



**Universidad**  
Zaragoza

TRABAJO FIN DE GRADO

**SALUD REPRODUCTIVA EN LAS MUJERES GITANAS:  
Un análisis de género y etnicidad**

**Tamara Rodríguez Pola**

*Directora: Dra. Consuelo Miqueo*

*Profesora Titular de Historia de la Ciencia*

JUNIO, 2019

FACULTAD DE MEDICINA, DEPARTAMENTO DE CIENCIAS DE LA DOCUMENTACIÓN E  
HISTORIA DE LA CIENCIA. UNIVERSIDAD DE ZARAGOZA.



## RESUMEN

**Objetivos.** Este trabajo tiene por objeto conocer la cultura de una población doblemente marginada históricamente para fundamentar una intervención cultural sobre la libertad sexual y reproductiva de las mujeres gitanas, rehenes de un patriarcado que define de modo peculiar y relevante en su comunidad los sistemas de salud sexual y, sobre todo, de salud reproductiva.

**Métodos.** Se han realizado dos actividades sucesivas. En primer lugar, una exhaustiva revisión bibliográfica desde las perspectivas histórica, sanitaria y sociocultural, en torno a una trilogía conceptual: a) comunidad gitana, y especialmente mujeres gitanas, en el marco de la salud; b) sistemas de género, matrimonio y parentesco; c) salud sexual y reproductiva. En segundo lugar, y por la necesidad creciente de ajustar los programas de salud sexual y reproductiva para las mujeres gitanas, se ha realizado una intervención- con mirada etnográfica- desarrollada en cuatro actividades sobre planificación familiar y métodos anticonceptivos en mujeres gitanas de mediana edad de Zaragoza.

**Resultados.** La descripción y análisis de sus pautas de conducta, representaciones sociales y creencias relativas a la planificación familiar indica que la estructura social de género de las mujeres gitanas tiene gran impacto sobre la demanda y uso de los métodos anticonceptivos. La planificación familiar puede identificarse como una actividad sanitaria preventiva siendo baja la adherencia de la población gitana. Se ha observado un desconocimiento global respecto a la anatomía y fisiología del aparato reproductor femenino, un interés e inquietudes por la educación sanitaria sobre métodos anticonceptivos naturales y anticonceptivos orales. Se ha observado un rechazo a los recientes métodos contraceptivos como anillo vaginal, por presencia de cuerpo extraño en la vagina, y al implante intradérmico por motivos económicos, a la vez que un interés en relación al implante hormonal subdérmico.

**Conclusiones.** El conocimiento de los factores por los cuales las mujeres gitanas utilizan los servicios de planificación familiar constituye una pieza clave para el diseño de políticas y estrategias dirigidas a esta población, siendo necesarias la sensibilidad y la formación específica de los profesionales sanitarios en la diversidad cultural y en los determinantes sociales de la salud de cada grupo étnico.

*Palabras clave: mujeres gitanas, salud reproductiva, métodos anticonceptivos, género, etnografía*

## ABSTRACT

**Objectives:** The following research represents aims to know the culture of a doubly marginalized population historically to ground a cultural intervention on the sexual and reproductive freedom of focusing on the role of the gypsy woman, hostage of a tough established patriarchy that defines, among others, sexual health systems and, above all, reproductive health.

**Methods:** In order to reach the above mentioned hypothesis, it was necessary to proceed into an exhaustive bibliographical review considering different perspectives: historical, sanitary and sociocultural, defining three conceptual topic branches as the base of the research: a) Gypsies as a whole community, but especially gypsy women, in a perspective of health general issues. b) Gender systems, preconceptions, marriage and familiar kindred. c) Sexual and reproductive health. Secondly, and because of the growing need, sexual and reproductive health programs for Roma women are adjusted, an ethnographic intervention developed in family activities and contraceptive methods has been carried out in gypsy women of middle age in Zaragoza.

**Results:** The description and analysis of their behavior patterns, social representations and beliefs and its connection with family planning have allowed to understand the social structure of gypsy women into the community, and to identify its great impact on the demand and use of contraceptive methods. Family planning can be identified as a more preventive activity where the adherence of the population is low. It is observed a global ignorance about the anatomy and physiology of the female reproductive system; though an incipient interest and concern about sexual education, mostly referred to natural contraceptive methods and oral contraceptives. On and additional side, it is noticeable a wide rejection to contraceptive methods such as the vaginal ring, because of the presence of an unknown item inside the vagina, and against the intradermal implant, this time because of financial reasons. However, there is shown interest in the subdermal hormonal implant.

**Conclusions:** The knowledge of the factors by which gypsy women use family planning services is a key element in the design of policies and strategies aimed at this population, and the sensitivity and specific training of health professionals in cultural diversity is essential. The social determinants of the health of each ethnic group.

Key words: Gypsy women, reproductive health, contraceptive methods, gender, ethnography.

## ÍNDICE

1. INTRODUCCIÓN .....	6
1.1. La comunidad gitana en España .....	6
1.2. El planteamiento del problema de estudio.....	7
1.3. Objetivos del estudio.....	10
2. MATERIAL Y MÉTODOS.....	11
2.1. Metodología de la revisión bibliográfica.....	11
2. 2. Metodología de la intervención sanitaria en planificación familiar .....	13
3. RESULTADOS Y DISCUSIÓN .....	16
3.1. Gitanos en el marco de la salud: .....	16
3.2. Análisis de género y etnicidad.....	21
3.3 .Salud sexual y reproductiva: La gestación en las mujeres gitanas. ....	24
3.4. Una intervención sobre planificación familiar y métodos anticonceptivos en las mujeres gitanas de Zaragoza .....	24
4. CONCLUSIONES.....	35
5. BIBLIOGRAFÍA .....	35
6. ANEXOS .....	43

## 1. INTRODUCCIÓN

### 1.1. La comunidad gitana en España

España constituye un mosaico de realidades históricas y culturales fruto de las múltiples influencias ejercidas por los diferentes pueblos que en él han habitado. Dentro de estas influencias culturales ejercidas por los pueblos residentes en el territorio nacional destaca, tanto por volumen cuantitativo como por recorrido histórico, la del pueblo gitano. No obstante, cuantitativamente el pueblo gitano constituye la minoría étnica autóctona, no derivada de procesos migratorios, más importante en España, Europa central y del Este.

Así, y a pesar de las dificultades metodológicas a la hora de establecer con precisión el número exacto de gitanos habitantes en la Unión Europea, el Parlamento Europeo estimó en 2017 una población entre los diez y los doce millones de habitantes. En territorio nacional, según los datos publicados por el Ministerio de Sanidad Consumo y Bienestar Social, la población gitana estaría entre las 725.000 y las 750.000 personas constituyendo un 1.5% de la población total. Población mayoritariamente sedentaria y con una distribución desigual por el territorio español con predominio en las grandes ciudades como Madrid, Barcelona, Sevilla, Valencia y Zaragoza y en las comunidades de Andalucía, Valencia y Cataluña.

Temporalmente podemos situar el inicio del asentamiento del pueblo gitano en la península ibérica en el siglo XV fruto de la emigración desde su origen oriental en el noroeste indio hacia el mediterráneo oriental y Centroeuropa. (Ferrer 2013:3). Este origen indio se fundamenta en estudios lingüísticos (San Román, 1986) que permitieron filiar el romaní como perteneciente al grupo neoindio. Investigaciones genéticas recientes (Comas y Manfred, 2012) han remontado, mediante el estudio de ADN de 13 poblaciones gitanas europeas, el origen del éxodo gitano de la India a 1500 años atrás.

Sin embargo, un análisis más detallado muestra que se trata de una historia de persecuciones y sufrimiento desde hace varios siglos que da como resultado un situación de desigualdad y marginación social.

La tradición nómada y los rasgos culturales propios del pueblo gitano pronto tornaron del exotismo a la estigmatización y de ésta, a la persecución institucional en su recorrido por el territorio europeo. En 1499 se promulgó, en forma de ley, la persecución sistemática de su

cultura. La conocida Pragmática de los Reyes Católicos en 1499 fue la primera sanción oficial a los usos y costumbres de la población gitana española:

“Mandamos a los egipcianos que andan vagando por nuestros reinos y señoríos... que vivan por oficios conocidos... o tomen vivienda de señores a quien sirvan... Si fueren hallados o tomados, sin oficio, sin señores, juntos... que den a cada uno cien azotes por la primera vez y los destierren perpetuamente de estos reinos, y por la segunda vez que les corten las orejas, y estén en la cadena y los tomen a desterrar como dicho es...”

Posteriormente, esta deriva punitiva cristalizó en forma de persecución organizada amparada por el rey Fernando VI. La Gran Redada de 1749 ordenaba el apresamiento de todos los gitanos del Reino:

"Por los graves motivos, que ha hecho muy notorios el atrevimiento de los que se llaman Gitanos, pues con la insolencia de sus perversas inclinaciones, continuamente se han hecho poco sufridas sus familias en los vecindarios señalados, resolvió la piadosa justificación de Su Majestad así por el alivio de sus Pueblos, como por contener, y enmendar de una vez a esta multitud de gente infame, y nociva, el que se recogiesen cuantos habitaban en estos Dominios con el nombre, y opinión común de Gitanos...".<sup>1</sup>

Esta estigmatización y ataque sistemático fueron una constante durante toda la historia moderna del pueblo gitano, especialmente durante la dictadura franquista donde se llegó a considerar al calo como jerga de delincuentes. No fue hasta la constitución de 1978, donde en el marco del reconocimiento de la igualdad plena de todos los españoles, el pueblo gitano adquiere una estatus legal equiparable al resto de la población.

Esta dinámica no es excluyente del territorio español. Así, cabe recordar, el Porrajmos o Samudaripén (el Holocausto Gitano) acaecido en 1938 en la Alemania nazi donde se estima que unos 500.000 Gitanos de diversos países europeos fueron asesinados en los campos de concentración.

## **1.2. El planteamiento del problema de estudio**

A lo largo de mi formación sanitaria he observado ciertos aspectos de la peculiar relación de este pueblo, fácilmente identificable, en la atención en la atención sanitaria y me han surgiendo diversas cuestiones en torno a su cultura y difícil convivencia de este pueblo minoritario parcialmente marginado y su estilo de utilización de los servicios sanitarios. El curso de mis

---

<sup>1</sup> Real Instrucción de 28 de octubre de 1749, relativa al recogimiento de Gitanos, tomado de Martín Sánchez D, 2018 capítulo 2: La legislación antigitana: 37 )

estudios como Graduada en Enfermería por la Universidad Rovira i Virgili (Tarragona) me permitió integrar los conceptos antropológicos teóricamente aprendidos en la facultad gracias a investigación cualitativa –etnográfica- desarrollada sobre las mujeres gitanas de Tauste (Zaragoza) dirigida por la Dra. Maria Antonia Martorell-Poveda. Una Investigación que se llevó a cabo durante el periodo de disfrute de mi beca de movilidad séneca en la Universidad de Zaragoza.

