



CONSTRUYENDO  
INTERSECCIONES:

APROXIMACIONES  
TEÓRICAS Y APLICADAS  
EN LAS RELACIONES ENTRE  
LOS ÁMBITOS DEL PARENTESCO  
Y LA ATENCIÓN A LA SALUD EN  
CONTEXTO INTERCULTURAL

Anna Piella, Lucía Sanjuán  
Hugo Valenzuela (Coordinador/as)

8

# **SALUD REPRODUCTIVA Y PARENTESCO**

## **SALUT REPRODUCTIVA EN CONTEXT MIGRATORI: EL CAS DE LA POBLACIÓ RROM I IMAZIGHEN A CATALUNYA**

IRINA CASADO, MERITXELL SÀEZ, I ÓSCAR LÓPEZ<sup>1</sup>

GRAFO, Universitat Autònoma de Barcelona

### **INTRODUCCIÓ**

Catalunya rep, en l'actualitat, fluxos migratoris de molt diversos orígens i amb perfils socioeconòmics i culturals molt heterogenis en el marc d'una estructura social, política i legislativa amb certes dificultats o reticències per abastar aquesta diversitat. Dificultats que es fan visibles en àmbits com el de l'atenció sanitària, amb un disseny mèdic, burocràtic i normatiu que respon a les necessitats d'un usuari amb un perfil tipus que no té dificultats ni de comprensió ni econòmiques, que coneix el sistema i les vies d'accés així com les gestions burocràtiques i que, a més, no té dificultats administratives o legals per a ésser atès; un perfil que en poques ocasions es correspon amb les característiques de les poblacions immigrades, particularment dels segments d'aquestes que es troben en risc de marginalitat o de vulnerabilitat social.

El nostre objectiu és presentar el cas de dos dels col·lectius immigrants a Catalunya, la població rrom (gitana) de Romania i els imazighen (berbers) del Rif, amb la intenció de fer una anàlisi comparativa focalitzada en un dels períodes de la vida més pautats mitjançant protocols mèdics en el sistema sanitari català: el de la procreació. Situem aquesta anàlisi dins del domini teòric que A. González Echevarría (2005) proposa per a l'Antropologia del Parentiu en la

---

<sup>1</sup> Etnògrafa del col·lectiu amazigh: Irina Casado; etnògrafs del col·lectiu rrom de Romania: Meritxell Sàez i Óscar López (Becari FPU del Departament d'Antropologia Social i Cultural - UAB. Ref:AP2005-0589)

mesura en que una part d'aquest està constituït “por los fenómenos socioculturales en tanto y sólo mientras los vemos desde la perspectiva de la reproducción del grupo por procreación y crianza de los niños, entendida como reposición de los seres humanos que lo integran a través de la generación (...)” (González Echevarría, 2005:3), definició aquesta substantiva de la qual se'n desprèn, en la seva versió enumerativa, que l'Antropologia del Parentiu s'ocupa “de las ideas respecto a la formación de los seres humanos” i de “las normas y los usos relativos a la sexualidad reproductiva y a las formas alternativas de reproducción” (González Echevarría, 2005:3). És més, aquesta nova proposta teòrica identifica un seguit d'interseccions amb d'altres camps antropològics que estudien el mateix fenomen des d'altres perspectives teòriques entre les quals se situaria l'Antropologia de la Salut de manera que, la nostra anàlisi se centraria en l'àmbit de les “instituciones especializadas en salud infantil y materno-infantil” (González Echevarría, 2005:5) però també en tot allò que, des de la salut, analitza el període procreatiu.

Partir d'una anàlisi etnogràfica comparativa ens permet calibrar els factors que incideixen en com dos col·lectius immigrants a Catalunya utilitzen el sistema sanitari públic durant un període no tant associat al tractament d'una malaltia sinó al seguiment, control i prevenció. Centrem l'anàlisi en factors com l'experiència en salut reproductiva en el lloc origen, la situació socioeconòmica en origen i destí, els processos migratoris i la situació legal en la qual estan a destí; però també en quines són les característiques del sistema sanitari català que poden determinar un ús o un altre, així com les visions, sovint estereotipades, que el personal sanitari i els col·lectius tenen els uns dels altres i, finalment, quines representacions i pràctiques culturals específiques hi poden tenir una influència.

