

# Guía de Estrategias de Intervención en Materia de Salud Con la Mujer Gitana



ASOC. DE GITANAS UNIVERSITARIAS DE ANDALUCÍA







**Guía de  
Estrategias de  
Intervención  
en Materia de  
Salud Con la  
Mujer Gitana**



# Guía de Estrategias de Intervención en Materia de Salud Con la Mujer Gitana



ASOC. DE GITANAS UNIVERSITARIAS DE ANDALUCIA



Autor:

Federación Andaluza de Mujeres Gitanas. FAKALI

Tel: 954.22.88.71 / Fax: 954.21.12.73

Web: [www.fakali.org](http://www.fakali.org) • E-Mail: [fakali@fakali.org](mailto:fakali@fakali.org)

Colabora:

Ministerio de Sanidad, Servicios Sociales e Igualdad.

Asociación de Mujeres Gitanas Universitarias de Andalucía. AMURADI

Déposito Legal: SE-XXXX-2013

Imprime: Utreragráfica - [utreragráfica@gmail.com](mailto:utreragráfica@gmail.com) - Telf.: 955 86 49 17. Utrera (Sevilla)



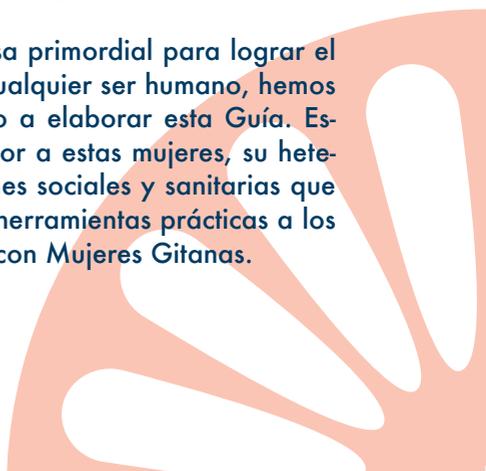
# Índice

1. INTRODUCCIÓN.....	P. 9
2. MARCO LEGISLATIVO .....	P. 11
3. OBJETIVOS DE LA GUÍA .....	P. 13
4. ANÁLISIS SOCIO-SANITARIO DE LA COMUNIDAD GITANA .....	15
- 4.1 APROXIMACIÓN A LA HISTORIA DEL PUEBLO GITANO Y SITUACIÓN ACTUAL .....	P. 16
- 4.2 ANÁLISIS DE LA SALUD EN LA COMUNIDAD GITANA .....	P. 23
4.2.1 DIAGNÓSTICO GENERAL DE LA SALUD DE LA COMUNIDAD GITANA	
4.2.2 FACTORES RELACIONADOS CON LA EXCLUSIÓN SOCIAL	
4.2.3 FACTORES RELACIONADOS CON LA DISCRIMINACIÓN	
4.2.4 FACTORES RELACIONADOS CON EL SISTEMA SANITARIO	
5. LA SALUD EN LAS MUJERES GITANAS .....	P. 37
6. MEDIDAS Y RECOMENDACIONES GENERALES DE ATENCIÓN.....	P. 41
7. METODOLOGÍAS DE INTERVENCIÓN EN SALUD CON MUJERES .....	P. 45

**FAKALI** es la Federación de Mujeres Gitanas de Andalucía. FAKALI se consolida como la primera federación con estas características, y nace con la aspiración de la promover socialmente a las mujeres gitanas en igualdad de género y de etnia. En demasiadas ocasiones, la imagen social del pueblo gitano y de sus mujeres está teñida de estereotipos y prejuicios que impiden un entendimiento intercultural y una convivencia deseable. La difusión de una imagen social digna y acorde con la realidad acerca de este grupo social es imprescindible para una integración efectiva. En esta línea de actuación, al publicar esta guía, FAKALI pretende servir como mediadora entre la Comunidad Gitana y sus mujeres y el resto de la Sociedad, estableciendo un puente de entendimiento e interculturalidad.

A lo largo de su trayectoria FAKALI ha desarrollado multitud de programas e iniciativas dirigidas a mejorar las condiciones sociales de la Comunidad Gitana y de sus Mujeres en particular. Así como a fomentar el conocimiento de nuestras mujeres y su idiosincrasia desde una perspectiva positiva y realista. Entre otras actividades, la difusión de materiales y herramientas de trabajo para los profesionales que intervienen con este pueblo es primordial; ocurre habitualmente que las informaciones que circulan en el imaginario social sobre este pueblo son erróneas o escasas o se trata de generalizaciones. Este tipo de carencias dificulta el trabajo de profesionales como el profesorado, trabajadores de los servicios sociales o de la salud a la hora de intervenir con este grupo social históricamente excluido y que en ocasiones vive en situaciones de marginalidad.

Convencidas de la Salud es una premisa primordial para lograr el mejor desarrollo social y personal de cualquier ser humano, hemos dedicado una parte de nuestro trabajo a elaborar esta Guía. Esperamos que ayude a comprender mejor a estas mujeres, su heterogeneidad, su historia, y las condiciones sociales y sanitarias que las rodean, y así ofrecer orientación y herramientas prácticas a los profesionales de la salud que trabajen con Mujeres Gitanas.



# 1 | Introducción



«La mujer gitana es el motor de cambio de su pueblo»

para que puedan disfrutar de todo su potencial de salud.

Al abordar el tema de la salud en la Comunidad Gitana, y según los diferentes estudios comparativos desarrollados a lo largo de estos últimos años, las mujeres gitanas de entornos desfavorecidos tienen una salud más deficitaria que los varones gitanos y que el conjunto de la población femenina. Asimismo, se establece que la prevalencia de enfermedades crónicas, el riesgo de accidentes y los problemas de salud bucodental son más elevados en aquella población gitana que vive en peores condiciones socioeconómicas. Igualmente, en estos casos, desde temprana edad la mujer asume el rol de cuidadora de su familia, dedicando escasa atención a sí mismas en lo que a salud se refiere (este tipo de dinámicas de abandono son propias de las personas en exclusión, no propias de la cultura gitana) por tanto, no se deben obviar las características socioeconómicas a la hora de atender a las mujeres de etnia gitana, ya que aquellas provenientes de contextos más desfavorecidos presentarían características que las hacen más vulnerables.

Las desigualdades en cuanto al estado de salud de las personas surgen como consecuencia de la falta de equidad en materia de oportunidades en la vida. Tal y como afirma la Organización Mundial de la Salud, (OMS), la equidad en salud no hace referencia a un estado de salud igual para todas las personas, sino al objetivo de facilitar las mismas oportunidades

Muchos son los motivos que nos han llevado a la creación de este material didáctico y a la publicación del mismo. Por una parte debemos destacar la necesidad de acercamiento a la realidad de la comunidad gitana en general y especialmente en las mujeres de esta etnia a la situación socioeconómica en la que se encuentran muchas de ellas inmersas; En segundo lugar, viene siendo habitual que planificadores y gestores en el campo de la salud no suelen tener en cuenta la diversidad interna de la comunidad gitana. En este sentido, se observa un escaso conocimiento sobre las características y cultura de esta minoría entre los profesionales sanitarios, lo que da lugar, en numerosas ocasiones, a la aparición de prejuicios y estereotipos preconcebidos. En general se aprecia que no se sabe diferenciar entre aspectos específicamente culturales y otros más bien relacionados con la situación socioeconómica en la que se encuentran muchas familias gitanas. Es decir, que no se diferencia entre lo que es cultura gitana y lo que es “cultura de la marginación”.

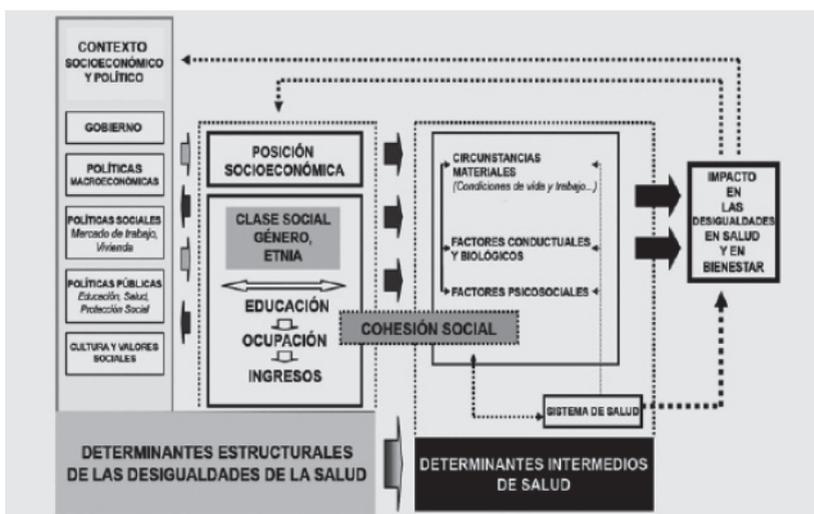
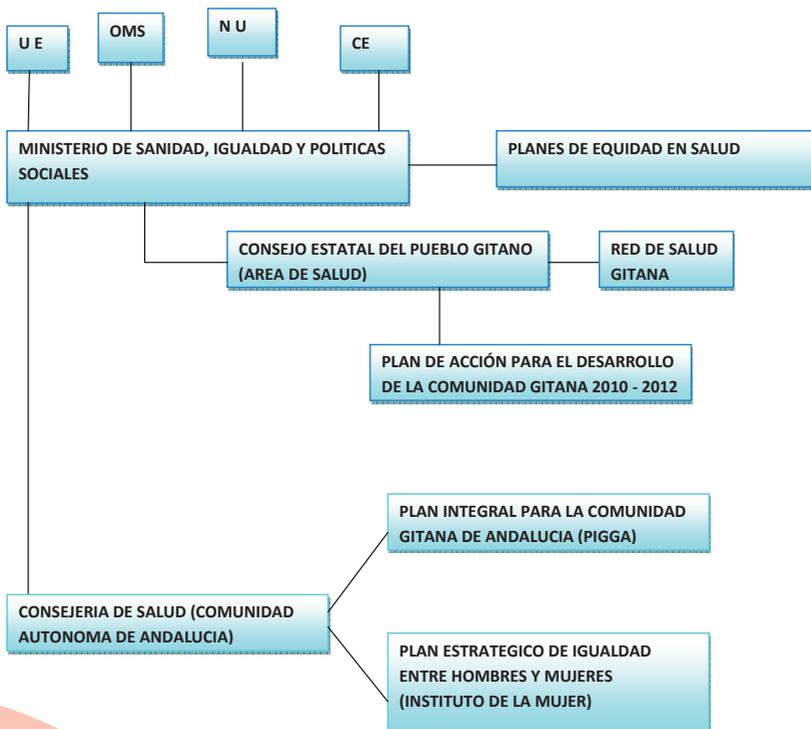


Gráfico 1. Marco conceptual de los determinantes sociales de la salud. Presentado en la Comisión de determinantes sociales de la OMS.