Dicha etnografía tuvo como objetivo comprender el conjunto de creencias, valores y prácticas que giran en torno a la fecundidad de las mujeres gitanas. Su publicación original (Martorell-Poveda, Rodríguez, 2015) recoge el conjunto de prácticas que las mujeres gitanas llevan a cabo durante la gestación. Las informantes fueron principalmente seis mujeres de etnia gitana de la comunidad de Tauste (Zaragoza), representantes de tres generaciones y con edades comprendidas entre los 20 y los 67 años con las que en base a entrevistas en profundidad, observación participante<sup>2</sup> y el diario de campo<sup>3</sup>, se interpretaron una serie de prácticas en relación a su alimentación, higiene, actividad, etc., que respondían a atributos socialmente transmitidos articulados a su vez con el modelo biomédico actual.

Durante la trayectoria de mis estudios en el Grado de Medicina en la Universidad de Zaragoza, la asignatura de formación básica impartida por la Dra. Consuelo Miqueo: *Investigación y Nuevas Tecnologías*, me permitió enfocar este tipo de metodología cualitativa en el ámbito sanitario y especialmente en el ámbito de la medicina. Durante la asignatura se trabajó el concepto de medicina como sistema sociocultural así como algunas desigualdades en salud. Considero que este acercamiento hacia la comprensión de fenómenos sociales en la atención de la salud puede responder a muchos de los interrogantes relacionados con la situación de desigualdad característica del pueblo gitano. Y es que el campo de la salud ofrece enormes espacios para la investigación desde diferentes enfoques, siendo el enfoque cualitativo una herramienta que permite conocer, desde la perspectiva de los usuarios externos (pacientes, familias o cuidadores) o usuarios internos (profesionales, técnicos, personal de apoyo), las creencias, valores, actitudes y percepciones respecto a cuestiones de salud.

En la asignatura de *Obstetricia, Ginecología y Medicina de Familia* y, especialmente en las *prácticas tuteladas* realizadas en un centro de Atención Primaria, fue donde volvió a emerger mi interés por el contexto biopsicosocial en algunos grupos minoritarios como es la etnia gitana.

---

<sup>2</sup>La observación participante es un tipo de método de recolección de datos utilizado típicamente en la investigación cualitativa

<sup>3</sup>Un diario de campo es un instrumento de recolección de datos usado especialmente en las actividades de investigación.

Una de las hipótesis planteadas en dichas asignaturas fue la importancia de establecer programas preventivos e intervenciones sobre estilos de vida en los diferentes tipos de población. En base a dicha premisa, y teniendo en cuenta algunos de los conocimientos adquiridos sobre el pueblo gitano, me planteé algunas de las necesidades principales de la comunidad, especialmente en el terreno de la salud sexual y reproductiva, que se hallan en el origen de este trabajo de fin de grado en Medicina. En respuesta a ello, y aprovechando mi posición como enfermera, llevé a cabo una intervención sobre planificación familiar y métodos anticonceptivos en las mujeres gitanas de Zaragoza titulada “Desayunos con Tamara”, que tuvo lugar en la Fundación El Tranvía: una entidad sin ánimo de lucro creada para la gestión de recursos sociales. Los resultados de dicha intervención serán abordados en este Trabajo Fin de Grado tanto otra perspectiva, desde la etnicidad, y también desde la perspectiva de género.

Sobre el origen de mi formación en la perspectiva de género, podría describirse metafóricamente que ha sido resultado, a falta de un curso reglado de género y salud, de la metodología denominada “aprendizaje por rincones”<sup>4</sup>, ya que en nuestra facultad de Medicina se ubica la sede del Seminario Interdisciplinar de Estudios de la Mujer (SIEM). Un espacio que ha sido reconocido por la universidad como una entidad de coordinación de quienes desde la docencia y la investigación y está contribuyendo a visibilizar la aportación de las mujeres en el ámbito de la docencia e investigación y que dispone de una excelente biblioteca especializada.

En definitiva, todos estos *inputs* a lo largo de mi reciente trayectoria académica han servido de motivo para decidirme a enlazar y contextualizar mi experiencia y conocimiento sobre la salud reproductiva en las mujeres gitanas desde una perspectiva de análisis de género y etnicidad.

Este trabajo es el viaje paralelo entre dos líneas de desigualdades protagonizadas por el pueblo gitano enmarcadas en el contexto de salud: la situación socio-económica de marginalidad de la comunidad gitana en relación con la sociedad mayoritaria, y la situación de la mujer gitana, rehén de un patriarcado que define, entre otros, los sistemas de salud sexual y, sobre todo, la reproductiva. Para llegar a dicha hipótesis ha sido necesario articular previamente diversos conocimientos e indagar sobre la historia del pueblo gitano y sobre la literatura en relación a la salud y la atención sanitaria ofrecida en dicha comunidad. Como bien dice el proverbio, en ocasiones, es necesario estudiar el pasado para conocer nuestro presente.

---

<sup>4</sup> Un rincón es un pequeño espacio en el que se realiza una tarea determinada. En estos espacios se desarrollan actividades lúdicas, investigaciones y relaciones interactivas desarrollando la inteligencia y la creatividad de los integrantes.

### **1.3 Objetivos del estudio**

1. Realizar una contextualización histórica de las desigualdades y situación de marginalidad del pueblo gitano en relación con la salud.
2. Conocer la trayectoria de la mujer gitana en relación con los sistemas de género, matrimonio, parentesco y fecundidad.
3. Averiguar si el sistema sanitario público español (SALUD) atiende y da respuesta a los aspectos culturales de la población y cuáles son las medidas propuestas para ello.
4. Describir y analizar las pautas de conducta, representaciones socialmente transmitidas y creencias respecto a los métodos de planificación familiar de las mujeres gitanas.

## 2. MATERIAL Y MÉTODOS

### 2.1. Metodología de la revisión bibliográfica

Hemos realizado una exhaustiva revisión de la literatura sanitaria y social sobre la etnia gitana, sin establecer restricciones temporales, debido al propio objetivo de la investigación que incluye la trayectoria histórica del pueblo gitano.

Además de la revisión sistemática de alguna revista y otras fuentes que se especifican, las bases de datos seleccionadas han sido las siguientes: Cuiden, Cochrane, Pubmed, IME, ISOC. De acuerdo a las características de cada base bibliográfica, se han realizado búsquedas simples o avanzadas con palabras claves, articuladas con los operadores booleanos pertinentes, de conceptos como: gitano, gitana, salud, cultura, reproducción, contracepción y género. Ofrecemos los principales resultados ordenados por el carácter internacional o no de las bases consultadas.

Cuiden es la base de datos bibliográfica e internacional editada por la Fundación Índex de enfermería que proporciona relevante información española y latinoamericana. Se hallaron (n=51) referencias sobre 'gitanos' correspondientes a artículos originales, revisiones, libros, actas de congresos y capítulos de libro, de los que (n=41) eran relativos a la salud. De los diecisiete artículos originales incluidos, doce hacían referencia a mujeres gitanas y sólo uno de ellos a aspectos reproductivos.

*Índice Médico Español* (IME), que informa de toda la producción científico-médica española desde el año 1972, se ha consultado conjuntamente con *Índice de Ciencias Sociales* (ISOC), que indiza las revistas de contenido humanístico y social desde 1976. Las palabras claves utilizadas han sido etnia gitana, gitanos, población gitana y pueblo gitano, hallando un total de 709 documentos distribuidos por las siguientes áreas: Ciencias sociales (n=503), ciencias Humanas (n= 194), ciencias médicas (n=49) y multidisciplinarios (n=12). Relativos a salud solo hallamos ocho documentos y todos ellos del periodo 1999-2012 y específicos sobre nuestro tema - 'gitanas' AND ('anticoncepción' OR "contracepción")-, encontramos un documento.

A nivel internacional médico recurrimos a la base de datos Medline/Pubmed que indiza unos 3000 revistas con intenso sesgo norteamericano y de lengua inglesa, y Cochrane, la base de datos sobre la investigación biomédica actual basada en revisiones sistemáticas, meta-análisis y otros estudios propios de la medicina basada en la evidencia, que utiliza el mismo *thesaurus*. El perfil de búsqueda se adaptó al lenguaje de codificación *Medical Subject Headings* (MeSH)

utilizando, en este caso, el descriptor 'Roma, romani people' en vez del más habitual hoy en las ciencias sociales de 'Gipsy'. Es interesante y significativo indicar que este descriptor fue introducido recientemente (2016), habiendo utilizado previamente los siguientes: 'Caucasoid Race' (1966-1978), 'Ethnic Groups' (1968-1978), 'Ethnology' (1966-1967). Los artículos circulantes relativos a mujeres, salud y cultura fueron (n=122), mientras que los relativos a mujeres, salud y reproducción fueron (n=41), de los que tres se refieren a mujeres gitanas españolas en un amplio conjunto de estudios sobre población gitana y salud reproductiva de muy diversos países como Turquía o Rumanía. De este conjunto, se revisaron 37 artículos a texto completo.

Una revista diana en estudios étnicos en España es la *Revista Gazeta de Antropología* que acepta y publica artículos sobre temas estudiados por la Antropología Social y Cultural, tanto de carácter descriptivo y etnográfico como de naturaleza teórica y explicativa por lo que se realizó una búsqueda activa en sus sumarios. Encontramos (n=22) artículos protagonizados por la etnia gitana comprendidos entre (1982-2015) donde la mayoría se habían llevado a cabo en Andalucía. De dichos estudios, incluimos cuatro relacionados con salud, sistema matrimonial y representaciones ideológicas de género.

Complementariamente se ha realizado búsqueda en bases de datos y catálogos de bibliotecas colectivas como Alcorze donde se seleccionaron catorce documentos. Además, se ha revisado la colección de Trabajos Fin de Grado recogidos por el repositorio institucional de documentos Zagua en donde se han encontrado cinco registros de trabajos finales de grado protagonizados por gitanos y especialmente uno de ellos protagonizado por las mujeres gitanas en la actualidad. Desde febrero de 2015 el depósito de los Trabajos Fin de Grado, Trabajos Fin de Máster y Proyectos Fin de Carrera se realizan en una nueva plataforma denominada Deposita en donde se ha realizado una búsqueda bibliográfica utilizando las palabras gitano, gitana y etnia gitana. Se ha obtenido un total de (n=18) registros: 1 Trabajo fin de máster y 17 Trabajos Fin de Grado, dos de ellos protagonizados por mujeres.

Otra de las fuentes bibliográficas y de gran relevancia para el desarrollo de nuestro trabajo ha sido la documentación encontrada a través de "Fundación Secretariado Gitano", una entidad sin ánimo de lucro que presta servicios para el desarrollo de la comunidad gitana en el territorio nacional y europeo. A través de dicha plataforma se hallaron publicaciones de ámbito gubernamental, nacional y autonómico que fueron consideradas de interés por aportar información fidedigna y actualizada sobre el tema en revisión. A través de su centro de documentación se localizaron algunos libros pretéritos sobre la mujer gitana cuyo análisis ha

sido de gran utilidad en la revisión histórica de la bibliografía. Además, realizando una inscripción formal a través de la Fundación, se recibía de forma bimensual recientes noticias protagonizadas por la comunidad gitana.

