sexualitat o la reproducció fan referència, com ja hem exposat anteriorment, a “*cosas de mujeres*” i sempre, assegurant-se la privacitat per evitar que algun home pugui escoltar-les. Aprofundir en les qüestions relacionades amb la vivència i interpretació de la sexualitat tant dels homes com de les dones rrom podria ser una qüestió interessant de seguir investigant.

D'altra banda, a través de les entrevistes realitzades i en relació a una qüestió bàsicament vinculada amb el tipus d'atenció sanitària, vam recollir informacions respecte el coneixement que tenien els rrom sobre les possibles vies de contacte per demanar assistència sanitària. Tot i que aquesta qüestió ha estat desenvolupada en un altre apartat, volem fer referència a algunes situacions concretes relacionades amb el moment del part (i també a les dificultats abans descrites sobre l'ús i continuïtat d'un adequat seguiment de l'embaràs). Quan la pregunta era contestada, les informacions obtingudes al respecte eren l'ús del servei d'urgències hospitalàries quan arribava el moment del part (el trasllat de la dona en cotxe a l'hospital pels seus familiars); o l'ús del telèfon d'urgències sol·licitant una ambulància. Cal destacar que les dones que manifestaven haver estat assistides pel servei d'ambulàncies expressaven queixes en relació al temps d'arribada del servei (i fins hi tot, en algun cas, ho relacionaven amb el fet de ser rrom romaneses). D'aquestes situacions destacaven el llarg temps d'espera, el dolor del part i la vergonya per estar donant a llum en presència dels homes de la família. Els següents exemples ho expressen d'aquesta manera:

“(...) yo también he parido en casa. Tenía dolor, era de noche y yo me estaba... el primer parto que hice en casa fue en España, yo llamaba tres veces y tardado mucho, decían voy a venir ahora, voy a venir ahora y tardado mucho pero yo tenía mucho mucho dolores, grandes para parir, y cuando yo me estaba limpiándome y vistiéndome para que me vaya al hospital no podía aguantar... y dije a los de la ambulancia, díles que no

puedo aguantar, hasta que ha venido la ambulancia y parido en casa y cuando ha venido la ambulancia ha cortado el cordones lo ha empaquetado, me ha llevado al hospital... Yo les dije: _ ¿porqué no venido antes?, si que ha venido porque estaba tarda hasta que ha llamado el médico ha hablado el médico...” (Dona, 23 anys, Țândărei)

“Siempre, se tardan, yo a las 10 de la mañana y no ha venido hasta que le he llamado cinco o seis veces, yo muriéndome de dolor y dándome mucha vergüenza que estaba los hombres allí, mi padre estaba conmigo”. (Dona 22 anys, Țândărei)

Tot i aquestes queixes, valoraven positivament la gratuïtat del servei hospitalari que havien rebut en context de destí i en aquest sentit, el comparaven amb als serveis mèdics de Romania on, com deien, era necessari tenir diners per ser ateses en el moment del part.

“(…) Sí, porqué en Rumania, en mi país, si vas a parir y no vas a tener dinero te van a dejar morir, sí. Y cuando te llevas a un niño al hospital o al ambulatorio tienes que pagarle mucho dinero. Por él he venido porqué sino tienes dinero aquí trabajas. Yo he venido aquí, me he quedado aquí 6 y pico años que estoy viviendo en España, estoy contenta porque me gusta más que Rumania porqué me acostumbrado aquí y me gusta mucho. Vine aquí tenía 16 y pico años, cuando tenía dos niños y ahora tengo seis (*i riu*). Tenía 15 años cuando tuve el primer niño” (Dona, 23 anys, Țândărei)

D'altra banda, i des de la perspectiva sanitària, en un dels hospitals on vam poder realitzar observacions, una professional ens explicava que sovint en l'atenció al part²³³ d'una dona rrom, no tenien informació sobre el procés de gestació, i per tant sobre l'estat del bebè i de la mare en el moment del part, perquè no havien realitzat el seguiment mèdic de l'embaràs tal com es requeria (i segons el protocol sanitari). Això comportava, per exemple, i entre altres coses, haver d'aplicar alguna vacuna al nounat que potser no hauria necessitat si es tingués tota la informació de l'evolució durant la gestació (analítiques i altres proves requerides des del seguiment mèdic).

²³³ No hem pogut recollir molta informació significativa relacionada amb parts amb cesària. Cal especificar, però, que durant el treball de camp una noia jove (20 anys) embarassada que mostrava preocupació perquè ja li havien fet una en l'anterior part i verbalitzava que no era bo tenir tres cesàrees i ho relacionava amb la voluntat de tenir més fills.

Al mateix temps, i també en un context hospitalari, algunes dones rrom que havien donat a llum manifestaven les seva vivència en relació a com creien que eren percebudes pels professionals que les havien ates. D'aquesta manera, i com molt bé descriu el següent exemple, durant el treball de camp i en diferents espais (CASSIR, PASSIR, hospitals, en els domicilis, o entre d'altres) apareixia el sentiment de ser prejudjada per alguns professionals de la salut, de manera pejorativa, durant l'atenció sanitària però també en altres moments (per població no rrom o gitanos autòctons). Alhora, elles reproduïen aquest mateixos prejudicis vers altres rrom (per exemple en el següent cas vers les dones rrom de Murgeni), el que sembla transmetre una marcada idea de l'estratificació social. Tot i que no aprofundirem en aquesta qüestió aquí, si que creiem que és important tenir en compte aquestes percepcions perquè poden impregnar la relació entre usuari i professional durant l'atenció sanitària.

“Allí en el hospital, cuando me fui cuando estaba embarazada para ver lo que tengo, niño o niña... me atendieron una vez y cuando me fui otra vez porque me venía sangre no me atendieron, me ha dicho: no es nada, es normal para que te venga sangre. Y después aborté. (...) creo que me trataron así porque soy gitana rumana. También cuando parí allí en el Hospital tenía cesárea, ni siquiera lo vestían a mi hijo, no le ponían la ropa me lo ponían a mi o a mi marido para que le cambie el pañal y yo ni siquiera podía levantarme de que tenía la cesárea y no podía levantarme de la cama y lo ponía mi marido para que les cambie los pañales. Y ya está. Creo que porque soy gitana rumana porque yo escuché como hablaba de nosotros. Es que allí en el hospital también hay los de Murgeni que paren ¿y sabes que los de Murgeni son más sucios que nosotros? Y decían: Mira esta es más limpia que los otros que vienen aquí! y hablaba así de nosotros, que nos gustaba limpiar y así hablaba de los Murgeni. Decía: Mira esta es más limpia que los otros rumanos.” (Dona de 19 anys, Țândărei)

Molt en relació amb les percepcions entre sanitaris i pacients rrom, voldríem fer referència, específicament a les possibles interpretacions que poden tenir alguns sanitaris respecte la implicació de l'home rrom vers la salut de la dona en determinades situacions sanitàries (com pot ser durant el procés d'embaràs, part i post part). Tot i que aquesta manca de preocupació pot donar-se en alguns casos, cal tenir en compte, com ho hem pogut observar també en moltes ocasions, que no ha de ser necessàriament així. Per tant, és important comprendre la manera com es donen les absències o les presències dels homes rrom per evitar caure en interpretacions que podrien ser equivocades i condicionar, potser, la relació en la consulta.

“Mi marido ha estado conmigo hasta que he parido. (...) yo dije le dije: _ ¡tu espera fuera en la puerta! y él al lado hasta que ha nacido. Yo le digo: _ ¡ay, ay... sal de aquí! y él no sale y dice la doctora, si sales ya no entras pero si te quedas estate aquí. Y él se quedó y cuando ha nacido la niña, le ha cogido la niña, le han puesto una sábana blanca y ya se lo ha puesto en los brazos, sí...“(Dona 22 anys, Țândărei)

Abans de finalitzar aquest apartat volem fer referència, a observacions concretes, en relació a la possible situació emocional i física de les dones rrom durant els tres primers dies després del part i en el context d'hospitalització; situació molt relacionada també amb la situació d'exclusió que pateix el col·lectiu i que pot manifestar-se o tenir conseqüències per la dona (i pel desenvolupament de l'atenció) en situacions sanitàries com aquestes.

D'aquesta manera, hem pogut observar com l'estat anímic de la dona pot dependre, molt sovint, de diferents variables com poden ser: la xarxa de suport amb la qual pot comptar en aquell moment, el grau d'exclusió que pateix en destí, les capacitats d'autonomia personal, la qualitat en la relació de parella o el desig experimentat en relació a la seva nova maternitat, entre d'altres. Tot i que moltes vegades aquestes situacions, que des de la nostra perspectiva serien viscudes negativament, poden estar normalitzades per les rrom, no per això volem deixar-les de destacar. En aquest sentit hem pogut acompanyar a algunes dones rrom en situacions hospitalàries després del part. Per exemple una noia de 21 anys de Fetesti, no va estar acompanyada durant els dies d'hospitalització posteriors al part del seu tercer fill perquè, com explicava, només havia vist al seu marit (que en aquell moment estava treballant) i no tenia diners per telefonar a les seves amigues i poder rebre-les en visita a l'hospital. També hem pogut observar, com ja vam esmentar a l'apartat dedicat a les dificultats en l'ús dels serveis, com algunes dones marxaven soles del centre sanitari, fins i tot abans dels tres dies requerits després del part (perquè el resultat de la prova del taló del bebè havia sortit bé). I en el cas d'algunes dones rrom de Murgeni, que viuen en condicions molt més precàries encara, tant abans com després del part, continuaven amb les seves ocupacions, - simplement per que era imprescindible fer-ho per la situació de pressió econòmica-, sobretot recollint ferralla o en la mendicitat, tot i la duresa i els riscos associats.

D'altra banda, també hem pogut conèixer altres dones rrom que s'han sentit molt acompanyades per la seva família i que segurament han viscut la seva hospitalització, de manera més positiva, sense solitud i amb menys duresa. Cal destacar que ho hem pogut observar, en general, en situacions on hi havia una major estabilitat de la xarxa social (fet que pot venir molt determinat en relació

amb l' estatus de la dona i per tant també de la família d'origen i la del marit) i del procés migratori (en relació a una millora de la situació de benestar en destí).

Un darrer aspecte molt important, i relacionat en aquest moment d'atenció hospitalària, és les dificultats que algunes vegades hem detectat en relació a la desvinculació de la dona rrom del sistema sanitari després del part. Qüestió que esdevé fonament en relació a la continuïtat del seguiment ginecològic de la mare (per exemple, en el període de quarantena) i sobretot també en l' inici del seguiment pediàtric del nounat, que sovint pot quedar desvinculat de l'atenció sanitària si la mare no fa demanda (o aquesta no es facilita) de seguiment mèdic. Aquest és un punt fonamental que posa de manifest la importància d'una bona vinculació dels professionals sanitaris del centre ambulatori més pròxim de la pacient rrom, però també dels que l'han atès durant l'estada hospitalària; i la necessitat de potenciar altres estratègies d'actuació sanitària que treballin per a mantenir-se pròximes a les necessitats de salut d'aquest bebès i les seves mares, tenint en compte les dificultats descrites i el context d'exclusió on viuen, i per tant facilitant una intervenció més adaptada però alhora dirigida a una situació més inclusiva.

Avortaments

Una altra qüestió sanitària fonamental relacionada amb la salut sexual i reproductiva és l'avortament. Tal i com ja hem descrit anteriorment, és important considerar la informació obtinguda en relació a les dificultats o la manca d'una adequada planificació familiar del col·lectiu rrom per entendre les possibles conseqüències sanitàries i necessitats respecte l'avortament. Tot i les dificultats per accedir a aquesta informació per raons de confidencialitat, hem pogut recollir algunes situacions significatives.

Respecte a les interrupcions voluntàries de l'embaràs (IVE), les poques dades en relació als serveis utilitzats a les quals s'han referit algunes dones rrom durant el treball de camp fan referència a l'ús de clíniques privades, i també a alguna associacions que ofereixen, entre altres serveis, atenció en relació a les demandes d'atenció sexual i reproductiva.²³⁴

En relació a les dificultats per a realitzar la demanda sanitària, podem dir que intervenen factors similars, fins a un cert punt, que els que hem descrit respecte als seguiments mèdics de l'embaràs. En aquest apartat però, descriurem el que hem

²³⁴ Per exemple, i pel que hem pogut saber, la organització Salud y Familia (<http://www.saludyfamilia.org/>)

pogut conèixer de manera específica per aquesta qüestió. D'una banda, algunes dones rrom ens han descrit situacions en les quals el factor religiós ha intervingut a l'hora de prendre la decisió (per exemple, una dona rrom ens explicava que havia anat a realitzar-se un avortament però no es va dur a terme la intervenció perquè el seu marit va sentir un fort dolor al cor; van interpretar que era una senyal de Déu). Un altre factor que apareix són les dificultats socioeconòmiques, la immediatesa i la mobilitat (per exemple, una noia explicava que ella i el seu marit van arribar tard a la visita concertada per realitzar l'avortament; els metges els hi van donar una visita per un altre dia però ells no hi van tornar). També, i molt important a considerar en relació a l'atenció mèdica i la necessitat de garantir la confidencialitat, és la pressió que algunes vegades, el context familiar o la parella pot exercir vers la dona comportant l'ocultació de la demanda o un canvi en la decisió (Per exemple, una dona que havia sol·licitat atenció mèdica per un avortament va canviar la seva decisió davant del seu marit i altres familiars i no la va tornar a realitzar-la). D'altra banda, cal considerar també les dificultats que poden aparèixer per encaixar moltes vegades aquest tipus d'avortaments (motivats per raons d'haver complert els desitjos de natalitat o a qüestions socioeconòmiques) dins del marc legal existent. L'única opció si les raons són aquestes és indicar riscos psíquics en la mare, fet que deixa a la dona a la voluntat d'allò que els professionals vulguin determinar (amb els prejudicis i les dificultats de comunicació que es poden afegir en aquests casos) i en una potencial desprotecció legal en el cas de que algú decideixi utilitzar aquests diagnòstics com ja ha passat altres vegades.

En relació a l'avortament involuntari, podem dir que l'elevat número d'embarassos des d'edats molt precoç, juntament amb el poc control dels mateixos i les deficientes condicions de vida, fa més probable l'experiència d'avortaments involuntaris. En aquest sentit, les noies rrom que han patit un avortament espontani, ho expressen com situacions de vergonya, perplexitat i desconeixement. No hem pogut recollir informació significativa en relació a com aquesta situació pot ser viscuda dins del context familiar, o en quina manera és compartida amb d'altres dones. Sovint, però, i depenent de la relació amb el centre de salut més proper, la situació és patida sense un adequat assessorament sanitari que pugui ajudar-les a contextualitzar i entendre la situació d'avortament.

"(...) Té 18 anys i va tenir un embaràs però està segura que va patir un avortament i el descriu. Diu que va notar una punxada i com si se li caigués quelcom. Es va posar la mà a baix (*vulva*) i va veure que tacava. Va arribar a casa força apurada i va anar al WC. Llavors va posar-se la mà a baix i va tocar-se amb una mena de cosa blanca que ella esclafava amb dos punts negres que segons ella eren els ulls; exclama que va tirar-lo pel WC (amb expressió de no haver sabut que més fer). Diu que ara sí que ha pogut tenir

el seu fill, és el primer i li van fer una cesària.”Diari de camp, 17/07/07, dona 20 anys, Țăndărei)

“Esperant en el CASSIR, explica que ha tingut un avortament abans del seu quart fill. Diu que estava estirada i va començar a perdre molta sang; es va aixecar espantada i “con vergüenza”, amb por de que algú la veies. Va canviar els llençols i va agafar sang que li baixava i va veure una massa com petita amb una ralla blanca.” (Diari de camp 19/09/07 Dona, 220 anys Țăndărei)

Hem pogut recollir diferents situacions, descrites per noies joves, d'avortaments involuntaris en les primeres experiències d'embaràs. Aquestes de vegades, relacionaven també aquest succés amb qüestions relacionades amb l'alimentació, tal com hem descrit anteriorment. Per exemple, una noia rrom explica com va oblidar-se de cuinar un menjar per a una amiga i per això aquesta va patir l'avortament:

“(…) Yo le he dicho a mi amiga, te voy a preparar de esto, pimienta roja con sarmale y ella ha dicho: ¡Ai! qué bueno, yo comeré. Ella ya estaba embarazada, yo no lo sabía que estaba embarazada, tenía un mes i medio, dos meses y este día no he preparado porque necesitaba carne y no lo he encontrado y después lunes lo he preparado. Y ella ha venido y me ha dicho: Lo has preparado. Y digo: No, ahora preparo. Y me ha dicho: Es que toda la noche me dolía la barriga. Y entonces, al otro día abortó.” (Dona de 20 anys, Țăndărei)

Un cas diferent i molt específic detectat durant el treball de camp, és la situació de malaltia d'una noia rrom. Ens explicava que la causa dels seus avortaments era que patia miastènia gravis. Volia demanar visita al CAP del seu nou barri per reiniciar seguiment (i continuar amb la medicació que li havien indicat en el CAP de la zona on abans vivia) però havia canviat de domicili i, com d'altres rrom i tal com hem descrit en anteriors apartats, no tenia el nou empadronament el que, almenys, feia més difícil l'accés en aquest servei.

“(…) Explica que té una malaltia que s'anomena “miastènia gravis” que la fa sentir dèbil i m'ensenya una medicació. Diu que ara no li fa res i que té dolors. Vol que l'acompanyi al metge. Diu que té TSI. El seu marit també s'apropa i em demana que l'acompanyi. (...) Explica que està malalta des de fa tres anys, diagnosticada a Barcelona. Diu que no li agrada Romania. Explica “atacs de cor”, després diu que són nervis i que es queda paraitzada.

Ara es troba millor. No vol tenir més fills. Ha tingut dos avortaments degut a malaltia. Té quatre fills.” (Diari de camp, 10 i 18/09/2007, dona 25 anys, Țândărei)

Molt relacionada amb aquesta qüestió però també amb altres apartats anteriors (fonamentalment amb l'apartat dedicat a les concepcions en relació al cos, la salut i la malaltia), és la necessitat que algunes dones rrom ens han expressat de trobar respostes sobre qüestions relacionades amb el seu cos; sovint aquesta demanda ha anat acompanyada amb alguna interpretació a través d'una representacions visuals que la mateixa dona ha elaborat per intentar construir una realitat concreta (biològica). És significatiu també, i en contraposició amb les altres informacions observades, com tot i que les creences religioses i d'altres factors a vegades fan que aquests temes no siguin tractats obertament, les dones rrom (i segurament també els homes) pregunten en relació a informacions més físiques relacionades amb el seu cos. Això ho hem pogut observar, tant en relació a l'avortament com en d'altres qüestions relacionades amb la formació del bebè dins el ventre de la mare. I esdevé significatiu perquè posa de manifest la motivació i la demanda existent i potencial entre el col·lectiu rrom i la necessitat de treballar-la, en relació amb l'educació sobre salut sexual i reproductiva. Un exemple concret és el següent:

“Yo pienso que tengo la caja de niños muy fina, pienso, muy fina porque siempre cuando yo estoy embarazada, mi niño también he estado a punto de abortar y cuando estuve embarazada me viene sangre a los dos meses y mucho y tengo que hacer reposo... con mi niño me ha venido sangre, mucho, mucho... y he hecho reposo y me quedé una semana en la cama y ya está. Hasta los cuatro meses es el riesgo de abortar, después de los cuatro meses ya está (...) Sólo este motivo, yo lo sé que los tres siempre sangro, sangro.” (Dona de 20 anys, Țândărei)

Altres problemes relacionats amb la salut ginecològica i de l'àrea de urològica

Al llarg del nostre treball de camp hem pogut conèixer altres problemes referits a la salut ginecològica de les dones com són els quists ovàrics. Com en d'altres moltes malalties, hem observat com el problema de salut i el possible tractament és explicat, interpretat i relacionat a través de la religió i a d'altres creences com la importància dels somnis. Per exemple, el primer cas, a Romania, una dona de Țândărei de 57 anys ens explicava que el metge li havia dit que tenia un quist

d'ovaris i que s'havia d'operar però ella deia que no volia perquè li feia por. Manifestava que si havia de morir era perquè Déu així ho volia. Ens va ensenyar la medicació que prenia (tres caixes de suplementes de ferro diferents) per compensar l'anèmia, en principi relacionada amb la malaltia i no vam poder saber si eren receptades per un metge o si s'estava automedicant. També explicava que no tenia diners per a pagar el tractament²³⁵. El segon cas, una dona de Fetesti que residia a Badalona, de 45 anys, explicava que ella havia sabut que estava malalta perquè ho va somiar; i que per això va anar al metge. Aquest li va trobar el problema, la van operar i es va curar. Afirmava que Déu l'havia avisat a través del somni i que per això ara estava viva. També comentava que ara tornava a tenir un altre quist i havia tornat al metge.

"(...) Explica la seva malaltia de quists als ovaris i com va anar el tractament de curació. Diu que Déu li va indicar a través de somnis. Un dia va somiar que Déu li deia que tenia càncer als ovaris. Es va despertar molt preocupada, amb molta por i va anar al metge. Diu que perdia molta sang i tenia la panxa com si esperés un bebè. Estava molt dèbil i no sabia què tenia. Quan va anar al metge li van fer moltes proves i analítiques i li van dir que tenia un quists de 4'5 cm i que havien d'operar però que no era dolent, no era càncer. Comenta que va saber que Déu l'havia avisat perquè anés al metge i que li havia dit que tenia càncer perquè anés aviat. Que Déu la va salvar. M'explica que el dia abans de l'operació li van donar diazepam per nervis. Tenia molta por. Abans d'entrar a quiròfan li van donar un calmant més fort per preparar-la per l'operació. Insisteix en com Déu la va alertar perquè anés al metge. Parla dels metges amb respecte i ho expressa amb un to de pena, súplica, agraïment: tancant els ulls, sent molt expressiva, gesticulant molt amb la mà, agraïnt a Déu, demanat que la cuidi. Diu que el metge la va cuidar molt. També explica que ara ha de tornar anar al metge perquè té un altre quist." (Dona de 45 anys, Fetesti, diari de camp, 04/03/2007)

En relació als homes, no hem pogut detectar cap cas de malaltia relacionada amb l'àrea de urologia en concret. En canvi, hem recollit informació sobre la presència o sospita d'infertilitat tant en l'home com en la dona. Per exemple, vam conèixer una parella que ja estava en tractament mèdic per aquest mateix problema i dues més que buscaven atenció mèdica per saber quin era el motiu pel qual encara no tenien fills i iniciar tractament. En concret, una d'elles estava composta per un

²³⁵ Tornant a insistir en la, almenys formal, gratuïtat de l'assistència, cal esmentar que certs tipus de fàrmacs molt receptats i, per certs segments de la població, absolutament indicats (com poden ser suplementes de ferro, vitamínics, etc.) no estan coberts per la Seguretat Social, es a dir, no disfruten del 40% de reducció que s'associa a la possessió de la TSI, pel qual s'ha de pagar el seu preu complet.

home i una dona d'uns 30 anys, que portaven ja un temps junts i que no tenien fills. Això era viscut per ambdós amb molta angoixa, i van fer una demanda clara d'acompanyament des del primer moment, que vam iniciar. Els acompanyaments en aquest cas, complicats per la seva situació laboral (recollida de ferralla), legal (absència d'empadronament i un accés limitat i provisional a la TSI, tramitada prèviament a un CAP), d'exclusió socioeconòmica i manca d'habitatge (vivien i encara ho fan en aquest moment a txaboles en un barri de Barcelona) van implicar diversos serveis sanitaris, seguint el protocol: visites al CAP (l'inicial per fer la demanda i posteriorment per fer una analítica a la dona), a dos serveis especialitzats per planificar, realitzar i avaluar les proves (entre aquestes una ecografia transvaginal), a un altre centre per fer l'espermiograma i, finalment, la tornada a un servei especialitzat pel diagnòstic i possible tractament. Com que el problema, en aquest cas, estava relacionat amb la baixa concentració i mobilitat de l'esperma²³⁶, es va indicar una visita al servei d'urologia del seu CAP, per posteriorment derivar, si era necessari a un centre hospitalari especialitzat. Cal dir que aquest procés va durar mesos i que, probablement, hauria sigut impossible sense un acompanyament. Les dificultats que es van posar de manifest (a més de la pròpia situació de precarietat) van ser fonamentalment els problemes d'accés i ús dels serveis sanitaris i la complexitat (també per nosaltres) en relació a la realització i comprensió dels tràmits i espais per assolir el diagnòstic i el tractament mèdic adient. Encara que aquest procés potser presenta una complexitat afegida en comparació amb d'altres problemes sanitaris, és un bon exemple d'aquests problemes.