Dues són les raons per les quals analitzem aquestes poblacions: per un costat, la gran disparitat en qüestions socioeconòmiques, culturals i experiències migratòries feien especialment atractiva la comparació per tal de posar de relleu com les diferències influïen en l'ús d'un mateix sistema sanitari; per l'altre, poden contribuir a mesurar el pes de l'especificitat cultural de cada un d'ambdós col·lectius en el manteniment i/o els canvis de les seves representacions i pràctiques

entorn a la procreació en un context migratori. Les etnografies<sup>2</sup> fetes entre els rrom i els imazighen s'emmarquen dins d'un projecte titulat “*Desigualtats socioeconòmiques i diferència cultural en l'àmbit de la salut en barris d'actuació prioritària de Catalunya*”, dirigit per la Dra. Teresa San Román i que es va dur a terme mitjançant un conveni entre el Departament de Salut de la Generalitat de Catalunya i la Universitat Autònoma de Barcelona, entre el 2006 i el 2008.

## 1. CONTEXTUALITZACIÓ ETNOGRÀFICA

### 1.1. Els Imazighen: context sociocultural i procés migratori

La població del Marroc està constituïda per dos grups ètnics ben diferenciats: els àrabs i els imazighen<sup>3</sup>. Es considera als imazighen com la població autòctona del nord d'Àfrica la qual, en el segle VII, va viure el procés d'arabització i islamització conseqüència de l'arribada dels àrabs al seu territori. Tot i que la gran majoria d'imazighen es convertiren a l'Islam, no van abandonar del tot bona part de les seves pràctiques i creences d'arrel animista de forma que, fins avui en dia, juntament amb l'Islam es manté aquest cos de creences anteriors. Però, no només això. La cultura amazigh ha mantingut des de llavors altres elements culturals específics que durant molt de temps han estat silenciats per l'intent d'homogeneïtzació de la població àrab, instal·lada en els àmbits de poder socioeconòmic i polític, però que avui en dia tornen a ser motiu reivindicatiu.

Hi ha grups imazighen al Marroc, Algèria, Líbia, Tunísia, Mauritània, Egipte, Mali i Níger de forma que aquest territori, que els berbers anomenen *tamazgha*, acull una divisió en 8 subgrups, d'entre els quals 3 viuen al Marroc: els rifenys (provinents de la zona del Rif), els tamazighs o imazighen (de l'Alt Atlas) i els chleuhs (de l'Anti Atlas), que comparteixen una base cultural (per exemple l'escriptura, el *t(h)ifnagh*) però amb especificitats en cada subgrup com seria el cas

<sup>2</sup> L'etnografia entre els imazighen s'està duent a terme a Vic i Manlleu (Osona), mentre que l'etnografia entre els rrom s'està realitzant a Badalona i Santa Coloma de Gramenet (Barcelonès).

<sup>3</sup> La traducció literal és “homes lliures”. En singular, amazigh.

de la llengua (anomenada *tamazigh*) la qual té diferents dialectes. És al Marroc on viu la major part d'aquesta població, ja que es comptabilitzen més de 17 milions.

Segons les dades estadístiques<sup>4</sup>, l'any 2007 hi havia a tot Catalunya un total de 211.475 marroquins censats dels quals no es diferencia el grup ètnic de procedència. Malgrat tot, les estimacions indiquen que dues terceres parts del total de marroquins residents al Principat són d'origen amazigh del Rif i de l'Atlas. A la comarca d'Osona, es calcula que un 80% dels marroquins són imazighen del Rif. Per aquesta comarca, els marroquins van ser els pioners d'una segona onada migratòria que iniciaren en els anys 50 i 60 persones procedents de la resta de l'Estat espanyol. Així, entre mitjans i finals dels anys 70 els rifenys s'instal·laren a la ciutat de Vic, el perfil dels quals, en aquest inici, era el d'homes sols que hi anaven a treballar especialment a l'indústria tèxtil –posteriorment a la càrnia-. Entre mitjans i finals dels anys 80 s'iniciaren els primers reagrupaments familiars que aquests primers homes regularitzaren i que suposaren el primer pas per a la creació d'unes xarxes de suport i ajuda sòlides que, des de llavors, han tingut una importància cabdal en els nous projectes migratoris que s'intensificaren durant els anys 90. Osona es convertí en el destí dels marroquins provinents de la província de Nador, al Rif, els quals trobaven en la comarca bona part de parents, veïns o amics que configuraven el gruix de les seves xarxes familiars i socials. Actualment, la població rifenya d'Osona està fermament assentada i la solidesa de les xarxes familiars permet la incorporació de nous membres en origen mitjançant el reagrupament per vincles de consanguinitat i de nous matrimonis.