Se ha realizado la siguiente categorización de los resultados obtenidos en la revisión bibliográfica, para conseguir una mayor accesibilidad y manejo de los documentos:

a) **Ámbito geográfico:** Nacional y/o Internacional. Posteriormente, tras la distinción en la bibliografía de un grupo específico de gitanos con sentimientos de pertenencia propios y análisis paralelo de su comunidad, se estableció la nueva categorización de gitanos catalanes.

b) **Ámbito sanitario:** En dicha categoría se han incluido los documentos en las siguientes subcategorías: Ciencias biomédicas, Ciencias de la enfermería o Historia de la ciencia.

c) **Ámbito social:** Antropología social y cultural. En dicha categoría se han incluido todos los análisis etnográficos y fenomenológicos de la comunidad gitana.

d) **Criterio temporal:** Documentos históricos y publicaciones recientes (últimos diez años).

e) **Documentación “no formal”:** noticias de prensa, Trabajos Fin de Grado y documentos obtenidos a través de la Fundación Secretariado Gitano.

f) En todas categorías pero de forma transversal a todas ellas, se ha realizado una distinción de los documentos atendiendo a la trilogía conceptual clave de este trabajo, la esfera relacionada con mujer gitana, análisis de género y cuestiones de salud reproductiva y sexual.

En síntesis, durante la revisión bibliográfica hemos observado que la etnia gitana está protagonizando un creciente interés por sus aspectos culturales. Existe un importante volumen de literatura en relación a la comunidad gitana desde el punto de vista antropológico y sociológico y no tanto en términos de salud. A pesar de ello, se observa un número creciente de publicaciones posiblemente coincidiendo con la Estrategia Nacional para la Inclusión Social de la Población Gitana en España, 2012-2020.

## **2. 2. Metodología de la intervención sanitaria en planificación familiar**

La etnografía es un método de investigación social que etimológicamente significa: “Descripción de pueblos”, se trata de un proceso orientado a la comprensión desde una lógica principalmente inductiva en donde el conocimiento es un emergente que no responde a la verificación de hipótesis, sino más bien al descubrimiento (Amezcuza 2000; Hammersley M, Atkinson P, 2009). Consideramos que los métodos cualitativos en la investigación con la comunidad gitana van a

permitir una mayor comprensión de experiencias, procesos y conductas relacionadas con su estado de salud, permitiéndonos responder a muchos de los interrogantes relacionados con su situación de desigualdad.

Teniendo en cuenta estas premisas, el método de trabajo elegido para la realización de una intervención sanitaria sobre la planificación familiar en las mujeres gitanas de Zaragoza, debía permitir tratar las vivencias, percepciones e interpretaciones de las usuarias asumiendo la realidad dinámica y subjetiva de este fenómeno y por ello, se adoptó la metodología cualitativa con un abordaje etnográfico. El “campo”,-reminiscencia cuando las investigaciones se realizaban en sociedades primitivas- es el escenario donde tiene lugar la investigación y en este caso, ha sido la Fundación “El Tranvía”: una entidad sin ánimo de lucro creada para la gestión de recursos sociales de calidad integrados en la comunidad localizada en el barrio de Las Fuentes (Zaragoza). La realización de una intervención sanitaria en un escenario social a través de la promoción de un desayuno saludable, permitió desmedicalizar la actividad y transformarla en un encuentro donde entrecruzar vivencias y experiencias.

Tras obtener el permiso de las dos principales representantes y coordinadoras de la fundación, se usó la técnica “bola de nieve”<sup>5</sup> para ganar la confianza de un pequeño número de personas de las que acudieron un total de siete mujeres, de edades comprendidas entre los 30 y 55 años.

Se llevaron a cabo cuatro actividades con una duración total de aproximadamente tres horas. Durante todo el encuentro, se realizaron observaciones y registros en el Diario de Campo.

1ª Actividad: “Soy gitana, soy mujer y este es mi cuerpo”. Tras una breve lectura, se lanzaron una serie de preguntas para que las participantes identificasen cuáles son las características que más les representan como mujeres. Posteriormente, de forma muy didáctica, se realizó un breve recorrido por las características anatómicas y fisiológicas de la mujer.

2ª Actividad: “El ciclo menstrual”. Se realizó una breve presentación en donde se enfatizó en las características del ciclo menstrual femenino. Se repartió a las participantes un calendario menstrual en donde ellas pudieron identificar en qué momento del ciclo se encontraban así como las características físicas y emocionales que reconocían en cada momento del ciclo menstrual.

3ª Actividad: “Mitos y realidades”. De acuerdo a la información de diferentes investigaciones acerca de las diferentes presentaciones, valores y creencias de las mujeres gitanas acerca del

---

<sup>5</sup> El muestreo por bola de nieve es una técnica de muestreo no probabilística en la que los individuos seleccionados para ser estudiados reclutan a nuevos participantes entre sus conocidos.

significado del cuerpo y aspectos relacionados con la fecundidad, se expusieron diferentes presunciones donde identificaron el grado de acuerdo y/o desacuerdo.

4º Actividad: “Planificación familiar”. Se lanzaron varias preguntas abiertas creando grupo de discusión acerca de qué se entiende por método de planificación familiar y se presentaron los diferentes métodos anticonceptivos.

Las primeras actividades propuestas fueron desarrolladas con el objetivo de realizar un recorrido anatómico y fisiológico de la mujer de modo que sus interpretaciones pudieran integrarse con los aspectos sociológicos propios de las mujeres gitanas. De forma implícita, a lo largo de las sesiones, se promueve a la desmitificación de ciertos comportamientos así como el empoderamiento de la mujer en la toma de decisiones en relación a su sexualidad y salud reproductiva.

### 3. RESULTADOS Y DISCUSIÓN

Parece evidente el hecho de que pertenecer a grupos étnicos minoritarios influye en la aparición de desigualdades específicas en salud. Estas desigualdades se derivan no sólo de las variables socio-económicas, sino también de las barreras de acceso a los servicios sanitarios y la utilización poco efectiva de los mismos por falta de adaptación o incluso por discriminación. El pueblo gitano ha sufrido, a lo largo de la historia, diferentes procesos de exclusión social que ha dado como resultado una peor situación socioeconómica de la comunidad y por consiguiente un peor estado de salud. A continuación exploramos los problemas que consideramos que conforman la cultura de salud sexual y reproductiva desde las perspectivas histórica, sanitaria y etnográfica.

#### 3.1 Gitanos en el marco de la salud

Cada vez existe una mayor convicción en el concepto biopsicosocial de la salud desde que la constitución de la OMS de 1948 definió la salud como "un estado de completo bienestar físico, mental y social y no únicamente la ausencia de afecciones o enfermedad". Sin embargo, varios son los autores, que han trabajado el concepto de salud en la comunidad gitana, (Ferrer, 2013; Gutiérrez 2008), que coinciden en una visión fatalista del pueblo gitano en el cual se identifica la salud como ausencia de enfermedad y en donde la percepción general del estado de salud es peor en relación con la sociedad mayoritaria.

En el año 2006, el Ministerio de Sanidad y Consumo lleva a cabo la primera Encuesta Nacional de Salud a la población gitana con el objetivo específico de obtener un diagnóstico de la misma y detectar las posibles desigualdades en salud. La existencia de desigualdades en salud quedaron evidenciadas en el primer estudio comparativo surgiendo la necesidad de realizar otra segunda encuesta transcurridos ocho años. El informe que presenta los datos de la última Encuesta Nacional de Salud a la Población Gitana en el año 2014, concluye que pasado este tiempo, siguen persistiendo desigualdades y las diferencias no se han reducido de forma relevante.

Así pues, en la presentación del informe podemos encontrar la siguiente aseveración:

“Es necesario revisar y evaluar nuestras intervenciones y poner en marcha, en un contexto de intersectorialidad, políticas nuevas o más intensivas, más efectivas, más equitativas en todos los niveles de la gobernabilidad - local, autonómico, nacional, europeo - que mejoren el estado de salud de toda la población y reduzcan la brecha de inequidad”.

Dadas estas diferencias, el Consejo Europeo ha dado luz verde al Marco Europeo de Estrategias Nacionales de Inclusión de la Población Gitana; una iniciativa de la Comisión que los 27 Estados de la Unión Europea han concretado en sus respectivas Estrategias Nacionales que desarrollarán durante el periodo de tiempo comprendido entre 2012 y 2020.

En la actualidad, la política del gobierno en materia de población gitana se recoge en la “Estrategia Nacional para la Inclusión Social de la Población Gitana en España 2012-2020” aprobada por acuerdo de Consejo de Ministros el 2 de marzo de 2012.

En julio de 2017 se realizó una serie de propuestas de acción por parte del grupo de salud del Consejo Estatal del Pueblo Gitano con el fin de avanzar hacia la equidad en los resultados de salud.

Uno de los objetivos de esta inclusión se está realizando a través de la promoción de entornos y estilos de vida saludables presentado especial atención a la prevención de enfermedades crónicas. Además en dicha propuesta se hace especial énfasis en las prácticas preventivas dirigidas a las mujeres gitanas en donde se promulga una reorientación de la atención sanitaria y los sistemas de salud potenciando las intervenciones comunitarias y asegurando un acceso a los sistemas.

#### ***Análisis de las Encuestas de Salud dirigidas a la población gitana:***

Veamos a continuación algunos aspectos generales obtenidos en ambas Encuestas de Salud dirigidas a la población gitana en relación a los ítems de salud evaluados.

- a) Estado de salud: En todas las encuestas de salud se pregunta a las personas entrevistadas cómo perciben su propia salud. La encuesta muestra que la población gitana en general percibe su estado de salud peor que el resto de la población. Las mujeres gitanas, al igual que en la población general, tienen una peor auto percepción de su salud en comparación con los hombres. Solo 1 de cada 4 mujeres gitanas mayores de 55 años tiene una percepción positiva de su estado de salud. Las mujeres gitanas perciben que su salud es peor que la de los hombres, acusan más el paso de los años y el efecto de vivir en una vivienda que no reúna las debidas condiciones.

Una revisión bibliográfica en relación a la salud y creencias del pueblo gitano en Europa refiere una menor esperanza de vida en esta comunidad (alrededor de 10 años) así como tasas de fertilidad y mortalidad infantil mayores que la población no gitana ( Tuset-Garijo; Roca-Blosca; Pérez-Grueso; Martorell-Poveda, 2012).

- b) Factores relacionados con estilos de vida: Mientras España ha alcanzado una de las esperanzas de vida más altas del mundo, encontramos que factores de riesgo y ciertos determinantes de salud como alimentación, actividad física, consumo alcohol, tabaco, bienestar emocional y seguridad del entorno, se encuentran desventajados en la comunidad gitana en relación con la población mayoritaria.

En la población gitana, tanto en hombres como mujeres, encontramos un mayor porcentaje de personas fumadoras. A efectos numéricos se consumen 20 o más cigarrillos al día. En el caso del alcohol, el consumo declarado es inferior. Sin embargo, dejando a un lado el criterio temporal de dicho consumo, la presencia de episodios de consumo intensivo es más frecuente que en el conjunto de la población española.

La obesidad y el sobrepeso han alcanzado caracteres de epidemia a nivel mundial. En España, la obesidad es una patología cada vez más prevalente y la comunidad gitana no se escapa de este problema de salud siendo su prevalencia mayor que en la población general.

En relación con la alimentación, los resultados muestran que la costumbre de desayunar diariamente esta menos extendida entre la población gitana. Tanto hombres como mujeres consumen diariamente menos fruta fresca, verduras y hortalizas existiendo un consumo superior en lo referente a lácteos, carne, huevos, embutidos y fiambres.