També, i molt en relació amb això, és important destacar com ja hem dit en altres apartats, que com en tots els col·lectius, però de manera específica en els rrom, la capacitat de poder tenir la pròpia descendència (biològica) esdevé fonamental, no únicament per un desenvolupament futur de l'estructura de parentiu sinó per a l'assoliment d'un rol de responsabilitat i autoritat dins del nucli familiar. Així ho expressava molt bé un noi de 20 anys provinent de Constança "(...) *Cuando tienes hijos tienes derechos en tu casa.*"; o com ho explicava una noia de 17 anys, provinent de Țândărei, i embarassada de 7 mesos del seu primer fill, quan deia que, en comparació a d'altres noies de més edat que encara no eren mares, ella era una dona més gran ("*soy una mujer*") perquè anava a tenir un bebè. En aquest sentit no hem pogut aprofundir, com ens hauria agradat, en les possibles conseqüències que pot implicar en relació al prestigi i consideració social que pot tenir dins del col·lectiu (de manera permanent o temporal) el fet de no poder tenir la pròpia

²³⁶ Un altre aspecte a considerar, com veurem a continuació, encara que no aprofundirem aquí, són les concepcions i opinions dels homes respecte a l'infertilitat. Molt sovint ens hem trobat que generalment el problema es sol situar en la dona, i en aquest cas era també més o menys així, reforçat pel fet que el home ja havia tingut fills, mentre la dona mai havia estat, pel que sembla, embarassada. A més, donar la culpa a la dona de l'infertilitat és un fet comú a totes parts.

descendència. Tot i que semblaria comportar situacions problemàtiques, cal destacar que durant el treball de camp hem pogut recollir explicacions que feien referència a maneres alternatives, com en d'altres col·lectius, per assolir una descendència (buscar tractament mèdic o l'adopció).

En aquest sentit, les informacions recollides en relació a la presència o sospita de l'infertilitat (que posen de manifest la importància d'atendre aquesta demanda sanitària), tenen a veure amb les possibles responsabilitats o conseqüències atribuïdes a la dona si la parella té dificultats per poder concebre un fill. Cal destacar, doncs, com generalment, els rrom poden atribuir la causa d'infertilitat a suposats problemes físics de la dona. Així, durant el treball de camp, tant homes com dones rrom han manifestat que si una noia no es pot quedar embarassada és perquè ella té el problema; en aquest sentit i de manera molt significativa, quan han posat en dubte aquesta afirmació han expressat que així és interpretat pels altres rrom. Una possible conseqüència que fa evident aquestes atribucions és el risc que, generalment, té la dona de ser abandonada per la seva parella (tot i que també es pot donar a l'inversa) perquè s'entén que és ella qui no pot concebre un fill; tot i això, quan se'ls preguntava, també posaven l'accent en la importància de la vinculació amorosa que la parella tingués perquè es donés o no aquest abandonament o separació. I també les interpretacions en relació als possibles problemes físics i com aquests els representaven:

“(…) Alguien tiene carne crecido, otra tiene infección, no lo sé, y no puede quedarse embarazada. El hombre no tiene ningún problema. Esta que vive con nosotros no se ha quedado embarazada nunca. Su marido no le dice nada. (...) Con una mujer es diferente porque es una mujer.” (Dona de 20 anys, Țândărei)

“(…) Me deja mi marido! (*riu*). Otros sí, otros no, depende pero puede pasarte. Siempre, siempre las mujeres porque ellas se ponen agua fría cuando limpian, se ponen siempre, no se cogen bien vestidos y coges infección y no puedes tener hijos. Los hombres siempre pueden tener. Bueno, algunas veces no pero nuestro pueblo siempre dicen que las chicas no pueden tener. (...) sí tienes problemas, puede dejarte el marido, a otras no, pueden hablar mal de ella.” (Dona de 19 anys, Țândărei)

Cal destacar, i no entrarem en aquest apartat, que en les entrevistes realitzades, com a alternativa davant dels problemes d'esterilitat, es contempla la possibilitat de sol·licitar l'adopció d'un nen/a a una institucions.

“Problema grande porque puedes perder al marido o estar toda la vida sola con tu marido, la mujer también puede dejar al marido. Si se quieren no se

cambian de marido o de mujer. Pueden adoptar hijos, en Slobozia tenemos un centro con niños, vas y pides uno.” (Dona de 38 anys, Țândărei)

“No me ha pasado y no lo sé. Si te quiere mucho tu marido y como no lo hagas niño tampoco te dice nada sino es que quiere a otra. Hay gente que les gusta niños y otra que no les gusta. Son muchas rumanas que no lo han hecho y si no has hecho niño, te vas al centro de menor, te coges una como esta mía de 7 meses y te crece y es tuya (...). La gente va a los centros si no los hace. (...) Si el niño no es gitano, es igual, ya lo contestas tú la palabra, es como si lo cojo uno español no habla como él.” (Dona de 19 anys, Țândărei)

Així doncs, per una banda, i en general, expressaven que per la dona les conseqüències d'aquesta sospita podia ser determinant i negatiu; d'altra banda, manifestaven que no passava res, que si la parella s'estimava havia altres alternatives com l'adopció o la possibilitat de no tenir descendència. La majoria dels rroms que van manifestar el que pensaven en relació als problemes d'infertilitat, feien referència a una parella gran (de 50-55 anys) que no havien pogut tenir fills. Ens els posaven d'exemple per explicar que no passava res si una parella no en podia tenir. Tot i que els coneixíem, no vam poder aprofundir i saber quines conseqüències els havia implicat i com ells ho havien viscut a nivell personal, en relació a la família i la comunitat, fet que hauria pogut facilitar-nos informació interessant.

4.3.2. SALUT INFANTIL

Aquest apartat es centra en la salut infantil (i més concretament en qüestions vinculades als seguiments pediàtrics) que és, conjuntament amb la salut sexual i reproductiva, i tal com ja hem exposat, un dels àmbits que considerem més rellevants en l'atenció sanitària del col·lectiu rrom. Per tant, moltes de les dificultats o obstacles descrits en general i en relació als seguiments mèdics dels embarassos en la població rrom poden aplicar-se també, en aquest cas, als seguiments pediàtrics o de salut infantil en general.

Per començar, i com ja hem esmentat, és significatiu assenyalar l'elevada proporció de menors que hi ha en el col·lectiu rrom (tot i ser un grup poc nombrós) donada l'alta taxa de natalitat que generalment presenta, encara que aquesta (i sobre tot la presència de més o menys fills menors d'edat en destí) pot variar segons el moment migratori i el temps d'estada dels nuclis familiars en el context de destí. És especialment important destacar això perquè els nens/es són un dels segments més vulnerables (probablement el que més) de la població rrom, sobretot i especialment, com és el cas en un segment significatiu d'aquesta població, en

contextos de precarietat socioeconòmica i exclusió. Per tant, és necessari considerar també durant l'atenció pediàtrica que els factors estructurals com l'habitatge, la situació laboral, l'educació o la sobrecàrrega familiar, entre d'altres, habitualment intervenen i afecten la salut infantil en general i en d'altres aspectes més concrets que presentarem més endavant en aquest mateix apartat. Molt sovint, els nens/es rrom no viuen en el context més adequat pel manteniment de la seva salut. Per exemple, cal considerar les situacions de sobreocupació, i fins i tot barraquisme, que hem pogut observar a Santa Coloma de Gramenet o Barcelona, on les famílies (amb els seus fills) malviuen en barraques o pisos sobreocupats; o com les malalties infeccioses poden tenir un major impacte entre els menors (i adults) d'un mateix nucli domèstic, en habitatges on existeix sobreocupació i dolentes condicions de salubritat.

En aquest sentit, i com ja hem esmentat abans, les malalties infeccioses són les més comunes en els menors rrom, i hem pogut observar la seva aparició i les pautes de cura i tractament en multitud d'ocasions. Descrivim, per exemple, dues situacions diferents, durant el treball de camp en origen i en destí. En primer lloc, vam poder observar en un domicili a Badalona com la varicel·la afectava a tres nens/es, en una unitat domèstica on hi havia més de vuit menors (més els adults). Les mares ens van explicar que tots els petits estaven agafant aquesta malaltia i que no havien anat al metge perquè no tenien TSI. D'altra banda, vam poder observar una altra situació similar a Romania però en la qual, almenys pel que els informants plantejaven, no era varicel·la. Un nen de 3 anys va aixecar-se amb molts granets, estava neguitós i pàl·lid. La mare em va dir que no el portarien al metge perquè costava molts diners i que aquests granets eren normals a Romania. L'àvia dels nens li havia donat una pomada antibiòtica i li havia dit que li posés a tots els granets del cos. Al dia següent al germà d'un any i mig i al bebè de sis mesos també els va passar el mateix. Dos dies després es van anar trobant millor.

Hem recollit també com diferents informants parlen sobre aquestes malalties infeccioses en nens, i les cites següents poden servir per entendre millor la conceptualització que d'aquestes fa la població rrom:

“Veuen els fills del seu germà plens de granets, ell explica que aquests granets són deguts al vent i al clima de Romania. És el mateix raonament que fa l'altra noia. Afegeix que és millor que surtin perquè si es queden a dins és dolent. Ell fa el següent comentari: *es como las manzanas que pueden ser guapas pero estar podridas*. Diari de camp 06/04/07, Home 32 anys, Tândărei).

“Les noies joves expliquen que a Romania els nens se'ls hi posa la pell amb puntets vermells. Són com crostes i piquen. No és varicel·la. Expliquen que

és del canvi de temperatura, del fred. I que els hi posen una medicament, una pomada. Diuen que els metges diuen que és de l'aire de Romania” ²³⁷ (15/03/2007, Dones de 21-23 anys, Țândărei).

En tot cas, en ambdues situacions podem observar com les condicions d'higiene i habitabilitat podrien tenir molta importància per l'aparició i el contagi de les malalties infeccioses. Però, i juntament amb altres factors, també les tenen en les altres patologies que hem observat durant el treball de camp. Per exemple, hem vist que són relativament habituals els problemes de tipus respiratori (de vegades com a símptomes de patologies més greus) i que aquests semblen tenir molta relació amb el context en el que viuen els nens. D'altra banda, són habituals també trastorns com diarrees i vòmits, que en certs casos poden tenir com origen directe les dolentes condicions de conservació de certs aliments, a més dels dèficits d'higiene de l'entorn. Amb això no volem dir que, generalment, els pares no facin el possible per garantir el benestar dels seus fills, però de vegades simplement aquestes pautes no són suficients en contextos d'extrema precarietat²³⁸.

Considerant que aquests tipus de problemes són molt habituals, i que, com ja hem dit, els nens són potser el segment més vulnerable de la població rrom romanesa, és sobretot *en l'àmbit de la pediatria on es fa més necessari tenir en compte les barreres i les dificultats que apareixen dins del propi sistema, per poder abordar des de l'àmbit sanitari part de les conseqüències que comporta la situació d'exclusió* (desenvolupada en aquest informe a partir dels diferents factors implicats), i més específicament prevenir d'altres. Per començar, i des del nostre punt de vista, això es fa assegurant, com a mínim, l'acompliment de l'obligació de les institucions públiques a l'hora de garantir el dret a gaudir de l'atenció sanitària corresponent pels nens i nenes, d'una forma coherent amb els drets legals que els emparen. És des d'aquesta perspectiva com es pot començar a garantir una protecció als menors i les seves famílies que es sustenti sobretot en polítiques socials i sanitàries més inclusives i basades principalment en un treball de proximitat,

²³⁷ Només esmentar que, efectivament, encara que en certs casos es pot tractar de problemes dermatològics sense importància i autolimitats, molt freqüents en nens, es també habitual que es tracti de manifestacions de malalties infeccioses típiques de la infància, com ara el sarampió, la varicel·la i d'altres.

²³⁸ Això és particularment visible en contextos de barraquisme i intensa sobreocupació d'habitatges, per exemple quan no es pot disposar de refrigeració pel menjar, o quan els nens estan sotmesos a canvis de temperatura o a les inclemències del temps. En tot cas, i sense obviar que el factor estructural és el més important, també hem trobat certs problemes de pautes (com per exemple fumar al costat dels nens) que requereixen d'un treball més intens amb les famílies, encara que sense perdre de vista que no són, ni molt menys, situacions exclusives d'aquesta població.

suport i acompanyament, imprescindible en col·lectius que com els rrom, viuen en contextos severs d'exclusió i marginació.

D'aquesta manera, i com hem pogut observar durant el nostre treball de camp, és important destacar la necessitat de garantir “de fet” que es compleixin les normatives d'accés i obtenció de la TSI (no ens estendrem més en aquesta qüestió que ja hem desenvolupat en apartats anteriors) en tant que és un dels elements fonamentals, conjuntament amb d'altres, que impedeixen els seguiments pediàtrics als CAPs (importants sobretot pel que impliquen quant a la prevenció), i per tant, conseqüentment, per exemple, en l'aplicació i desenvolupament adequat del Programa de Seguiment del Nen Sa (Generalitat de Catalunya, 2005b), tal com indica el seu protocol. Així, i com queda descrit en els següents exemples, és fonamental que la documentació necessària per obtenir la TSI no acabi sent un obstacle per vincular les famílies rrom als centres de salut del seu barri, tal com moltes vegades (tot i que no en tots els CAP) hem pogut detectar²³⁹.

És important afegir, també, i com a conseqüència (de la mateixa manera que passa amb altres poblacions immigrades) el risc que algunes persones puguin utilitzar la mateixa TSI per a poder rebre l'atenció sanitària. En aquest sentit, i tot i que no ho hem observat com una pauta general (en relació als nens/es i tampoc vers els adults), podem dir, per exemple, que hem observat com, en almenys un cas, una mare havia demanat la targeta sanitària a una altra perquè el metge pogués visitar al seu fill. Cal destacar que és greu que s'hagin de donar aquestes estratègies fins i tot quan la llei garanteix la cobertura sanitària amb TSI provisional en tant que menors o mares embarassades. Aquesta informació, tot i que respon només a un cas conegut, és prou significativa respecte les dificultats per obtenir la documentació necessària en relació a l'atenció a la salut, i és important pel risc que pot comportar en relació a la informació que queda registrada en l'historial mèdic dels pacients, en aquest cas menors.

“(...) Cuando fui a visitar a mis hijos en el ambulatorio me han dicho: esta vez voy a ver qué tiene el niño pero la segunda vez no vengas porque no voy a hacer nada. Me ha dicho que no vuelva hasta que no tenga la tarjeta sanitaria. Yo le he dicho que no estoy empadronada y me ha dicho que busque a una amiga, si no, no vengas. Hace dos semanas he cogido la tarjeta sanitaria de una amiga que tiene una hija también de 3 años, cuando tenía la varicela. Porque mi hija tenía la muela hinchada. El médico del ambulatorio

²³⁹ Aquesta situació, s'ha de dir, es força habitual, i podríem posar molts exemples de com les barreres burocràtiques han impedit l'accés efectiu al seguiment pediàtric, fins i tot en nadons acabats de néixer, com per exemple recollíem en una entrada del Diari de Camp: “(...) Porta embolicada a la seva filla acabada de néixer. Diu que vol anar al metge. Explica que no l'han ates perquè no té TSI” (Diari de camp, 24/10/07, Dona 26 anys Țândărei).

me ha dicho esto me ha dicho que no le molestaba la muela, tenía aquí algo, ha comido algo y con los dientes se ha mordido. (...) Y yo pienso que como en tu país no hay nada, como tu país donde has nacido y has vivido. En Rumanía mejor de salud porque allí pagas a los médicos y te tratan muy bien porque le pagas pero aquí si no tienes tarjeta no puede hacer nada” (Dona, 20 anys, Țândărei)

Cal també dir, que per garantir aquest accés als serveis sanitaris en les condicions adequades d'equitat, es requereix necessàriament facilitar els recursos necessaris als equips de professionals (des del personal administratiu que són els que tenen el primer contacte amb l'usuari fins els mateixos professionals sanitaris) que treballen en aquests equipaments, i que sovint poden estar desbordats donada la forta pressió assistencial (més accentuada en unes zones que en d'altres i sovint correlacionada amb el propi context de vulnerabilitat social) i, també sovint, la manca de suport en les formes adients (recursos, formació, etc.).

Molt relacionat amb tots aquests factors de precarietat i vulnerabilitat social, una qüestió que influeix molt directament en l'estat de salut dels nens és, com hem pogut observar durant el nostre treball de camp, el fet que sovint les famílies no realitzin en la pràctica les revisions periòdiques adequades. En aquest sentit poden intervenir moltes variables com són la pròpia percepció per part de les famílies de la seva utilitat, però també, i sobre tot la manca de possibilitats, una concepció diferent dels processos de salut i malaltia (més simptomàtica), o les pròpies experiències en l'ús dels serveis de salut (fins i tot i en relació a la seva pròpia infància viscuda en un context de pobresa i precarietat) i també, en algun grau, desconfiança i por al control.

No obstant això és important afegir que en general, tal com hem pogut observar tant en context d'origen com de destí (i a diferència del que sovint i de manera poc rigorosa molts mitjans de comunicació i certs professionals transmeten) les famílies rrom, tot i les situacions de fragilitat i vulnerabilitat en les quals moltes vegades han de viure, posen de manifesten molts factors de protecció vers la criança dels seus nens/es: la competència materna de les dones; la preocupació i la vinculació dels pares i mares vers als seus fills; el caràcter comunitari del propi grup que garanteix un fort sentiment de pertinença; la relació afectuosa i propera dels nois i noies joves vers els més petits de casa; el valor de la família, entre d'altres. És important destacar, per tot això, que *no és de cap manera cert que existeixi despreocupació i manca de cura vers als seus menors* i en aquest sentit s'ha d'insistir (no és habitual fer-ho) que som més semblants que diferents, dins de certs paràmetres relativament compartits²⁴⁰. Això no significa que, per una banda,

²⁴⁰ Això no significa que no es puguin donar casos concrets, de la mateixa manera que en d'altres contextos familiars no rrom, tot i que potser de manera més explícita donades les condicions

no existeixin també diferències respecte les pautes de cura i de criança que puguin tenir repercussions sobre la salut (per exemple, donar més autonomia als nens/es quan són més petits i juguen en l'espai públic²⁴¹; les pautes relacionades amb el casament i el compromís entre menors i el propi rol dels adolescents dins de la comunitat, entre d'altres) pròpies de l'especificitat cultural de qualsevol col·lectiu; i que d'altra banda, no es posin de manifest situacions concretes, en algunes famílies, on puguin donar-se indicadors de negligència²⁴², derivades fonamentalment d'una situació de severa vulnerabilitat social.

Però en tot cas, i en relació a la salut, hem pogut observar que aquesta cura és molt intensa, com d'altra banda sembla lògic esperar: moltes vegades els pares i les mares han realitzat demandes clares d'atenció sanitària i s'han desplaçat en condicions molt desfavorables al CAP i a urgències hospitalàries per qüestions relacionades amb els nens. El següent exemple descriu molt bé el context en que viuen alguns rrom (especialment originaris de Murgeni però també en els de Țândărei) i les dificultats que pot comportar per algunes mares (o pares) aconseguir atenció mèdica per als seus fills, moltes vegades de manera urgent i en una situació de molta precarietat i pocs recursos.

"(...) Han anat a Santa Coloma i han aconseguit acompanyar-la a l'ambulatori perquè el bebè tenia diarrea encara. Li han demanat una TSI i li han fet; també li han donat una visita pel mateix migdia i una metgessa l'ha atès. Sembla ser que la mare (de 26 anys provinent de Murgeni) li va donar plàtan al bebè (perquè tot el dia mama del pit) i això pot haver provocat diarrea. Li recepta un pot de "suero" fisiològic que val 10€. Des de l'ambulatori la metgessa explica que no li dóna un per no crear més demanda a altres rrom. No sabem si la mare podrà comprar-l'hi perquè la seva situació és extremadament precària. Ella vol tornar a Romania però tampoc té diners per pagar viatge." (Diari de camp 07/06/07)

severes d'exclusió; però seria molt negligent i injust generalitzar-los al col·lectiu rrom, perquè, a més, entre d'altres conseqüències, aquestes informacions poc fonamentades estigmatitzen al col·lectiu i provoquen desconfiança i una distància més accentuada envers les institucions (sanitàries, educatives, socials) i vers la població en general (i també de manera recíproca).

²⁴¹ Encara que és una qüestió sense massa importància, ens ha semblat significatiu observar com es deixa als nens i nenes allunyar-se dels pares i mares a l'espai públic, per exemple a una plaça, mentre estan jugant. Si bé no vol dir que no estiguin pendents del que fan o del seu benestar, això pot semblar sorprenent en un context en el qual, en aquests espais, altres persones exerceixen pautes de protecció (de vegades sobreprotecció), molt més intenses.

²⁴² Entenem per negligència: "quan les necessitats bàsiques de l'Infant o l'adolescent no són ateses de manera temporal o permanent per cap dels membres del grup on conviu: no hi ha cura de la seva alimentació, de la seva roba d'abric, del seu seguiment o tractament mèdic. No té horaris ni ritmes, es passa hores sense atenció protectora o educativa, se l'exposa a situacions que posen en perill la seva integritat física. La negligència també inclou l'absentisme escolar, que consisteix en la manca d'assistència total o sovintejada a l'escola." Ajuntament de Barcelona (2007).