# 2 | Marco Legislativo





# 3 | Objetivos de la guía

Los objetivos de esta publicación son variados y sobre todo, prácticos, en el sentido en que se han marcado unas metas concretas para que puedan operativizarse en medidas y actuaciones reales:

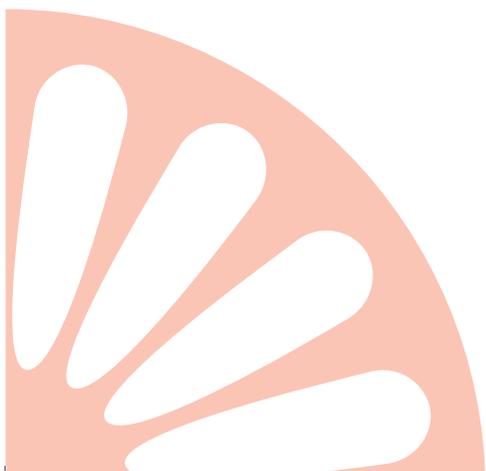
- Contribuir a romper las barreras de las desigualdades en salud que sufre la población gitana, especialmente en aquellas zonas donde exista un mayor riesgo de exclusión y marginación social.
- Aumentar la competencia intercultural en el Sistema Sanitario, concretamente en los y las agentes implicados/as, dotándoles de las herramientas necesarias para trabajar con personas en riesgo de exclusión o marginación social.
- Disminuir las desigualdades en salud de la comunidad gitana en especial de la mujer, informando, asesorando, y facilitando la información acerca de los recursos existentes en el Sistema Sanitario. Los objetivos de esta publicación son variados y sobre todo, prácticos, en el sentido en que se han marcado unas metas concretas para que puedan operativizarse en medidas y actuaciones reales:
  - Proporcionar a los y las profesionales de la sanidad una herramienta útil, objetiva y concreta de intervención y cooperación con las mujeres gitanas mediante la presentación y uso de una guía con contenidos específicos sobre esta cuestión.
  - Diseñar, implementar y ejecutar una Formación Específica dirigida a: Por un lado a los y las profesionales sanitarios. A los y las agentes de mediación que intervienen a diario en las zonas catalogadas y reconocidas por las administraciones como Espacios de Riesgo y Exclusión Social. A las propias personas gitanas que por desconocimiento no acceden a los recursos sanitarios que hay disponibles.



# 4 | Análisis Socio-Sanitario de la Comunidad Gitana

## 4.1 APROXIMACIÓN A LA HISTORIA DEL PUEBLO GITANO Y SU SITUACIÓN ACTUAL

## 4.2 ANÁLISIS DE LA SALUD EN LA COMUNIDAD GITANA



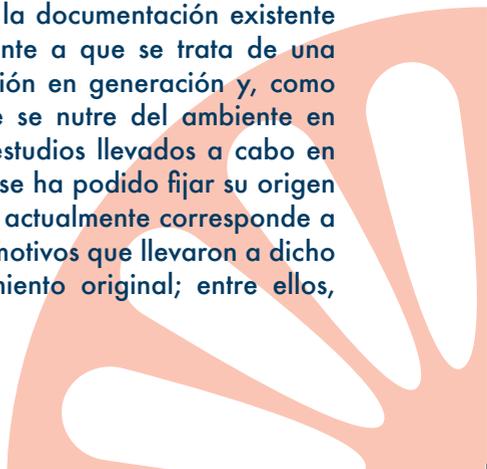
## 4 | ANÁLISIS SOCIO-CULTURAL DE LA COMUNIDAD GITANA

En primer lugar, parece lo más apropiado ofrecer una visión general sobre la Comunidad Gitana antes de avanzar a una reflexión sobre su situación sanitaria. La trayectoria social y las experiencias vitales de los grupos humanos son determinantes en la conformación de sus identidades, de ahí que en el epígrafe 4.1 se presente una aproximación histórica a la Comunidad Gitana para comprender mejor su situación social actual.

Una vez revisada la historia y la idiosincrasia de este pueblo, en el epígrafe 4.2. se indaga en el análisis de la Salud de la Comunidad Gitana en general, algunos factores determinantes, así como su relación con el Sistema Sanitario actual.

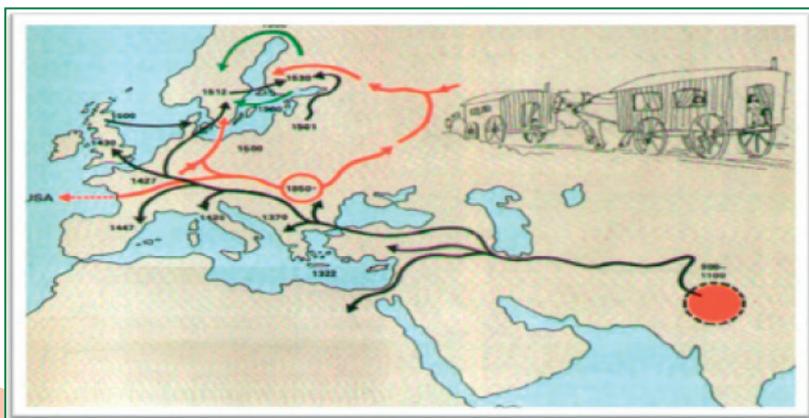
### 4. 1 APROXIMACIÓN A LA HISTORIA DEL PUEBLO GITANO Y SU SITUACIÓN ACTUAL

Respecto al origen del Pueblo Gitano, la documentación existente es escasa. Esto es debido principalmente a que se trata de una cultura ágrafa, transmitida de generación en generación y, como consecuencia, viva y dinámica ya que se nutre del ambiente en donde se desenvuelve. Gracias a los estudios llevados a cabo en lengua romaní a finales del siglo XVIII, se ha podido fijar su origen en la zona noroeste de la India, lo que actualmente corresponde a la región del Punjab. Varios fueron los motivos que llevaron a dicho pueblo al abandono de su emplazamiento original; entre ellos,



los estudios realizados hasta el momento destacan las invasiones sufridas y, a consecuencia, la esperanza de encontrar mejores condiciones de vida.

Alrededor del 950-1100 d.c. inicia su marcha, produciéndose a finales del siglo XIV las grandes migraciones hacia los países de Europa Occidental a través de varias rutas. La historia del pueblo gitano en España se remonta a más de cinco siglos. Llegan a España alrededor de los años 1415-1425, a través de la zona de los Pirineos y desde África distribuyéndose por Andalucía. Viajaban en pequeños grupos compuestos por 50 e incluso 100 personas de todas las edades. Fueron acogidos/as como peregrinos/as y cada grupo lo dirigía un líder que se hacía llamar «duque» o «conde» del Egipto Menor o Pequeño Egipto. De ahí que un principio se les llamara «egipcia nos» y más tarde «gitanos».



Desde su entrada hasta la actualidad, el pueblo gitano ha pasado por sucesivas etapas diferenciadas, de acuerdo a las relaciones más o menos conflictivas que la sociedad y el Estado han mantenido frente a este. El periodo comprendido entre 1425-1499 se caracteriza por la buena acogida inicial que recibieron por parte de la monarquía española, en particular de Alfonso V de Aragón, que ordenó que

se les tratara honorablemente y que fueran acogidos/as, llegando incluso a escribirse disposiciones para protegerlos/as de crímenes y robos.

El documento más conocido, relativo a la llegada de la población gitana a España corresponde al 12 de Enero de 1425 en Zaragoza expedido por Alfonso V de Aragón a favor de D. Juan de Egipto menor y sus gentes:

“El Rey Alfonso saluda a todos (...) y demás súbditos, a los cuales llegar el conocimiento (...) y les ordena que el amado y devoto nuestro Don Juan de Egipto Menor que con real licencia circula por estos reinos y tierras, sea bien tratado y acogido (...).”



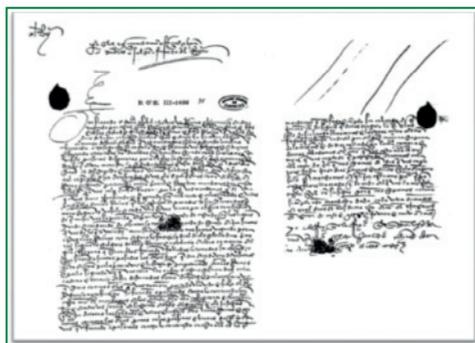
A pesar de esta etapa comenzaron a darse los primeros síntomas de mal entendimiento y de ruptura que darán lugar a la promulgación de leyes antigitanas lo que supone el fin de la buena acogida y comienza entonces una persecución y una legitimada discriminación constante hacia este grupo.

## PRAGMÁTICAS ANTIGITANAS

Periodo de persecución y expulsión (1499- 1633). Es a partir de esta fecha cuando los Reyes Católicos intentan llevar a cabo la unidad político-religiosa del país en detrimento de la tolerancia hasta el momento demostrada, por lo que la población gitana pasa a suponer una “amenaza” frente al esquema de “homogeneidad”

que se pretende, al igual que ocurre con la población judía y posteriormente con la árabe.

A partir de la Real Pragmática de los Reyes Católicos (Granada y Medina del Campo, 1499) la manifestación de rechazo hacia lo diferente supuso una cobertura legal para la represión y cruel persecución sin límite. Dicha pragmática exigía a los gitanos y gitanas que se asentaran y dejaran de ser errantes, que sirvieran a un señor y que tomaran un oficio. Además se les ordenaba a que abandonaran sus señas de identidad, es decir, su lengua, forma de vestir, sus costumbres... Este periodo se caracterizará por las continuas expulsiones establecidas por los reinados sucesivos de Carlos I (1516- 1558) Felipe II (1558- 1598) y Felipe III (1598- 1621).