- c) Uso de servicios sanitarios: La encuesta muestra que la población gitana, independientemente de su sexo o edad, acude a consulta médica con más frecuencia que la población general en consonancia con el peor estado de salud que se ha descrito. En el caso de las mujeres gitanas de más de 55 años, acudieron 7 de cada 10. Los dos motivos más frecuentes para acudir a la consulta fueron obtener un diagnóstico puntual de una enfermedad y realizar una revisión de salud incluyendo pruebas complementarias.

Focalizando la atención en el hilo conductor de nuestro trabajo, los resultados referidos a las prácticas preventivas en mujeres, entendiéndose estas únicamente como visita a consulta ginecológica, mamografía y citología, se observa una menor frecuencia en su realización, en niveles similares a las mujeres de la población general en peor situación socioeconómica. Sin embargo en lo referente, se habla de una mejoría respecto a la primera encuesta realizada en el año 2006. En relación a la planificación familiar y uso de métodos anticonceptivos, no encontramos datos oficiales en ninguna de las dos encuestas realizadas.

### ***Análisis de salud desde las perspectivas socioculturales.***

Una vez realizada esta radiografía de la población gitana en relación con la salud desde un enfoque científico, considero necesario abordar el mismo concepto desde una descripción en términos significativos o lo que es lo mismo, desde una perspectiva *Emic*. Son muchos los autores que señalan la apremiante necesidad de una investigación relacionada con la percepción que posee la comunidad gitana de los sistemas de atención sanitaria y de los profesionales sanitarios. (Ramos-Morcillo A, Ruzafa-Martínez; Fernández-Salazar; Pino- Casado, 2014).

Para Rosario Otegui (2005) la comunidad gitana tiene una concepción particular de la representación salud/enfermedad que alejada de la perspectiva biomédica hegemónica, incorpora además de sus características biológicas individuales, sus rasgos biológicos sociales. Desde una perspectiva etnográfica, mencionamos el trabajo de Gutiérrez (2008) en el cual se exponen diversos relatos de informantes gitanas respecto a su salud. Ellas manifiestan la idea de que los gitanos son fuertes y sólo enferman de muerte y que las mujeres son las que cuidan pero no pueden permitirse ser cuidadas. El autor también habla de que la comunidad mantiene una visión colectiva de la salud volcada en las funciones reproductivas para las mujeres (Gutiérrez, 2008:5) donde la buena salud suele identificarse en ellas como la fertilidad a diferencia de los varones donde la fuerza y la virilidad marcan principalmente un buen estado de salud. (Lagunas, 2001; Gutiérrez 2008; Ferrer 2013). Es posible que por ello, las mujeres gitanas conciben la enfermedad como una situación invalidante ligada a la muerte, preocupándose entonces por la salud a partir del momento en que aparecen síntomas.

La mayoría de los estudios cualitativos encontrados en relación con dicha temática, se realizan a partir de medios institucionales como centros hospitalarios o comunitarios por lo que se trata de un grupo de población demandante de salud en donde los procesos pueden verse influenciados. No es el caso del trabajo de Susana Ramírez Hita que se centran en la articulación de los distintos saberes médicos de un grupo étnico de gitanos catalanes franceses donde se analizan las características y articulaciones de los saberes biomédicos, religiosos y populares utilizados por los gitanos del barrio de Saint Jaques (Perpinyá). En dicho trabajo se resalta la importancia que adquiere la etnicidad y la religión en los procesos de salud, enfermedad y atención donde la religión y la fe ocupan un lugar preponderante en la comunidad gitana aunque siempre en la articulación con la medicina vieja y la biomedicina. (Hita, 2007: 313).

La autora, recrea la propia voz de las mujeres respecto a la morbilidad de su propia etnia obteniendo los siguientes resultados: Para las mujeres gitanas las enfermedades más

importantes son el SIDA, “la droga”, el cáncer, el asma y la diabetes; los payos gozan de mejor salud que los gitanos, y este hecho se asocia frecuentemente a la alimentación y dentro de la población gitana, los varones tienen más posibilidad de enfermar que las mujeres porque éstas quedan recluidas en el espacio privado y ellos, ( haciendo referencia tanto niños como adultos) se mueven fundamentalmente en el espacio público. Las mujeres gitanas además, hacen referencia a toda una serie de enfermedades o padecimientos que pertenecen a patologías populares como son el “mal blanco”<sup>6</sup>, “las costillas cerradas”<sup>7</sup> o “golpe de sol”<sup>8</sup>. Las malformaciones constituyen un tipo de padecimiento mencionados por la biomedicina, recurrente en la población gitana y su presencia se atribuye “a los matrimonios consanguíneos”. Sin embargo la autora afirma que tal enfermedad no constituye un tema de interés para las mujeres gitanas.

En una línea similar encontramos el estudio de David Lagunas, que además de su investigación acerca del sistema matrimonial en los gitanos de Mataró, aprovecha el mismo espacio para mostrar la visión de los gitanos catalanes acerca de los conceptos, conocimientos y representaciones acerca de la salud y enfermedad. Se hace referencia a la relación entre paciente y médico, figura que despierta un sentimiento ambivalente cercano a la muerte a la vez que “salvador”. Tal y como afirma Susana Ramírez Hita, el autor sostiene que la gestión de la salud se reparte entre un modelo biomédico, religioso y de autoatención donde se remarca el papel de la mujer. El rol de la madre, el rol femenino en general, es determinante en la autoatención. Las mujeres son las auténticas gestoras de la salud de la familia. (Lagunas, 1999:5).

En relación con el rol de género y las funciones de soporte familiar, la mujer gitana antepone sus obligaciones de cuidado, así como de sustento económico y familiar, a la demanda de atención clínica y sus expectativas en este contexto, están relacionadas con una alta instrumentalización de las intervenciones médicas, es decir, basadas en multitud de pruebas diagnósticas restando valor a las actividades preventivas y de promoción de salud. Este hallazgo explicaría los resultados obtenidos tanto por las Encuestas Nacionales de Salud como en los trabajos mencionados en donde se reitera que la población gitana tiene un nivel alto de consultas médicas relacionadas con el diagnóstico y/o tratamiento y más bajo en consultas médicas relacionadas con aspectos preventivos (Ramos-Morcillo A, Ruzafa-Martínez; Fernández-Salazar; Pino- Casado, 2014).

---

<sup>6</sup> Correspondiente a candidiasis.

<sup>7</sup> Denominación que los gitanos de Perpinyá dan cuando al coger a los bebés se les cierra las costillas

<sup>8</sup> Referente a insolación.

### 3.2 Análisis de género y etnicidad

El pueblo gitano es grupo étnico que se ha ido acercando a la forma de vida de la sociedad mayoritaria sin perder de vista una serie de elementos que perviven generación tras generación, en parte, gracias al activo rol que las mujeres adoptan como principales transmisoras (Serrano y Cabaleiro, 2009). Las mujeres son los actores centrales más representativos de la cultura gitana y varios son los autores que afirman que las principales raíces de la diferencia étnica de los gitanos con la sociedad mayoritaria se relacionan con los sistemas de género, matrimonio y parentesco. (Gamella, 2000; Ramírez 2007)

Teresa San Román, parte de una obra extensa y sólida sobre los gitanos españoles centrada en la marginalidad y la etnicidad. Realiza un trabajo de campo en un barrio de chabolas de Barcelona poniendo especial énfasis en las condiciones de vida. Dicha autora proporciona en su trabajo una descripción de la situación de la mujer gitana entre finales de los sesenta y ochenta, donde se retrata una mujer encargada del trabajo doméstico, sujeta a controles y normas sobre su vida sexual (San Román, 1976). Una descripción que algunos autores como (Wang, 1990) analiza en su libro “Mujeres gitanas ante el futuro” afirmando que las gitanas españolas, se encuentran en una situación cambiante.

Juan Francisco Gamella, Catedrático de Universidad en el área de conocimiento de antropología social, ha protagonizado numerosos estudios, dentro del ámbito Granadino, en donde se ha tratado el tema de la mujer de manera específica obteniendo como resultado la convicción de que los símbolos, prácticas y creencias más visibles y fastuosos de la comunidad gitana giran alrededor de la mujer (Gamella, 2000). Desde un prisma internacional, destacan los trabajos de la autora y periodista norteamericana Isabel Fonseca (1995) que viajó durante varios años por diversas comunidades (Albania, Rumanía, Polonia...) relatando con intensidad y rigor la situación de los gitanos de esos países prestando especial atención a la situación de la mujer.

Carmen Olivares Marín (2009), reconstruye la imagen del gitano como objeto del arte a través de una revisión y recopilación en la historia del arte occidental. En dicha investigación podemos retratar cómo se ha ido describiendo al pueblo gitano obteniendo como resultado diferentes cambios de actitud respecto a la representación de dicha etnia según el tiempo y la época. En el arte de la edad media, la mujer condenada a una sexualidad maléfica, fundamentaba la dualidad entre el bien y el mal; aparece leyendo las manos de jóvenes de buena posición económica y social. Se trata de una imagen de bruja gitana enmarcada en un contexto de superstición y fanatismo en donde más allá de la mitificación, la lectura de la mano era un sustento y una forma de ganarse el pan del día a día. Esto fue tema de inspiración para artistas como, Caravaggio

(1571.1610), Rembrandt van Rijn (1606-1669), Watteau (1684-1721) y otros, donde la mujer gitana aparece observando la mano del interesado, señalando con el dedo las líneas que presagian el futuro o como en la obra “ La adivina de Valentín”, de Boulogne (1628), aparece también la escena del hurto siendo éste una de las representaciones más habituales con el pueblo gitano. Por otro lado, la antropóloga Judith Okely, intentó demostrar, en el caso de los gitanos británicos, que no se creía en la práctica de lectura de manos pero que ésta se realizaba para satisfacer las necesidades de la sociedad mayoritaria. (Okeley, 1996 citado por Streck, 2003).

Los componentes estéticos de la mujer gitana se comienzan a ver resaltados durante el siglo XV y XVI en donde se representa a la mujer con vestimenta propia del influjo oriental y donde las características físicas como piel y ojos oscuros, cabellos largos, rostros angulosos, vestidos muy coloridos y una exuberante ornamentación, pasan a ser un elemento distintivo de la pureza de la raza. Posteriormente y sobre todo en el siglo XVII, la miseria, las confrontaciones y el rechazo que sufría dicha comunidad, también se materializó y a menudo, las gitanas se representaban como ladronas, adivinas, atractivas pero marginales (Sánchez Ortega 1994: 326 citado por Olivares 2009)

En el siglo XX se produce una explosión del arte creativo donde la gitana se convierte en el modelo por excelencia para los artistas liberados. Bajo el neoimpresionismo, modernismo, abstracción y cubismo, las imágenes exóticas de las mujeres gitanas se reproducirían industrialmente llegando a todos los estratos de la sociedad. La imagen exótica de la mujer gitana genera una gran ambivalencia y esto es algo que autores como J.F Gamella representan como “Mito del Carmen” aunque afirman que se trata de una imagen de la gitana más bien escasa.

“La Carmen como femme fatale, deja bien claro que no se trata de una figura característica de la sociedad gitana, sino que cumple más bien el papel de servir a las necesidades románticas de la sociedad mayoritaria

(Streck, 2003: 170)”.