Una qüestió important, molt relacionada amb l'anterior, és l'estigma i la culpabilització que en determinats casos hem pogut observar, a priori, en l'atenció sanitària vers algunes famílies rrom quan aquestes han estat ateses en el centre sanitari (CAP, hospital). Generalment, i tal com hem pogut observar, es donen intervencions molt professionals i respectuoses; però altres vegades es poden donar intervencions, potser basades en prejudicis, que posen l'accent en el control, sense haver establert prèviament cap tipus d'exploració respecte del context familiar ni cap vinculació favorable que permeti treballar, fins i tot si cal, des d'un emmarcament més normatiu. Molt sovint, aquestes intervencions, poden també derivar-se lògicament de la preocupació (i de les obligacions, però també de la sensació de desconcert i impotència), dels mateixos professionals sanitaris davant els riscos de salut que potser perceben o pressuposen en relació al context precari on viu el menor: en aquest sentit és comprensible però a vegades injust pels adults que cuiden dels seus fills i, en realitat i el que és més important, també poc efectiu perquè pot comportar desconfiança, por i, fins i tot, angoixa en percebre que no és reconeguda la seva competència parental en la cura del menor amb les conseqüències que això pot tenir. Per exemple, en el següent cas, una noia insistia en com ella protegia al seu bebè quan explicava que s'havia sentit malament pel que li havia dit la treballadora social de l'ambulatori quan va portar el bebè perquè el va veure malalt. La noia expressava el següent:

“Si mi hijo se siente mal yo lo llevo al hospital, no me dice nadie ni me obliga nadie nada. Yo le digo a mi marido: El niño se siente mal. Y él se va conmigo. Claro que es de acuerdo. Si no está de acuerdo y es algo grave aunque no esté de acuerdo yo me voy pero si no es algo grave y dice: no le pasa nada no te preocupes. Si veo que no está tan mal, si tenía fiebre le daría Apiretal o si está algo mal yo me voy con mi hijo” (Dona de 20 anys, Țândărei)

Tot i que, si el que apareix en la següent cita es va donar així, no són actuacions professionals que es puguin generalitzar i que de vegades poden tenir com a objectiu final el benestar dels nens, considerem que s'han de plantejar amb molta cura perquè, entre altres conseqüències, poden comportar que la família trenqui amb el seguiment pediàtric del menor. L'expressió més dura de certes pautes que intenten garantir el seguiment des del control, tal com hem pogut observar durant el treball de camp, tenen a veure amb l'utilització de protocols relacionats amb el sistema de protecció dels menors²⁴³. El mateix exemple descriu millor la situació

²⁴³ Com ja hem dit, hem observat aquests tipus d'intervencions amb força intensitat durant tot el treball de camp. Per exemple, vam viure molt de prop la retirada d'alguns menors en tres famílies emparentades del mateix col·lectiu (sense que aquestes ni la comunitat en general hagin acabat de comprendre les raons que han portat a aquestes actuacions).

de la noia que havia estat mare per primera vegada. Sembla que el diagnòstic era de salmonelosi. No sabem si la comunicació amb aquesta professional va ser així exactament. La mare va tornar del servei sanitari molt enfada perquè deia que l'assistent social li havia dit que el nen estava molt deshidratat i que si no augmentava de pes li retirarien el bebè.

“Està trist, el bebè no té el pes adequat i diu que hauria de ser grosset com ella; li pregunto si ha estat malalt i em diu que l’ha dut al metge per diarrea, sembla que s’estava deshidratant. El metge li ha donat medicació. És el seu primer fill. (...) Dies més tard el metge li diu que el bebè té una salmolenosi. No menja i s’adorm molt. Sembla molt dèbil i no agafa pes. La mare sembla molt angoixada. Des del CAP li diuen que prengui 100 ml i que si cal no el deixi dormir fins que s’acabi la quantitat” (03-10/07/07 Dona de 19 anys, Țăndărei)

Ella va verbalitzar que es sentia ofesa perquè l’havia acusat de no ser bona mare i repetia que ella havia criat a tots els seus germans a Țăndărei. També expressava molta angoixa perquè el bebè es veia molt dèbil i no augmentava de pes; i, ara, a més, tenia por a que li traguessin al fill si anava al metge. Tot i que en algun moment va semblar posar resistències a tornar al centre de salut, no va trencar amb el tractament i el posterior seguiment pediàtric i el bebè es va recuperar.

En aquest sentit, la participació en protocols de seguiment com el Programa del Nen Sa es veu molt condicionada per tots aquests factors, i es converteix en una de les qüestions transcendents a resoldre. Independentment de la necessitat de resoldre aspectes globals relacionats amb el context d’exclusió social, cal afegir que un element molt important (que pot ajudar a fer que els serveis sanitaris esdevinguin referents i augmenti la freqüència -i sobretot l’adequació- del seu ús) és, evidentment, la bona relació terapèutica que es pugui establir amb el pacient (especialment important en col·lectius en context d’exclusió, com exposarem en l’apartat dedicat a la comunicació i la mediació). En aquest sentit, la confiança i la comprensió, que moltes vegades ja es donen, però d’altres requereixen d’un esforç afegit, són elements claus, tal com hem observat durant els acompanyaments als serveis de salut. A banda d’aquesta actitud, que ve implícita en el que ha de representar una correcta atenció (sempre exigible, encara que no sempre sigui senzill o es posi en pràctica en les situacions concretes), existeixen altres elements que també cal tenir en compte i que poden facilitar aquesta vinculació als serveis sanitaris, fins i tot en situacions on el context o la pròpia disposició o atribució d’importància no són els més adients. Per exemple, i com ja vam comentar pel que fa a les dificultats generals d’accés, de vegades és important incidir en un augment

de la claredat i facilitat en els itineraris i requisits d'accés; també, i molt particularment en les primeres visites, s'hauria de potenciar la proximitat entre aquestes i en certs casos, seria molt necessària una certa supervisió afegida, per exemple, des del suport i l'acompanyament extern, de la continuïtat dels seguiments mèdics durant l'embaràs però també i sobretot després del part, per assegurar la vinculació també en els seguiments ginecològics i pediàtrics.

Aquest darrer punt (quan sigui necessari i evitant el risc de caure en intervencions molt assistencials), és especialment important i encara que no és, evidentment, responsabilitat exclusiva dels professionals sanitaris, no sempre s'està treballant des de la coordinació necessària amb altres serveis i des de la consideració de que segments importants d'aquesta població no poden respondre automàticament a les mateixes pautes de seguiment que d'altres. Per exemple, hem pogut observar com, algunes vegades, no s'inicien en la pràctica els seguiments pediàtrics dels nounats, un cop les mares surten de l'hospital, per diferents raons, algunes de les quals tenen a veure amb aspectes totalment externs a l'àmbit sanitari (mobilitat, impossibilitat d'acudir molt sovint degut a les obligacions o les activitats econòmiques, etc.), d'altres amb qüestions relacionades amb les conceptualitzacions de la salut i la malaltia en els quals és necessari aprofundir (hàbits d'ús dels serveis relacionats amb símptomes i no amb prevenció, etc.) i finalment, directament amb l'accés al propi sistema (gestió posterior de la TSI en el CAP i sense la documentació "necessària", dificultats de comprensió amb la documentació facilitada des de l'hospital²⁴⁴, etc.). Aquest, i donat que moltes vegades és un dels pocs moments en que s'estableix majoritàriament una relació amb els serveis de salut, és un moment important per treballar amb les famílies, amb l'objectiu de garantir la continuïtat de l'atenció a la salut o d'iniciar-la en el cas que abans del part no s'hagués establert. Tot i que hi ha professionals que estan realitzant aquesta tasca des d'un context d'intervenció social (moltes vegades també des de la manca de recursos i la voluntarietat), caldria poder incidir també des del context sanitari garantint una adequada coordinació entre tot dos i certs recursos adients (per exemple, afavorir més temps d'atenció dins la consulta, tenint en compte les dificultats socials i l'especificitat cultural del col·lectiu; millorar la formació en aquestes qüestions dels professionals, o activar algun tipus de programes d'intervenció sanitària en els domicilis, com a mínim a l'inici de la relació, i amb l'objectiu de poder garantir certs elements bàsics de salut en les mares i el seguiment pediàtric dels seus bebès, encara que després es treballi la vinculació directa amb el centre de salut corresponent).

²⁴⁴ Com ja vam esmentar, aquest aspecte és especialment important en el registre dels nadons, un tràmit fonamental en el que, pel que hem observat, no sempre es comprenen o es faciliten suficientment les indicacions des del servei sanitari i en el que caldria, potser, fer un esforç més important.

Som conscients de que aquesta atenció adaptada pels seguiments pediàtrics no és gens senzilla d'aplicar en la pràctica, tant per qüestions relacionades amb l'estructura i els recursos del propi sistema com per les dificultats que de vegades presenta la intervenció amb la població rrom romanesa. En tot cas, volem insistir, en general, en que no es pot fer una atribució exclusiva de responsabilitat en les dificultats d'accés a les dones i famílies rrom, perquè el pes de la situació de precarietat que els envolta és molt determinant i, també, perquè no sempre s'estan enfocant les intervencions de la manera més efectiva des dels serveis sanitaris i d'intervenció social. Això es pot observar millor, potser, en dos dels àmbits més importants respecte al seguiment pediàtric, com són el seguiment de la vacunació i l'alletament dels nadons.

Vacunació

Un altre aspecte molt important respecte a la salut dels nens i nenes, però també relacionat amb la necessitat de poder facilitar la vinculació de les mares als serveis de salut (sobretot després del part però també posteriorment), és la vacunació²⁴⁵. Durant el nostre treball de camp hem observat elements significatius que apareixen en relació a les decisions sobre les vacunes i la pròpia administració d'aquestes i que, a més, potser es poden extrapolar a d'altres qüestions relacionades amb la salut, i més concretament a pediatria.

Podem afirmar, per començar, que, segons les nostres dades, la proporció de nens que mantenen un seguiment adient del calendari de vacunació és molt baix, i que arriba a proporcions molt preocupants, sobre tot en els segments en una situació pitjor i amb un temps d'estada més baix. Per exemple, si atenem als resultats de les entrevistes, només la meitat dels fills de les persones entrevistades havien assolit el seguiment del calendari de forma completa, i, de la resta, aproximadament un 50% ho havien fet parcialment, mentre els altres no havien rebut cap vacuna.

Cal esmentar que, segons el que hem observat durant el treball de camp, moltes de les famílies que no estaven fent aquest seguiment no tenien, en la pràctica, accés al sistema sanitari. Això no vol dir, com veurem a continuació amb més profunditat, que no existeixin altres situacions, concepcions i pautes que puguin dificultar el seguiment del calendari vacunal. De fet, durant el treball de camp i les entrevistes, les vam observar en diferents qüestions associades, com ara certa por dels pares vers l'administració injectada (que de vegades, durant els acompanyaments, es traduïa per exemple en mirar cap a una altra banda i verbalitzar un fort patiment

²⁴⁵ En relació amb això, veure també el carnet de salut infantil. Generalitat de Catalunya. <http://www.gencat.cat/salut/depsalut/pdf/carnet_salut.pdf>

en el moment de la punxada), les conseqüències de la inestabilitat i la mobilitat (també vinculades, de vegades, amb una preferència per la vacunació en origen relacionada, entre d'altres factors que ja hem esmentat per altres tractaments, amb una millor comprensió del procés i les experiències prèvies de vacunació) i, en segments més minoritaris però significatius, problemes en la gestió de l'autoritat familiar i també una certa concepció de les vacunes com un fet d'escassa importància. A més, encara que molt minoritàriament, alguna idea sobre possibles efectes no desitjats de les vacunes²⁴⁶.

Per tant, i tot i que en general sí que hem pogut detectar en alguns segments un cert rebuig inicial vers l'administració de les vacunes, el problema fonamental a l'hora d'observar la seva implantació en la pràctica, com passa globalment amb la resta de l'atenció sanitària, és la dificultat d'accés, i en ocasions elements associats amb altres factors (per exemple el propi procés migratori), com la dificultat per saber si els nens han estat vacunats en origen i quines són les diferències en aquest sentit i, fins i tot, encara que molt excepcionalment, els propis recursos o l'organització del sistema²⁴⁷. En tot cas, en aquest procés, també esdevé especialment significativa, per a una correcta administració de les vacunes, considerar la mobilitat familiar perquè pot suposar una complexitat major a l'hora d'assolir la continuïtat i el seguiment del calendari vacunal, tant en aquelles que han estat administrades en origen com en destí. En aquest sentit, molt habitualment no es disposa d'un mecanisme de registre que permeti conèixer les vacunes que ja han estat administrades als menors en context d'origen (com a mínim des de l'escola) i també en relació amb altres destins previs, tenint en compte la possible mobilitat transnacional del rrom. Tampoc no sempre es disposa d'aquesta documentació en destí, moltes vegades subjecta a pèrdues degut a la precarietat en l'assentament o la mobilitat.

D'altra banda, s'ha de considerar també el context en que, en origen, s'ha accedit a la vacunació: per exemple, quan hem parlat de vacunes amb alguns pares, aquests

²⁴⁶ Per exemple, recollim el que ens explica una dona rrom que tot i que va anar a visitar al pediatre per demanar informació sobre la vacunació dels seus fills, deia: "(...) no quiero vacunarlos porque tengo miedo porque mi tío le pusieron una inyección como esta vacuna y ha quedado cojo (...)" (Dona, 19 anys, Țândărei). En tot cas, com hem dit, no hem observat que aquestes pors, més o menys esteses, siguin el principal condicionant a l'hora de fer el seguiment del calendari vacunal.

²⁴⁷ Per exemple, vam poder acompanyar a una mare de 26 anys de Murgeni que, per vacunar al seu bebè, va haver d'anar al CAP tres vegades perquè les anteriors s'havien espatllat les vacunes, degut a talls del subministrament elèctric. Només ho esmentem perquè això, que evidentment és una situació totalment excepcional i que pot estar únicament una incomoditat afegida en una situació normalitzada representava en aquest cas un increment important de les dificultats, donat que la mare no disposava d'una xarxa de suport i es trobava en una situació d'extrema precarietat socioeconòmica.

relacionaven la seva administració amb l'escola²⁴⁸, com si aquest fos l'espai natural on gestionar-les i feien referència a la seva pròpia experiència com a infants (segurament a Romania era l'equipament on les hi haurien tingut garantides).

En tot cas, com ja hem esmentat, l'administració de vacunes és un àmbit, com d'altres dins de la salut, on certes concepcions i pautes tenen també molta importància, encara que les possibles dificultats en aquest sentit es solen donar molt més sovint una vegada garantit l'accés (o almenys es tornen realment importants en aquest context, una vegada el fet de demanar la vacunació és una opció real).

Per exemple, hem pogut presenciar situacions on podien aparèixer diferents resistències relacionades amb la decisió de demanar les vacunes pels fills i que podien bloquejar o posposar la visita amb el sanitari. D'una banda alguns pares consideraven que no era necessari posar les vacunes als nens/es si aquests no estaven malalts (segurament, seguint les pautes dels seus pares, i segons la seva pròpia experiència en el context d'origen, entre altres qüestions ja esmentades com la manera d'entendre la malaltia). En aquest sentit, també es posava de manifest la manca d'informació sobre la salut com a resultat, segurament, de l'experiència viscuda en un context on l'accés a aquesta no està normalitzat i conseqüentment una confiança superior en preceptes religiosos o altres creences tradicionals, que conformen un context en el qual tampoc no s'insisteix massa en la necessitat de la vacunació. Tot i així, també expressaven la predisposició a considerar-les si el metge ho creia necessari, com per exemple:

“Depende, si el médico dice que tiene que vacunar o algo sí, pero si el niño no tiene nada, no tiene ningún defecto. Si el niño está bien y no tiene nada ¿porqué lo tengo que pinchar?” (Home, 26 anys, Fetesti)

En tot cas, això no és aplicable a tota la població rrom: algunes mares, generalment més joves, i com en d'altres situacions descrites, possiblement fruit de l'adaptació i incorporació de noves maneres de fer (canvis que també es donen, evidentment, en el propi grup, de vegades accentuats pel procés migratori o d'una socialització diferent realitzada en el context de destí) no mostraven les mateixes resistències i semblaven considerar aquesta pauta sanitària des de la normalitat i la motivació de donar la millor atenció possible als fills (fins i tot entenent-la com una pauta de “modernitat”).

²⁴⁸ Tant a Tândărei com a Murgeni vam poder visitar algunes escoles. Els mestres ens van explicar que des de l'escola seguien un calendari vacunal, i que en aquest sentit, els nois/es rrom podien tenir algunes vacunes assegurades.

“Sí, me gustan que estén vacunados, las he hecho todas. Cada dos meses se tienen que hacer las vacunas. Cuando hace los 8 meses ya tengo la visita por que ya ha hecho la vacuna de los 6 meses” (Dona, 19 anys, Țândărei)

Una altra situació que pot intervenir i posar de manifest ambivalències respecte la decisió de vacunar als fills (i altres pautes sanitàries) són qüestions relacionades amb l'autoritat dins del context familiar. Cal destacar en aquest sentit, la importància de considerar el tipus de vincle familiar que s'estableix entre les joves i les seves sogres i que es reproduïx en moltes situacions de salut i en relació a la criança del menors. Per això, és possible que sovint el nens/es vinguin al centre de salut acompanyats de les seves àvies, generalment paternes²⁴⁹, quan les mares no poden acompanyar-los. Aquestes situacions són relativament comunes (també en certs sentits, en el nostre context), però cal esmentar-les pel que impliquen respecte a la manera en que, molt sovint, es gestiona la cura dels nens dins de algunes de les famílies rrom: per exemple, una àvia ens explicava que la mare dels petits no podia portar-los a vacunar perquè estava preparant les coses per marxar unes setmanes a Romania a veure la seva família i que ja els portaria ella. O bé, com explicava una altra informant:

“No va poder portar el nen a posar les vacunes perquè tenia un judici. Diu que l'havien multat i posat un judici per demanar pel carrer. Que ella no pot anar perquè ha d'anar a *treballar* però sí que hi anirà la seva sogra.” (Diari de camp 05/06/07, Dona de 21 anys, Țândărei)

És important assenyalar que, en general, s'estableix entre la jove i la sogra una relació molt propera de complementarietat i col·laboració que en el millor dels casos (però no sempre) suposa una relació mútua de suport, i especialment per a la jove, tenir a prop una referència adulta i d'experiència.

“Li dona el pit asseguda en el banc de la plaça. La noia té 16 d'anys. Diu que els seus pares estan a Romania. Observo que crida a la seva sogra que està més lluny i fa servir el nom de *mamo* (*mare*). M'explica que el bebè va pesar 2, 200kg i que ara pesa 2, 700kg després de deu dies de néixer. La noia li dona el seu bebè a la sogra i aquesta li dona el biberó. “ (Diari de camp 12/09/07; Dona 16 anys, Țândărei)

²⁴⁹ També poden fer-se càrrec les àvies maternes però generalment això és fruit, més que de les pautes en general quant a l'organització del parentiu, d'una adaptació d'aquestes a certs contextos on la família paterna no pot fer aquesta funció o està en un altre espai migratori. També és significatiu, com ja hem esmentat, el rol dels avis en la cura dels fills, tant en context d'origen com en destí (generalment paternes però quan això no és possible també materns).

Però, quan aquesta relació no és positiva o cuidadora pot donar-se un context com a mínim més complex i difícil per a la jove que hi depèn (sobretot quan la família d'origen viu en un altre país). Per tant, és important considerar la importància de l'autoritat de les dones grans vers les més joves (especialment dins el context familiar) i com poden facilitar o condicionar d'alguna manera certes situacions de salut, entre d'altres. Per exemple, una noia ens explicava que ella volia vacunar els seus fills però la seva sogra no estava d'acord. En altres casos les dones grans van canviar de criteri i van facilitar la vacunació dels seus néts no sabem si com a resultat de l'assessorament i acompanyament d'altres familiars o professionals socials que intervenien amb la família o d'altres factors: les resistències van desaparèixer i el moment de la vacunació en consulta va acabar fins i tot sent un moment interpretat com positiu per la família. En tot cas cal destacar que no sempre aquesta autoritat és inflexible o determinant: en altres situacions, van ser les mateixes joves (mares) que van decidir prioritzar les indicacions sanitàries i portar els seus fills a vacunar (sense l'aprovació de la sogra). Tot i així, el tipus de relació entre les joves i les sogres és una variable que hem de considerar en l'atenció a les famílies rrom. També i en relació amb això, cal destacar que ambdues (jove i sogra) pertanyen a generacions diferents, han crescut en contextos que han sofert canvis (tant en origen com en destí) i que això, com passa en molts grups humans, pot fer aparèixer diferències o desacords respecte a criteris relacionats amb la salut i la criança dels més petits de la família. Per exemple, com comentava una informant:

“ (...) a mi no me obliga nadie, yo, si yo lo sé que es bueno y bien para mi hijo aunque me dice todo el mundo no lo hagas y me dice el hospital que hago, yo hago, si me dicen los médicos pero si me dice mi suegra mi suegro no le hagas la vacuna y me dicen los doctores, le haces, yo le hago. Yo no hago caso a ellos, yo tengo que hacer el bien para mi hijo. Hay otros que dicen cuando haces la vacuna que quedas mal, el tío de la Ana. Le ha hecho vacunas y todavía tiene los pies mal por la vacuna, seguro. Y yo todas las vacunas tienes mi hijo. Ahora el día 23 tiene otra vacuna.” (Dona, 19 anys, Țândărei)

En definitiva, cal tenir en compte tot l'anterior, però també que en aquests i d'altres factors respecte al seguiment de les vacunes existeix una heterogeneïtat entre la població rrom. Aquesta variabilitat i el conjunt de pautes i concepcions que es poden estar posant en joc són importants, de vegades determinants, però en tot cas, una vegada més, cal un esforç *també* per part dels serveis sanitaris per garantir la part relacionada amb l'accés i la posterior formació quant a l'importància de la vacunació, que és la més relacionada, directament, amb la seva tasca.

Alimentació i alletament

D'altra banda i en relació a l'alimentació, ens centrem bàsicament i de manera breu en l'alletament matern, tot i que també farem referència a algunes pautes (que no desenvoluparem perquè han estat descrites en un apartat més específic) en l'alimentació infantil que hem pogut observar en els rrom.

En relació a l'alletament matern, primer de tot cal destacar, pel que hem pogut observar, que és una pràctica habitual entre la població rrom romanesa que, de vegades hem observat, l'utilitza fins els 24 mesos d'edat, sobre tot en un cert segment de la població. Tot i així, hi apareixen algunes diferències i variables relacionades. Per una banda, els rrom de Murgeni mostren una major tendència a l'alletament matern, com a mínim pel que fa a una temporalitat més elevada en comparació amb els rrom de Țândărei. Aquesta diferència, segurament ve donada principalment, entre altres factors, per la precarietat de les condicions de vida que tenen els rrom de Murgeni i la dificultat de costejar la llet artificial encara que també, de vegades, pot tenir a veure amb l'ús de certes pautes tradicionals. En canvi, pels rrom de Țândărei, l'alletament del bebè no segueix pautes molt homogènies. Per exemple, els següents casos descriuen molt bé la influència del procés migratori en la introducció de noves pautes en l'alletament matern però també, en l'ús de bolquers²⁵⁰:

“(…) Yo creo que antes ninguna mujer daba biberón y yo creía y pensaba que es bien darle el pecho pero ahora la mayoría se ha acostumbrado porque han visto, como te he dicho a las mujeres de aquí que dan biberón y en Rumanía no usaban pañales, nadie, ninguno. Hacían trapos o compraban algo y allí lo lavaban. Y en Rumanía aunque no tienen posibilidad de pañales pues, hacen algo y compran pañales. Esto ha cambiado hace unos 10 años” (Home de 26 anys, Fetesti)

“Diu que tots els seus fills els hi ha donat pit perquè és la costum a Romania. (Diari de camp, Dona de 38 anys, Țândărei)

“Es más moderno dar biberón. Hace un par de años no se daba. Yo digo que no tiene ventajas, es más práctico dar pecho, no tienes que pedir ayuda al marido. El primer y segundo mes le das pecho y al tercer mes, pecho y biberón”. (Home 19 anys, Țândărei).