Real Pragmática de 1499, fechada en Medina del Campo, Novísima Recopilación, Libro XII, título XVI Mandamos a los egipcianos que andan vagando por nuestros reinos y señoríos con sus mujeres e hijos, que del día que esta ley fuera notificada y pregonada en nuestra corte, y en las villas, lugares y ciudades que son cabeza de partido hasta sesenta días siguientes, cada uno de ellos viva por oficio conocidos, que mejor supieran aprovecharse, estando atada en lugares donde acordasen asentar o tomar vivienda de señores a quien sirvan, y los den lo hubiese menester y no anden más juntos vagando por nuestros reinos como lo facen, o dentro de otros sesenta días primeros siguientes, salgan de nuestros reinos y

no vuelvan a ellos en manera alguna, so pena de que si en ellos fueren hallados o tomados sin oficios o sin señores juntos, pasados los dichos días, que den a cada uno cien azotes por la primera vez, y los destierren perpetuamente destos reinos; y por la segunda vez, que les corten las orejas, y estén sesenta días en las cadenas, y los tornen a desterrar, como dicho es, y por la tercera vez, que sean cautivos de los que los tomasen por toda la vida.

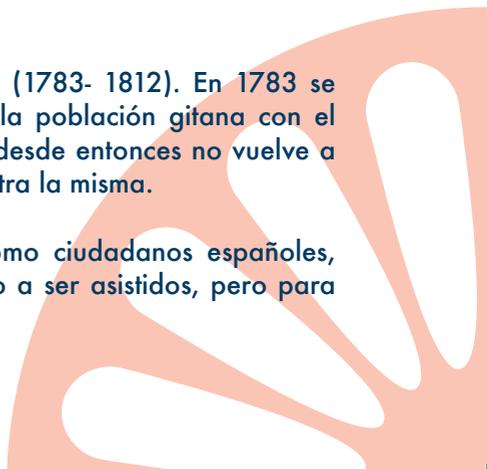
Periodo de reconocimiento y dispersión (1633- 1782). Comienza con la pragmática de Felipe IV (1633), dando un giro contundente a la orientación política étnica con la abolición de todos los Decretos de Expulsión hacia los gitanos y gitanas, aunque continuará manteniendo la prohibición de vivir agrupados/as (intentando con ello la dispersión entre la población) y la amenaza a la esclavitud.

En cuanto al reinado sucesivo de Carlos II (1665-1700), parece aumentar en este periodo la situación de asimilación, forjando la idea de un reconocimiento étnico de las personas gitanas paralelamente al reconocimiento de su condición de súbditos/as.

En 1717 con Felipe V (1700-1746) se promulgan sucesivas pragmáticas que continúan en 1749 con Fernando VI, monarca que en la noche del 30 de Julio de 1749 ordeno el apresamiento de todas y cada una de las personas de etnia gitana que hubiere en el país con la pretensión de acabar con ellas y que, tras truncarse su intento, fueron detenidas y enviadas a presidios, arsenales y minas (afectó a más de 9.000 gitanos/as).

Periodo de asimilación y asentamiento (1783- 1812). En 1783 se inicia un periodo de tolerancia hacia la población gitana con el reinado de Carlos III(1759 - 1788) y desde entonces no vuelve a promulgarse ninguna ley específica contra la misma.

Este monarca pasa a reconocerlos como ciudadanos españoles, libres de elegir su oficio y con derecho a ser asistidos, pero para



disfrutar de esta “igualdad” con respecto al resto de los ciudadanos se les exigía el cumplimiento de tres condiciones: abandonar su forma de vestir y adornarse, no usar su lengua en público (el caló) y asentarse permanentemente. Estas tres condiciones no respondían a la realidad porque el estado de marginación en el que se habían visto obligados a vivir les impedía ejercer como ciudadanos de pleno derecho.

Durante los siglos XIX y XX, la xenofobia perdura pero de modo más solapado. Con la guerra civil y el franquismo se vuelve a la represión cultural y hacia la intolerancia, se les prohíbe hablar su lengua que era considerada como jerga de delincuentes e incluso diseñan programas en los que se intenta enseñarles a ser payos y payas.

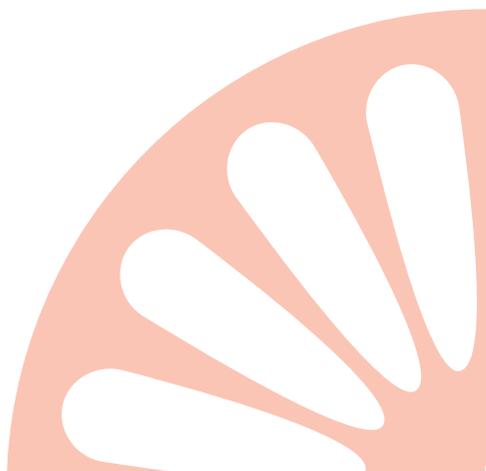
Periodo constitucional (1812-1936). La Constitución de 1812 (Cádiz) supuso para la comunidad gitana un gran avance al ser reconocida jurídicamente como ciudadanos y ciudadanas españoles y españolas de pleno derecho.

El inicio del período democrático (1977) supone un nuevo cambio en el tratamiento de la cuestión gitana: la igualdad de la población gitana ante la ley y la plena ciudadanía. Con la Constitución de 1978 la discriminación racial pasa a ser considerada un delito constitucional, mientras que en el mismo año pasa a derogarse los artículos antigitanos del Reglamento de la Guardia Civil, que citaban expresamente a esta población, en sus artículos 4 y 5, recomendando su vigilancia escrupulosa y sobre todo el control de sus modos de vida y sus desplazamientos.

Estas reseñas históricas recuerdan como a lo largo de los años la población gitana ha sido víctima de situaciones de desigualdad y discriminación.

Este devenir histórico ha desembocado en que una parte importante de la Comunidad Gitana continúe viviendo en situaciones de marginación, pobreza y exclusión social en toda Europa. Se ha producido una discriminación histórica y legislativa durante seis siglos, y desterrar la desconfianza y el desarraigo que esto suscita es un trabajo que requiere paciencia. Hoy, la Comunidad Gitana sigue estando estigmatizada socialmente, con peores condiciones sociales, dificultad de acceso a la educación, el empleo, la vivienda o la salud. En tiempos de crisis se agudizan los conflictos sociales y en toda Europa se están incrementando preocupantes conductas racistas y de odio hacia los gitanos, protagonizando casos de expulsiones o deportaciones como lo ocurrido recientemente en Francia de manos de gobiernos de extrema derecha, manifestaciones contra la presencia gitana, quema de casas o asesinatos por cuestiones raciales.

Superar la brecha que ha separado a esta comunidad del resto durante siglos es un trabajo arduo, y no es aconsejable aspirar a cambios rápidos y evidentes en poco tiempo ignorando la historia de persecución de este pueblo; de hacerlo así, no estaremos siendo realistas y podríamos caer fácilmente en la frustración como profesionales. La intervención para la mejora debe abogar por cambios positivos en ambas partes: desde la Sociedad será necesario modificar los estereotipos y prejuicios; la Comunidad Gitana debe seguir acercándose a la Sociedad sin temores, para así conseguir la tan deseada convivencia ciudadana e intercultural.



## 4.2. ANÁLISIS DE LA SALUD EN LA COMUNIDAD GITANA

En este apartado se abordarán la cuestión sanitaria de la Comunidad Gitana de forma concreta. Primeramente se expone un diagnóstico general extraído del trabajo de investigación elaborado por el Gobierno de España en 2006, a fin de tener un retrato general de la situación. A continuación se analizarán varios factores determinantes que ayudan a comprender esta situación de desigualdad en una parte del colectivo gitano, y que tienen que ver con la exclusión social, la discriminación y la propia dinámica médica en la sociedad actual.

- Diagnóstico general de la salud en la comunidad gitana.
- Factores relacionados con la exclusión social.
- Factores relacionados con la discriminación.



## 4.2.1 DIAGNÓSTICO GENERAL DE LA SALUD EN LA COMUNIDAD GITANA

La realización por parte del Ministerio de Sanidad Política Social e Igualdad del Estudio comparativo de las encuestas nacionales de salud a población gitana y población general de España (MSPI, 2006), ha supuesto un importante avance en el conocimiento sobre la situación de la comunidad gitana en el ámbito de la salud y respecto a su comparación con la salud de la población general de España<sup>1</sup>. Su análisis evidencia una situación de desigualdad en salud, es decir, indica que la comunidad gitana se encuentra afectada por diferencias en el estado de salud que son innecesarias, evitables e injustas. Estas desigualdades sin embargo, no son generales a la totalidad de la Comunidad Gitana española. Coinciden habitualmente en sectores desfavorecidos de esta comunidad. Por lo que a veces es complicado diferenciar si la desigualdades son determinadas por factores socioeconómicos o culturales. La diversidad patente en este colectivo hace que una parte importante de los y las gitanas presenten un estado de salud deseable sin incidencias en cuanto al uso de los servicios sanitarios públicos. Esta investigación se refiere a aquel sector cuya salud es más deficitaria que el resto de la sociedad. Y así esta guía elaborará propuestas para este colectivo en concreto. Los resultados principales indican:

- Declara una mayor prevalencia de enfermedades crónicas:
- Un 13,6% de los hombres gitanos señala tener el colesterol elevado, frente al 9,6% en la población general.
- Las jaquecas son declaradas más frecuentemente en los hombres y mujeres de la comunidad gitana (20,7% y 37,1%, respectivamente) que en el total de la población española (3,9% y 9% respectivamente).

- Un 16,4% de las mujeres gitanas informa sobre problemas de alergia, frente al 10,9% en la población general.
- La depresión en mujeres gitanas es declarada por el 17,6%, frente al 7,7% en el total de la población española.
- El asma en población infantil gitana asciende al 13,3% en niños, frente al 5,4% declarado en niños de la población general. En las niñas gitanas es un 8%, frente al 3,5% en el resto de niñas.
- Se declara mayor presencia de caries: 54,6% los hombres gitanos, frente al 29,6% en el caso de la población general; 56,3% las mujeres gitanas, frente al 26,8% en el total de la población española.
- Declara un mayor porcentaje de accidentabilidad, especialmente en el caso de los accidentes de tráfico.
- Un 14,2% de los hombres gitanos declara tener problemas para ver, frente a un 3,7% en la población general. En las mujeres estas cifras son del 19,7% (gitanas) y del 6,6% (población general).
- Un 42,8% de los hombres gitanos mayores de 55 años responde tener problemas para oír, frente al 24,4% en la población general. En las mujeres las cifras son de 34,4% en gitanas y 20,5% en la población general.
- La percepción sobre el estado de salud es más negativa en la población gitana de mayor edad, especialmente en el caso de las mujeres: el 33,4% de los hombres gitanos mayores de 55 años describe su salud como buena o muy buena, frente al 52,3% de la población general; en las mujeres gitanas mayores de 55 años sólo un 10,5% describe su salud como buena o muy buena, frente al 38,2% en la población general.