Los sistemas complementarios de género, matrimonio y parentesco son vistos como una forma exitosa de organizar socialmente la reproducción y como raíz fundamental de la diferencia étnica. El sistema de matrimonio, institución fundamental para entender la condición de la mujer gitana, que predomina entre los calé es un elemento central de su tradición y del mantenimiento de sus diferencias con la mayoría. (Gamella ,2000: 23)

Dicho autor habla de rasgos diferenciales identificados como cinco axiomas del sistema matrimonial en la comunidad gitana. El primero de ellos hace referencia a que el matrimonio está representado como una necesidad encontrando bajos o casi nulos niveles de celibato o soltería. Dicho enlace suele realizarse a edades tempranas e incluso adolescentes en donde se mantiene una tendencia endogámica y de consanguineidad entre sus miembros. Otra de las características que destaca dicho autor es la vinculación del matrimonio con una visión pronatalista en donde la virginidad de la novia es en numerosas ocasiones, una demostración pública (Gamella, 2000).

La condición de esta virginidad se traduce generalmente en una exigencia de demostración pública en ceremonias que suponen un decisivo rito de paso y también formas de exaltación y reproducción étnica. El énfasis en la virginidad femenina en su manifestación y “prueba” en ritos como el del “pañuelo”, tiene una gran trascendencia simbólica y ritual sirviendo a menudo como un claro marcador identitario (Gamella 2000, 2003; Martín y Gamella 2005).

Otro de los axiomas en los que dicho autor se interesó de una manera más específica fue en los matrimonios consanguíneos. Cerca del cuarenta por ciento de las uniones entre gitanos se dan entre personas que son parientes consanguíneos. Se recoge que el tipo más frecuente de matrimonio consanguíneo es el que se da entre primos hermanos el cual supone casi el 10 por ciento de todos los matrimonios ya que el matrimonio tío/sobrina o tía/sobrino se considera aberrante y es a menudo rechazado e incestuoso. Además, resulta llamativo que los matrimonios entre parientes no hayan disminuido en las últimas décadas. El matrimonio entre primos es un hecho conocido y se considera normal y natural sin existir ningún tipo de preferencia acerca del tipo de primos hermanos con los que es más frecuente casarse; Patrilaterales o matrilaterales. Sin embargo, en el estudio de David Lagunas y al contrario que lo que exponía J.F Gamella, se señala que existe una preferencia de alianza matrimonial en el grupo de gitanos de Mataró con otros gitanos catalanes además de dos tendencias claras: Casarse con primos segundos de tendencia patrilateral y con primos indirectos (Lagunas, 2001).

El sistema matrimonial según el rito gitano sostiene la mayor parte de las prácticas relacionadas con su fecundidad en donde la descendencia sigue siendo la confirmación social del matrimonio y la capacidad reproductiva de las mujeres, un bien altamente valorado.

Según diferentes autores, el sistema matrimonial gitano se está transformando. El cambio del viejo sistema matrimonial es especialmente visible en alguno de sus elementos centrales como la fecundidad de las mujeres gitanas, que se ha ido reduciendo en las últimas décadas según

ellas controlaban de forma creciente el número total de hijos, en gran medida utilizando métodos anticonceptivos y contraceptivos ( Gamella, 2000).

### **3.3. Salud sexual y reproductiva: La gestación en las mujeres gitanas**

El embarazo está inscrito en un sistema social y cultural que es el que determina los límites y las actividades a realizar (Montes MJ, 2000). Esta serie de prácticas que se observan durante la gestación, cuyo origen se sitúa en las representaciones culturales socialmente transmitidas pueden relacionarse a través de conceptos como la pureza y la impureza.

La etnia gitana construye fronteras sociales con la sociedad mayoritaria a través de conceptos de pureza e impureza existiendo una necesidad de forjarse los unos a los otros en unos comportamientos puros y correctos. Según diferentes autores (Douglas, 1976; Okely, 1986; Gay-y-Blasco, 1997; Tesar C, 2012) el pueblo romaní no sólo considera que la sociedad está dividida en dichos conceptos sino que existe la creencia de que el cuerpo también se compone de esta división y en el caso de la mujer, esta separación debe mantenerse.

Ser mujer u hombre traza una línea cultural a partir de un cuerpo diferente. Los gitanos ven la diferencia sexual como base de identidad personal y se comparte la idea de que algunos atributos del cuerpo humano no pueden ser ignorados y requieren interpretación, como por ejemplo, la existencia de la honra; un rasgo tangible y físico que se sitúa en el interior de la mujer (Gay-y-Blasco, 1997).

A partir de estas descripciones y las notas de campo obtenidas en la experiencia personal etnográfica anteriormente citada, se interpreta que los orificios corporales, tanto el orificio bucal como el vaginal, parecen representar en la cultura gitana puntos de entrada y salida entre lo puro e impuro. Durante la gestación, las mujeres gitanas se protegen de la impureza a través de una serie de rituales en consonancia con ambos orificios desde donde se cree que el feto está conectado (Rodríguez, Martorell-Poveda, 2015).

Ciertos alimentos son tratados y elegidos cuidadosamente para las gestantes. Por ejemplo, el consumo de vinagre está rechazado debido a su vinculación con el crecimiento del pelo. Un pelo largo, abundante y lustroso, tiene un papel sobresaliente entre la cultura gitana y juega un importante significado, en la identidad étnica (Tuset MG, Roca A, Alamillo P, Martorell MA, 2012) Otro de los aspectos a destacar es la frecuencia y preocupación por la higiene íntima entre las mujeres gestantes, algo que algunos autores vinculan a la salud (Lagunas, 1999). Esta serie de rituales de fuerte carga cultural y con un profundo arraigo en las tradiciones gitanas podrían ser explicados desde un marco multidimensional.

En un primer plano y adoptando una perspectiva religiosa, las mujeres gitanas adoptan una serie de actitudes y roles definidos por la religión y recordados habitualmente en las reuniones del culto, que de no ser seguidos, podrían ser causa de un “castigo de Dios”. Como se apunta en diversos estudios (Ramírez S, 2007; Lagunas, 1999) el consumo de alcohol y otras drogas está prohibido o mal visto por la iglesia evangélica. Este hecho podría tener consideración en ser un determinante de salud donde las Encuestas Nacionales de Salud afirman encontrarse datos de consumo menores en relación con la sociedad mayoritaria. La iglesia con su desaprobación de ciertas actividades, marca un estilo de vida en la sociedad gitana. El consumo de tabaco parece ser exclusivamente masculino y se relaciona como un símbolo de masculinidad. En las observaciones llevadas a cabo en la comunidad gitana de Tauste (Rodríguez, Martorell-Poveda, 2015), se ha comprobado que el hábito de consumo de tabaco es muy frecuente entre las mujeres, incluyendo aquí a las gestantes. Informes oficiales indican que el consumo de tabaco se extiende entre las mujeres gitanas en un 16,7% frente a un 21,7% en relación con las mujeres de la población general. Diferencias que se consideran poco significativas.

En un segundo plano y desde una perspectiva social, si alguna mujer fallara en una de las normas establecidas por la llamada “Ley Gitana<sup>9</sup>”, tanto ella como la familia, pueden verse juzgados por la sociedad con la ruptura real o potencial de una especie de “honor” que envuelve a las familias gitanas. Dicha persona en cuestión puede pasar a estar considerada una gitana indigna dentro de la sociedad e incluso puede llegar a cumplir algún tipo de sanción como la expulsión del grupo familiar al que pertenece.

Finalmente, desde una tercera perspectiva y de forma más implícita, toda esta serie de prácticas culturales sirven para establecer una jerarquía dentro de la estructura social gitana en la cual la mujer gestante, se encuentra situada en una posición ambivalente donde disfruta de una serie de “privilegios” respecto a su marido, como ser la primera en comer o el poder prescindir de actividades domésticas y del cuidado familiar. Sin embargo, esta serie de responsabilidades no recaen directamente sobre el marido sino que son tomadas por las féminas de su familia. Suegra y cuñadas juegan un rol protagonista frente al papel secundario que desempeña la madre de la mujer en el proceso de gestación.

---

<sup>9</sup> Las leyes gitanas son orales y están presididas por los mayores; la falta de un código de Derecho escrito no implica su inexistencia. El carácter ágrafo de la cultura gitana ha dado lugar a un cuerpo de leyes no escritas.

Como hemos dicho anteriormente, parece existir un consenso de que la comunidad gitana mantiene una visión colectiva de la salud volcada en las funciones reproductivas en donde la buena salud suele identificarse con la fertilidad (Gamella JF, 2000; Ferrer 2013; Lagunas 1999; Gutiérrez, 2008). La gestación es entendida como un proceso de salud desde donde se articulan diferentes modelos de autoatención, en donde la atención perteneciente a la esfera biomédica pasaría a un segundo plano exceptuando los momentos en donde la estabilidad se ve truncada, como ocurriría con el aborto espontáneo u en otra complicación que se manifieste con sintomatología clínica. En estos momentos, la comunidad gitana lleva rápidamente a las mujeres a los hospitales de referencia (Menéndez E, 2003).

Otro de los aspectos que para las mujeres gitanas interfiere en una buena percepción de salud, es la edad en la que tiene lugar la gestación. Encontramos que existe una peor percepción de la salud durante el primer embarazo debido al desconocimiento y a la edad temprana y/o adolescente en la que normalmente tiene lugar.

En definitiva, se observa una dicotomía entre el modelo biomédico y el modelo de autoatención, en el que las mujeres gestantes, influenciadas por sus abuelas, madres, hermanas y suegras, realizan una serie de prácticas relacionadas con conceptos de pureza e impureza y motivadas por las diferentes representaciones culturales que provienen de lo que ellas mismas denominan la “Ley Gitana”.

### **3.4 Una intervención sobre planificación familiar y métodos anticonceptivos en las mujeres gitanas de Zaragoza.**

#### ***Contextualización de la temática:***

La conducta reproductiva y por ende la salud reproductiva, se encuentra estrechamente asociada a la condición de género. Está documentado que la desigualdad de género se asocia a las dificultades que enfrentan muchas mujeres para apropiarse de su cuerpo, sexualidad y salud reproductiva así como que la estructura social de género tiene a su vez un gran impacto sobre la demanda y uso de métodos anticonceptivos. (López-Sáez; López de Teruel; Herrera Justicia, Capilla Díaz 2018).

Según la OMS, se define la planificación familiar como la utilización de diferentes métodos para controlar el número y la cronología de los embarazos. La promoción de la planificación familiar, y el acceso a los métodos anticonceptivos, resulta esencial para lograr el bienestar y la autonomía de las mujeres al mismo tiempo que apoya la salud y el desarrollo de las comunidades.

Realizando una contextualización histórica de la temática, nos encontramos que dicho determinante de la salud se encuentra fuertemente vinculado con otros determinantes sociales y estructurales como son las conductas en la esfera de la salud en función del género en donde las respuestas del sistema de salud han ido evolucionando de manera paralela a la lucha por la equidad y el empoderamiento de la mujer.

Las primeras iniciativas a favor de la anticoncepción en el siglo XX las protagonizó Margaret Sanger (1879-1966) quien decidió consagrar su vida a la causa de lo que ella denominó “birth control”<sup>10</sup> (Ortiz Gómez T, 2009).