²⁵⁰ És important fer-hi referència per la millora que suposa d'higiene del bebè, però també perquè poden contribuir a que les mares vegin reduïda, d'alguna manera, la seva sobrecarrega, tenint en compte, sobretot, que la majoria dels domicilis que hem conegut no disposen de rentadora i les dones han de netejar la roba a mà. Això és molta feina si considerem la quantitat de persones adultes i menors que viuen en un domicili i el que pot suposar no disposar d'aquest electrodomèstic que consideren una despesa molt cara.

D'aquesta manera, a través de les entrevistes realitzades hem pogut recollir algunes raons que expliquen l'ús d'un tipus o un altre d'alletament (natural o artificial) especialment entre les dones rrom de Țăndărei que és entre les quals es dona més variabilitat. Així doncs, i tal com han descrit els exemples anteriors, alguns rrom feien referència a l'alletament artificial com una manera d'alimentar al bebè més moderna mentre que altres, generalment de més edat, valoraven l'alletament natural perquè deien que era la costum. En canvi, i com mostren els següents casos els motius d'elecció d'una forma o d'una altra poden ser més variats: algunes noies, tot i que preferien donar el pit, l'havien deixat de donar per indicació mèdica (superada una certa edat del nen) o perquè ja no tenien prou llet. Un altre motiu per voler donar el pit era l'elevat preu de la llet artificial; mentre que altres contràriament optaven pel biberó per poder anar a treballar.

“Es más mejor el biberón porque si le das pecho no puedes trabajar” (Dona de 20 anys, Țăndărei)

“Me gusta dar el pecho a mi niño, así está más fuerte. Al primer hijo sólo le he dado 10 meses por qué me he quedado embarazada pero si no me quedaba le daba los dos años. El médico dijo que tiene que comer la niña (*nou bebé*) si no luego no vas a tener calcio” (Dona de 19 anys, Țăndărei)

“Yo quiero darle pecho pero no tengo leche (...) Preferiría darle pecho porque es muy caro la leche. (...) Más mejor estaba la teta porque una leche vale 7€, tengo que dar 34€ cada semana. Él también toma leche (*el bebé d'un any i la d'un mes*) y ahora ya no sé dónde voy a cogerle más leche por que tengo muy poco aquí y él come mucho” (Dona de 23 anys, Țăndărei)

Pel que fa a la alimentació infantil, aquesta segueix de vegades pautes molt properes a les que hem esmentat en general per la resta de la població rrom (apartat 4.1.). Com ja hem dit, generalment els aliments es preparen en el context del domicili i els nens mengen habitualment el mateix que els adults (encara que, de vegades es fan menjars específics per ells, per exemple, creps de xocolata fets amb productes com farina, llet, sucre i crema de cacau). Independentment d'això (i de les característiques generals que solen regir la dieta de la població rrom) també, tot i que sobretot ho hem observat en contextos lúdics de caps de setmana, cal destacar el consum entre els nens/es de menjars *fast food*, llatinadures i begudes gasificades. Aquests hàbits, que es mantenen relativament en el temps fins a edats més avançades, i estan reforçats per pautes educatives basades en un estil poc normatiu (en la primera infància), en general són maneres de fer sorgides d'un context immediat, molt sovint influïdes també pel context de precarietat (el que, en el fons, no és tan diferent del que passa amb certs segments de la població majoritària). En tot cas, es tracta més aviat d'hàbits de salut que es poden treballar: tenint en compte que a vegades la situació dels rrom és molt precària i adaptant-

nos a aquest context, és molt adequat de treballar a nivell sanitari, com freqüentment es fa, els hàbits alimentaris sobretot entre les dones rrom durant l'embaràs o en relació als seus fills.

En tot cas, tal com hem pogut observar, i com passa amb la vacunació i d'altres pautes, és important poder explorar amb prudència i respecte les pautes d'alimentació i de cura que les mares rrom tenen vers els seus fills (mares que acostumen a ser molt joves i de vegades menors d'edat). L'alimentació i l'alletament són aspectes directament vinculats amb la competència materna d'aquestes dones (que a la vegada és, generalment, el seu rol més important), i per tant poden trobar que les crítiques en aquest sentit, si no estan ben enfocades, estan qüestionant de manera frontal les seves capacitats.

Altres malalties i intervencions relacionades amb el seguiment pediàtric

Per finalitzar, ens referirem a diferents informacions sobre salut infantil que hem pogut observar durant el treball de camp, relacionades amb aspectes com l'odontologia i l'oftalmologia, però sobre tot amb altres intervencions relacionades amb la salut dels nens i nenes que no hem esmentat abans. No obstant això, no ens estendrem massa en aquestes qüestions, per raons d'espai, perquè moltes són comunes al que hem descrit en altres apartats o perquè, en algun cas i fins el moment, no les hem observat amb molta freqüència i per tant no hem aprofundit massa en elles. Tot i això considerem important especificar-les perquè poden ser significatives a nivell pediàtric.

Quant a les intervencions relacionades amb els àmbits odontològics i oftalmològics, podem dir el mateix que ja hem esmentat en general pels adults rrom, si bé en el cas dels nens aquesta atenció es fa, evidentment, molt més necessària. Pel que hem observat, en cap dels dos àmbits s'està fent un seguiment en un segment molt significatiu dels infants rrom; i encara que això es relativament lògic donada la situació de precarietat econòmica i que l'accés a certs elements relacionats amb aquests àmbits és una mica diferent d'altres com la vacunació, trobem que són àmbits en els que s'hauria d'insistir molt més.

En relació a l'*odontologia*, les pautes d'alimentació assenyalades i d'altres, com la manca d'higiene bucal, estan tenint una influència molt negativa en els nens i nenes, que a més, de la mateixa manera que no accedeixen a serveis de salut més bàsics, no són portats, en bona part per desconeixement, als serveis que podrien estar disponibles. Respecte a l'*oftalmologia*, és també un àmbit al qual accedeix una part molt minoritària, gairebé insignificant, de la població rrom. A més és important considerar que en aquests problemes, que com els odontològics, tenen

un component de prevenció molt important, a més de problemes afegits²⁵¹, moltes vegades la solució passa, en la pràctica, per una inversió econòmica que molt sovint no es pot assumir (i algunes vegades no es considera, perquè es prioritzen altres qüestions). Per exemple, com comentava una menor, sortint d'un servei sanitari:

“Quan sortim, ella intenta llegir un llibret del *Consell de la LLevadora*, la lletra és molt petita i li pregunto si sap llegir. Diu que si però que no hi veu bé, veu borros. Diu que unes ulleres li costen 100€.” (Diari de camp 02/10/07, Dona de 17 anys)

D'altra banda, en relació a situacions conegudes d'operació en infants (i encara que aquestes no són, com en els adults, el motiu fonamental de consulta) vam poder conèixer diferents exemples, que poden servir per observar qüestions generals quant al seguiment pediàtric.

En la primera, una dona de 20 anys ens explicava que havia de portar el fill d'un any a *operar-lo a Romania* perquè feia mesos havia caigut, li havien posat un “ferro” a la cama i ara l'havien de tornar a intervenir per treure-li. L'operació es va realitzar i van tornar a Badalona. En el segon cas, un home rrom de 32 anys ens explicava que el seu fill de 3 anys havia nascut amb un problema intestinal i li havien fet varies operacions a un hospital públic de Barcelona, i que encara havien d'operar-lo una altra vegada. La tercera situació fa referència a un aspecte que ja hem abordat (l'apendicectomia) però que en el cas dels menors sembla arribar a ser, fins i tot, una pauta preventiva realitzada quan arriben a la preadolescència. En aquest sentit, hem observat en diferents moments com els pares porten als fills a Romania per operar-los de l'apèndix, de vegades, com ja hem esmentat, de manera relacionada amb certs símptomes digestius.

“Preguntem per l'operació (d'apèndix). Diu que la van adormir, ho explica com una aventura i la seva amiga li enretira la samarreta per ensenyar la cicatriu. Diu que li han fet tres punts. Té la cicatriu petita i maca.” (Diari de camp 06/08/07 12-13 anys, noies, Țândărei)

“Explica que a molta gent li treuen l'apèndix. Diu que a ella li van treure als 13 anys. No es trobava bé, vomitava, es marejava i li van treure. Parlem que

²⁵¹ Per exemple, i encara que és un problema que es pot considerar “secundari” considerant els que existeixen respecte a l'escolarització, és important considerar aquest en relació a conseqüències com el fracàs escolar, entre d'altres.

a l'altre noia li han tret ara." (Diari de camp 08/08/07, Dones 19-21 anys, Tândărei)

En aquests tres exemples podem observar diferents maneres d'enfrontar-se amb els problemes de salut dels menors, que mostren com els pares fan ús de diferents alternatives i itineraris amb l'objectiu de garantir el seu benestar. És lògic entendre que l'actuació en problemes que semblen presentar més gravetat, anant ràpidament als serveis de salut, sol contrastar amb les dificultats en els seguiments i la prevenció. Evidentment, no es pot pretendre que qualsevol persona no especialista sàpiga inicialment quina és la millor opció o el possible diagnòstic per a un determinat problema de salut, i paradoxalment, sembla més automàtic i senzill l'accés (per exemple utilitzant les urgències hospitalàries) quan existeixen símptomes més greus que quan es pretén un seguiment pediàtric sense la documentació "normalitzada". Evidentment, existeixen pautes que, segons la nostra opinió, estan molt lluny de ser òptimes. Per exemple, i en relació amb les qüestions d'autoritat familiar que vam esmentar abans, vam observar en algun cas situacions difícils d'entendre i acceptar des del nostre punt de vista: per exemple una parella de pares joves havien d'ingressar el seu bebè a l'hospital per preparar-lo per una operació d'hèrnia i van decidir no ingressar al bebè a l'hora indicada pel centre sanitari perquè aquell mateix vespre arribava el pare de la jove a Barcelona i havien d'a buscar-lo a l'aeroport i atendre'l.

Si bé cal insistir en aspectes com els anteriors i en la pròpia concepció dels processos de salut i malaltia que de vegades té la població rrom, creiem que situacions com aquesta no es poden extrapolar i que, en tot cas, tot l'esmentat anteriorment mostra com és de fonamental garantir l'accés als serveis de seguiment i proximitat, entre d'altres raons per treballar aquestes pautes.

Considerem, a més, que els recursos materno-infantils estan molt necessitats d'ampliació i reforç perquè *faciliten l'acompanyament, la prevenció* i, per tant, una millora de qualitat de vida de les dones i els seus fills, tot i els problemes del propi context social. En aquest sentit, també poden ser molt favorables, encara amb les dificultats per portar-los a terme, *grups* sobre maternitat, sexualitat i pautes saludables amb els nens (tant en homes com en dones rrom) i la possibilitat, entre altres coses, *d'adaptar materials de divulgació sanitària que puguin ser més didàctics i adaptats al col·lectiu*. Però, aquestes són solucions relativament senzilles, que requereixen de pocs recursos econòmics i que haurien d'estar ben planificades i implementades des d'un coneixement profund de la població (els *riscos associats a l'abordament incorrecte d'aquests aspectes* són, també, evidentment, importants). En tot cas, és més necessari, abans o juntament amb aquestes, garantir en la pràctica les condicions i requisits d'accés donat que la bona

predisposició als serveis sanitaris no serveix de res si en el dia a dia no es pot accedir als àmbits necessaris.

4.3.3. ALTRES ÀMBITS RELACIONATS

Evidentment, existeixen molts altres àmbits del sistema sanitari amb els quals la població rrom romanesa ha tingut algun tipus de contacte, més o menys intens, però en tot cas menor que els anteriors. Hem esmentat ja aspectes relacionats amb la majoria d'ells al llarg de l'informe (per exemple, respecte a salut mental en l'apartat 3.2.4., dedicat a les implicacions de la concepció de persona, etc.), i per tant, no entrarem en un anàlisi específic dels mateixos en aquest apartat. No obstant això, hi ha un conjunt *d'àmbits que són tangencials a l'atenció sanitària, i que tenen a veure amb la intervenció social i la protecció de menors* que ens sembla necessari esmentar per l'impacte que tenen en la població, encara que sigui breument.

És obvi, encara que no puguem abordar-ho aquí amb la suficient profunditat, que el rol dels serveis sanitaris no té a veure exclusivament amb el que de vegades s'entén per salut; o, dit d'altra manera, té a veure amb la salut entesa en un sentit ampli. Especialment en el cas dels CAP, com centres de referència en els barris, existeix un rol, més o menys desenvolupat en la pràctica, de treball a nivell social i comunitari. Ho esmentem perquè, pel que hem pogut observar en el treball de camp, i excepte exemples molt positius però aïllats, en aquest àmbit queda molt per recórrer en relació a la població rrom romanesa i en general.

No obstant això, *en el que volem incidir més, és en l'intersecció de la intervenció social i sanitària en els centres (no només CAPs), respecte a casos individuals. No estem parlant tant del treball en conjunt amb els serveis socials o altres àmbits a nivell de temàtiques relacionades, per exemple, amb ajudes puntuals o estables a les famílies o derivació de les demandes als espais corresponents; sobre aquesta qüestió només direm que, en termes generals, i tot i el treball que es realitza quotidianament, el seu impacte en la pràctica es veu molt limitat per la manca (de vegades absència o inoperància) per part de les diferents administracions d'apostes decidides per modificar condicionaments estructurals que afecten a la població rrom i a altres col·lectius. Això no és gens senzill, però es pot fer molt més del que s'està fent, i aquesta situació fa que, en ocasions, les possibles intervencions, encara que relativament eficients a curt termini i a nivell individual, es quedin aquí.*

Dit això, cal esmentar altre tipus de protocols i intervencions, relacionats amb la detecció de situacions de risc; per exemple en violència de gènere, però molt particularment respecte al sistema de protecció de menors. Tot i que alguns dels pocs informes existents sobre població rrom romanesa a Catalunya no ho esmenten explícitament, la veritat és que aquesta última qüestió ha estat una constant durant el treball de camp²⁵²; també, però no només, en la relació amb els serveis sanitaris. Fora d'ells, encara que seria necessari un treball específic sobre la qüestió, el ventall de situacions respecte a l'actuació del sistema de protecció de menors és divers i molt nombrós. No obstant això, ens interessa destacar sobretot les actuacions en relació a aquesta qüestió en el context sanitari, per analitzar com es produeixen però, sobretot, per comentar les possibles implicacions que certes pràctiques puguin tenir.

En primer lloc és necessari dir que indubtablement les situacions relacionades, per exemple, amb la negligència, el desemparament o el maltractament, poden existir entre la població rrom; efectivament en alguns segments de la mateixa existeixen (com ho fan en totes les poblacions) i per tant és positiu que es detectin des dels serveis sanitaris i altres àmbits. No obstant això, i en funció de la forma en la qual es defineixin, i de quin tipus de pràctiques s'incloguin en aquestes categories, es podria argumentar fins i tot que algunes d'aquestes pràctiques existeixen en una proporció major entre la població rrom romanesa que entre d'altres²⁵³. Com hem dit, sense entrar a consideracions més generals, també és evident que en alguns casos no només és adequada la intervenció del sistema de protecció de menors sinó que aquesta és pertinent, totalment imprescindible i forma part del seu encàrrec i les seves obligacions. Ara bé, també és necessari dir que, amb relativa freqüència, hem observat intervencions que ni han estat proporcionades, ni es corresponien (almenys no en bona part, o en certs aspectes fonamentals) amb una situació real de desprotecció, ni tenien suficientment en compte el context i altres factors personals i globals de les famílies afectades. De fet, i encara que pugui semblar excessiu comentar-lo aquí i en aquests termes, existeixen elements de desprotecció gravíssims (com l'accés a la salut o a l'educació) que no s'estan abordant correctament i que poden incidir d'una manera molt més acusada en la situació dels menors que alguns dels àmbits en els quals s'està intervenint amb

²⁵² Per exemple, l'informe de Vincle (2006:94) afirma que en allò referent a la població rrom, "els serveis sanitaris hospitalaris no detecten conductes socials de risc amb les quals valorin la necessitat d'incloure en l'abordatge d'altres professionals vinculats al treball social". No creiem que sigui així en aquest moment, almenys generalment, i tampoc ha estat l'experiència durant el treball d'investigació.

²⁵³ Amb això volem dir, d'una banda, que la interpretació de certes pràctiques de cura o criança pot ser diferent, però també que, donat tota la situació que hem esmentat anteriorment, potser certs contextos de precarietat i exclusió poden afavorir situacions de desprotecció. En tot cas, i com direm una mica més endavant, en cap cas s'han de confondre les dues coses.

més determinació. D'altra banda, i encara que pugui semblar molt greu, de vegades hem tingut la intuïció, si bé no la constància directa, de que degut entre d'altres factors a l'alarma social no sempre les actuacions són les mateixes pels diferents col·lectius i en relació a la població autòctona.

Dit això, i en relació estrictament amb l'abordatge d'aquestes qüestions des del context sanitari, hem observat alguns casos que probablement són pertinents i impliquen indicadors clars de desprotecció, però també altres en els quals aquests no són per res tan clars. *Encara que la valoració en profunditat és competència del sistema de protecció i no al professional que treballa en el context sanitari, creiem que és necessari tenir en compte diverses qüestions:*

- En primer lloc, quins són les *implicacions de l'entrada en el propi circuit de protecció per a la família i el menor*. Diem això perquè freqüentment, donades les intenses condicions de precarietat i exclusió socioeconòmica, els requisits que hem observat en els plans de treball són, simplement, inassolibles (respecte a l'estabilitat, a habitatge, a situació laboral i ingressos, etc.). Això, juntament amb que la coordinació amb els serveis socials sobre aquestes famílies (i el treball dels mateixos amb elles) no acostumen a ser massa constants ni efectius, ni basats en un coneixement prou acurat de les característiques de la població, produeix que les possibilitats reals de tornada dels menors, en cas de retirades, no siguin molt abundants. Encara que aquests àmbits estan íntimament lligats amb el benestar del menor i són evidentment considerats, creiem que han de ser més tinguts en compte per a no penalitzar en excés mancances relacionades amb altres tipus d'intervenció social²⁵⁴.
- En segon lloc, s'ha de *considerar fins a quin punt l'ús de les advertències relacionades amb els menors des dels serveis sanitaris tenen l'efecte desitjat; i sobretot si les exigències associades es corresponen amb les possibilitats reals*. Per posar un exemple, vam observar, en un context hospitalari, una pauta molt estricta de seguiment a una menor sota l'amenaça de reportar els fets a DGAIA. Tot i que aquest seguiment es va anar complint, podria no haver estat així: durant aquest mateix període, la família va passar per diversos desallotjaments, pisos sobreocupats, situacions de subsistència amb jornades llarguíssimes de recollida de ferralla, problemes legals i altres. Amb això només volem dir que una intervenció que té un objectiu positiu,

²⁵⁴ El cas més extrem, com ja hem comentat, va consistir en l'inici d'un procés amb unes famílies en situació de indigència, en les quals no semblaven existir (tampoc van ser avaluats des de l'àmbit municipal que corresponia) indicadors de negligència o desamparament, sinó una situació de pobresa bastant extrema. Afortunadament la intervenció, que vam veure com clarament errònia des de l'inici, es va reconduir poc temps després.

de vegades posa a les famílies en situacions que no fan més que fer més extrema la seva situació, en sí mateixa i/o a ulls de qui l'han d'avaluar. I de vegades, dintre de les limitades estratègies que es poden utilitzar en contextos tan precaris, empenyen fins i tot a actuacions poc reflexionades per la seva banda que poden ser contraproductives a un nivell sanitari (per exemple, que la família marxi per por a actuacions, interrompent el seguiment o el tractament).

- Finalment, i en línia amb l'anterior, cal considerar *l'efecte que determinades intervencions poden tenir per a la imatge que dels serveis sanitaris té la pròpia població rrom romanesa, sobretot considerant el seu caràcter comunitari*. Per exemple, encara que poguéssim haver altres: observem en un cas la retirada d'un nadó a una mare adolescent, en principi, perquè les pautes de cura observades en l'hospital no semblaven les adequades (la forma d'agafar al nadó, el comportament cap a ell, etc.) i perquè el context en el qual la família vivia podia ser contraproductiu per a la salut del menor, afectat per algun tipus de problema respiratori. L'ingrés es va produir a través d'urgències, perquè la família va detectar el problema i es va espantar. Independentment de la pertinència de la intervenció, si considerem l'opinió dels familiars, aquests van arribar a manifestar en diverses ocasions que si ho haguessin sabut no haurien avisat; la qual cosa és lògic en un context en el qual aquestes intervencions s'entenen amb molta dificultat i es perceben com una pèrdua i un perjudici directe per a la família. Cap dir que probablement aquest cas va reforçar certa imatge tant de la família com del col·lectiu en el seu conjunt, i un dels efectes finals de la mateixa va ser que, davant situacions similars, hagués un dubte o fins i tot una negativa a l'ús dels serveis sanitaris, aquest efecte és pernicios per a la salut dels menors.

Encara amb l'anterior, entenem, evidentment, que el rol del professional es caracteritza per tractar d'assolir un equilibri entre diferents factors d'una enorme complexitat; i que prendre en consideració tot l'anterior implica responsabilitats que no sempre es poden ni, de vegades, s'han d'assumir (per no dir que requereixen d'una formació específica i sobretot d'un suport que habitualment no tenen). L'única aportació que podem fer és, des de la certesa que és una tasca difícil, que s'ha d'aprofundir en el coneixement de la població en aquests àmbits i fer una aposta decidida per tenir-los en consideració, que en tot cas i encara que moltes intervencions siguin realment pertinents, no sempre succeeix.

4.4. COMUNICACIÓ I MEDIACIÓ

Implicat en el procés d'accés, però sobretot una vegada assolit aquest, una altra qüestió fonamental relacionada amb l'atenció sanitària i la vinculació de la població rrom al servei és tot el que envolta la comunicació usuari-professional.