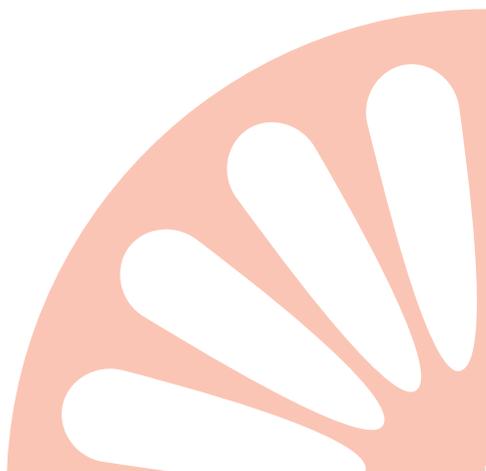
- Los resultados de la encuesta también permiten observar que el estado de salud deficitario de la comunidad gitana se ve acompañado por una mayor presencia de factores de riesgo cardiovascular:
- Mayor porcentaje de hombres gitanos fumadores diarios: 54,9%, frente al 31,6% en la población general.
- Edad de inicio más temprana en el consumo de tabaco: 14,4 años en los hombres gitanos, frente a los 17 años en los hombres de la población general.
- Mayor presencia de hábitos alimenticios de riesgo para la salud (menor consumo diario de fruta y verdura, mayor consumo de azúcares y grasas animales, menor frecuencia de desayunos completos), tanto en hombres como en mujeres, tanto en población adulta como en población infantil y adolescente.
- Niveles superiores de sobrepeso y obesidad, especialmente en el caso de las mujeres adultas y de la población menor de 18 años:
- La obesidad aparece en el 18,1% de la población gitana masculina y en el 22,9% de la población gitana femenina (de entre 2 y 17 años), frente al 11,2% y el 10,2% respectivamente en el caso de la población general.
- El índice de masa corporal recomendado se observa en un 35% de los hombres gitanos, frente a un 39,1% en los hombres de la población general (sin llegar a ser una diferencia estadísticamente significativa) y en un 40,4% de las gitanas, frente a un 52% en las mujeres de la población general, diferencia que sí que es significativa.
- El análisis de la encuesta confirma que, la universalización de los servicios de salud, ha favorecido que las pautas de acceso de la población gitana sean equivalentes a las del resto de la población

en el caso de los servicios de medicina general, hospitalización, urgencias y acceso a medicamentos. El peor estado de salud de los gitanos y las gitanas implica, en gran parte de los casos, una mayor utilización de estos servicios respecto a la población general. Las diferencias son especialmente reseñables en las edades más avanzadas y especialmente en el caso de las mujeres.

- Sin embargo, los resultados de la encuesta también informan sobre un nivel de acceso insuficiente o inadecuado cuando se trata de servicios no cubiertos por el sistema nacional de salud o servicios orientados hacia la prevención: salud bucodental, prácticas preventivas en las mujeres, acceso a prótesis auditivas o correctoras de problemas de vista:
- Un 25,3% de las mujeres gitanas no ha acudido nunca a consultas de ginecología, frente al 17,6% en la población total de España. Además, la revisión periódica tiene una presencia menor en los motivos de consulta de las mujeres gitanas: 44,4% frente a prácticamente el 74,9% en el total de las mujeres de España.
- El porcentaje de mujeres gitanas que se han realizado mamografías o citologías es inferior: 31,9% se han realizado mamografías, frente al 48,9% en la población general; 47% se han realizado citología, frente al 64,7% en la población general.
- Un 49,5% de los niños gitanos y un 51,4% de las niñas gitanas no ha acudido nunca a la consulta de odontología, frente al 39% y el 38,4% respectivamente en la población general.
- Las intervenciones para la mejora de la salud bucodental son menos frecuentes en la población gitana de hombres y mujeres, tanto en población adulta como infantil. Por ejemplo, un 42% de los hombres gitanos declara tener algún empaste, frente a prácticamente el 58% en la población general.

## SÍNTESIS DIAGNÓSTICO

- La percepción sobre el estado de salud es más negativa en la población gitana de mayor edad frente a la población general.
- Mayor prevalencia de enfermedades crónicas.
- Mayor presencia de caries.
- Mayor porcentaje de accidentabilidad.
- Mayor presencia de factores de riesgo cardiovascular.
- Acceso equivalente en medicina general, hospitalización, urgencias y medicamentos.
- Mayor utilización de estos servicios por el peor estado de salud en la comunidad gitana. Especialmente en el caso de las mujeres y en las edades más avanzadas.
- Nivel de acceso insuficiente en servicios no cubiertos por el Sistema Nacional de Salud u orientados hacia la prevención: salud bucodental, prácticas preventivas en ginecología, acceso a prótesis auditivas o correctoras de problemas de vista.



## 4.2.2 FACTORES RELACIONADOS CON LA EXCLUSIÓN SOCIAL

Podría decirse que la Desigualdad en Salud es un síntoma más de la Desigualdad Social. Los grupos socioeconómicos más desfavorecidos presentan características que los hacen susceptibles de una salud deficitaria. Variables como el género, la edad, la etnia, la clase social o el área geográfica son factores de riesgo.

Efectivamente la pertenencia a la etnia gitana en este caso es un factor negativo para la salud, ya que se trata de una minoría étnica marginada históricamente. La historia del pueblo gitano lo ha desplazado continuamente a un margen de la Sociedad. De manera que la Cultura Gitana se ha fraguado en ambientes de marginación y exclusión social a lo largo de los años. La parte más peligrosa de ese proceso es la asimilación que se ha producido en el pensamiento común de la Sociedad, confundiendo Cultura de la Marginación con Cultura Gitana. Aunque un porcentaje importante de familias gitanas ha superado este estatus y disfrutan del bienestar social, es visible aún un sector de la Comunidad Gitana que responde a esta confusión, viviendo en un bucle de condiciones de marginación, exclusión social y cultural.

La pertenencia a la etnia gitana, y en condiciones de marginación y exclusión se traduce en un universo de variables que terminan por determinar la Salud de esta comunidad. Es habitual justificar la situación de desigualdad de la Comunidad Gitana con razones culturales. Sin embargo, visto así, es más apropiado detenerse en otras variables relacionadas directamente con la exclusión social y la marginación que están en la base de una mala salud, una errónea gestión de la enfermedad o de hábitos no saludables.

La falta de formación académica se traduce por ejemplo en una importante barrera comunicativa con el personal sanitario.

La inseguridad y baja autoestima de los grupos excluidos como ocurre en el caso gitano hacen que manifiesten miedos y temores hacia la “enfermedad”, miedo a los tratamientos, resistencia a ciertas prescripciones, falta de asistencia a revisiones y citas ordinarias, tabúes, prejuicios, entre otros. Hay que decir que muchos prejuicios son mutuos, de manera que los profesionales de lo sanitario no conocen a la comunidad gitana y presentan estereotipos y prejuicios sobre este grupo. Esto dificulta su intervención con ellos.

La exclusión económica y laboral supone una desigualdad muy importante. Trabajan de forma precaria, y subsisten con ingresos escasos. Económicamente por ejemplo, el cumplimiento de un tratamiento médico o una dieta especial es insostenible cuando requiere unos ingresos estables o altos. Las prioridades en sus gastos pueden ser diferentes y la salud puede pasar a un segundo plano a no ser que los síntomas sean inminentes.

El entorno social y geográfico puede influir también negativamente en la salud. Algunas familias gitanas habitan en pisos pequeños con familias numerosas, donde las condiciones de higiene no son las más deseables. Existen igualmente barrios donde el ambiente está degradado por la presencia de drogas, alcohol, hábitos poco saludables, estrés, infraestructuras e inmuebles de baja calidad (humedad, excesivo frío, excesivo calor, falta de suministros, luz, agua), alta incidencia de enfermedades mentales, etc. Igualmente la falta de recursos debido a que estos barrios están empobrecidos, tampoco favorece la salud: por ejemplo, inexistencia de oferta deportiva o actividades saludables, parques, aislamiento geográfico, centros de salud saturados, entre otros.



## 4.2.3. FACTORES RELACIONADOS CON LA DISCRIMINACIÓN

El Parlamento Europeo ha declarado que la minoría roma-gitana es la más discriminada en Europa. Lo mismo ha dicho SOS Racismo para el caso de España. Se trata de una discriminación histórica, de ahí que se extienda en el tiempo y en la geografía.

El Centro de Investigaciones Sociológicas informó que 4 de cada 10 españoles manifiesta en las encuestas que les molestaría tener vecinos gitanos, más incluso que tener vecinos ex presidiarios (CIS, 2005). Del otro lado, existe una alta percepción subjetiva de discriminación entre las personas gitanas. El 55,2% se han sentido discriminados al buscar empleo y el 16,3% en el acceso a los servicios de salud (CIS, 2006).

Por la persecución histórica y la discriminación persistente, la denominada por algunos autores como “Identidad resistente”, se ha convertido en uno de los principales núcleos de la identidad cultural gitana. Asimismo, otra parte de este núcleo está constituido por la autodefinición y heterodefinición de la Comunidad Gitana como diferente. Algunos autores han hecho referencia a esto:

“La gente suele tender a reconocerse en la pertenencia que es más atacada...Esa pertenencia a una raza, a una religión, a una lengua, a una clase,... invade entonces la identidad entera” (Maalouf, 1999).

“Las identidades son ideaciones que se transforman, lo que permanecen son los campos sociales alternos que se construyen” (García Canclini, 2004).

(Red de Salud y Comunidad Gitana, Javier Arza)

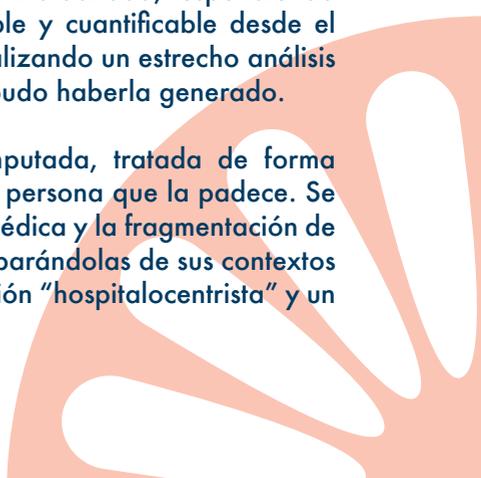
Esta discriminación social general, influye en todos los aspectos de la vida de las personas gitanas, incluida la Salud. La baja autoestima de las personas gitanas y la falta de expectativas hacia lo que la Sociedad puede ofrecerles, o la desconfianza mutua entre los grupos gitanos y no gitanos, condiciona subjetiva y objetivamente las relaciones entre Sistema Sanitario y Comunidad Gitana, y definitivamente repercute en la Salud de este grupo social.