La anticoncepción no era vista por la medicina de la primera mitad del siglo XX como un asunto de salud sino como una cuestión de carácter social y económico ajeno a la práctica médica, salvo los casos en los que se comprometía la vida de las mujeres. El control de la natalidad nace no solo como una posibilidad de “superar la carga biológica” de la reproducción y el “desgaste del organismo” de las mujeres, sino como una forma de ganar autonomía, control del cuerpo y un mejor desarrollo de la personalidad. La anticoncepción y contracepción han sido poco estudiadas con enfoques de género y feministas siendo estas cuestiones más atendidas por parte de la demografía y sociología de las poblaciones (Franco G, 2009).

El uso de métodos anticonceptivos depende de factores personales como la edad, el estado civil, el número de hijos/as, el conocimiento de los diferentes métodos, aspectos educativos, económicos, ocupacionales, psicológicos, sociales y culturales. Todos ellos influyen en las mujeres a la hora de elegir entre un método anticonceptivo u otro, delineando un perfil de planificación familiar.

Centrándonos en las mujeres protagonistas de dicho trabajo, el acceso de las mujeres de etnia gitana a los servicios de planificación está determinado por su contexto sociocultural y por su nivel educativo. Algunos autores sostienen que los programas de planificación familiar en España no están siendo efectivos en la superación de las inquietudes en salud sexual y reproductiva que representan las mujeres gitanas, las cuales tienen mayores tasas de embarazos no planificados, abortos e infecciones de transmisión sexual que el resto de la población (Escobar-Ballesta, 2017). En aparente paradoja, la Encuesta Nacional de Salud a Población Gitana de 2014 ha mostrado un aumento de las visitas ginecológicas respecto a la anterior en el año 2006. Actualmente encontramos pocos estudios que traten específicamente la anticoncepción en las mujeres gitanas; únicamente se ha localizado un estudio reciente sobre la anticoncepción en la población gitana residente en dos barrios con bajo nivel de renta en Barcelona. Otro estudio descriptivo pretende comparar el conocimiento y uso de los métodos

---

<sup>10</sup> Expresión que se acuñaría en español como control de la natalidad.

anticonceptivos de las mujeres de etnia gitana con las de la sociedad mayoritaria pero este último fue realizado en el año 1999 por lo que los datos se encuentran obsoletos debido al cambio y a la aparición de nuevos métodos anticonceptivos en estos últimos años.

Se recoge que el método más utilizado por las mujeres payas es el preservativo y por las gitanas el coitus interruptus seguido de la anticoncepción oral y el DIU (dispositivo intrauterino). A pesar de dichos resultados, los autores manifiestan en sus respectivos trabajos que hay que profundizar en los motivos por los que las mujeres gitanas no consultan y no utilizan métodos efectivos, ya que esto comporta un riesgo para su salud debido al mayor número de abortos inducidos. (Reig, Curós, Balcells, Batalla, Ezpeleta, Comín; 1999).

En el contexto de las iniciativas promovidas por la OIM (Organización Internacional para las Migraciones) que aseguran la cumplimentación de la Estrategia Nacional para la Inclusión de la Población Gitana en España, se describe la experiencia de un equipo de planificación familiar, del Centro de Salud Polígono Sur de Sevilla, en relación a los desafíos que afrontan, los recursos que disponen y las estrategias que despliegan para atender a mujeres gitanas de la zona subrayando la necesidad de disponer de más información sanitaria sobre la población gitana (Escobar-Ballesta, García-Ramírez, Albar-Marín, 2017). Dichos profesionales, sostienen como principales desafíos la falta generalizada de documentación de muchas mujeres gitanas, la falta de recursos y motivación, el choque con tradiciones y creencias arraigadas, el rechazo de la pareja y las condiciones de exclusión y marginalidad. Según la opinión de las profesionales entrevistadas, uno de los retos más importantes es que las mujeres gitanas valoren los beneficios de involucrarse en el programa de planificación familiar.

Y es que en definitiva, en consonancia con lo mencionado anteriormente respecto a el concepto de salud entre la población gitana, la planificación familiar puede identificarse como una actividad preventiva más donde la adherencia de la población gitana a cualquier tratamiento médico que no suponga efectos inmediatos y visibles, es baja.

La población gitana presenta tasas más altas de fertilidad, y de interrupción voluntaria del embarazo (IVE) así como un mayor riesgo de adquirir infecciones de transmisión sexual y menor utilización de los servicios de salud sexual y reproductiva que la población mayoritaria. A pesar de estos indicadores desfavorables, hay pocos estudios sobre el uso de métodos anticonceptivos en la población gitana de nuestro país.

***Intervención sobre planificación familiar y métodos anticonceptivos en las mujeres gitanas de Zaragoza.***

Teniendo en cuenta estas premisas y bajo la necesidad creciente de ajustar los programas de salud sexual y reproductiva a las mujeres gitanas, se llevó a cabo la intervención sanitaria sobre planificación familiar que fue titulada “Desayunos con Tamara” en donde a través de la promoción de un desayuno saludable, se fomentó un encuentro en donde de forma bidireccional, se trabajó la salud reproductiva y el uso de métodos anticonceptivos entre las mujeres de la comunidad.

Captar y educar fueron los motivos claves por los que se presentó la intervención como una invitación a desayunar donde se aludió a la importancia de llevar a cabo este hábito de forma saludable siendo este uno de los principales hándicaps de la alimentación entre la comunidad gitana, ya identificado en las Encuestas Nacionales de Salud. En el desayuno que constaba de tortilla, tostadas con mermelada, galletas, fruta, café y zumo, ninguna de las asistentes optó por alguna de las piezas de fruta disponibles.

*“Soy mujer, soy gitana y este es mi cuerpo”: Actividad nº1*

El título de la presentación proyectada, permitió tomar un punto de partida desde el respeto y la feminidad en donde se aclaró con las participantes el anonimato y confidencialidad de las opiniones así como el permiso para la realización de fotografías durante la actividad.

La charla comenzó con la exposición de un breve relato en donde de forma ocurrente, se tenían que debatir y exponer aquellas características que ellas consideraban representativas del género y sexo femenino. Las siguientes fueron alguna de sus propuestas: *“Podemos tener hijos. Hace falta un hombre pero el principal trabajo es nuestro, en algunos países he visto que tenían hijos sin hombres, “Tenemos un sexto sentido que nos hace más especiales”, “Nuestro carácter es diferente”, “El cuerpo es distinto: tenemos pechos, podemos amamantar, el pelo es más largo”, “Nosotras (las gitanas) somos diferentes al resto, nos dedicamos más a la casa, a la familia, al marido...”*

En la actualidad seguimos encontrando una alta tasa de analfabetismo en la población gitana que según algunos datos publicados, afecta a cuatro de cada diez gitanos. Por ello, la mayoría de las explicaciones a lo largo de la sesión han estado acompañadas de material visual y no tanto por redacción. En las notas de campo registradas durante mi experiencia previa con las mujeres gitanas residentes en las cuevas de Tauste, observé que existía un desconocimiento acerca de la anatomía y fisiología del aparato reproductor femenino. Tanto es así, que existía la creencia en la mayoría de las mujeres entrevistadas de que durante la gestación, el feto estaba conectado entre el orificio bucal y vaginal llevándose a cabo una serie de prácticas y cuidados en consonancia con ambos orificios para mantener la pureza y el desarrollo óptimo del feto. Así

pues, en relación con el orificio vaginal, las mujeres gitanas rechazaban la práctica de relaciones sexuales durante el embarazo por miedo a dañar al feto.

La anatomía del aparato reproductor femenino se explicó, por ello, de una forma metafórica en donde los genitales externos representaban la puerta de una casa, la vagina el vestíbulo o hall y el útero el salón donde albergaría el feto y posterior bebé. Se observó que dicha creencia era compartida entre seis de las mujeres asistentes mientras que una de ellas añadió refiriéndose a la descripción del aparato reproductor femenino, que lo había estudiado en el colegio y en los carteles de las consultas ginecológicas.

#### *“El ciclo menstrual”: Actividad nº 2*

Siguiendo el hilo conductor de la metáfora de una casa (Anexo; diapositiva 1), se continuó con la explicación del ciclo menstrual, en palabras textuales: *“Cada 28 días la mujer prepara el salón para la posible llegada del bebé. Pinta las paredes, pone la calefacción, hace algunas obras... el día 14 todo queda perfectamente preparado para la posible llegada. A partir de ahí el salón empieza a perder confortabilidad hasta acabar demoliendo todo, para volver a empezar de nuevo. El resultado de esa demolición se representa con el sangrado vaginal: La menstruación”*.

Dicha explicación fue interceptada con preguntas acerca de qué días eran más fértiles y dudas en relación a el riesgo de embarazo ante olvidos en las tomas de anticonceptivos orales, que sirvieron de antesala a una de las partes más dinámicas de la actividad en donde se repartió a cada una de las asistentes un calendario menstrual ( Anexo nº1) en el cual estaba indicado el comienzo de sangrado como primer día de ciclo, el periodo fértil, la segunda fase del ciclo y fase pre-menstrual. Se trabajó con las mujeres para que en la medida de la posible, identificasen el momento actual de su ciclo menstrual y debatiesen acerca de los días más fértiles.

Tanto en las notas de campo personales como en los estudios donde se trata la temática contraceptiva en las mujeres gitanas, se observa un uso ampliamente extendido de métodos naturales como el coitus interruptus, a la vez que existe una baja utilización de métodos de barrera como el preservativo. Un reciente trabajo realizado en dos barrios de Barcelona, el Bon Pastor y el Baró de Viver, con una elevada proporción de población romaní, es uno de los pocos estudios que ha abordado el uso de anticonceptivos en la población gitana en nuestro país y en donde se muestra el escaso interés de los hombres gitanos por la contracepción y el uso del preservativo (Escobar-Ballesta, García-Ramírez, Albar-Marín, 2017).

Estimando dicha consideración, se trabajó e insistió en el control de la fecundidad a través de métodos naturales como el método del calendario o abstención periódica, conocido como

método Ogino-Knaus, apoyándose en las características del moco vaginal y de la temperatura corporal. También, se facilitó una aplicación Android que ayudase a identificar los días fértiles. Se recordó que en aquellas mujeres con ciclos irregulares, la efectividad de dichos métodos es muy baja además de que no protegen contra enfermedades de transmisión sexual.

El síndrome premenstrual se identifica como un trastorno psicoendocrino en el que existe la aparición clínica de síntomas relacionados temporalmente con el ciclo menstrual que aparecen en la última semana de la fase lútea. Las participantes reconocieron alguno de estos síntomas con las siguientes afirmaciones: “Nos cambia el carácter”, “Estamos más depresivas, hambrientas”, “Me duelen los pechos y la espalda”.

*“Mitos y realidades” (Actividad nº3):*

Tras un breve descanso, la sesión siguió con la siguiente actividad “El semáforo”. El objetivo de dicha actividad fue presentar una serie de mitos identificados tanto en la literatura como en la práctica personal, comunes entre la comunidad gitana. Dicha actividad recogía un doble sentido: Recabar información acerca de creencias entre el pueblo gitano que pudieran suponer una barrera en la comunicación terapéutica, y desmitificar algunas ideas que podían fomentar la desigualdad.