Com ja hem esmentat, hem trobat moltes vegades com el primer obstacle comunicatiu es dona en l'àmbit administratiu i burocràtic, per exemple en els tràmits necessaris per aconseguir la TSI o demanar una cita. També, en els àmbits específics que hem exposat, hem vist com aquestes qüestions es troben entre les que acaben determinant en part el resultat i el propi desenvolupament de la consulta. De fet, i ens sembla molt important, és necessari considerar que en molts dels diversos *programes de formació i suport al personal sanitari d'assistència directa el personal administratiu* no sempre està present. És un tipus de personal que, a més, acostuma a partir d'una situació de més manca de suport i formació en aquestes qüestions que altres professionals sanitaris que (malgrat d'una manera escassa, fragmentària i no sempre correctament orientada) han pogut rebre nocions respecte a empatia i diversitat cultural.

En aquest sentit, durant el treball de camp hem pogut observar diferents *situacions comunicatives* en consulta (encara que també en altres àmbits i amb d'altres agents socials) que creiem és important reflectir en aquest apartat. Són maneres de comunicar importants no únicament per com s'expressen o pel model d'intervenció en el qual es basen sinó també pels continguts que de manera més o menys explícita s'acaben generant a partir de l'espai de consulta. És important dir que ho fem fonamentalment des de el punt de vista de la població rrom i el nostre coneixement del que passa dins i fora de l'àmbit sanitari, que en tot cas, pel que fa a la complexa tasca del personal sanitari, no reflecteix evidentment tot l'abast de situacions ni les implicacions a les quals aquestes responen dins del mateix sistema. De fet, i per la pròpia configuració del informe i el treball d'investigació, *som conscients de que tendim a insistir més en els problemes i dificultats que en els molts aspectes que dins del sistema i de la tasca dels professionals, funcionen adequadament. Evidentment en cap cas volem dir que aquests siguin minoritaris o excepcionals, encara que ens interessa més destacar els aspectes que poden beneficiar-se de possibles millores*. Partim, per tant, de la idea de que aquestes situacions són només exemples que potser poden servir més per comprendre determinats elements dins de la comunicació amb la població rrom que per descriure tota la variabilitat que pot existir en aquesta, si bé utilitzem i ens basem també, evidentment, en les situacions observades i les entrevistes²⁵⁵.

²⁵⁵ És necessari fer esment aquí a una qüestió de tipus metodològic que ja hem apuntat abans: és evident que la nostra presència en el context de consulta com a acompanyants ha influït en

Respecte a tot això (i encara que en moltes ocasions la situació en consulta o en altres àmbits sembla adequar-se més al que considerem una relació que pot ser al mateix temps efectiva i adequada en un sentit de vincle amb el pacient), hem observat també d'altres que, de vegades, probablement buscant estratègies per enfrontar-se a situacions més distants en quant a les "normals", s'acaben allunyant d'aquesta efectivitat i adequació.

D'una banda, hem pogut observar intervencions que podríem dir tendeixen cap a estils més paternalistes i que potser es basen en la voluntat d'"educar" als pacients rrom per "acostumar-los" a "respectar" els espais de consulta (per exemple, visites programades, horaris, resultats de les proves). Evidentment, aquests objectius són necessaris, de vegades, per exemple pel baix coneixement del sistema que hem esmentat en apartats anteriors. El problema, més aviat d'estil comunicatiu, és que s'intentin assolir aquests objectius adequats des de la pressuposició inadequada de que tota la població rrom no sap, no fa (o no vol fer) cas de les indicacions; i combinant aquest estereotip amb la pràctica de "renyar-los", de vegades en un moment molt inicial de la relació, en cas de que no es compleixin les indicacions establertes. Això s'expressa, en certes intervencions, en un fort escepticisme i baixes expectatives vers al/la pacient rrom, en tant que es pressuposen les dificultats insalvables o les resistències que aquests tindran davant les pautes sanitàries que, repetim, es poden donar en diferents graus, però generalment no són insalvables, ni es poden extrapolar a tota la població rrom romanesa, ni són responsabilitat exclusiva d'aquesta.

Dit d'una altra manera, aquests tipus d'intervencions poden resultar poc útils, sobretot en pacients en situació de forta vulnerabilitat, en tant que dificulten les possibilitats d'implicació i de que el/la professional esdevingui un referent significatiu fins i tot en les situacions, bastant habituals, en les quals aquest s'esforça en apropar-se i generar un espai adient, però des d'un estil més assistencial. És, per exemple, des d'aquesta perspectiva que apareixien durant la consulta missatges com (sic): "(...)tan jove i embarassada."; "Sort que els fills creixen sols". O durant les proves: "(...)¿Cuántos hijos tienes?(...)¿tan joven y tantos hijos?. Éste es el último que vas a tener, ¿no?). Des del nostre punt de vista, aquest estil d'intervencions, tot i estar lluny de la despreocupació i fins i tot plantejant aspectes fonamentals relacionats directament amb la salut del pacient i dels seus fills, poden generar problemes perquè, d'una banda, es basen en una forta concepció etnocèntrica (dels aspectes de la pròpia cultura com superiors, per

aquestes situacions. En tot cas, creiem que poden reflectir molt bé certes (no totes) possibilitats, i el fet de que algunes (negatives) es donessin fins i tot després d'identificar-nos com investigadors fa palès que no sols no són casuais si no que es poden trobar inscrites en determinades maneres d'entendre la relació terapèutica.

definició, sobre els d'altres) d'aquestes pautes²⁵⁶; però, i molt especialment, poden distanciar a la persona, sobre tot quan encara no s'ha assolit un cert vincle o relació.

Per exemple, en aquesta línia, es poden assenyalar les intervencions d'algunes professionals sanitàries que volen ajudar a garantir el dret de les dones rrom a la seva salut sexual i reproductiva; un objectiu pel que encara queda molt camí a recórrer i que, evidentment, compartim. Des de la identificació de gènere, molt positiva en tant que valora i fa servir un enfocament que no sempre està present, potser no s'estan tenint tant en compte altres identitats no compartides (com ara l'ètnica, la de classe, l'origen rural o urbà, etc.), les fortes desigualtats que les distancien (societat majoritària i col·lectiu exclòs) i la diferent interpretació i l'abstracció que de vegades suposen conceptes com el "dret reproductiu", difícilment aplicable per les mateixes dones en un context on el seu rol és molt diferent i es basa en altres paràmetres. En tot cas, no es tracta de fer el contrari, d'observar aquestes situacions com a "pautes culturals" que ni es deuen ni es poden qüestionar des del respecte a la diferència. Però sobretot no s'ha d'oblidar valorar a les pròpies dones com agents actius vers la seva vida, que també tenen estratègies per a decidir sobre la seva salut (i la de les seves famílies), fins i tot davant les dificultats del propi context sociocultural però també en relació a la societat majoritària i les condicions socioeconòmiques en les quals viuen.

També, i és important destacar, encara que no han estat les més habituals, hem observat altres situacions que podríem qualificar de més "expulsives", basades en un estil amb cert rebuig i agressivitat, i caracteritzades per una actitud que mostra sorpresa i escàndol davant el pacient rrom; que no intenta conèixer les circumstàncies particulars de la persona sinó que prejutja, qüestiona, es sorprèn de manera negativa i destaca únicament els possibles riscos, perills o negligències.

Per posar un exemple, es pot explicar l'actitud d'un pediatre vers una mare rrom molt jove que porta el seu nounat a la primera visita mèdica. El professional li pregunta, abans de que la pacient pugui dir una paraula, perquè té un fill als 18 anys; perquè porta ara el seu bebè a la consulta i no abans; on viu; que fa per viure; i perquè li dona el biberó en comptes del pit, entre altres preguntes, tot això en un espai molt breu de temps. O, per posar un altre exemple encara menys adequat,

²⁵⁶ Per exemple, interpretant les dificultats individuals o a nivell comunitari com a fruit de costums problemàtiques (antigues, completament descartables i poc evolucionades) que cal superar per assolir una adequada salut i els drets associats, sense intentar entendre que, de vegades, aquestes pautes compleixen una funció i es corresponen amb situacions difícilment modificables sense canvis més profunds (també a un nivell estructural). No es tracta de conèixer totes les implicacions de totes les qüestions per totes les cultures (evidentment, això es troba fora de l'abast de tothom); seria suficient amb tenir present que poden existir aquestes implicacions, que tenen una influència en el que es veu a les consultes i que són (almenys en un sentit global) tan legítimes com les seves pròpies.

certes actituds en altres situacions que també es manifesten abans que s'hagi plantejat la demanda, i que s'expressen a través d'afirmacions genèriques pejoratives sobre la població rrom romanesa en general per finalitzar donant pautes de manera imperativa i molt basades en la por a conseqüències dramàtiques per la salut: en concret, una dona demana visita al pediatre per saber com vacunar els seus fills, però abans de res, el sanitari comenta que els rrom no es preocupen per la prevenció, que no els importa. A continuació explica a la pacient que si no vacuna als seus fills aquests es poden quedar coixos (i ho expressa mentre ho exemplifica caminant coix per la consulta). Ambdues intervencions són diferents però alhora representen una atenció poc respectuosa i fins i tot negligent, si considerem que s'allunya molt dels processos que poden arribar a establir pautes preventives i, també, dels drets bàsics que assisteixen als pacients. Si considerem, a més, que la majoria dels professionals no ha tingut a la seva consulta (ni fins i tot ha conegut de primera mà) casos en els quals aquestes conseqüències s'hagin produït, en el cas d'aquesta població, a més de la por justificada, el que està intervenint probablement és el prejudici.

Evidentment, altres intervencions observades han sigut més aviat proactives i empàtiques, i han estat basades en actituds professionals que busquen anar establint una relació basada en recollir la demanda inicial i a partir d'aquesta anar acompanyant al pacient en el procés, tot i les dificultats. Creiem, en definitiva, que en la majoria dels casos del que es tracta, al menys en els primers contactes, és de garantir unes pautes bàsiques, i sobretot la vinculació amb el servei que permeti aprofundir en aquestes. Són, com bé saben els professionals que atenen al col·lectiu, intervencions que esdevenen complexes, fins i tot molt fragmentàries i que a més (i això, com d'altres qüestions de les assenyalades en aquest apartat) requereixen de vegades assumir i gestionar la inquietud relacionada amb conèixer o suposar el context de precarietat dels pacients i els riscos als quals poden estar exposats i també la frustració que puguin haver generat intervencions fallides en la mateixa línia, amb aquesta o altres poblacions i la indignació, legítima, d'haver de fer-ho sense el suport ni el reconeixement que es mereix. Evidentment, i partint si es possible d'aquests paràmetres, és evident i s'ha de comprendre, que això no sempre es vàlid ni factible en part o totalment (per situacions de risc evident) i que, en tot cas, es tracta de trobar un equilibri entre les pautes, obligacions i la gran responsabilitat que els professionals gestionen a la seva feina i la construcció *d'una relació on pot ser més efectiu prioritzar el vincle per sobre de l'exigència immediata*.

En definitiva, les obligacions, l'esforç i interès dels professionals s'haurien de combinar, com de fet ja es fa de vegades, amb una posició crítica ver les idees essencialistes en relació a la població rrom, la consideració d'aspectes estructurals i culturals externs a la pròpia situació de consulta, l'efecte de la mateixa de

consulta i les necessitats (també legítimes) del pacient rrom romanès; evidentment, amb el suport, els recursos i la formació necessàries.

Mediació i traducció: aspectes lingüístics i culturals de les situacions comunicatives

Tornant a les qüestions que apuntàvem al principi de l'apartat, és evident que moltes vegades el que influeix en la relació terapèutica i per tant en la vinculació del pacient al recurs sanitari, més que la predisposició, són altres problemes relacionats, per exemple, amb el poc temps del que els professionals sanitaris disposen en consulta, els recursos i certs protocols, per exemple de recollida d'informació, que de vegades han de fer servir i complir, un ús dels serveis i itineraris que no s'ajusta al previst, etc. Com hem esmentat fa un moment, molt sovint, també, preconcepcions i estereotips tant per par de la persona que acudeix (respecte a les funcions i al rol del professional) com del personal sanitari. Aquests tipus de dificultats²⁵⁷ s'agregen quan parlem de poblacions relativament desconegudes i que, com la població rrom romanesa, es troben en una situació de desigualtat i exclusió social, el qual fa que molt sovint les possibilitats reals d'assolir una bona comprensió i les situacions que envolten tot el procés siguin més complexes que en el cas d'altres col·lectius. En tot cas, és important posar de manifest que les principals dificultats comunicatives que hem trobat (o si més no unes de les més determinants) que apareixen dins la consulta als serveis sanitaris, combinen tant la distància lingüística com la diferència cultural, en un conjunt de factors que molt sovint es barregen sobretot quant a les eines que poden servir per abordar-los (mediació i/o traducció).

La competència lingüística, relacionada i de vegades confosa amb la diferència cultural, és un dels factors que freqüentment s'assenyalen com fonamentals en l'accés als serveis de salut i en la comunicació entre el professional i l'usuari. Cal esmentar una altra vegada que un aspecte important a considerar, per començar, es que la població rrom romanesa acostumen a ser, almenys, bilingüe (romanès/romaní), i que un cert segment pot parlar algunes paraules o aconseguir una comunicació bàsica en altres llengües (anglès, francès, alemany, etc.). Dita competència no sempre està present i depèn, evidentment, entre d'altres factors, del procés migratori previ, de la mateixa manera que el coneixement de castellà té molt a veure amb el temps d'estada i les ciutats de l'estat on han viscut abans (per

²⁵⁷ Part d'aquestes dificultats i situacions les tractarem en l'apartat següent, en part vinculat amb la imatge de la població rrom i com aquesta pot influir en la relació amb els serveis de salut.

exemple, per a la població originària de Țândărei, és força habitual que hagin viscut a Madrid o d'altres ciutats). En aquest sentit, ens hem trobat en el treball de camp amb que per a certs segments de la població rrom aquesta competència en les llengües de destí no és molt alta. Això és coherent amb les dades provinents de les entrevistes: més d'un terç de les persones entrevistades tenen un nivell baix, molt baix o gairebé inexistent de domini del castellà, i aquest percentatge s'incrementa fins al 96.7 % quan parlem del català²⁵⁸. Aquesta situació té un impacte directe en les possibilitats d'accés i ús del sistema sanitari, i és molt significatiu que de fet s'assenyala com la segona causa de dificultats (en un 30 % dels entrevistats)²⁵⁹ per sota de la més important, que com ja hem dit és la falta de TSI (un 53 % dels casos). A més, tant en el treball de camp com en les entrevistes, hem observat una relació directa de la competència lingüística també tant amb les dificultats per a seguir els tractaments (que expressen els propis informants) com amb el coneixement general del sistema sanitari (particularment el procés per a demanar cita).

Evidentment, cal considerar que aquesta distribució és també heterogènia, i depèn de diferents factors. Per exemple, hem observat, com era d'esperar, que aquesta competència és millor quant menor és l'edat, i també que a un major temps d'estada el domini d'ambdós (encara que el de català és sempre molt menor) és també més elevat. Això s'expressa també, en funció d'aquests i altres elements, en diferències individuals i respecte al subgrup al que es pertany (per exemple, la població originària de Țândărei sol tenir un domini major de castellà, en part a causa del temps d'estada). Té a veure, també, amb l'estabilitat en l'estada i els processos de generació de xarxes de suport: de fet, hem pogut observar com a pesar que la competència lingüística sigui baixa, no sempre existeixen acompanyaments per part d'altres familiars. Això pot respondre tant a l'estructura de la xarxa de suport, que ja hem abordat en l'apartat 3.2.2., com al condicionament que suposa el encara recent procés migratori, en el sentit que, a diferència d'altres poblacions immigrades (i influïda també pels problemes d'escolarització en destinació) no es pot encara parlar d'una segona generació amb un domini alt i generalitzat, de les llengües i de certs codis culturals.

²⁵⁸ En general, juntament amb la resta d'etnògrafs hem considerat el nivell més alt en qualsevol dels dos, entenent que aquesta competència garanteix que es pugui establir una comunicació suficient en consulta.

²⁵⁹ De fet, en el context més ampli del treball de camp, és un aspecte que s'assenyala amb encara més freqüència. Existeix un segment de població rrom el domini de la qual és molt baix en ambdues llengües, però fins i tot entre aquells amb una competència bàsica en castellà se sol assenyalar. Un detall significatiu referent a això és que, en certs casos, si no s'ha pogut entendre a un determinat actor o professional, es fa esment que "parlava català", encara que estigués de fet parlant castellà, si bé molt ràpidament o amb un llenguatge complex.

En tot cas, com vam esmentar en l'apartat 3.1.6, la situació lingüística de la població rrom també presenta aspectes positius, com ara l'adaptabilitat i certa facilitat per a aprendre un nivell bàsic de castellà o català amb relativa rapidesa, en part per la proximitat lingüística del propi romanès i probablement també pel propi bilingüisme (romanès-romani) o fins y tot multilingüisme de la població rrom. El baix nivell en general, i particularment el de català, s'haurien de solucionar amb polítiques actives que facilitessin l'accés de la població adulta, almenys, a una formació lingüística bàsica, a més d'aprofundir en l'abordatge dels problemes relacionats amb l'escolarització.

Cal començar destacant la importància d'algunes de les *funcions que la mediació pot complir dintre del context d'accés i ús dels serveis sanitaris de la població rrom*. Existeix a més una demanda bastant clara, en aquest sentit, tant per part dels professionals com de la pròpia població. De fet, una possible prova d'això és el rol que freqüentment se'ns ha atribuït durant els acompanyaments, que en alguna ocasió, a pesar dels nostres intents per situar-nos el més al marge possible, ha arribat a situar-nos directament com interlocutors. Freqüentment, també, hem observat i recollit les demandes en aquest sentit, no resoltes pels mecanismes més a mà (com per exemple el servei Sanitat Respon, que independentment de ser considerat principalment com un recurs de traducció, acaba intentant suplir un buit respecte a la mediació). Partint que aquesta necessitat existeix, no obstant això, hi ha diversos aspectes que cap considerar referent a això:

En primer lloc, i continuant amb l'anterior, és important esmentar que el coneixement de castellà i català té, en aquest cas, molta relació amb tot el relacionat amb la mediació, potser més del que se sol considerar des de la definició que es sol fer d'aquesta habitualment. Això és particularment visible, sobretot, en la superació de les primeres barreres d'accés, però fa que *molt freqüentment s'estigui parlant de traducció quan es vol dir mediació, i al contrari*.

És important també considerar que al parlar de mediació no sempre estem parlant de qüestions estrictament culturals, o almenys del que s'acostumen a considerar aquestes des d'una certa visió estreta d'allò cultural. Per exemple, estem parlant d'esforços de traducció en el sentit ampli, d'un llenguatge especialitzat i poc simplificat i adaptat als coneixements de la població rrom romanesa. De fet, per exemple en les entrevistes, pot sorprendre que no hàgim trobat una relació clara entre la major necessitat de mediació i la valoració dels professionals en funció del seu respecte a les pautes culturals de la població rrom. En altres paraules (i això torna a vincular la mediació amb la competència lingüística), no es tracta tant de la percepció per part del pacient rrom que no s'estan "comprentent" les seves pautes culturals, sinó simplement que no s'entén el que diu, o que ell mateix no ho fa.

És necessari considerar també el que entenem per mediació i quin tipus de perfil es defineix per a aquest rol, perquè és una qüestió delicada al treballar amb poblacions com la rrom romanesa. En primer lloc, perquè és importantíssim considerar les variables personals del propi mediador: equivocadament, per exemple, es pot plantejar que qualsevol persona procedent de Romania pot exercir aquest rol, simplement per dominar la llengua romanesa. No sempre la relació pot ser del tot bona entre persones rrom i no rrom, a causa de la situació en origen, i per ambdues parts poden aparèixer estereotips i preconcepcions que dificultin la intervenció. Tampoc, encara que fos una situació comuna (que no ho és), qualsevol persona pertanyent a la població rrom podria exercir aquest rol: és un procés delicat, que implica qüestions -evidentment, a més d'una formació bé plantejada-, com el subgrup al que pertany, el gènere, la posició del propi mediador en la comunitat, etc. més encara en una població poc significativa numèricament i amb cert caràcter comunitari.

Per altra banda, existeixen elements que poden facilitar la mediació (interpretada en aquest cas com un procés que, en la pràctica, ja està implicat en el rol del professional i que sol donar-se en les consultes sense considerar estrictament la presència d'un mediador) i que de fet, d'altra banda, ja es posen en pràctica quotidianament, a partir per exemple de l'acompanyament de persones properes o altres professionals no sanitaris, encara sense respondre a aquesta especialització. En el nostre cas, evidentment d'una forma puntual, hem pogut observar com fins i tot sense dominar més que superficialment la llengua, i amb certs codis culturals i lingüístics molt bàsics, es pot arribar a un cert grau d'eficiència. Això no significa, evidentment, que la figura del mediador/a no sigui necessària i, en certes situacions, imprescindible. La mediació és indudablement útil, i s'està convertint en una solució generalitzada i molt aplicada, però no sempre soluciona tant com es pretén o s'aplica necessàriament de forma correcta; ni és ben entesa o ho està sent des d'un coneixement profund de la població rrom (o altres poblacions).

En resum, i recapitulant: existeix en aquests processos comunicatius una *importància fonamental del lingüístic, en primer lloc, com barrera claríssima d'accés. Evidentment, també dels factors culturals, però molt especialment de totes les situacions i processos relacionats amb el propi vincle.* En aquest context, els mediadors i traductors tenen un rol molt important sempre que la seva selecció i el seu treball estiguin basats en un adequat coneixement de la població, una formació adequada i una pràctica coherent tant amb les necessitats del professional com les de la població. A més, es deuria prestar molta més atenció a les condicions en les quals després es desenvolupa aquesta feina així com assessorar a la resta de professionals que treballen en l'àmbit sanitari sobre el seu rol i les implicacions que pot tenir la seva presència en les consultes.

La població rrom, generalment, a pesar de tots els problemes esmentats, i de que també representen enormes reptes pel professional, tenen també una gran capacitat per vincular-se personalment (centres o persones de referència). Per exemple, hem observat freqüentment famílies que a pesar d'haver canviat de barri (de vegades a llocs molt allunyats) continuaven tornant al mateix servei, amb el qual havien assolit un cert vincle. Això només és possible amb una bona comunicació que faci possible un clima de certa confiança i afavoreixi aquesta vinculació. Dins del possible, cal poder estimular que el pacient rrom pugui exposar la seva situació personal, i que d'alguna manera i respecte les indicacions terapèutiques, pugui descriure el seu entorn quotidià i plantejar dubtes. També, i de la mateixa manera, cal anar construint una relació de col·laboració i implicació en el tractament per guanyar-se aquesta confiança i perquè el pacient pugui entendre la necessitat de realitzar les proves que el sanitari prescriu.

4.5. IMATGE, DISCRIMINACIÓ I RACISME

Com vam dir en la introducció, i com s'ha anat esmentant en molts dels apartats anteriors, existeix un imaginari molt intens sobre la població rrom romanesa. Aquest imaginari, gairebé sempre de tipus negatiu, té un impacte molt important també en les seves condicions de vida, servint de vegades per a justificar determinades pràctiques que contribueixen a mantenir la posició de marginalitat social de segments importants de la població rrom romanesa. Durant el treball de camp (i fora d'ell), hem observat freqüentment la intensitat d'aquesta imatge i, durant el propi treball, també situacions concretes que impliquen discriminació basada en ella. La relativament habitual freqüència d'aquestes situacions, i la seva valoració, han quedat també reflectides en els resultats de les entrevistes, en les quals un 66% de les persones entrevistades mantenien haver percebut a Catalunya discriminació o racisme i d'elles més de la meitat ho havien fet d'una forma intensa. Una proporció similar (un 70%) va afirmar haver sofert personalment situacions vinculades amb la discriminació o el racisme. No obstant això, la població rrom romanesa, i almenys en la nostra percepció de les seves valoracions durant el treball de camp, sembla no valorar com massa intensa o greu aquesta situació, potser -i aquesta és una hipòtesi molt inicial- com a conseqüència d'experiències similars o encara més intenses en aquest sentit en origen.