## 4.2.4 FACTORES RELACIONADOS CON EL SISTEMA SANITARIO

Esta guía tiene como referencia un modelo bio-psico-social de la salud que atiende a una multitud de factores sociales, culturales o económicos para explicar el malestar de las personas, en este caso de las gitanas. Se aspira desde esta perspectiva ver más allá del síntoma de una enfermedad e indagar en sus factores causales, que en la mayoría de los casos están en el entorno social y tienen un poder determinante más significativo que los factores biológicos.

Aunque se están produciendo cambios muy positivos hacia este modelo social de la salud, actualmente aún domina un paradigma bio-médico donde las enfermedades se abordan desde un modelo mecanicista. En este modelo el médico o el profesional sanitario repara la parte del cuerpo que se encuentra dañada, respondiendo de forma inmediata a un síntoma visible y cuantificable desde el punto de vista físico o químico, pero realizando un estrecho análisis del origen social o de otra índole que pudo haberla generado.

De este modo, la enfermedad es amputada, tratada de forma independiente del contexto social de la persona que la padece. Se utiliza el camino de la especialización médica y la fragmentación de las enfermedades y de las personas, separándolas de sus contextos y relaciones sociales. Se obtiene una visión "hospitalocentrista" y un



engrandecimiento de la industria farmacéutica y química para paliar los síntomas de las enfermedades. Henrik R. Wulff (Wulff, 2002) habló sobre este modelo advirtiéndole que convertir el acontecer biológico en una entidad por sí misma sin su marco social y cultural era una concepción simplista y parcial.

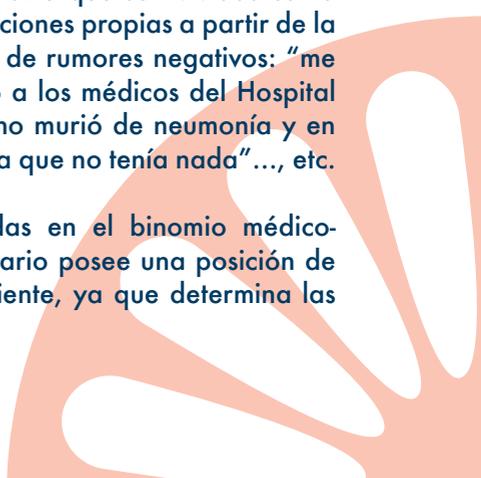
Otro obstáculo del modelo biomédico y que se ha extendido al pensamiento común de la sociedad occidental es la definición de salud en negativo. Sigue considerándose que tener salud significa ausencia de enfermedad. Sin embargo, esta definición se contradice con muchas situaciones en las que las personas poseen una enfermedad, alergias, malformaciones leves, intolerancias, que hacen una vida normal, sana. Y otras personas sin indicadores físicos tienen unas condiciones de vida poco saludables. Se quiere decir con esto que estar sano está en función de muchos otros factores que no son sólo los biológicos que apuntan a una ausencia de enfermedad.

El Sistema Sanitario se estructura sobre esta visión paliativa, y a pesar de los esfuerzos de los profesionales por promocionar una atención preventiva y de mayor calidad, las condiciones socioeconómicas del sistema impiden habitualmente esta tendencia. La burocratización y el mecanicismo han servido para garantizar una oferta igualitaria a los usuarios/as de los servicios sanitarios, pero tal igualdad ha caído en la homogeneización de las atenciones, llegando a un punto en que el Sistema no contempla la diversidad existente entre los pacientes.

La comunidad gitana, siendo ciudadanos y ciudadanas de la misma sociedad, ha asimilado como el resto este concepto de la salud en negativo, y reproduce patrones acorde con este modelo, como el cuidado paliativo, o el abuso de medicamentos. Pero además las condiciones sociales de marginación en las que vive una parte de la sociedad, como le ocurre a un tercio de la Comunidad Gitana, se suman a esta circunstancia de forma agravada y terminan reproduciendo estos patrones de forma acuciada.

Existe en general una importante barrera comunicativa en la relación entre el sistema sanitario y la comunidad gitana; esta barrera comunicativa y relacional puede estar cimentada en diversos factores:

- Falta de adaptación en los mensajes que se ofrecen a la población gitana. Esa falta de adaptación tiene relación con el tipo de palabras empleadas, pero también con el código más reforzado o prestigiado, que en el caso de los profesionales sanitarios es el escrito, mientras que en la comunidad gitana es el oral.
- Divergencia en los criterios para valorar la calidad en la atención: En el caso de la minoría gitana, la calidad en la atención se basa sobre todo en el tiempo de atención, en la calidad del trato, en la empatía percibida, en determinados mensajes no verbales...etc. Estos criterios son difíciles de cumplir en el Sistema Sanitario público actual.
- Los prejuicios mutuos, que en muchos casos provocan una relación de autodefensa y desconfianza. Estos prejuicios, con un fuerte componente afectivo (y, por lo tanto, tremendamente difíciles de modificar), están contruidos a partir de diferentes circunstancias: Los prejuicios históricos en los que se ha cimentado la relación entre la comunidad gitana y el resto de la sociedad. Las malas experiencias propias, que retroalimentan el prejuicio, mientras que las experiencias positivas no lo alteran sino que son vividas como excepciones. La construcción de las posiciones propias a partir de la difusión (en forma de "bola de nieve") de rumores negativos: "me han dicho que una familia gitana pegó a los médicos del Hospital X"; "me han contado que un niño gitano murió de neumonía y en las urgencias le habían dicho a su familia que no tenía nada" ..., etc.
- Las relaciones de poder establecidas en el binomio médico-paciente. En definitiva el personal sanitario posee una posición de poder o privilegio con respecto al paciente, ya que determina las



normas y acapara la información en este espacio social. El paciente por otro lado, debe seguir las orientaciones del médico y acatar el tratamiento o la información que se le da. Cuando algún paciente, en este caso gitano/a, no cumple con ese papel de receptor pasivo y cuestiona o presenta exigencias o demandas a la atención sanitaria, el personal sanitario se siente amenazado, y surge un conflicto de poder.

Así, la propuesta más integral de acción para la mejora sanitaria del pueblo gitano en exclusión debe incluir también acciones de cambio por parte del sistema sanitario, abogando por la salud en positivo, fomentando una atención preventiva, evitando el etnocentrismo en sus recursos, atendiendo a la diversidad y destruyendo barreras comunicativas y sociales para con estos grupos. Esta guía persigue estas metas, de ahí que se propongan actividades que los profesionales sanitarios, cuyas funciones lo permitan, promuevan la comprensión e integración de los usuarios/as gitanas para mejorar finalmente su salud.

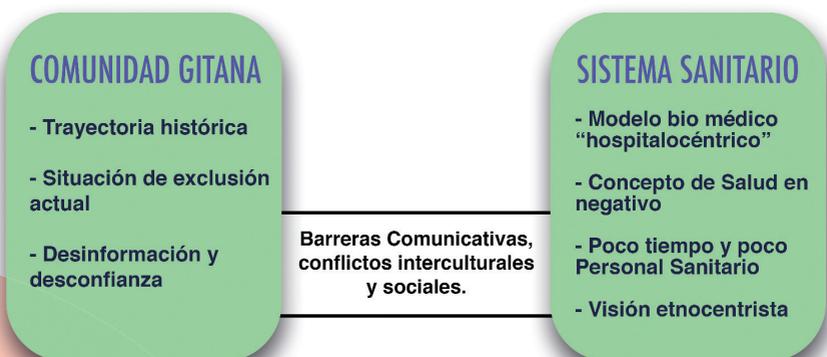


Gráfico 2. Aspectos presentes en la interacción entre la Comunidad Gitana y el Sistema Sanitario. Elaboración propia.



# 5 | La Salud en las Mujeres Gitanas



La variable de género que acarrea una serie de desigualdades sociales intrínsecas a esta condición. A las gitanas además se les suma la condición de etnia, y en ocasiones de pobreza. Se puede decir que las mujeres gitanas llegan a sufrir una triple discriminación: por ser mujeres, por ser gitanas y por ser excluidas sociales. Siendo así nos encontramos una serie de circunstancias que están condicionando una salud desfavorable en las mujeres gitanas:

En general se detecta una mayor incidencia de determinadas enfermedades en ciertos grupos de población gitana. La mujer gitana presenta menor esperanza de vida que los hombres gitanos y que las mujeres no gitanas.

En ciertos sectores poblacionales se detectan casos de mujeres que presentan un envejecimiento prematuro tal vez como resultado de una alta fecundidad en edades prematuras. Presentando en ocasiones enfermedades poco propias de su edad.

Como ha ocurrido y ocurre actualmente también en muchas mujeres no gitanas, el sistema patriarcal dominante, hace que también las mujeres gitanas dediquen menos atención a su aspecto físico y psicológico, ya que su prioridad es la familia y descuidan aquello que se refiera a ellas mismas a cambio de atender a los suyos. Para muchas mujeres gitanas la priorización de la familia y de las necesidades de ésta se sitúa por encima de las necesidades de ellas mismas.

En ocasiones, el exceso de responsabilidades dentro y fuera del hogar da lugar a la aparición de síntomas de depresión, angustia y ansiedad. El vínculo es tal que incluso las decisiones que la mujer gitana adopta en relación con su salud están condicionadas por su familia, la cual representa un gran apoyo (es por ello que algunas suelen acudir a los servicios sanitarios acompañadas por familiares).

Por otro lado, y siguiendo la línea del modelo médico actual, la forma de abordar la enfermedad es paliativa: también en la mujer gitana y en un grado mayor, la preocupación por la salud comienza cuando aparecen síntomas y consecuencias muy llamativas e invalidantes, por lo que el concepto de prevención está poco presente. Una vez que la persona (y su entorno familiar) perciben que ha aparecido la enfermedad, aspiran a una respuesta médica inmediata y resolutive, dada también la relación directa que establecen entre enfermedad y muerte. Esta actitud produce una demanda orientada a la atención inmediata y puntual, a curar “los males” de la manera más rápida posible. Y es que todavía se identifica salud con ausencia de enfermedad, con ausencia de dolor y con medicina; no es un tema de preocupación hasta que no se producen las manifestaciones de enfermedad, dolor o incapacidad. Se sigue otorgando exclusividad a los profesionales sanitarios como autoridad competente para intervenir, opinar y dictaminar sin buscar alternativas preventivas para evitar las enfermedades. Algunas Mujeres Gitanas comparten con el resto de la comunidad una escasa valoración de la importancia de las actuaciones preventivas y de una adecuada educación para la salud desde la primera infancia.