Tras la exposición de ciertas afirmaciones, las mujeres tendrían un tiempo para mostrar su grado de acuerdo o desacuerdo utilizando los colores de un semáforo en donde el rojo era totalmente en desacuerdo y el verde totalmente de acuerdo.

A la aseveración de que partir de los 40 años no es viable la gestación, parecía existir un consenso de desacuerdo en donde se mencionó que hasta la menopausia, era posible la fecundación. A pesar de ello, todas remarcaron que se trataba de una situación poco ideal por la edad.

Parece existir la creencia folclórica entre los gitanos, en que si tomas mucho vinagre durante el embarazo, el niño nace con poco pelo, siendo este un elemento distintivo de identidad gitana, especialmente entre las mujeres. Todas las mujeres participantes en la actividad, reconocen haber escuchado algo similar proveniente de madres y abuelas pero afirman que no creen que tenga mucha relación por lo que deciden apostar por el color amarillo o lo que es lo mismo, neutralidad en su opinión. Se crea un debate acerca de dichos y creencias en torno a la gestación en donde parecen coincidir en la creencia de los antojos y su no satisfacción representada en marcas de nacimiento. Una de las participantes muestra su brazo y afirma la presencia de “una rama de mora” al no satisfacerse su antojo.

Todas las participantes están de acuerdo en que durante el periodo de lactancia existe posibilidad de quedarse embarazada. Respecto a la propuesta de que durante el embarazo es recomendable la higiene con agua muy caliente y durante varias veces al día, las participantes apuntan que la higiene debe de ser la misma pero con agua tibia evitando temperaturas extremas. Existe una aquiescencia entre las participantes en no hacer baños de asiento. Todas rechazan la afirmación de que los anticonceptivos hormonales (píldoras anticonceptivas), protegen de las enfermedades de transmisión sexual (ETS). A partir de ahí se realiza una pregunta abierta acerca de lo que ellas consideran ETS. Entre sus respuestas, destacan “SIDA y verrugas”.

#### *Planificación familiar (Actividad nº4)*

Una vez finalizada la actividad, la sesión continuó con la explicación y muestra de los diferentes métodos anticonceptivos (Anexo nº3). Parece existir un consenso en que los métodos naturales no son fiables pero sin embargo, todas afirman haber realizado uso de ellos. En cuanto a los métodos no naturales hubo más controversia. No todas estaban de acuerdo en cuanto a las preferencias así que durante el desarrollo de la actividad, expresaron sus propias experiencias y algunas relacionadas con su entorno cercano, en relación a los diferentes métodos anticonceptivos.

- a) Anillo vaginal: Tanto en la práctica personal como en la totalidad de las opiniones expuestas en la actividad, se observa una devaluación al uso del anillo vaginal. Este rechazo también se observa en el uso de tampones o copa menstrual: “Uff, no eso no” “Yo no me lo pondría”, “Yo no sabría”.
- b) Parche transdérmico: “No se mueve, está bien”. La mayoría lo rechaza por el coste económico. Algunas de ellas no conocen el método o muestran desconfianza.
- c) Anticonceptivos orales: Todas las mujeres usan o han usado en algún momento las píldoras anticonceptivas. Durante la explicación de las características del método se observan múltiples interrupciones acerca de dudas y preguntas. Algunos de los comentarios recogidos fueron los siguientes: “A mí al principio no me paraba la regla, sangraba mucho”. “Si te olvidas es un problema”. Se explicaron los márgenes de seguridad en caso de olvido, vómitos o diarreas.
- d) “Píldora del día de después”: “Mi píldora tiene 7 años, por mucho que te la tomes no siempre hace efecto”, “Antes de tomármela pregunté que si en el caso de que estuviera embarazada haría algo, pero me dijeron que no, que no era abortiva”. Se remarca la importancia de su uso como medida de “emergencia”.

- e) DIU (dispositivo intrauterino): Se muestra el dispositivo y se informa de los tipos actualmente disponibles. Entre las respuestas observadas: “Ay, qué miedo”, “Me lo compré y lo devolví”. Una de ellas pregunta el significado de “dispositivo que libera hormonas”. Se genera un debate en relación a preferencias de uso. Algunas de ellas muestran rechazo mientras que otras cuentan su experiencia “yo lo llevo y estoy muy contenta”. “Yo también lo llevé. Me molestó al ponerlo y desde entonces he engordado quince kilos”.
- f) Implante subdérmico: Ninguna de ellas lo conocía. Muestran cierto rechazo: “Ay, pero que miedo, yo eso no me lo pongo”.
- g) Métodos quirúrgicos: Una de ellas se había realizado la ligadura de trompas.
- h) Preservativo: Afirman una baja frecuencia de uso. Reconocen su importancia en la protección de enfermedades de transmisión sexual. Ninguna de ellas conoce la existencia del preservativo femenino.

A continuación se conversa acerca de la decisión personal acerca de la propia planificación familiar teniendo en cuenta sus propias preferencias así como otros determinantes: presencia de enfermedades, hipertensión arterial, lactancia materna entre otros. Según lo observado en algunas guías de planificación y educación familiar, se recomienda elegir el método más apropiado según tipo de pareja y/o relaciones sexuales, según deseo próximo de gestación y según aspectos económicos. En base a estas tres preguntas, se instruyó a las participantes para que ante la exposición de tres situaciones vitales de mujeres, decidieran de forma indirecta que método contraceptivo consideran más apropiado de acuerdo a los modelos más representativos anteriormente analizados (Anexo nº4).

- a) Se presenta el caso de Lola, una joven de 18 años que no tiene pareja estable pero mantiene relaciones sexuales con Carlos, algo más mayor que ella. La recomendación mayoritaria fue el preservativo, alegando entre otras razones la accesibilidad del método.
- b) En el caso de María una mujer de 40 años y madre de 3 hijos uno de ellos en periodo de lactancia, la recomendación general fueron los progestágenos, en sus propias palabras: “Pastilla de esas con las que puede dar el pecho”.
- c) Presentamos a Paula, mujer de mediana edad, multigesta, que está preocupada por un posible nuevo embarazo. Niega el uso de preservativo y añade que no es constante con los anticonceptivos orales. Ante este caso, parece existir un acuerdo en el grupo de recomendar métodos quirúrgicos o el uso del implante intradérmico.

Una vez realizado el encuentro, se realizó una valoración de los conocimientos adquiridos y una evaluación de la satisfacción de las actividades. Las mujeres gitanas se muestran receptivas a la realización de intervenciones sanitarias dirigidas a la comunidad gitana y se cuestionan acerca de la existencia de profesionales sanitarios referentes en cuestiones socioculturales en los distintos centros de salud. Una de las limitaciones en la intervención sanitaria es que la edad. Han sido mujeres gitanas de mediana edad quedando relegadas las más jóvenes y adolescentes las cuales serían un interesante foco de descripción y análisis en futuras intervenciones con la comunidad.

#### 4. CONCLUSIONES

- 1) La mujer de etnia gitana se ven sometidas a una doble discriminación por pertenecer a una minoría étnica que presenta una desigualdad socioeconómica en relación con la sociedad mayoritaria y por el hecho de ser mujer.
- 2) En materia de salud, la mujer gitana presenta desigualdades no sólo respecto al varón gitano sino también respecto al resto de población de mujeres. A este respecto, se puede destacar la escasa valoración que éstas dan a las actuaciones preventivas en relación a enfermedades ginecológicas, sus malos hábitos de salud (presentan un abordaje más curativo que preventivo) y la alta inhibición a acudir a programas de prevención y promoción de la salud.
- 3) La prestación de atención en salud reproductiva, es una acción de salud preventiva que incluye el acceso a una serie de servicios que deben ofrecerse en un marco de equidad y respeto a la población, teniendo en cuenta los diferentes contextos culturales.
- 4) El uso de métodos anticonceptivos es un indicador del nivel sociocultural de una sociedad y al mismo tiempo un elemento facilitador de la salud reproductiva de las distintas comunidades que la configuran.
- 5) El conocimiento de los factores bajo los cuales las mujeres gitanas utilizan los servicios de planificación familiar sea para prevenir como para resolver un problema de salud constituye una pieza clave para el diseño de políticas y estrategia dirigidas a esta población que evidencia la necesidad de ajustar los programas de salud sexual y reproductiva para mujeres gitanas.
- 6) La salud sexual y reproductiva de las mujeres gitanas va a depender en buena medida de profesionales sensibles a la diversidad capaces de influir en sus organizaciones académicas, sanitarias y profesionales y en respetar el derecho de las mujeres sobre las elecciones en su salud. Para ello, el compromiso de las instituciones y el respeto a la diversidad cultural y a los determinantes sociales de la salud deben ser los marcos de referencia desde los que se construyan las políticas y los programas de salud sexual y reproductiva.

## 5. BIBLIOGRAFÍA

- Amezcua M. El trabajo de campo etnográfico en salud. Una aproximación a la observación participante. *Index de enfermería*.2000; IX (30):30-35.
- Douglas M. Pureza y peligro. Un análisis de los conceptos de contaminación y tabú. Madrid: Siglo Veintiuno Editores, 1976.5-10.
- Escobar Ballesta, M., García Ramírez, M., Albar Marín, M.J. y Paloma, V. Salud sexual y reproductiva en mujeres gitanas: el programa de planificación familiar del Polígono Sur. *Gaceta Sanitaria*, 33 (3), 222-228, 2019.
- Estrategia Nacional para la Inclusión Social de la Población Gitana en España 2012-2020. Ministerio de Sanidad, Servicios Sociales e Igualdad. informes, estudios e investigación, 2014.
- Ferrer F. El estado de salud del pueblo gitano en España. Una revisión de la bibliografía. *Gac Sanit*. 2013;(17): 2-8.
- Gamella JF. Mujeres gitanas. Matrimonio y género en la cultura gitana de Andalucía. 1ª Edición. Sevilla: Junta de Andalucía; 2000.
- Gutiérrez M. Estilos de vida de la comunidad gitana. Madrid: Ministerio de Sanidad y Consumo,2008.1-39
- Gamella JF, Martín E. 'Vente conmigo primita'. El matrimonio entre primos hermanos en los gitanos andaluces. *Gazeta de Antropología*.2008: 2(24):21-65
- Gay- Y-Blasco P, A 'Different' Body? Desire and Virginity Among Gitanos. *Journal of the Royal Anthropological Institute*. 1997: 3(3): 517-535.
- Hammersley M, Atkinson P. Etnografía; Métodos de investigación. 2ª edición. México: Ediciones Paidós Ibérica; 2009.
- Lagunas D. Resolviendo la salud de los gitanos catalanes. *Gazeta de antropología*.1999:15(12):1-7
- Lagunas D. La presencia en el mundo. Alianza y reproducción social entre los 'calós' catalanes. *Gazeta de Antropología*.2001: 17(29) :1-12
- Martín Sánchez, D. Historia del pueblo gitano en España. La catarata. Asociación los libros de la catarata. 2018.
- Martín-Crespo MA, Salamanca AB. El muestreo en la investigación cualitativa . *Nure Investigación*.2007;(27).
- Menéndez E. Modelos de Atención de los padecimientos: de exclusiones teóricas y articulaciones prácticas. *Ciencia y Salud Colectiva*.2003;8(1):185- 207.