Aquest imaginari col·lectiu sobre els "gitanos romanesos" també té la seva expressió en l'àmbit sanitari. No es pot afirmar, no obstant això, que les situacions de discriminació hagin estat la nota dominant, més enllà de la consideració de si certs criteris o barreres ho són per sí mateixes. El que sí és més habitual és que

certs estereotips o prejudicis (molt estesos socialment i també entre els professionals) tendissin a tenir un paper, més o menys determinant, en la situació de consulta. A pesar que no hem fet treball de camp estrictament amb els professionals sinó amb la població, cal afegir que en part semblen ser compartits amb altres poblacions immigrades i/o amb la població gitana autòctona (considerant a més, que en aquest cas ambdós imaginaris s'unifiquen per tractar-se d'una població gitana i, a més, immigrant). Ja hem esmentat alguns d'aquests estereotips, però és important tornar a insistir en ells per les conseqüències que poden implicar. Moltes vegades no són més que cert "to" o manera d'apropar-se a la persona que acudeix al servei, i generalment no tenen majors implicacions que algunes de les que ja hem assenyalat a l'apartat anterior. Però, en un àmbit com la salut, i particularment en col·lectius vulnerables, en ocasions excepcionals la combinació d'aquests estereotips amb la pressió assistencial i d'altres factors pot comportar situacions més greus, com per exemple, i s'ha d'esmentar per que ho vam observar almenys en una ocasió durant el treball de camp, un to i un tracte que van derivar, a més, en un diagnòstic erroni i un seguiment molt insuficient²⁶⁰.

En tot cas, molt particularment també, aquests prejudicis tenen un caràcter més general i actuen en relació a aspectes com ara la cura dels nens i la seva "instrumentalització" en els treballs de tipus marginal. Per exemple, i cal dir que és un cas excepcional, hem escoltat argumentar en un CAP que les mares poden preferir que els seus fills estiguin malalts i plorin perquè el rendiment al demanar amb ells sigui major; o fins i tot, en aquest cas no en els professionals sanitaris si no a un nivell social més general (mitjans de comunicació), que aquests nadons estan drogats perquè "no molestin" o que els han donat alguna substància o provocat alguna malaltia per a produir llàstima i aconseguir més diners²⁶¹. Com bé apunta Pajares (2006:241) això no encaixa amb la consideració que les famílies rrom donen als seus nadons i en cap cas hem tingut el més mínim indici que alguna cosa així pogués estar ocorrent. A més, aquest autor també descriu una informació

²⁶⁰ Encara que no li volem donar més importància de la que té, fem referència, en concret, a una visita pediàtrica en un CAP. Degut a l'estereotip o l'experiència d'un mal ús dels horaris de consulta o d'un perfil molt demandant per part de la mare, es va fer un reconeixement a la menor en poc més d'un minut i no es van observar símptomes que fins i tot per nosaltres i d'altres persones que intervenien amb la família, eren clars. Dies després, la menor va ser ingressada a un centre hospitalari per aquesta mateixa demanda, sense un canvi significatiu dels seus símptomes, i va ser diagnosticada de diferents problemes de creixement i mobilitat relacionats amb un problema cardiovascular al cervell.

²⁶¹ Per exemple, la següent cita d'un article de premsa: "Porque detrás de estas mujeres hay auténticas mafias organizadas que han encontrado en la limosna una fuente segura de ingresos. Porque a menudo los niños son alquilados en un tráfico de criaturas. Porque mayoritariamente son drogados para garantizar su inmovilidad. ¿No les sorprende que sean niños tan quietos? Es un negocio que mueve mucho dinero, aunque parta de la marginación y el hambre. Porque la mayoría de estos niños acaban sufriendo lesiones cerebrales graves y todo tipo de malformaciones" (Rahola, P., 8 de setembre de 2002, citat en Pajares, 2006:241).

que ens ha arribat per diferents canals: en 2002, i davant aquest últim remor (que els nadons estaven “drogats”), la policia i certs serveis sanitaris (el servei de pediatria de l'Hospital del Mar) van realitzar una intervenció per a contrastar aquesta qüestió, i en cap cas el resultat va ser positiu. Evidentment, aquest fet, fins a on sabem, no ha tingut la mateixa difusió en els mitjans de comunicació que algunes de les idees anteriors.

Sense arribar a aquest extrem, uns altres estereotips tenen a veure amb el que vam comentar en els apartats anteriors: negligències, falta de responsabilitat i simulació de les situacions d'exclusió o de pobresa per a fer demandes. Independentment que hagi elements, en algunes persones, que puguin oferir certa base de realitat en l'anterior, el més important és considerar fins que punt aquestes idees preconcebudes afecten a la situació de consulta, sobretot en pacients amb els quals no s'ha tingut cap experiència prèvia. *Perquè existeix, i ho hem observat freqüentment, un perill cap a la culturització de certes pautes i cap a l'homogeneïtzació del col·lectiu; i juntament amb ell, de la mateixa manera que es reforcen els propis estereotips, la posada en pràctica de certes actituds que també poden reforçar els estereotips que la pròpia població té sobre els professionals (com a tals o com representants de la població majoritària).*

En aquest sentit, presentar certes situacions com trets culturals immòbils, sense un context social i històric i sense relació amb la societat majoritària (passada o actual), condueix de vegades a assumir que les persones no poden canviar i contribueixen, en certa manera, a perpetuar l'exclusió i a situar en aquells que la pateixen la responsabilitat exclusiva de la seva situació. El que no pot ocórrer, com en ocasions està ocorrent, és que sigui necessari per a la població rrom ocultar certes pràctiques o trets distintius, absolutament legítims, per a aconseguir evitar aquests estereotips i les seves conseqüències.

4.6. VALORACIÓ DELS SERVEIS SANITARIS PÚBLICS

Per a finalitzar aquest apartat, és interessant també abordar la valoració del sistema sanitari i dels seus propis drets respecte a l'accés a les cures de salut que la població rrom fa, doncs són aspectes generalment desconeguts per als professionals.

Respecte a la valoració dels drets d'accés a la salut en general, cap apuntar, en primer lloc, la dificultat per a traslladar, en ocasions, a una part significativa dels informants amb els quals hem treballat conceptes com el qual acabem d'esmentar, o d'altres relacionats per exemple amb la idea de ciutadania; conceptes que en una part de la nostra societat són utilitzats molt habitualment i estan interioritzats. En

part per això, de vegades resulta molt més senzill parlar de possibilitats i obligacions, requisits i barreres a un nivell pràctic que apel·lar a drets globals més abstractes, sobretot considerant que aquests no es solen complir. En altres paraules, i segons la nostra opinió, sembla lògic que aquesta dificultat existeixi, en tant els propis drets ni han sigut inculcats ni freqüentment han estat complerts en la pràctica, en origen o en altres llocs en els quals s'han establert.

En aquest sentit i en particular quan l'accés es concreta, almenys pel que hem pogut observar durant els acompanyaments i per les valoracions posteriors, la població rrom no sembla mostrar massa resistència davant les barreres dels serveis sanitaris. De vegades, fins i tot hem arribat a pensar que semblaria que estiguin normalitzades situacions discriminatòries experimentades molt més i de manera més evident en el context d'origen, i que per això, altres tipus de barreres d'un tipus més formal, no es reconeixen com a situacions greus. Per exemple, no ha sigut habitual veure, fora o dins la consulta, respostes directes cap a un sanitari (si bé això no vol dir que això no passi, i en tot cas, la nostra presència també ha pogut complir un cert rol de mediació o contenció). Ben al contrari, davant de situacions i de contextos que de vegades no haurien estat acceptables des del nostre punt de vista, han reaccionat amb certa passivitat i inhibició, com si la situació no fos violenta o mínimament desagradable, encara que, sovint, després, les expectatives de cara a tornar al servei eren molt més baixes. Davant certes situacions (als serveis sanitaris i d'altres) i quan després els demanàvem la seva opinió, no han verbalitzat moltes respostes negatives en relació a com s'han sentit durant la visita mèdica; i tampoc, encara que menys excepcionalment, han contradit verbalment el criteri del metge.

En aquest sentit podríem dir que el personal sanitari és, al menys en termes generals, una figura de certa autoritat, i que es sol respectar i considerar a l'hora d'acostar-se als serveis²⁶². Per exemple, una mostra del respecte vers els professionals de la salut que hem pogut observar en les dones rrom de Țândărei, i contràriament al que es pensa, és la prioritat que donen als seus hàbits d'higiene personals abans d'anar a la consulta mèdica i el neguit que expressen quan donada una urgència, no han pogut preparar-se. Inclús en els casos de més precarietat, fins i tot en casos de barraquisme (aquest cas entre la població originària de Murgeni), hem arribat tard a seguiments per que s'havien de netejar i canviar de roba després de tornar de la recollida de ferralla.

²⁶² Això no vol dir, és clar, que no puguin existir persones amb un apropament menys respectuós. D'altra banda, que la figura del metge (i en part també d'altres professionals sanitaris) sigui entesa com a una autoritat no és, evidentment, negatiu, però pot bloquejar l'exposició de dubtes en relació a les indicacions, o per a verbalitzar les dificultats per seguir-les en el seu context quotidià.

A més, pot semblar globalment que existeix una percepció positiva del que representen els professionals sanitaris, potser considerats dins d'un àmbit entès com més "neutre", per sobre del que passa amb altres que es perceben com a més conflictius (justícia, serveis socials, etc.); encara que en alguna ocasió hem pogut comprovar com el qüestionament per part del personal de certes pràctiques és viscut, sobretot en el cas de les dones rrom. Aquesta percepció es viu amb certa angoixa i inseguretat relacionades amb el neguit o la vergonya d'haver realitzat quelcom inadequat en la cura dels seus fills/es, tot i que generalment, les dones rrom, fins i tot les més joves, tenen molta experiència prèvia en la cura dels nens (per exemple, en la criança dels seus germans més petits).

En tot cas, quant a la valoració del propi sistema sanitari, donades algunes de les dificultats i barreres que hem esmentat, es podria esperar que fos molt negativa, o almenys bastant crítica. No obstant això, pot ser que aquestes dificultats siguin menys assenyalades o es reflecteixin menys, d'una banda, per que la situació percebuda en consulta és positiva (perquè realment ho és, en molts casos, o perquè en uns altres existeix una experiència prèvia, sobre tot a Romania) de situacions d'un caràcter més negatiu; d'una altra, perquè en el fons moltes vegades quan aquestes consultes són resolutives solucionen els problemes que els preocupen i llavors la situació de discriminació passa a un segon pla; i, finalment, i tampoc es pot obviar, perquè les respostes pretenguin també suavitzar la crítica cap a l'accés a serveis que els són necessaris i, de vegades, molt difícils d'aconseguir. Independentment d'això, la veritat és que la valoració, entre les persones entrevistades, però també generalment en el treball de camp, sol ser més o menys bona. Per exemple, entre les persones entrevistades, dos terços feien una valoració "bona o molt bona" dels professionals. Quant als motius argumentats amb aquesta valoració, els més assenyalats en positiu eren el coneixement i la competència dels professionals (52.2% de les respostes) i, bastant per sota, l'establiment d'una bona relació amb ells (26.1%). Entre els motius per a les valoracions de tipus negatiu, la més important va ser, en primer lloc, la falta de temps per visita (un 34.8%) i, a continuació, la percepció de discriminació (17.4%), que a més augmenten com més baixa és la valoració.

Per finalitzar, i donades les dificultats d'accés que hem exposat al llarg d'aquest apartat, és necessari apuntar que aquesta valoració no sembla dependre massa del fet d'haver acudit en major o menor mesura als serveis sanitaris en destí, i que de fet sembla ser lleugerament més crítica en els casos que existeix més experiència d'ús en aquests serveis, menys necessitat de mediació o traducció i més coneixement dels mateixos (el que, en realitat, és bastant lògic: a mesura que s'utilitza el servei, és sap millor com moure's dins del sistema i és té més experiència en aquest, interioritzant més el dret a una assistència adequada). Encara que aquestes qüestions requeririen d'una observació més en profunditat i a

llarg termini de la interacció amb els serveis, semblen indicar que, en general, la percepció de la població rrom és positiva respecte al rol que els professionals sanitaris poden complir. Això pot suposar un factor facilitador de la incorporació de pautes saludables i de la millora de la relació terapèutica, sempre que el treball sobre elles incorpori una comprensió dels múltiples factors que incideixen en la salut de la població rrom i el context en el qual aquestes es donen millori cap a nivells que s'allunyin de la situació d'exclusió social i marginalitat que una part significativa de la població rrom romanesa pateix en aquests moments a Catalunya.

5. CONCLUSIONS

Pels rrom, són diversos els factors que incideixen en l'accés i l'ús del sistema sanitari públic. En primer lloc, la situació jurídica amb la que es troben a Catalunya determina en bona mesura l'accés ja que la disponibilitat de la TSI està lligada a l'empadronament dels individus i aquest no sempre els és fàcil d'aconseguir. Si això es combina amb una situació de precarietat socioeconòmica (molt intensa en el cas de la població rrom, i molt present per aquests també en origen tal com ja hem explicat en aquest informe), l'accés es veu encara més dificultat. D'altra banda, per a l'accés però especialment per al bon ús del sistema sanitari, és fonamental el coneixement dels circuits de funcionament i del ventall de documents existents; un coneixement que moltes vegades la població no té, i que a més no és fàcil d'assolir donada la complexitat del sistema sanitari o la seva manca d'adaptació tant a situacions de vulnerabilitat i exclusió social com a la diversitat de poblacions i pràctiques socioculturals.

Tal com hem exposat en apartats anteriors, el procés migratori de la població rrom és encara recent i es caracteritza per una situació d'exclusió social d'una part molt important del grup. Això es tradueix, a més de la precarietat econòmica, en situacions d'irregularitat, concretament en tot allò referent a l'empadronament. La dificultat per obtenir-lo converteix un document bàsic (porta d'accés a la salut i altres drets i serveis) en un bé escàs que arriba fins i tot a ser objecte de pagaments i que sovint no tots els membres de la família tenen. Això comporta, que s'hagi de prioritzar uns membres (per exemple, el cap de família), i no uns d'altres que potser en farien més ús.

Per tant, no estem parlant únicament de la manca de coneixement dels drets en l'accés als serveis sanitaris d'una part de la població. Estem parlant sobretot, i tal com hem pogut observar de manera directa durant la nostra tasca etnogràfica en algun centre sanitari d'atenció primària, de la no aplicació d'aquests drets en alguns moments no aïllats. Probablement l'exemple més visible d'això té a veure amb els menors de 18 anys i les dones embarassades, que per llei tenen dret a una atenció sanitària encara que no tinguin empadronament ni TSI. No obstant això, molt sovint se'ls hi ha denegat aquesta atenció, la qual cosa comporta, a més d'una il·legalitat, una desprotecció molt greu (especialment en el cas dels nadons), a més del manteniment en l'ús dels serveis d'urgències en la situació anterior o en d'altres que formalment no tenen un accés regulat (homes sense empadronament).

Per tant, una primera i fonamental conclusió de tot el que hem exposat fins ara, i que ha de considerar-se sempre, és que l'anàlisi de la situació de salut en relació a un col·lectiu i específicament en els rrom, passa per observar la interrelació, complexa per definició, existent dels factors de diversos tipus (laboral, legal,

habitatge, cultural, familiar, etc.) que a més s'interrelacionen i estan vinculats de manera complexa. Podríem destacar, a manera de resum, que:

- La falta d'empadronament (resultant de la situació de precarietat en l'habitatge i la manera en que s'apliquen les normatives legals) dificulta l'accés i la realització de certs tràmits necessaris (per exemple, la TSI). A més, les situacions de persones sense llar i habitatges sobreocupats tenen efectes negatius específics sobre la salut de la població rrom.
- La situació de precarietat i les característiques del procés migratori i de la població rrom pot impossibilitar o dificultar el manteniment d'una relació estable amb certs centres, serveis o professionals. Aquesta situació afecta a la comunicació que s'estableix entre sanitaris i pacients. També al coneixement i ús que aquests fan dels itineraris; i a l'actitud del personal sanitari vers aquests usuaris.
- Una precarietat i provisionalitat quotidiana molt intensa, generalment relacionada amb la limitació d'ingressos i les estratègies de treball de tipus marginal, pot dificultar també el compliment de les visites programades als serveis de salut (i dona sentit a la normalització d'aquestes pautes d'immediatesa i urgència) i el compliment de les indicacions terapèutiques, a més d'implicar riscos específics per a la salut.
- Algunes de les pautes culturals relacionades amb la salut, malgrat estar moltes vegades vinculades directament amb altres factors, incideixen en aspectes concrets de la situació de salut i de l'accés i ús dels serveis sanitaris.

És necessari destacar, en segon lloc, un element que hem anat abordant transversalment en els apartats anteriors: la importància de l'adaptació del sistema sanitari a situacions o necessitats específiques. Aquest és un aspecte fonamental a considerar, tractant-se d'un sistema complex, amb diferents nivells, els itineraris dels quals no sempre són visibles amb facilitat per a l'usuari (més encara quan aquest no respon a un model d'usuari mig o "normalitzat"). Utilitzant la següent cita de Sanjuán (2007) a manera d'exemple, i considerant que l'ha obtingut del dret teòric a l'assistència sanitària (un dret que com hem vist no sempre es compleix en la pràctica) l'usuari s'enfrontaria a un procés que en termes genèrics podria ser de la següent manera:

“En primer lugar, debe conocer cuáles son sus derechos a nivel de asistencia médica y saber que necesita obtener una Tarjeta Sanitaria y que, para ello, primero tiene que empadronarse. Para hacerlo tendrá que dirigirse al Ayuntamiento –debe, por tanto, conocer dónde está y que es ahí dónde debe ir– y llevar la documentación necesaria –que también tiene que conocer. Después, con el volante o certificado de empadronamiento, tiene que ir al Centro de Atención Primaria (CAP) que le corresponda –de nuevo, tendrá que saber cuál es– y solicitar la TSI. Tras esto, se le asigna un médico de familia (y un pediatra) y, en caso de necesitarlo, debe pedir cita y acudir a ella en el lugar y la hora indicados, establecidos dentro de unos horarios limitados (que a menudo coinciden con las jornadas laborales) y para los que los tiempos de espera pueden ser prolongados (o, en todo caso, relativamente impredecibles). Frecuentemente, el médico de familia indicará pruebas diagnósticas, que deberán solicitarse y realizarse, a veces, fuera del CAP. El paciente tendrá también que saber cuándo recoger por sí mismo los resultados y cuándo se le envían directamente a su médico, para el que tendrá que solicitar una nueva cita. En otras ocasiones, el médico de familia le derivará a un especialista, situado en el mismo centro, en otro o en un hospital y éste, a su vez, solicitará más pruebas complementarias. Unos y otros ofrecerán explicaciones –de las dificultades en este punto hablaremos más adelante–, indicarán tratamientos –es decir, expedirán recetas, para fármacos que hay que comprar, y pagar, en la farmacia, llevando, además, la TSI– y darán indicaciones respecto a cómo tomarlos. Además, incluirán recomendaciones en cuanto a dieta, ejercicio u otros hábitos de vida. Y todo ello en un tiempo récord: menos de diez minutos de media en las consultas de primaria.” (Sanjuán, 2007:149)

Aquest recorregut, que ja és complex per al considerat “usuari tipus”, l'és en un grau molt superior quan es dóna una situació com la que hem esboçat en aquest informe. Malgrat els intents d'adaptació a les necessitats específiques que es posen en pràctica en el sistema sanitari públic català, existeixen obstacles per a l'accés i l'ús que no s'estan salvant adequadament. Aquestes necessitats poden tenir a veure, com hem explicat, amb multitud de factors, que van des de la competència lingüística o el coneixement del sistema fins a diferents concepcions o pràctiques relacionades amb la seva situació en origen, passant -particularment en el cas dels rom- per un context de marginació i exclusió socioeconòmica especialment intens.

Hem recollit en els acompanyaments, en les entrevistes i en el treball de camp en general, en multitud d'ocasions, com les possibilitats d'adaptació del sistema i dels propis professionals (per falta de recursos, de temps, de coneixement i, en alguns casos, també s'ha de dir, d'interès) no arriben a ser suficients per a garantir l'accés

a les cures de salut de la població rrom. Com ja hem dit, això implica també la recerca de sortides dintre del sistema per part de la població (com el recurs a les urgències, que en tot cas, d'acord amb la nostra experiència de camp, no és tan significatiu com sol assenyalar-se) i que contribueix en ocasions a un cert entorpiment dels serveis i freqüentment a la generació de prejudicis o la confirmació dels ja existents.

En tot cas, aquesta dificultat d'adaptació comporta freqüentment, entre d'altres: la repetició de certes pautes bàsiques cada vegada que s'inicia la relació amb un servei o professional; en els aspectes relacionats amb la precarietat econòmica, un desconeixement del context (per exemple, si l'usuari viu o no en una barraca, o a què es dedica) que fa que les indicacions terapèutiques proposades pel professional siguin moltes vegades, en la pràctica, difícilment assolibles; finalment, l'atenció dintre d'una estructura burocràtica que fa complex el canvi, amb exigències de tràmits que en ocasions no es poden complir i una falta de claredat en els drets, itineraris i possibilitats (particularment en l'obtenció de la targeta sanitària per part de menors i dones embarassades).

Tots aquests aspectes, i els anteriors, requereixen evidentment d'un major aprofundiment sobre les característiques i situacions reals de la població rrom que actualment resideix a Catalunya, que a més es veu subjecta a constants canvis tant en la seva composició com en la seva situació socioeconòmica i legal. Hem assenyalat al llarg de l'informe diferents àmbits on caldria potser fer recerques encara més específiques, per la complexitat o rellevància del tema, perquè la seva presència o importància és encara recent o perquè no hem aconseguit aprofundir del tot en elles en aquest procés d'investigació. Alguns d'aquests temes podrien ser, per exemple, l'alimentació, alguns aspectes relacionats amb la sexualitat, un major aprofundiment en les qüestions legals relatives a l'atenció o les xarxes socials i de suport. A més a això cal afegir l'anàlisi de l'imaginari social negatiu sobre aquesta població, molt estès i intens, i que implica situacions de discriminació i una sèrie de prejudicis i estereotips bé coneguts.