Un número considerable de mujeres no toman medidas preventivas y existe poca constancia en la prevención por ejemplo en lo referente a cuestiones y enfermedades ginecológicas (hay un mayor porcentaje de mujeres que nunca ha acudido a una consulta de ginecología en la población gitana). Otros problemas de salud significativos serían la nutrición inadecuada, la insuficiente cobertura de vacunación, la falta de actividad física o deporte, la inasistencia a los centros de salud la higiene personal.

Pero si hay un aspecto central que debe ser trabajado es la **Planificación familiar y la salud y prevención ginecológica de la mujer**, ya que además incide especialmente en su desarrollo social como personas. Y es que muchas mujeres comparten aún un cliché acerca de su rol femenino: Algunas mujeres, gitanas y no gitanas, no ven alcanzados sus planes de vida y personales hasta que no están casadas y tienen hijos, pudiéndose observar como a veces es el criterio para definir a una mujer realizada de otra que no lo está. A pesar de los cambios tan positivos que la sociedad está experimentando desde la incorporación de la mujer al mundo laboral, este tipo de criterio está muy presente en ciertos núcleos sociales, como pueden ser las zonas rurales o pueblos pequeños, la comunidad gitana en exclusión, las comunidades religiosas, o en la mentalidad de las generaciones más anticuadas. En estas situaciones una mujer es más valorada cuanto mejor cuide a su esposo, o más hijos haya dado a luz, y su realización personal se barema por la dedicación invertida en su familia. El error de este planteamiento surge, cuando la dedicación a la familia eclipsa la propia dedicación a ellas mismas, que emplean su vida al ámbito doméstico, sin realizar ninguna actividad para su desarrollo como personas individuales. La presión social, dificulta la inserción laboral, y en caso que la haya, se complica la conciliación con la vida familiar.

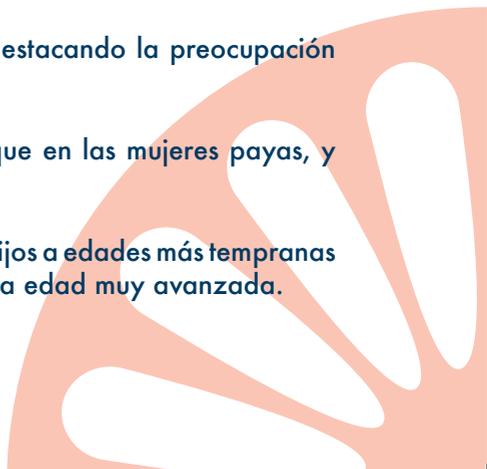
En este sentido, hay muchas mujeres gitanas que cumplen con el discurso expuesto hasta el momento. La natalidad en ciertos sectores de la Comunidad Gitana es más numerosa que en otros grupos

sociales, por una falta de intervención en la cuestión de la Planificación familiar. Y siguiendo este discurso, hay mujeres gitanas que asumen la función reproductiva como algo sustancial, pero confundiendo la naturalidad de la cuestión, con la dejadez. Se suma además, el hecho de que algunas mujeres gitanas tratan la temática sexual con un matiz de secretismo por el pudor que les causa. Ser un tema tabú, hace que la sexualidad y la reproducción femenina se traten desde la desinformación y cargadas de mitos y falsas creencias.

A cualquier edad, ya sea temprana o más adulta, muchas mujeres gitanas no son conscientes, ni tan siquiera conocen las pautas fundamentales para una adecuada vida sexual y reproductiva. Y en el peor de los casos contraen enfermedades de transmisión sexual y otras alteraciones del órgano reproductor al no dedicar cuidados apropiados. Tal como arrojan los datos de la "Encuesta de salud a la comunidad gitana de España" como ejemplo, un 25,3% de las mujeres gitanas no ha acudido nunca a consultas de ginecología y el porcentaje de mujeres gitanas que se han realizado mamografías o citologías es inferior: 31,9%.

En resumen puede decirse que las Mujeres Gitanas:

- En términos generales, tiene una menor esperanza de vida que el hombre gitano y también que las mujeres no gitanas.
- Se produce en ellas un envejecimiento prematuro y padecen enfermedades no correspondientes a su edad.
- Toman menos medidas preventivas destacando la preocupación por la salud ginecológica.
- La tasa de fecundidad es más alta que en las mujeres payas, y con menos cuidados.
- Las madres gitanas empiezan a tener hijos a edades más tempranas que las no gitanas y continúan hasta una edad muy avanzada.



## Medidas y Recomendaciones Generales

A continuación se presentan una serie de medidas generales y recomendaciones que pueden ayudar a mejorar la atención y el trabajo en salud con la Comunidad Gitana. Las recomendaciones primeras se refieren a características que deben tener cualquier relación entre profesional sanitario-paciente, independientemente de la etnia.

- Frente a la falta de planes de prevención y atención frente a potenciales situaciones conflictivas: Adecuar las salas de espera y otros espacios públicos comunes para que la estancia de los ciudadanos sea confortable y apacible.
- Facilitar el ingreso y la estancia de los pacientes en los centros sanitarios.
- Asegurar el ejercicio de los derechos sanitarios y de información de pacientes y familiares.
- Identificación de las expectativas de los ciudadanos con respecto al servicio sanitario que no se corresponden con la realidad y pueden reaccionar de forma agresiva.
- Establecimiento de normas de actuación profesional para la atención a ciudadanos con comportamientos previos inadecuados.
- Reflexión sobre aspectos relacionados con la salud en general de las mujeres gitanas y los hábitos de vida saludable, en particular.
- Diferencias en la forma de entender la calidad en los servicios sanitarios. (La población gitana pone más énfasis, a la hora de

valorar la calidad de los servicios sanitarios, en los elementos de relación y afectividad con el personal sanitario).

- Crear un clima de respeto, tranquilidad y confianza desde el inicio de la relación con el Sistema Sanitario (también con los profesionales de administración, citas, etc).

- Escuchar activamente.

- Tener en consideración los valores, preferencias y necesidades expresadas.

- Devolver que el mensaje se ha entendido.

- Emplear un lenguaje sencillo, sin formalismos.

- Explicar claramente los procedimientos clínicos y administrativos.

Además se recomiendan algunas líneas de actuación más específicas para Comunidad Gitana:

- Impartición de seminarios sobre cultura y concepto de salud en el pueblo gitano (historia y antropología, diversidad de elementos culturales y valores, salud en el pueblo gitano, etc.) dirigidos a profesionales de la sanidad.

- Necesidad de mayor formación antropológica de los y las profesionales del sistema sanitario, enfocada a relacionar los "cuidados" con las creencias, valores y modos de vida de personas de culturas diferentes.

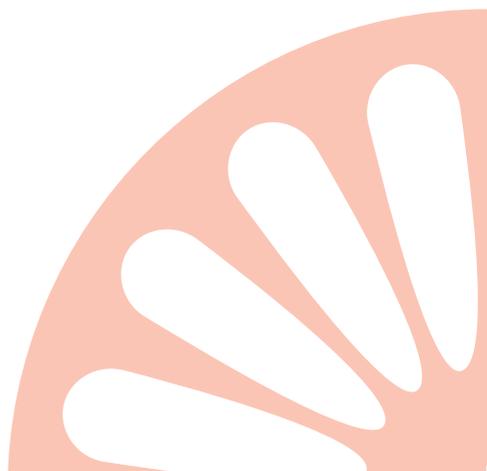
- Potenciar la relación empática (formación de los y las profesionales en habilidades mediadoras).



- Es necesario contemplar el tipo de claves que hacen que los mensajes de las campañas sanitarias realmente lleguen a todo tipo de grupos sociales.
- Necesidad de proporcionar mayor información con respecto a la prevención de posibles enfermedades y atención a fuentes de origen de las mismas, evitando de esta forma la necesidad de inmediatez con las que algunas mujeres llegan a los centros de salud.
- Mejorar los niveles de asistencia a consulta de ginecología en las mujeres gitanas de todos los grupos de edad para reducir la desigualdad en el acceso a este servicio.
- Capacitar a las mujeres gitanas en el seguimiento del embarazo, atendiendo a los elementos de tipo estratégico (derechos e información sobre el sistema sanitario, actuación sobre el entorno familiar, desarrollo de capacidades personales, etc.).
- Aumentar el porcentaje de visitas de ginecología programadas como revisiones periódicas. Aprovechar la atención ligada al embarazo o parto como oportunidad para acceder a prácticas preventivas en las mujeres gitanas.
- Incorporar medidas activas para incrementar la participación de mujeres gitanas en programas de detección precoz del cáncer de mama (en la forma de contactar con las mujeres, seguimiento de las citas, comunicación de resultados, registros de la falta de visita, etc.).
- Desarrollo de estrategias que impliquen a la unidad familiar en el cuidado de la alimentación y de la higiene (campañas en colegios, barrios, etc.)
- Necesidad de desarrollar programas de intervención que atiendan el binomio salud-comunidad gitana. No se trata tanto de que el sistema sanitario "se adapte" a la comunidad gitana, implantando

itinerarios paralelos, sino de que incluya en su funcionamiento las necesidades y características de esta población que, en determinados aspectos, se diferencian de la sociedad mayoritaria.

- Enfrentarse al reto de cambiar una perspectiva de la sanidad “monocultural” a una perspectiva multicultural.
- Evitar medidas paternalistas y estigmatizaciones.
- Incorporar la posibilidad de incluir personas mediadoras interculturales en los centros de salud.
- Evitar los programas de promoción de la salud con contraprestaciones económicas a las personas usuarias para que su asistencia sea regular, ya que a largo plazo puede generar dependencia respecto al sistema público sin favorecer el desarrollo de actitudes positivas en relación con el cuidado de la propia salud.



# 7 | Metodologías de Intervención en salud con Mujeres



**Comienza la  
Función Práctica**

## PRÁCTICA I: HÁBITOS DE HIGIENE Y SU IMPORTANCIA

### OBJETIVOS:

- Concienciar de la importancia que supone cuidar la higiene.
- Informar acerca de las posibles enfermedades derivadas de los malos hábitos.
- Valorar las actuaciones preventivas.
- Incluir en nuestra vida actividades de cuidado personal.