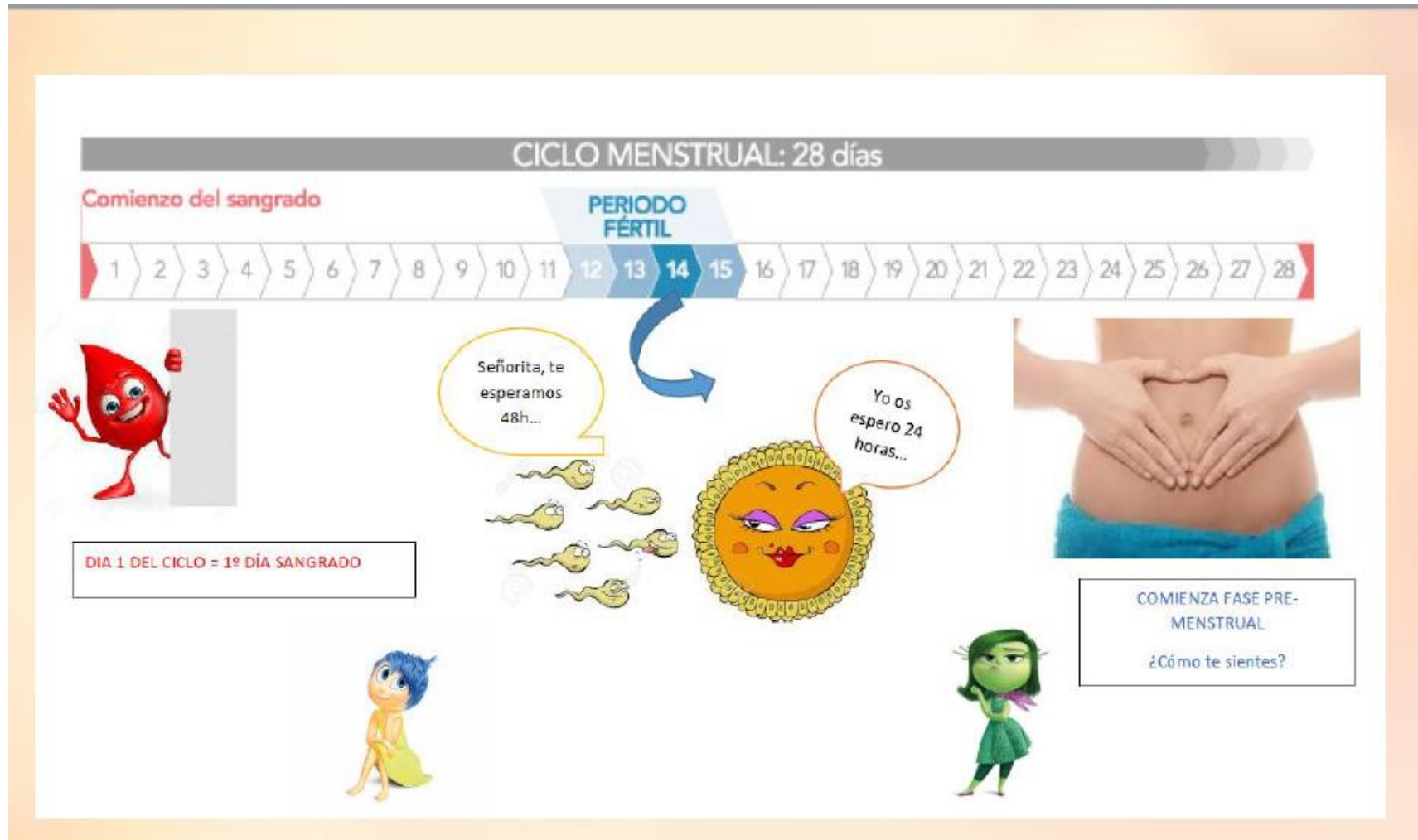
- Montes MJ. Transferencia de la maternidad. El itinerario asistencial del embarazo. En: Martorell M.A, Comelles JM, Bernal M. Antropología y enfermería: campos de encuentro. 1ª Edición. Tarragona: Publicacions Universitat Rovira i Virgili; 2000. 16-38
- Okely J. The Traveller-Gypsies. New York: Cambridge University Press, 1986.
- Olivares C. El gitano imaginario y la cristalización del mito. Gazeta de Antropología. 2009; 2(25):1-10.
- Ortiz Gímez T. Maternidad voluntaria: Anticoncepción, ciencia y feminismo en el siglo XX. Capítulo en Gloria Franco (ed), Maternidades: discursos y prácticas en la historia contemporánea. Barcelona, Icaria, 2009
- Rodríguez Pola, Tamara, Martorell-Poveda. La fecundidad en las mujeres gitanas: creencias, valores y prácticas. Index de Enfermería. 2015; 24(4), 202-206
- Ramos Morcillo, Antonio Jesús; Fernández Salazar, Serafín; Arboledas Bellón, Josefa. Expectativas en las mujeres gitanas mayores de Linares ante los servicios sanitarios en Atención Primaria. Biblioteca Lascasas, 2010; 6(3). Disponible en <http://www.index-f.com/lascasas/documentos/lc0550.php>
- Ramírez S. Entre calles estrechas. Gitanos: prácticas y saberes médicos. Barcelona: Edicions Bellaterra; 2007.
- Streck B. La cultura del contraste. Sobre la diferencia y el sentido de pertenencia. El caso de los gitanos. Revista de Antropología Social. 2003; (012):159-179.
- Taylor SJ, Bodgan R. Introducción a los métodos cualitativos de investigación. 3ª Edición. Editorial Paidós; 2000
- Tuset MG, Roca A, Alamillo P, Martorell MA. La salud y las creencias del pueblo gitano en Europa: Revisión Bibliográfica. Cultura de los cuidados. 2012; XVI (34):71-80
- Tesar C. Becoming rom(male), becoming romni(female) among Romanian Cortorari Roma: On body and gender. Romani Studies. 2012; 22(2):113-140.

## 6. ANEXOS

Anexo nº 1: Explicación metafórica del aparato reproductor femenino (*Fundación El Tranvía, noviembre 2017*).



Anexo nº 2: Calendario del ciclo menstrual (Fundación El Tranvía, noviembre 2017).



Anexo nº 3: Diapositivas sobre métodos anticonceptivos (Fundación El Tranvía, noviembre 2017).

**MÉTODOS "ANTICONCEPTIVOS" NATURALES ... ¡¡CUIDADO!!**

**MÉTODO DE CALENDARIO:** Identificar días fértiles.  
**MÉTODO TEMPERATURA BASAL:** La temperatura del cuerpo se eleva 0,5°C inmediatamente después de la ovulación y no desciende hasta periodo siguiente  
**MÉTODO MOCO CERVICAL:** En el momento de la ovulación el moco del cérvix es más abundante, más fluido y transparente que a veces se dispone de hilos largos  
**MÉTODO "MARCHA ATRÁS".**

### Anillo Vaginal

• **¿CÓMO FUNCIONA?**  
 Anticonceptivo USO MENSUAL  
 Se usa durante 3 SEMANAS y después se retira 1 SEMANA.  
**¿CUÁNDO EMPEZAR?**  
 Durante el día 1 – 5 día del ciclo menstrual.

### El mundo de las píldoras

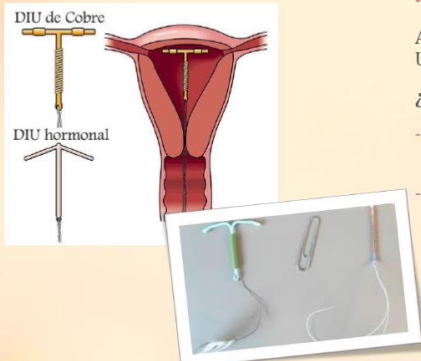
• **¿CÓMO FUNCIONA?**  
 Anticonceptivos que se toman TODOS LOS DÍAS A LA MISMA HORA durante 21,22 o 28 días.  
**¿CUÁNDO EMPEZAR?**

- La primera píldora se toma el primer día de sangrado.
- Descanso semanal en donde aparecerá sangrado.
- En caso de olvido...¿han pasado 12 horas?

### El parche

• **¿CÓMO FUNCIONA?**  
 Anticonceptivo USO SEMANAL  
 Pegatina que se coloca sobre la piel LIMPIA, SECA Y SIN VELLO.  
**¿CUÁNDO EMPEZAR?**  
 El primer día de sangrado. Cambiarlo a la semana.

## El DIU



### • ¿CÓMO FUNCIONA?

Anticonceptivos que se utiliza en el UTERO

### ¿CUÁNDO EMPEZAR?

- El DIU lo coloca personal médico durante el ciclo menstrual.
- Se suele hacer revisión 4-12 semanas y luego una vez al año.

## El implante



### • ¿Qué es?

- Es un método anticonceptivo cuyo efecto dura 3 años.
- Es una varilla fina y flexible de 4 cm (menor de una cerilla) que se coloca en brazos y libera hormonas.

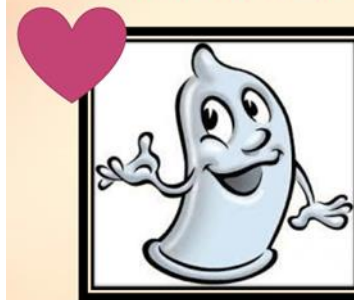
### ¿CUÁNDO EMPEZAR?

- Lo coloca personal médico durante el ciclo menstrual.
- Puede causar un poco de dolor o molestias en la colocación y extracción.

## Otros métodos anticonceptivos



## Y el GANADOR ES....



### ¿CUÁL LE RECOMENDARÍAS?

**Lola** tiene 18 años. No tiene pareja estable pero desde hace dos meses tiene relaciones sexuales con Carlos que es un poco más mayor que ella. Lola tiene miedo de quedarse embarazada o de tener alguna enfermedad de transmisión sexual de las que le han explicado en el instituto. Viene a nuestra consulta a pedir información. ¿Qué le recomendarías?



### ¿CUÁL LE RECOMENDARÍAS?



**Paula** va a dar a luz en mes. Es su cuarto hijo. Nos cuenta en la consulta que está muy feliz por el nuevo nacimiento de su bebé pero tiene problemas económicos y teme volver a quedarse embarazada. Su marido no quiere usar el preservativo y ella dice que le sientan muy mal las píldoras anticonceptivas. Viene a nuestra consulta dispuesta a encontrar una solución. ¿Qué le recomendarías?

**Isabel** tiene 24 años y acaba de casarse con su novio Raúl. Los dos han hablado de que les encantaría ampliar la familia pero Isabel quiere esperar un año para poder así terminar sus estudios de magisterio. Por sus creencias, Isabel es algo reticente a utilizar métodos anticonceptivos artificiales y viene a nuestra consulta a buscar información. ¿Qué le dirías?



### ¿CUÁL LE RECOMENDARÍAS?

**María** acaba de cumplir cuarenta años. Tiene tres hijos y actualmente está dando el pecho a su hija Marta. Marta ha cumplido un año pero le encanta la teta de mamá. Durante este año no ha tomado ninguna precaución al tener relaciones sexuales pero ahora que Marta se hace más mayor y toma menos pecho, María está preocupada por si puede volver a quedarse embarazada. ¿Qué crees que podría ser lo más adecuado para ella?