Un dels objectius fonamentals d'aquesta investigació ha estat conèixer què està ocorrent fora dels espais estrictament sanitaris, en àmbits als quals en ocasions no es sol arribar en investigacions sobre salut, i indubtablement menys encara amb aquesta població o altres semblants. Creiem que aquesta és una dels avantatges fonamentals del coneixement recollit: l'oferir un marc ampli prenent en compte un context (el de fora de consulta) que no és tot el conegut que hauria, ni tan sols en els seus trets bàsics. Evidentment, no és competència directa dels professionals sanitaris conèixer en profunditat què ocorre amb les persones que atenen fora de

l'àmbit de la seva responsabilitat. Però és evident que aquest coneixement té un impacte directe en el que ocorre en la consulta o en altres serveis.

Està clar que no existeixen, per a tot el plantejat aquí, solucions senzilles, però no ho és menys que moltes d'elles passen en primer lloc per ser conscients de la situació i fer-la explícita, com un primer pas per a incidir en processos que difícilment van a desaparèixer per esperar que ho facin o mirar cap a un altre lloc, més encara quan en la seva major part no depenen únicament d'un dels actors implicats.

El que sí depèn d'ells (de nosaltres) és aportar elements per a la seva solució o atenuació: reforçar la idea de que la xarxa sanitària no té només un rol receptor, sinó que ha d'intervenir activament en la millora de la situació de salut de la població; aprofundir en els processos d'intervenció i de participació amb -i de- la pròpia població, aprofitant les experiències que ja s'estan construint i el coneixement a nivell dels carrers, els domicilis i altres àmbits que no sempre són fàcils d'abordar. Fent valer la flexibilitat i la implicació de les diferents entitats, però intentant que no sobrepassin ni substitueixin competències o recursos. Contant necessàriament amb professionals formats i iniciant a la vegada processos de formació i de col·laboració amb uns altres o amb figures com la de la mediació. Però en tot cas, fent-lo d'una manera sostinguda, fonamentada i també crítica, a partir d'una perspectiva global i integradora que intenti coordinar actuacions que realment serveixin per a millorar una situació que ha de millorar-se quant a factors clarament estructurals, i no només mitjançant mesures vistoses i parcials.

Evidentment, no tot el que es fa, en molts dels àmbits que hem assenyalat aquí, és negatiu, ni de bon tros. Simplement en aquest informe ens hem centrat en els aspectes que no funcionen com haurien, encara que existeixin molts altres que permeten a la població rom accedir una atenció adequada i superior, probablement, que la qual rebrien en origen. Però, coincidint totalment amb la següent cita:

“The concept of equal rights foresees that all populations should have equal rights to access a particular service. Implementing special measures, on the other hand, suggests that certain populations require programs or policies that will compensate for past and ongoing disadvantage. According to the concept of special measures, equal rights are not enough in the face of structural inequality [...] to improve Roma health.” (OSI, 2005:3).

Com vam plantejar abans, els factors recollits aquí en general estan també subjectes a canvis i a modificacions, i no han d'enfocar-se des d'una visió essencialista ni immòbil. Però encara més important, són estratègies que han sigut, i en les condicions actuals generalment ho són, imprescindibles per a la

supervivència –econòmica i cultural- de les persones que componen aquesta població i de la col·lectivitat en sí mateixa. És evident, per tant, que la pròpia població rrom té un paper en el manteniment de aquestes pràctiques, i que no han de ser contemplades com a simples efectes d'una situació, sinó considerant als i les rrom com actors actius (al nivell que se'ls possibilita i en els àmbits en què se'ls permet). Però és més cert encara que, mentre la situació no canviï (i en això també té un paper l'administració sanitària, des d'un enfocament integral i integrador dels problemes que poden existir) un dels esforços fonamentals ha d'anar orientat a garantir en la pràctica el compliment de drets bàsics com el de la salut, en tant que:

“las leyes establecen el derecho a disfrutar de una asistencia integral, universal y en condiciones de equidad. Según la Ley de Extranjería la mayor parte de los inmigrantes tienen garantizado el disfrute de este derecho en igualdad con los demás ciudadanos, por lo que el sistema sanitario debería adaptar su estructura y modo de funcionamiento para cubrir sus necesidades, por mucho que éstas puedan ser específicas y diferenciadas, de la misma manera que se da por hecho que tiene que responder a las del resto de la población” (Sanjuán, 2007:113)

En altres paraules, considerem que s'ha d'insistir en l'especificitat, en les seves implicacions i en els esforços que la pròpia població fa per a adaptar-se al sistema, però sense oblidar que estem, -en ocasions i dintre de tots els aspectes positius que contempla el nostre sistema sanitari- , davant de casos en els quals s'estan donant situacions insostenibles i greus dificultats per a garantir la mateixa accessibilitat i protecció a tots els usuaris que tenen dret a aquesta.

6. ORIENTACIONS I RECOMANACIONS

Les següents orientacions i recomanacions, que han de considerar-se com resultat de tot el que hem exposat en els capítols anteriors, es plantegen bàsicament a partir de tres eixos: el primer implica la millora de la situació actual de la població rrom i la reducció de l'impacte negatiu d'alguns dels factors esmentats. El segon s'ha de veure específicament amb la minimització dels efectes negatius per a la salut i l'accés i ús dels serveis sanitaris, considerant fonamentalment la capacitat d'adaptació i resposta d'aquests serveis. Finalment, es plantegen algunes orientacions o recomanacions de tipus més global, respecte a la imatge i inserció social general del col·lectiu, com part del seu arrelament.

1. Millora de la situació actual i reducció de l'impacte negatiu dels factors relacionats amb la salut en el cas de la població rrom.

- Compliment efectiu de la legislació vigent respecte a l'empadronament i arrelament. Establiment de canals adequats (Serveis Socials Bàsics o uns altres) per a aquests supòsits. Revisió de les polítiques que impliquen limitació del dret d'empadronament.
- Coordinació, si és possible, amb altres serveis relacionats que també tenen una relació amb l'àmbit de la salut (per exemple, educació, higiene, alimentació, a partir d'escolarització), per realitzar tasques d'informació i actuacions preventives.
- Afavorir la participació real de la població en decisions i àmbits que els afecten directament, també en allò referent a la salut. Tractar de considerar (que *no* utilitzar ni instrumentalitzar acríticament reforçant certes figures o estructures no sempre representatives) com a actors importants, els sistemes d'autoritat i respecte i les formes d'organització social pròpies del col·lectiu presents a Catalunya.

2. En relació als efectes negatius sobre la salut i l'accés i ús dels serveis sanitaris i l'adaptació del mateix a la desigualtat socioeconòmica i la diferència cultural.

- Criteris comuns, d'acord amb la legislació, en els tràmits necessaris per a l'obtenció de la Targeta Sanitària (TSI), particularment per a aquells segments que, encara tenint dret teòricament, no l'estan podent obtenir en la pràctica.

- Millora de la comunicació i organització entre els serveis i establiment de coordinació entre els quals pertanyen a diferents territoris, respecte a l'atenció de la població rrom que resideix i té pautes de mobilitat entre ells.
- Clarificació i informació sobre els tràmits burocràtics i drets (particularment respecte a la TSI) però també sobre els itineraris terapèutics (més que informació estrictament mèdica ens referim a: ubicacions dels diferents serveis, horaris, possibilitats d'accés, etc).
- Creació de materials clars (accessibles i visuals) sobre les pautes bàsiques de accés, horaris, itineraris i el rol dels serveis i professionals. Particularment també pel ús individual amb els pacients, en allò relacionat amb la planificació de visites, les pautes de tractament i l'ús de fàrmacs.
- Pautes per a la resolució de problemes concrets que sorgeixen a partir de del procés migratori: seguiment vacunal, equivalents farmacèutics, coneixement del tipus de sistema sanitari en origen i de les seves implicacions, etc.
- Augment de la flexibilitat del sistema en condicions d'extrema precarietat i pobresa. Sense crear vies paral·leles, però tenint en compte la situació (per exemple, intentant apropar més les visites en el temps quan hi ha una economia al límit de la subsistència).
- Incorporar perspectiva de gènere en l'atenció. Les dones són un element d'atenció fonamental tant en la seva pròpia salut com en la cura d'altres persones i l'atenció general en salut, i en ocasions es veuen particularment sobrecarregades pel recurs a estratègies de subsistència marginal.
- Reforç dels vincles amb els professionals més que amb el centre o servei. Nivell d'exigència adequat a la situació en casos d'exclusió social, i adaptació del servei a aquesta necessitat (en relació sobretot a garantir que el professional sanitari disposi del temps adequat per afavorir una bona relació amb el pacient durant l'espai de consulta).
- Aprofitament de les actituds positives de la població rrom respecte a certs aspectes de salut i serveis per a reforçar el vincle amb d'altres àmbits del sistema sanitari.
- Afavorir, dins del possible, pautes i hàbits de vida saludables, començant per els que tenen un major impacte en la salut de la població rrom, però

aprofitant també àmbits que ja contenen amb un apropament positiu per part dels joves, com per exemple l'esport.

3. Relacionats amb l'imatge i l'inclusió social general del col·lectiu, com a part del seu arrelament i de la millora de la seva situació.

- Potenciar la construcció d'una imatge positiva del grup a nivell de proximitat (barris, etc.). Reforç de les xarxes de suport a nivell general.
- Formació a professionals i mediadors (*de llarg termini i correctament plantejada i fonamentada*) que aprofundeixi en la relació entre salut i altres factors. Contribuir a no reforçar estereotips, que en ocasions justifiquen la falta d'intervenció i el desarrelament.
- Aprofundir, mitjançant investigacions plantejades amb temps, orientació i recursos suficients, en un coneixement adequat i suficient (general i en àmbits específics) de la població rrom romanesa, de les seves característiques, situació actual i procés migratori, per tal d'adaptar i millorar els processos d'intervenció i poder incidir en la situació d'exclusió social que pateix.

7. BIBLIOGRAFIA

7.1. BIBLIOGRAFIA CITADA

- Aguirre, J. (2006) *Historia De Las Itinerancias Gitanas: De La India A Andalucía*. Zaragoza: Institución Fernando El Católico
- Ajuntament de Barcelona (2007). *Infància i Adolescència en situació de risc de maltractament*. Direcció de Benestar Social. Ed. Ajuntament de Barcelona. Benestar Social.
- Ancel, J. (2006) Prefață. En: Mihai, L. (2006) *Lacrimii Rome-Romane Asva*. Bucarest: RoMedia
- Backman, G. et al. (2008) Health systems and the right to health: an assessment of 194 countries. *The Lancet*; Dec 13-Dec 19, 2008; 372, 9655; 2047
- Barany, Z. (2002) *The East European Gypsies. Regime change, Marginality, and Ethnopolitics*. Cambridge: Cambridge University Press.
- Barth, F. (Ed.) (1970). *Ethnic Groups and Boundaries: The Social Organization of Culture Difference*. London: George Allen & Unwin.
- Bustamante, J.L. (2005) Las pateras del asfalto: algunas consideraciones sobre la inmigración de los gitanos rumanos. *I Tchatchipen: lil ada trin tchona rodipen romani - revista trimestral de investigación gitana*, 51: 16-26.
- CEDIMR-SE (2001) *Romii din România*. [En línea] Centrul de Documentare și Informare despre Minoritățile din Europa de Sud-Est. Accesible en <http://www.romanothan.ro/romana/rapoarte/docs/rm_d_rn.htm> [Última consulta, febrero de 2008]
- Centre for Reproductive Rights (2008) [En línea] Accesible en: <<http://reproductiverights.org/>> [Darrera consulta, novembre 2008]
- Centre for Reproductive Rights (2003) *Body and Soul; Forced Sterilization and Other Assaults on Roma Reproductive Freedom in Slovakia*. Centre for Reproductive Rights and Poradna pre občianske a ľudské práva in consultation with Ina Zoon.
- Centrul de Resurse pentru Diversitate Etnoculturală (2002) *Baza de date – Structura etno-demografică a României*. [En línea] Accesible en <http://www.edrc.ro/projects.jsp?project_id=40> [Darrera consulta, novembre de 2008]
- Choike (2007) *Derechos sexuales y reproductivos* [En línea] Accesible en: <<http://www.choike.org/nuevo/informes/1110.html>> [Darrera consulta, novembre 2008]

- Cobo, R. (1999) Multiculturalismo, democracia paritaria y participación política. *Política Y Sociedad*, Madrid, 32: 1-11
- CommDH (2006) *On the human rights situation of the roma, sinti and travellers in Europe*. [En línia] Commissioner for Human Rights. Accessible en: <<https://wcd.coe.int/ViewDoc.jsp?id=962605&BackColorInternet=FEC65B&BackColorIntranet=FEC65B&BackColorLogged=FFC679>> [Darrera consulta, setembre 2008]
- CRIRED (2000) *Ethnobarometer: May-June 2000*. Center for Research of Interethnic Relations and the Ethnocultural Diversity. Cluj-Napoca.
- Decret 188/2001, de 26 de juny, dels estrangers i la seva integració social a Catalunya *Diari Oficial de la Generalitat de Catalunya*. Núm. 3431 - 16.07.2001.
- Decret 259/2003, de 21 d'octubre, sobre requisits mínims d'habitabilitat en els edificis d'habitatges i de la cèdula d'habitabilitat. *Diari Oficial de la Generalitat de Catalunya* Núm. 3999 - 30.10.2003, 21327. [En línia] Accessible en <<http://arqs.info/catala/decret.pdf>> [Darrera consulta, novembre de 2008]
- Díaz, A. (2005) *Materiales*. Bellaterra, UAB, Departamento de Antropología Social y Cultural. policopiado, materiales Técnicas de Investigación en Antropología Social y Cultural
- Diminescu, D. (2003) *Visibles mais peu nombreux. Els circulations migratoires roumaines*. Paris: Editions de la Maison donis Sciences de l'Homme.
- DIVERS (2007) *Romania's President Apologizes for State's Role in Deportation of Roma*. [En línia] Accesible en <http://www.divers.ro/eveniment_en?wid=37646&func=viewSubmission&sid=7920> [Darrera consulta, novembre de 2008]
- DPTOP (2006) *Barris. Tortosa (nucli antic)*. [En línia] Accessible en: <http://www10.gencat.net/ptop/AppJava/cat/actuacions/departament/barris/barris_tortosa_nucliantic.jsp> [Darrera consulta, desembre 2008]
- Duminica, G., ed. (2006) *Roma access to social services. Facts and Trends*. [En línia] "Impreună" Agency for Community Development. Accessible en: <<http://www.coe.int/t/dg3/romatravellers/documentation/Employment/roma%20access%20to%20social%20services.pdf>> [Darrera consulta, novembre 2008]
- ECRI (2002) *Second report on Romania*. [En línia] Bruselas: European Commission against Racism and Intolerance. Accesible en <[http://www.coe.int/T/e/human rights/ecri/4-Publications/](http://www.coe.int/T/e/human%20rights/ecri/4-Publications/)> [Darrera consulta, novembre de 2008].
- ERRC (1996) *Sudden Rage at Dawn. Violence Against Roma in Romania*. [En línia] European Roma Rights Centre. Accesible en: <<http://www.errc.org/db/00/18/m00000018.pdf>> [Darrera consulta, novembre de 2008]

- ERRC (2004). *State of impunity. Human Rights Abuse of Roma in Romania*. [En línia] European Roma Rights Centre. Accesible en: <<http://www.errc.org/db/00/0B/m0000000B.doc>> [Darrera consulta, novembre de 2008]
- ERRC (2006) *Ambulance not on the way: the Disgrace of Health Care for Roma in Europe*. [En línia] Accesible en: <<http://www.errc.org/db/01/E6/m000001E6.pdf>> [Darrera consulta, setembre 2008]
- ERRC-COHRE (2003) Comments of ERRC and COHRE on the occasion of the Article 16 Review of Bulgaria, Italy and Romania under the Revised European Social Charter supervision cycle 2004. [En línia] Accesible en: <<http://www.cohre.org/store/attachments/COHRE%20ERRC%20Report%20to%20European%20Committee%20ESC%20Rights.doc>> [Darrera consulta, novembre 2008]
- Espinosa et al. (2005) *Guía para Programas y Proyectos de Salud Sexual y Reproductiva en África* [En línia] Ed. Programa VITA, Agencia Española de Cooperación Internacional. Accesible en: <http://fcsai.isciii.es/formacion/pdf/Guia_para_Programas_y_Proyectos_Salud_Sexual_y_Reproductiva_en_Africa.pdf> [Darrera consulta, octubre 2008]
- EUMC (2003) Breaking the barriers -Romani Women and Access to Public Health Care. [En línia] European Monitor Center on Racism and Xenophobia
- Fajans P, Broderick M. (2004) *Abortion and contraception in Romania. A strategic Assessment of Policy, Programme and Research Issues*. UNDP/UNFPA/WHO/World Bank Special Programme of Research, Development and Research Training in Human Reproduction (HRP). Geneva: WHO.
- Ferrando, L. (2006) Los indicadores de salud de la UE empeorarán con Bulgaria y Rumanía. [En línia] Diario médico. Accesible en: <http://www.diariomedico.com/edicion/diario_medico/mi_dm/politica_sanitaria/internacional/es/desarrollo/721135_02.html> [Darrera consulta, novembre 2008]
- Ferrero, R. (2005). *Nous socis, noves fronteres. Els processos migratoris des d'Europa Central i Oriental*. Serie Migracions, 5. CIDOB, Barcelona, 60 p.
- Fundació Secretariat Gitano (2008) *Programa de foment de la integració del col·lectiu gitano immigrant procedent de països de l'Est d'Europa. Memòria 2008*. Barcelona.
- Fraser, A. (1995 [1992]). *Gypsies (Peoples of Europe)*. Oxford: Blackwell
- Gamella, J. F. (2007) La inmigración ignorada: Romá / gitanos de Europa oriental en España, 1991-2006. [En línia] En: *Gazeta de Antropología*, nº 23 . Accesible en: <http://www.ugr.es/~pwlac/G23_08JuanF_Gamella.html> [Darrera consulta, novembre de 2008]

- Garriga, C. (Dir.) (2003). *Els gitanos de Badalona. Una aproximació sociològica*. Barcelona: Diputació de Barcelona-Àrea de Benestar Social.
- Generalitat de Catalunya (2005) *Protocol de seguiment de l'embaràs a Catalunya. Departament de Salut*. [En línia] Direcció General de Salut Pública Accessible en: <<http://www.gencat.cat/salut/depsalut/pdf/protseguir2006.pdf>> [Darrera consulta, novembre 2008]
- Generalitat de Catalunya (2005b). Protocol d'atenció a infants immigrants: programa de seguiment del nen sa. Barcelona: Direcció General de Salut Pública, Departament de Salut. <http://www.gencat.cat/salut/depsalut/pdf/protoimmi2006.pdf>
- Godfrey C. (2003) Of pregnancy and charms, or folklore connected with it – boar's teeth and charms for preventing the flow of blood, capítol VI. En: Godfrey, C. (2003) *Gypsy Sorcery and Fortune Telling*. Ed. Kessinger Publishing,
- Google Earth (2008) [En línia] Accessible en <<http://earth.google.com/intl/es/>> [Darrera consulta, setembre de 2008]
- Hancock, I. (2008 [1987]) *The Pariah Syndrome. Chapter III. Conditions under Slavery* [Versió electrònica de: Hancock, I. (1987) *The Pariah Syndrome*. Ann Arbor: Karoma] Accessible en: <<http://www.geocities.com/~Patrin/pariah-ch3.htm>> [Darrera consulta, març de 2008]
- Helsinki Watch (1991). *Destroying Ethnic Identity: The Persecution of Gypsies in Romania. Humans Right Watch*. New York.
- INSSE (2005) *România în cifre*. [En línia] Bucarest: Institutul Național de Statistică. Accessible en < <http://www.insse.ro/cms/rw/pages/index.ro.do>> [Darrera consulta, novembre de 2008]
- INSSE (2008) *Anuarul Statistic al Romaniei 2007. Cap 2. Populatie - Population*. [En línia] Bucarest: Institutul Național de Statistică. Accessible en: <<http://www.insse.ro/cms/files/pdf/ro/cap2.pdf>> [Darrera consulta, desembre 2008]
- INSSE (2008b) *Anuarul Statistic al Romaniei 2007. Cap 5. Locuințe și utilități publice - Dwellings and public utilities*. [En línia] Bucarest: Institutul Național de Statistică. Accessible en: <<http://www.insse.ro/cms/files/pdf/ro/cap5.pdf>> [Darrera consulta, desembre 2008]
- INSSE (2008c) *Anuarul Statistic al Romaniei 2007. Cap 7. Sănătate - health*. [En línia] Bucarest: Institutul Național de Statistică. Accessible en: <<http://www.insse.ro/cms/files/pdf/ro/cap7.pdf>> [Darrera consulta, desembre 2008]
- Ionescu, C. (2006) Corruption targeted in Romania's health reforms. *The Lancet*. Volume 367, Issue 9519, Pages 1307 - 1308, 22 April 2006

- Ivanov, A. (2003) *Roma in Central and Eastern Europe: Avoiding the Dependency Trap*. [En línia] PNUD. Accesible en <http://www.undp.se/download.asp?Attachment_id=6291&Name=Roma+report+-+03.pdf> [Darrera consulta, novembre de 2008]
- Kanev, K. (1999) Changing Attitudes Towards Ethnic Minorities in Bulgària and the Balkans 1992-1997. En: Sfikas, T., Williams, C., eds. (1999) *Ethnicity and Nationalism in East Central Europe and the Balkans*. Aldershot: Ashgate.
- Lazaroiu, S. (2003) *Migration Trends in Selected Applicant Countries. Volume IV – Romania. More 'Out' than 'In' at the Crossroads between Europe and the Balkans*. [En línia] Organización internacional para las migraciones. Accesible en <http://www.iom.int/jahia/webdav/site/myjahiasite/shared/shared/mainsite/publis hed_docs/serial_publications/IOM_IV_RO.pdf> [Darrera consulta, novembre de 2008]
- Lazariou, S., Alexandru, M. (2005) *Controlling exits to gain accession. Romanian migration policy in the making*. [En línia] Roma: Compagnia di San Paolo. Accesible en <<http://www.cespi.it/migration2/PAPERS/mig-romania-2.pdf>> [Darrera consulta, novembre de 2008].
- Ley Orgánica 4/2000, de 11 de enero, sobre Derechos y Libertades de los Extranjeros en España y su Integración Social. *Boletín Oficial del Estado*, 10, 12 de enero de 2000, 1139-1150.
- Ley Orgánica 8/2000, de 22 de diciembre, de reforma de la Ley Orgánica 4/2000, de 11 de enero, sobre Derechos y Libertades de los Extranjeros en España y su Integración Social. *Boletín Oficial del Estado*, 307, 23 de diciembre de 2000, 45508-45522.
- Ley Orgánica 11/2003, de 29 de septiembre, de Medidas Concretas en materia de Seguridad Ciudadana, Violencia Doméstica e Integración Social de los Extranjeros. *Boletín Oficial del Estado*, 234, 30 de septiembre de 2003, 35398-35404.
- Ley Orgánica 14/2003, de 20 de noviembre, de Reforma de la Ley Orgánica 4/2000, de 11 de enero, sobre Derechos y Libertades de los Extranjeros en España y su Integración Social, modificada por la Ley Orgánica 8/2000, de 22 de diciembre; de la Ley 7/1985, de 2 de abril, Reguladora de las Bases del Régimen Local; de la Ley 30/1992, de 26 de noviembre, de Régimen Jurídico de las Administraciones Públicas y del Procedimiento Administrativo Común, y de la Ley 3/1991, de 10 de enero, de Competencia Desleal. *Boletín Oficial del Estado*, 279, 21 de noviembre de 2003, 41193-41204.
- Lewis, M. (2000) "Who is Paying for Health Care in Eastern Europe and Central Asia?", The International Bank for Reconstruction and Development, World Bank: Washington DC
- Liégeois J.P. (2007). *Roma en Europe*. Strasbourg: Éditions du Conseil de l'Europe
- López, P. (2005) *Fundació Ateneu Sant Roc: un treball per la cohesió social*. [En línia] Accesible en <<http://www.senderi.org/modules.php?op=modload&name=News&file=article&sid=859&mode=&order=0>> [Darrera consulta, febrer de 2008]
- López, O. (2008) *Aproximación a la población rrom rumana inmigrada en el Área Metropolitana de Barcelona: estrategias de subsistencia, usos de los espacios públicos y*

movilidad. Trabajo de investigación dirigido por la doctora Teresa San Román. Departament d'Antropologia Social i Cultural. Universitat Autònoma de Barcelona, abril 2008. Policopiado, no publicado. 150 p.