### MATERIALES:

Proyector, ordenador y un documento Power Point sobre hábitos de higiene o imágenes extraídas de internet sobre los mismos.

### DESARROLLO:

Expondremos las razones por las que es necesario cuidar la higiene personal, los hábitos diarios y semanales, y los posibles riesgos:

- ¿Qué entiendes por higiene personal?
- ¿Qué medidas de higiene personal realizas diariamente?
- ¿Cuántas veces a la semana nos duchamos? ¿Y nos lavamos el pelo?
- ¿Cuántas veces nos lavamos los dientes?

## PRÁCTICA II: HÁBITOS DE ALIMENTACIÓN Y NUTRICIÓN

### OBJETIVOS:

- Promover estilos de vida saludables y buenos hábitos alimentarios.

- Incluir e interiorizar nuevos estilos de vida beneficiosos para la salud.

- Sensibilizar a las mujeres gitanas y a sus familias sobre la importancia de la promoción a la salud.

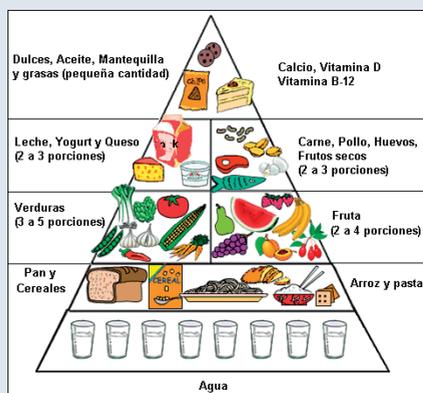
- Fomentar la adquisición de hábitos de vida saludables y la prevención de futuras enfermedades.

### MATERIALES:

Folios, bolígrafos, pizarra, ordenador, proyector, revistas sobre alimentos y elaboración de recetas, tijeras, cartulinas barra de pegamento y rotuladores.

### DESARROLLO:

**SESIÓN 1:** Una alimentación saludable; A través de una exposición con el proyector, explicaremos en qué consiste una alimentación saludable, los riesgos que conllevan la malnutrición y los beneficios de contar con una dieta variada y completa. Daremos lugar al



debate permitiendo la intervención de las participantes con sus propias experiencias personales y sus apreciaciones.

**SESIÓN 2:** ¿Qué comemos hoy? Elaboraremos varios menús. Para ello dividiremos a las participantes en pequeños grupos de cuatro personas como máximo, con la intención de que todas puedan hacer sus aportaciones. A cada grupo le daremos varias revistas y tijeras. Deberán dividir en cuatro partes la cartulina para elaborar en cada una de ellas un menú distinto. Cada pequeño grupo recortará las revistas y las componentes tendrán que ponerse de acuerdo diciendo cuales serán útiles para cas uno de los menús, según lo aprendido anteriormente sobre "alimentación saludable". Se recompensará los menús con un desayuno o merienda saludable.

### **PRÁCTICA III: HÁBITOS DE DEPORTE**

La inexistencia de la práctica de actividad física por parte de las mujeres y hombres pertenecientes a la comunidad gitana es uno de los factores que determinan su desigualdad en salud. La existencia de un referente en el contexto que tenga como hábito la práctica de actividad física, aparece como un reforzador de este comportamiento en generaciones más jóvenes.



#### **OBJETIVO:**

Analizar las ventajas de la actividad y del ejercicio físico y pensar en las dificultades y en las excusas que solemos poner para no realizarlo.

La educadora introduce la actividad haciendo hincapié en los beneficios de la práctica del ejercicio físico.

### **MATERIAL:**

Folios, bolígrafos, pizarra, y ficha adjunta.

### **DESARROLLO:**

Cada mujer elegirá un tipo u otro de actividad física, según sus propias necesidades y también según sus gustos y aficiones.

A continuación se pide a las mujeres que se pongan por parejas y que con la ficha que le entregue piensen en las cuestiones que aparecen en ellas.

En la primera columna se trata de que seleccionen las actividades físicas que realizan y también que piensen en todas aquellas que siempre han querido probar.

En la segunda columna, de aquellas actividades que realizan o las que les gustaría probar, han de pensar en los beneficios que les reportan tanto para su propio cuerpo como para su mente.

En la tercera columna, han de pensar en las dificultades que tienen para poder realizarlas.

Finalmente una de las mujeres expondrá a las demás las conclusiones a las que han llegado y entre todas, con la ayuda de la educadora, van proponiendo alternativas que se podrían poner en marcha para vencer las dificultades que tienen para realizar los ejercicios físicos que les gustaría hacer.

## TABLA PARA EL DEPORTE

TIPO DE ACTIVIDAD	¿CUAL HAS PRACTICADO?	¿CUAL TE GUSTARÍA PROBAR?	BENEFICIOS	DIFICULTADES O EXCUSAS
Caminar Pasear				
Correr				
Nadar				
Gimnasia				
Montar en Bicicleta				
Hacer yoga o ejercicios de Relajación.				
Bailar				
Patinar				
Deportes de Equipo: baloncesto, balón volea, fútbol...				
Ejercicios en Casa				

## PRACTICA IV: EN CASA SOMOS MUCHOS/AS

### OBJETIVOS:

- Tomar conciencia de nuestras prioridades y del tiempo que nos dedicamos a nosotras mismas.

- Implicar progresivamente al resto de la comunidad (los hombres) en el cuidado de sus miembros para que no recaiga siempre en las mujeres esta responsabilidad.

- Motivar, aumentar la autoestima y el concepto propio.

- Analizar la desigualdad de género existente de acuerdo a las propias experiencias.



### MATERIAL:

Elaborar dibujos:

Elaborar varias fichas (número par) con situaciones distintas (ámbito doméstico y laboral) en donde tanto niños, niñas, padres, madres, etcétera, desempeñen tareas distintas.

Objetivo: reconocer el desempeño de ciertas tareas indiferentemente del género al que se pertenezca.

Ejemplo: cocina (padre que prepara el pan en el horno con el delantal, niño que ayuda a poner el mantel, niña que juega sobre la mesa y madre que coloca la vajilla).

Ejemplo: supermercado (padre que entra al supermercado con el carrito de compra, madre que saca dinero en el cajero, niño que lleva una cesta pequeña de compra, etc.)

### **DESARROLLO:**

Se crean pequeños grupos de tres personas y a cada grupo se le reparten dos fichas en las que se observan personas de una familia desarrollando diferentes actividades domésticas. Cada pequeño grupo reflexionará sobre la siguiente cuestión:

¿Qué ves distinto en estas dos imágenes?, tras esto, anotarán las reflexiones que hagan para posteriormente hacer una puesta en común. Igualmente, se debatirá sobre las dificultades y logros en el reparto de tareas en sus hogares con la intención de compartir las estrategias que se pueden usar en beneficio propio y de los demás. Para dinamizar el debate, podremos incorporar preguntas como por ejemplo:

- ¿Crees que toda la familia participamos en las mismas actividades?
- ¿Quién o quiénes llevan el mayor peso de las tareas domésticas y quién cuenta con más tiempo libre para dedicarlo al ocio?
- ¿Crees que esas tareas podrían repartirse? ¿Cuál es tu propuesta?
- ¿A quién de tu familia propondrías ese reparto para que así fuera más justo?

## PRÁCTICA V: REPARTO DEL TIEMPO

(Entre 1- 9 mujeres)

### OBJETIVOS:

- Ofrecer un espacio común donde las mujeres puedan compartir sus dudas.
- Identificar el tiempo que dedicamos a cada una de las actividades del día a día.
- Tomar conciencia de nuestras prioridades y cuánto tiempo les dedicamos.
- Incluir de manera deliberada actividades que nos ayuden a ganar espacios propios.
- Organizar nuestro tiempo de la mejor manera.



### MATERIALES:

Folios, bolígrafos y círculos ya divididos en porciones de 24 partes.

### DESARROLLO:

Las participantes deberán dibujar en un papel un círculo y dividirlo en 24 partes, representando las horas del día. Una vez que tenemos nuestro círculo vamos a hacer al lado del mismo una lista con las actividades que realizamos diariamente y vamos rellenando el círculo y sus horas con las actividades que hacemos todos los días.

Posteriormente, en un folio a parte, se les indicará que escriban diez cosas que les gusta hacer, cosas que tal vez hagan muy de vez en

cuando y que les creen satisfacción a ellas mismas, como por ejemplo pasear por el parque, ir a visitar a un familiar, hacer un curso o chatear por Internet. Por último compararemos el pastel con nuestra lista y nos preguntaremos cuánto tiempo dedicamos a las actividades que hemos incluido en la lista, para después compartirlo en grupo.

Como variante podremos proponer una segunda actividad que consista en incluir algunas de estas diez cosas en un nuevo círculo, con la intención de incluir alguna en el día a día de las participantes o al menos destinar una parte de nuestro tiempo a aquello que nos llena de satisfacción.

## PRÁCTICA VI: PREVENCIÓN DE CÁNCER DE ÚTERO

El cáncer de cuello de útero, o cáncer de cérvix, es el segundo cáncer más frecuente entre las mujeres en el mundo, cada año se diagnostican unos 500.000 casos nuevos, el 80 % en países poco desarrollados.



Las mujeres gitanas que han acudido alguna vez a una consulta de ginecología son un 73,7% frente al 82,4% de la población general de España. La realización de consultas de ginecología aumenta conforme se mejora la posición socioeconómica.

En la comparación entre la población gitana y la población general sobre las visitas de ginecología se destaca que las visitas de las mujeres gitanas están muy relacionadas con el embarazo y parto, tienen una alta presencia las visitas ligadas a problemas ginecológicos y son relativamente poco frecuentes las relacionadas con revisiones. (Estudio Equidad y Salud Gitana Ministerio de Sanidad y Política Social).

## OBJETIVOS:

- Crear un espacio de confianza y respeto y concienciar la importancia de la prevención.
- Introducir la prevención como factor clave del cáncer del cuello de útero. Materiales:
- Pizarra, proyector, ordenador, trípticos, documentos en power point, video.

## DESARROLLO:

Comenzaremos la actividad preguntando a las propias mujeres ¿Quién soy yo? Y ¿Qué espero llevarme de este taller?

A continuación haremos una lluvia de ideas y preguntaremos si conocemos nuestro propio cuerpo dando ideas y conceptos claves del aparato reproductor femenino.