Macías, A. (2006) *Internacional migrations of Roma population from Romania within the context of enlargement of the E.U.* [En línea] Comunicación presentada en Migrations and Social Policies in Europe, Junio 2006, Universidad Pública de Navarra. Accesible en <<http://www.unavarra.es/migraciones/papers2/comun4Almud.doc>> [Darrera consulta, novembre de 2008]

Marushiakova E., Popov, V. (2004) Segmentation vs. consolidation: The example of four Gypsy groups in CIS. [En línea] *Romani Studies* 5, Vol. 14, No. 2., 145-191. Accesible en <<http://www.marston.co.uk/RSPP/LUPRSV014P02A00145.pdf>> [Darrera consulta, novembre de 2008].

Martínez-Veiga, U. (1999) *Pobreza, Segregación y exclusión espacial. La vivienda de los inmigrantes extranjeros en España*. Barcelona: Icaria-Institut Català d'Antropologia

Mazarrasa L i Gil S., (s.d.) *Programa de Formación de Formadores/as en Perspectiva de Género y Salud*. [En línea] Accesible en: <http://www.msc.es/organizacion/sns/planCalidadSNS/pdf/equidad/13modulo_12.pdf> [Darrera consulta, novembre 2008]

Mestre, R. (2006) *La caixa de Pandora. Introducció a la teoria feminista del dret*. València: Editorial PUV.

Nikolae V. i Slavik H. (2002) *Being a "Gipsy": The worst social stigma in Romania*. [En línea] European Roma Rights Centre. Accesible en <<http://www.errc.org/cikk.php?cikk=1385>> [Darrera consulta, novembre de 2008].

OMS (1998) *Violencia contra la mujer: un tema de salud prioritario*. Organización Mundial de la salud.

OMS (2005) *Incorporar la perspectiva de género en la equidad en salud: un análisis de la investigación y las políticas*. Organización Panamericana de la Salud. OMS. Harvard Center for population and development Studies. Núm. 14 (2005)

OMS (2006) *Las prioridades de salud sexual y reproductiva reciben un espaldarazo al más alto nivel*. [En línea] Comunicado de prensa conjunto OMS/FNUAP. Accesible en: <www.who.int/mediacentre/news/releases/2006/pr34/print.html> [Darrera consulta, setembre 2008]

OMS (2008) *Rumania*. [En línea] Accesible en: <<http://www.who.int/countries/rou/es/>> [Darrera consulta, setembre 2008]

OMS (2008b) *Joint monitoring program for water supply and sanitation*. [En línea] Accesible en: <www.wssinfo.org/en/welcome.html> [Darrera consulta, setembre 2008]

- OSCE (2000) *Report on the situation of Roma and Sinti in the OSCE Area*. [En línia] Accesible en < <http://www.osce.org/item/459.html>> [Darrera consulta, novembre de 2008].
- Office for Democratic Institutions and Human Rights. (2008) *Implementation of the Action Plan on Improving the Situation of Roma and Sinti within the OSCE Area, Status report* <www.osce.org/odihr> [Darrera consulta, novembre de 2008].
- Ordenanza de medidas para fomentar y garantizar la convivencia ciudadana en el espacio público de Barcelona, 23 de diciembre de 2005. *Butlletí Oficial de la provincia de Barcelona*. Núm. 20, Annex I / Pàg. 14, 24 de enero de 2006. Accessible en <[http://w3.bcn.es/fitxers/ajuntament/ordenacescat\(1fase\)/bop20a12006.072.pdf](http://w3.bcn.es/fitxers/ajuntament/ordenacescat(1fase)/bop20a12006.072.pdf)> [Darrera consulta, febrer de 2008]
- OSI (2005) *Projects and Policies to Impact Romani Health Most Effectively*. [En línia] Seminar Report, December 2005. Accessible en: <http://www.soros.org/initiatives/health/focus/roma/articles_publications/publications/projects_20051230> [Darrera consulta, setembre 2008]
- OSI (2005b) *Mediating Romani Health: Policy and Program Opportunities*. [En línia] Accessible en: <http://www.soros.org/initiatives/health/focus/roma/articles_publications/publications/fact_20070921> [Darrera consulta, setembre 2008]
- OSI (2007) *Understanding Risk: Roma and HIV Prevention*. [En línia] Accessible en: <http://www.soros.org/initiatives/health/focus/roma/articles_publications/publications/fact_20070921> [Darrera consulta, setembre 2008]
- OSI i World Lung Foundation (2007) *Confronting a Hidden Disease: TB in Roma Communities*. [En línia] Accessible en: <http://www.soros.org/initiatives/health/focus/roma/articles_publications/publications/confronting_20070206> [Darrera consulta, setembre 2008]
- Pajares, J.M. (2006) *Procesos migratorios e integración socio-laboral de los inmigrantes rumanos en Cataluña*. Tesis de doctorado. Barcelona: Universidad. Accesible en: <http://www.tesisenxarxa.net/TESIS_UB/AVAILABLE/TDX-0810106-181438/> [Darrera consulta, novembre de 2008].
- Pajares, J.M. (2007) *Inmigración y mercado de trabajo. Informe 2007*. Madrid: Ministerio de Trabajo y Asuntos Sociales.
- Pareja, M., Tapada, T. (2001). *Urban renewal planning in Barcelona. What can we learn from experience?* *European Spatial Research and Policy*, 9(2).
- Pareja, M., Tapada, T., Van Boxmeer, B., García, L. (2003). *Large Housing Estates in Spain, Overview of Developments and Problems in Madrid and Barcelona*. Utrecht: Urban and Regional research centre, Utrecht University.

- Pareja, M., Tapada, T., Van Boxmeer, B., García, L. (2004). *Large Housing Estates in Spain: Policies and Practices*. Utrecht: Urban and Regional research centre, Utrecht University.
- Pareja, M., Tapada, T., Van Boxmeer, B., García, L., Simó, M. (2005). *Large housing estates in Madrid and Barcelona, Spain. Opinions of residents on recent developments*. [En línia] Utrecht: Urban and Regional research centre. Accessible en: <<http://restate.geog.uu.nl/results/Report4/4hspain.zip>> [Darrera consulta, març de 2008]
- Peeters, K. (2005) *Entre tenebres. Gitanos immigrants: Els rrom de l'Est d'Europa a Barcelona i el seu accés a l'Educació*. Barcelona: Fundació Jaume Bofill.
- Pla de Barris Serra d'en Mena (2005) *Projecte d'intervenció integral dels 7 barris fronterers de Serra d'En Mena*. [En línia] Accessible en < http://www.serramena.info/gesdoc/ges_doc.php?op=4&s=76> [Darrera consulta, setembre de 2008]
- PINCAT (2005) *Memòria del Pla Integral del Casc Antic de Tortosa*. [En línia] Accessible en: <<http://www.tortosa.altanet.org/pincat/index.html>> [Darrera consulta, desembre 2008]
- PNUD (2007) Human development report 2007/2008. Fighting climate change: Human solidarity in a divided world. [En línia] Accessible en: < <http://hdr.undp.org/en/reports/global/hdr2007-2008/>> [Darrera consulta, novembre 2008]
- Preda, M. (2000) *The results of social policy in post-communist Romania: An increasing underclass and extensive social exclusion*. Comunicació enviada a "Conference on Social Security", Hèlsinki, 25-27 September 2000; 19 pp.
- Prieto, O. (2007). *Sobre la identidad gitana y su construcción panétnica: El caso gitano en Barcelona*. [En línia] Tesis doctoral presentada en el Departamento de Teoría Sociológica, Filosofía del Dret i Metodologia de les Ciències Socials. Barcelona: Universitat de Barcelona. Accesible en <<http://www.tesisenxarxa.net/TDX-0724107-083533/index.html>> [Darrera consulta, novembre de 2008].
- Requena, J. (2003) La peor casa en el peor barrio. Barrios de inmigración y marginalidad en la periferia urbana de Barcelona. El caso de Badalona. [En línia] *Scripta Nova. Revista electrònica de geografia y ciencias sociales*. Barcelona: Universitat de Barcelona, vol. VII, nº 146(058). Accessible en <[http://www.ub.es/geocrit/sn/sn-146\(058\).htm](http://www.ub.es/geocrit/sn/sn-146(058).htm)> [Darrera consulta, març de 2008]
- Reyniers, A. (1995) *Gypsy populations and their movements within central and eastern Europe and towards some OECD countries*. En: International migration and labour market policies - Occasional Papers, n.1. OECD
- Reyniers, A. (2003) *Tsiganes et Voyageurs*. [En línia] Conferència pronunciada en el ciclo organizado por CASNAV-CAREP de Nancy-Metz (Francia). Accesible en: <

<http://mayvon.chez-alice.fr/alain-reyniers.html>> [Darrera consulta, novembre de 2008].

Ringold, D., Orenstein, M.A., Wilkens, E. (2005). *Roma in an Expanding Europe: Breaking the Poverty Cycle* (Europe, Central Asia and the World Bank). World Bank Publications.

ROMANI CRISS (2006) *Newsletter: septembrie-decembrie 2006*. [En línia] Centrul Romilor pentru Interventie Sociala si Studii. Accesible en <http://www.romanicriss.org/continut_.php?id=250&idn=92&lang=> [Darrera consulta, novembre de 2008].

Rodríguez-García, D. i San Román, T. (2007) Inmigración, salud y gestión de la diversidad: presentación y avances de un proyecto en barrios de Cataluña. *Revista AIBR*. Vol. 2, n.3. (Septiembre-Diciembre, 2007). Accesible en: <<http://www.aibr.org/antropologia/02v03/ articulos/020303.php>> [Darrera consulta, novembre de 2008].

Rothéa (2003) *France, pays des droits des Roms? Gitans, "Bohémiens", "gens du voyage", Tsiganes... face aux pouvoirs publics depuis le 19e siècle*. [En línia] Accesible en <<http://1libertaire.free.fr/FrancePaysDroitsRoms.html>> [Última consulta, marzo de 2008]

Rughinis C. (2004) *Platile informale si perceptia coruptiei în sistemul medical din România*. [En línia] Bucarest: Open Society Foundation. Accesible en: <http://www.osf.ro/ro/program_articol.php?articol=18> [Darrera consulta, setembre 2008]

Salatti, A. (2005) Hatred and Nationalism in Romania: Explaining Anti-Roma Violence. *Stanford's Student Journal of Russian, East European, and Eurasian Studies*, vol. 1: 1-14.

Sánchez-Ortega, M.H. (1986). Evolución y contexto histórico de los gitanos españoles. En: San Román, T. (1986) *Entre la marginación y el racismo. Reflexiones sobre la vida de los gitanos*. Madrid: Alianza editorial.

Sandu, D., Radu, C., Constantinescu, M., Ciobanu, D. (2004) *A Country Report on Romanian Migration Abroad: Stocks and Flows After 1989*. [En línia] Praga: Multicultural Center. Accesible en <http://aa.ecn.cz/img_upload/f76c21488a048c95bc0a5f12deece153/RomanianMigrationAbroad.pdf> [[Darrera consulta, novembre de 2008].

Sandu, D. (2005) *Roma social mapping: targeting by a community poverty survey*. [En línia] World Bank. Accesible en: <http://www.anr.gov.ro/docs/statistici/Roma_Social_Mapping_187.pdf> [Darrera consulta, octubre 2008]

Sanjuán, L. (2007) *Entre la antropología y la medicina. Salud, diversidad cultural y desigualdad social*. Trabajo de investigación. Programa de doctorado en Antropología Social y Cultural Departament d'Antropologia Social i Cultural. Universitat Autònoma de Barcelona, octubre 2007. Policopiado, no publicado. 353 p.

- San Román, T. (1976) *Vecinos gitanos*. Madrid: Akal.
- San Román, T. (1986) *Entre la marginación y el racismo. Reflexiones sobre la vida de los gitanos*. Madrid: Alianza.
- San Román, T. (1991) La marginación como dominio conceptual. Comentarios sobre un proyecto en curso. En Prat, J., Martínez, U., Contreras, J., Moreno, I., eds. (1991) *Antropología de los pueblos de España*, Madrid: Taurus Universitaria. 151-158
- San Román, T. (1996). *Los muros de la separación. Ensayo sobre alterofobia y filantropía*. Tecnos-Servei de publicacions UAB, Madrid-Bellaterra. 249 pp.
- San Román, T. (1997 [1994]). *La diferència inquietant. Velles i noves estratègies culturals dels gitanos*. Barcelona: Altafulla
- San Román, T. (2002) Un camino para ganar conocimiento. En: González, A., Molina, J.L. (2002) *Abriendo surcos en la tierra. Investigación básica y aplicada en la UAB*. Barcelona, Publicaciones de la UAB.
- Sobotka, E. (2003) Romani Migration in the 1990s: Perspectives on Dynamic, Interpretation and Policy. *Romani Studies* 5, Vol. 13, No. 2: 79-121. Accesible en <<http://www.marston.co.uk/RSP/LUPRSV013P02A00079.pdf>> [Darrera consulta, novembre de 2008].
- Surdu, L., Surdu, M. (2006) *Broadening the Agenda: The Status of Romani Women in Romania*. Roma Participation Program. Budapest: Open Society Institute.
- Tudela, J. (1995) *Sant Roc, Badalona*. Generalitat de Catalunya: Departament de Benestar Social. Col·lecció: Els barris d'ADIGSA.
- UNAIDS (2008) *Mujeres y niñas*. [En línia] Accesible en: <<http://www.unaids.org/es/PolicyAndPractice/KeyPopulations/WomenGirls/>> [Darrera consulta, novembre 2008]
- UNIFEM (2008) *Legislative Trends and New Developments* [En línia] United Nations Development Fund for Woman. Accesible en: <http://www.stopvaw.org/Legislative_Trends_and_New_Developments20.html> [Darrera consulta, desembre 2008]
- Vincle (2006). *Gitanos procedents de l'europa de l'est a catalunya*. Barcelona: Generalitat de Catalunya. Departament de Benestar i Família.
- Vilnoi, M., Abagiu, C. (2003). *Study on the Social Protection Systems in the 13 Applicant Countries*. Country Report – Romania. pp. 129-155
- Viruela, M. (2004) El recurs de l'emigració. Balanç durant la transició a Romania. *Papers de l'Est*. 9. Madrid: Universidad Complutense

- Vlădescu, C., Scîntee, G., Olsavsykz, V. (2008) Romania Health System review. Health Systems in Transition, Vol.10, No.3
- Voiculescu, C. (2002). Identity formation at Sangeorgio de Mures roma population. [En línia] *Romanian Sociology*, 1-2, 2002. Pp. 83-115. Romanian Association of Sociology. Accesible en <<http://www.sociologieromaneasca.ro/eng/aeec-pdf/sr-rs.aeec.2002.3.pdf>> [Darrera consulta, novembre de 2008].
- Wells, J. (2000) Silent attack: a campaign of sterilization of Romani women. *Roma Rights*, No 1, 45
- Wikipedia (2008) *România. Harta administrativă*. [En línia] Accesible en: <<http://es.wikipedia.org/wiki/Imagen:Romania-administrativa.png>> [Darrera consulta, març de 2008]
- World Bank (2002) *Romania. Local Social Services Delivery Study*. Volum 2:13-14. Summary Report, January 16 [En línia] Accesible en: <<http://www.worldbank.org/eca/roma/data/lssdmain.pdf>> [Darrera consulta, novembre 2008]
- Zoon, I. (2001) *On the Margins: Roma and Public Services in Romania, Bulgaria and Macedonia*. Open Society Institute. Accesible en: <http://www.soros.org/initiatives/roma/articles_publications/publications/marginsromania_20011201/romania_bulgaria_macedonia.pdf> [Darrera consulta, novembre de 2008].

7.2. BIBLIOGRAFÍA REFERIDA

- Banco Mundial (1996) *De la planificación centralizada a la economía de mercado*. Washington: Banco Mundial, 275 p.
- Banco Mundial (2002) *The first ten years. Analysis and lessons for Eastern Europe and the former Soviet Union*. Washington: Banco Mundial 128 p.
- Bercus, C.; Ionescu, V.; Gergely, D. i Radulescu, D. (2003). *The Case of Roma in France*. [En línia] Romani Criss. Accesible en <<http://www.romanicriss.org/index.php?loc=domenii&um=dro&sub=migratierapoarte&lang=erg>>
- Bercus, C. (2004). *Document of the Second Steering Comité Meeting, Barcelona, 1 and 2 July 2004*. No publicado.
- Borrell, C., Benach, J., coords. (2003) *Les desigualtats en la salut a Catalunya*. Barcelona, Mediterrània.
- Braham, M., Braham, M. (2000). Romani Migrations and EU Enlargement. *Cambridge Review of International Affairs*, Spring-Summer, Vol. 13, No.2, pp.97-116.

- Cace, S., Vlădescu, C. (2004) *The Health Status of Roma Population and their Access to Health Care Services*. Bucarest.
- Capel, H., (1990 [1975]) *Capitalismo y morfología urbana en España*. Barcelona: Círculo de Lectores.
- CEDAW (1992) *Committee, General Recommendation No. 19: Violence against women*, adopted 11th session June 1992, p. 24.
- Centre for Reproductive Law and Policy (2000) *East Central Europe Abortion Laws and Policies in Brief*. New York.
- Centre for Reproductive Law and Policy (2003) *Women of the World: Laws and Policies Affecting their Reproductive Lives: East Central Europe*.
- Cook, R., Dickens, B., et al. (2001) *Advancing Safe Motherhood through Human Rights*. World Health Organization.
- Courthiade, M. (1995) Préface. En: Auzias, C., Kempf, F. (1995) *Les Tsiganes ou le destin sauvage des Roms de l'Est*. Paris, Michalon.
- Crowe, D. (1995) *A history of the gypsies of Eastern Europe and Russia*. London: I.B.Tauris & Co.
- Denzin, N.K. (1970) *The research act*. Chicago. Aldine.
- Fonseca, I. (1997) *Enterradme de pie. El camino de los gitanos*. Barcelona: Península
- Gómez Alfaro, H. (1980) Los gitanos en la sociedad española. *Documentación Social*, 41.
- Hartigan, P., Price, J., Tolhurst, R. (2002) Communicable diseases: Outstanding commitments to gender and poverty. En: Sen, G., George, A., Östlin, P., eds. *Engendering international health: The challenge of equity*. Cambridge, MA: The MIT Press.
- ICMPD (2001) *Current Roma Migration from the EU Candidate States: the scope and features of Roma irregular movements, the reactions of the host countries and the effects on the EU Candidate States*. International Centre for Migration Policy Development-EU Odysseus Programme.
- Kabeer, N. (1994) *Reversed realities: Gender hierarchies in development thought*. New Delhi: Kali for Women; London: Verso.
- Leblon B. (1985) *Los gitanos en España. El precio y el valor de la diferencia*. Barcelona: Gedisa.
- Liegeois, J-P., Gheorghe, N. (1995) *Roma Gypsies: A European Minority*. London: Minority Rights Group.
- Llàcer A., et al. (2001) *Salud e inmigración; a propósito del sida*. Gaceta Sanitaria, 15, 197-199.

- Lock, M, Gordon, D., eds. (1998) *Biomedicine examined*. Dordrecht: Kluwer Academic Publishers.
- Lock, M., Scheper-Hughes, N. (1990) *A critical interpretive approach in medical anthropology: Rituals and routines of discipline and dissent*. En: Johnson, T.M., Sargent, C.F. *Medical anthropology: Contemporary theory and method*. New York: Praeger.
- Luengo, F. (2003) *Mercado de trabajo y competitividad en los capitalismos emergentes de Europa central y oriental*. Madrid: complutense, 196 p.
- Marešová, J. (1996). Czech Republic. En Tomás Frejka, ed. (1996) *International migration*. Strassburg: Council of Europe. Pp. 49-56.
- Matras, Y. (2000) Romani migration in the post-communist era: Their historical and political significance. *Cambridge Review of International Affairs* 13(2): 32-50. 1996: 69-80;
- Ministeri de Sanitat i infància d'Irlanda (2002) *Traveller Health- A National Strategy 2000-2005"*.
- Olivé, M.J. (1974) *Crecimiento urbano y conflictualidad en la aglomeración barcelonesa. El caso de Santa Coloma de Gramenet*. Revista de Geografía, Barcelona, 1974, vol. 8, nº 1-2, p. 98-127.
- OMS (1995) *Women's Health: Fourth World Conference on Women*. Geneva.
- OMS (2000) *Human Rights, Women, and HIV/AIDS*. Fact Sheet no 247, Organización Mundial de la Salud.
- Ordenança Romanesa de Emergències, num. 150 del 31 d'Octubre de 2002, respecte l'organització i el funcionament del sistema d'assegurança mèdica social.
- Stronks, K., van de Mheen, H., Looman, C.W.N., Mackenbach, J.P. (1996) Behavioural and structural factors in the explanation of socio-economic inequalities in health: An empirical analysis. *Sociology of Health and Illness* 18(5):653-674
- UNAIDS (1998) The public health approach to STD control. Technical Update.
- UNICEF (1999) *Après la chute. L'impact humain de dix ans de transition*. Florencia: Centri International pour le Développement de l'Enfant, 39 p.
- UNICEF (2003) *Social Monitor 2003*. Florencia: UNICEF Innocenti Research Centri
- Vaux de Foletier, F. (1974) *Mil años de historia de los gitanos*. Barcelona: Plaza y Janés.
- West, C. (1993) *Reconceptualizing gender in physician-patient relations*. Social Science and Medicine 36(1):57-66
- Zamfir, I., Zamfir, C., (1993) *Tiganiii intre ignorés si ingrijorare (Romany between neglect and concern)*. Bucharest: Alternative.

Zamfir, E. (1995) *The situation of child and family in Romania*. Bucarest: Gobierno de Rumania

Zamfir C, Preda M (eds.). *Romii din Romania* [Roma in Romania]. Andover, MN, Expert Publishing, 2000.