Seguiremos este taller preguntando al grupo que nos sugiere la palabra prevención y que sabemos del cáncer de cuello de útero. A través de las reflexiones y dudas que surjan en el debate podemos aclarar conceptos claves: qué es el cáncer de cuello de útero, que es una citología a quién se recomienda, con qué frecuencia hay que hacérselas, cuál es la causa.

Para finalizar hablaremos de nuestros propios miedos sobre este tema y los tabúes que pueden existir. Se darán folletos y tarjetas de contactos a todas las mujeres.

## PRÁCTICA VII. PREVENCIÓN DEL CÁNCER DE MAMA

El cáncer de mama es una enfermedad tumoral frecuente en la mujer que, además de poner en peligro su vida, incide en su imagen y puede tener repercusiones psicológicas sobre la misma.



A partir de los 35 años, la mujer debe comenzar a realizar anualmente sus controles mamarios. Es a esta edad, aunque algunos piensan que es preferible a los 40 años, cuando debe efectuarse el primer estudio mamográfico, que servirá de base comparativa con los siguientes controles.

La detección precoz en el cáncer de mama sigue siendo la piedra angular del control para la prevención.

### OBJETIVOS:

Concienciar sobre la importancia de la prevención en este tipo de enfermedad.

Dar recomendaciones básicas e información sobre el cáncer de mama y cómo prevenirlo.

Promover un espacio de reflexión sobre este tipo de enfermedad.

### MATERIALES:

Ordenador, power point, proyector, folletos.

## DESARROLLO:

En este taller se pretenderá mostrar algunas de las ideas erróneas acerca de este tipo de enfermedad y dar la información adecuada para que las mujeres decidan responsablemente sobre la prevención antes de que aparezca el problema y si existe como abordarlo de una manera más llevadera.

## PRESENTACIÓN TEMAS:

A través de la presentación en Power Point con el proyector trataremos temas como: que es la prevención, que es el cáncer de mama, citas y consultas médicas, cual es el mejor método para detectar cuanto antes el cáncer de mama, que es una mamografía, cuando se recomiendan.

A continuación pondremos un video informativo. Y repartiremos trípticos con información básica.

## PRÁCTICA VIII: SALUD MATERNO INFANTIL

Los estudios conceptualizan a la Salud Reproductiva como el estado de completo bienestar físico, mental y social, durante el proceso de reproducción y el ejercicio de la sexualidad y la analizan a partir de tres elementos básicos:

- Capacidad, que depende de poder reproducirse, decidir cuántos hijos tener y cuándo; y gozar de su sexualidad.



- Logro, que depende de la supervivencia y el desarrollo de un (una) niño(a) sano(a).
- Seguridad, que significa embarazos y partos con bajos riesgos. Gran parte del fundamento de la salud futura de una persona se encuentra en las 40 semanas de embarazo y en los primeros seis meses de vida. Dado que la mujer gitana es una de las comunidades con más alto porcentaje de embarazos se considera imprescindible la educación materno infantil.

### OBJETIVOS ESPECÍFICOS / CONTENIDOS:

- Trabajar con las mujeres la definición de salud.
- Trabajar con las mujeres, ¿Qué es el embarazo? Cómo se produce, qué debemos saber: medicamentos nocivos durante el embarazo. La primera visita. Acudir a consultas Obstétricas. Acudir a Urgencias. Recursos institucionales que se ofrecen a la gestante.
- Conocer el desarrollo embrionario y fetal.
- Hacerles tomar información sobre la Estimulación Prenatal.
- Conocer las características de la madre durante el embarazo.
- Antojos y mitos durante el embarazo.
- Recomendaciones para la mujer embarazada: Descanso y ejercicio. Higiene postural. Trabajo. La ropa. Animales domésticos. Actividad sexual. Viajar. Alcohol, tabaco y otras drogas. Medicamentos. Alimentación: Nutrientes necesarios, consejos de alimentación ¿qué se debe evitar comer y beber durante el embarazo?, Problemas comunes durante el embarazo, Consejos para situaciones especiales durante la gestación, ¿Cómo puedes saber si estás comiendo bien durante tu embarazo? Dinámica práctica: MENÚ SALUDABLE.

- Salud bucodental en el embarazo: Enfermedades bucodentales: Caries dental; Enfermedad periodontal; Mal-oclusión dental; Técnicas de cepillado dental: Técnica de Bass. Uso del hilo dental.

- Cómo debe ser tu higiene: física y mental.

- Métodos anticonceptivos: Métodos hormonales. Diu. Métodos de barrera.

- Esterilización voluntaria: ligadura de trompas y vasectomía.

### **MATERIALES:**

Ordenador, power point, proyector, folletos.

### **DESARROLLO:**

Se llevará a cabo 2 sesiones en las cuales se trabajará el significado de los contenidos, la importancia del taller y por último casos prácticos en los cuales ellas puedan mostrar que conceptos han asimilado.

### **PRÁCTICA IX: PREVENCIÓN DE RIESGOS EN EL HOGAR Y LABORALES**

Es importante conocer los tipos de riesgos que sufre la mujer gitana y su entorno, y mucho más cuando se encuentran en un contexto desfavorecido. Por lo cual se les dará a conocer algunas de las causas por las que se generan los accidentes y como aprender a prevenirlos. A menudo este colectivo sufre casos de accidentes por falta de información. A continuación enunciamos los contenidos que incluirá el taller según las áreas dentro de la prevención de riesgos que hemos considerado más importantes.

## OBJETIVOS:

- Sensibilizar a las mujeres gitanas sobre la importancia de la prevención de riesgos en el hogar y en el empleo.

## CONTENIDOS QUE SE ABORDARÁN:

- Electricidad
- Incendios
- Limpieza
- Cocina
- Gas
- Intoxicaciones
- Cuerpos extraños
- Ahogos
- Caídas y traumatismos



## MATERIALES

Ordenador, power point, proyector, folletos.

## DESARROLLO

A través del power point daremos a conocer los riesgos que existen y cómo prevenirlos o salir de una situación de riesgo para la salud. Como actuar y que hacer en caso de accidente. Todo a través de un lenguaje sencillo y adaptado.

\*Estas son solo algunos ejemplos de las prácticas que se pueden llevar a cabo. Sin olvidar por supuesto la sensibilización en cuanto a cómo utilizar los recursos sanitarios o la importancia de las revisiones en todas las áreas de salud pertinentes.

## REFERENCIAS BIBLIOGRÁFICAS:

- España, Ministerio de Sanidad y Consumo; Fundación Secretariado Gitano, (2005). Salud y Comunidad Gitana.
- España, Ministerio de Sanidad y Política Social, Consejo Estatal del Pueblo Gitano y Fundación Secretariado Gitano (2006). Hacia la Equidad: Estudio comparativo de las encuestas nacionales de salud a población gitana y población general de España.
- España, Ministerio de Sanidad, Política Social e Igualdad, (2010). Plan Acción para el desarrollo de la Población Gitana 2010-2012.
- España, Ministerio de Sanidad y Política Social, (2010). Hacia la Equidad en Salud: Monitorización de los determinantes sociales de la salud y reducción de las desigualdades en salud.
- Federación Andaluza de Mujeres Gitanas (FAKALI); Andalucía, Instituto Andaluz de la Mujer, (2012). Guía de Estrategias de Cooperación con las Mujeres Gitanas. Sevilla.
- Fundación Secretariado Gitano, (2000). Guía de Salud para Mujeres Gitanas. Madrid.
- UNGA, (2010). Proyecto "Equisastipen" para la Promoción de la Salud en la Comunidad Gitana.
- Wulff, Henrik R. (2002). Introducción a la filosofía de la medicina. Editorial TRIACASTELA. Madrid.

## PÁGINAS WEB DE CONSULTA

- Ministerio de Sanidad, Servicios Sociales e Igualdad:

[www.msc.es](http://www.msc.es)

- Consejería de Salud y Bienestar Social:

<http://www.juntadeandalucia.es/organismos/saludybienestarsocial.html>

- Foro creado por el Grupo de Salud del Consejo Estatal del Pueblo Gitano y el Ministerio de Sanidad, Políticas Sociales e Igualdad. Portal integrado dentro de la web de la Universidad de Navarra. El encuentro entre la Comunidad Gitana, la Salud y el Sistema Sanitario. "Abismos y Puentes". Javier Arza.

<https://miaulario.unavarra.es/>

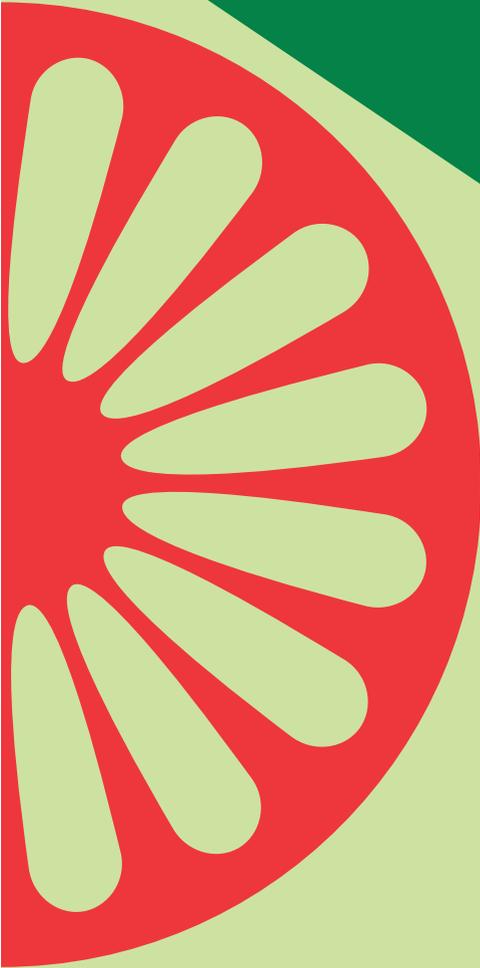
- Foro creado por el Grupo de Salud del Consejo Estatal del Pueblo Gitano y el Ministerio de Sanidad, Políticas Sociales e Igualdad. Portal integrado dentro de la web de la Universidad de Navarra. Asociación Gitana UNGA. Marlem Menéndez Menéndez Taller de Prevención del cáncer de cuello de útero.

<https://miaulario.unavarra.es/>









ASOC. DE GITANAS UNIVERSITARIAS DE ANDALUCÍA



Subvencionado por:



**FAKALI / AMURADI**  
C/ Jimios 3 - 1ª planta. Sevilla 41001  
Tel. 954 228 871 - 692 157 663  
Fax: 954 211 273  
fakali@fakali.org - www.fakali.org  
@prensafakali - facebook.com/fakaligitanas