## 1.2. Els Rrom: context sociocultural i procés migratori

Romania compta amb 21.6 milions d'habitants<sup>5</sup>, dels quals un 6.6% (aproximadament 1.5 milions) són rrom (Barany, 2002:160), si bé les xifres es mouen, depenent de la font, entre 535.000 persones i 3

---

<sup>4</sup> Font: IDESCAT <http://www.idescat.net/dequavi/Dequavi?TC=444&V0=1&V1=11>

<sup>5</sup> Població estimada a juliol 2004. Institutul National de Statistica – Romania (2005).

milions<sup>6</sup>. Això converteix Romania en l'estat europeu amb un major volum de població rrom i la principal procedència (encara que no l'única) de població rrom del centre i Est d'Europa cap a l'estat espanyol. Existeix un enorme desconeixement d'aquesta població en general i en particular sobre les seves condicions de vida, pràctiques i característiques a Catalunya. Tampoc es coneix la seva heterogeneïtat, que s'expressa, independentment d'una certa identitat compartida, en una distribució per subgrups, lloc d'origen o residència actual; costums, indumentària, mobilitat i organització social i familiar, ús del rromnes o romaní i el romanès; i encara que en tot això existeixi una certa invariabilitat, en els diferents processos biogràfics i migratoris individuals i familiars. Aquest desconeixement ve acompanyat d'una manca de referències en relació a la situació històrica i actual en els llocs d'origen. A grans trets, aquesta situació es podria resumir dient que un segment majoritari de la població rrom ha estat situada, a Romania, en posicions marginals i exclosa de l'accés als recursos de la població majoritària; situació aquesta que no ha millorat (en alguns aspectes clarament ha empitjorat) en els darrers anys, després del canvi a un sistema econòmic capitalista. En tot cas, és important conèixer les seves localitats d'origen<sup>7</sup>: de la població rrom present a Catalunya un primer grup, procedent de Murgeni (província de Vaslui, al nord-est de Romania), viu fonamentalment en la zona on limiten els municipis de Santa Coloma de Gramenet i Badalona. El segon, que conforma la població més nombrosa, és el procedent del sud-est de Romania, a la província de Ialomița (sobretot de la localitat de Țândărei, però també de Fetești i Slobozia), i està ubicada fonamentalment en el barri de Sant Roc (Badalona) però també en zones pròximes (La Salut i Pep Ventura, també a Badalona, Santa Coloma de Gramenet, Sant Adrià del Besòs) i en barris de Barcelona

---

<sup>6</sup> La primera és del darrer cens (2002) i la segona és l'estimada per Liegeois i Gheorghe (1995, citat en ERRC, 2004:3). Aquesta gran disparitat es pot veure influïda, entre d'altres factors, pels forts prejudicis sobre la població rrom, que produeixen reticències a l'hora d'identificar-se com a tals als censos oficials; o per la preferència, deguda o no a això, per adscriure's a un altre grup (Voiculescu, 2002).

<sup>7</sup> En aquest sentit, hem fet estàncies breus a Țândărei i Murgeni (Romania) en els darrers dos anys.

(Horta–Guinardó, Collblanc o Sants). És, probablement, la població rrom romanesa que porta més temps establerta a Catalunya<sup>8</sup>.

El procés migratori d'aquestes poblacions té, com generalment passa amb la població rrom (Matras, 2000:36-7, citat a Sobotka, 2003:92), un caràcter comunitari i vinculat a la seva organització del parentiu. Els rrom de Țândărei van iniciar la seva migració cap a diferents països (Alemanya, Itàlia, Anglaterra, Espanya) fa uns 10 anys i actualment és un col·lectiu prou assentat encara que mantenen una alta mobilitat relacionada amb el contacte amb origen, la presència de xarxes familiar geogràficament disperses i la recerca de noves oportunitats econòmiques, entre d'altres factors. La població originària de Murgeni també presenta aquesta alta mobilitat, si bé pateix una situació molt més precària tant en origen com en destí i té una trajectòria migratòria més curta, amb una presència generalment de 2 o 3 anys a Barcelona. Encara que en aquest text ens referim únicament a aquests dos grups, també hi ha altres segments de població, bàsicament a Tarragona i Tortosa i altres barris de l'Àrea Metropolitana de Barcelona, procedents de diferents zones de Romania (Timișoara, Bucaresti, Constanța) i amb diferents situacions socioeconòmiques i migratòries. Tant els rrom de Murgeni com els de Țândărei, tot i aquesta heterogeneïtat, pateixen una important exclusió i marginació social, que té les seves causes i s'expressa en diferents aspectes. Per citar-ne alguns: la situació legal de la població rrom presenta un alt grau d'irregularitat, que ha millorat a partir de l'entrada en la UE (gener del 2007), però que encara es tradueix en dificultats per accedir al permís de treball per compte aliena; múltiples problemàtiques associades a l'empadronament, difícil d'aconseguir per factors estructurals (precarietat de l'habitatge, falta de contractes de lloguer) i legislatius (limitacions per part dels ajuntaments), com per exemple l'accés a la salut o a les inscripcions dels nens/es al registre civil. Tot això, combinat amb el rebuig per part de la població majoritària i la forta precarietat econòmica, conforma una realitat en la

---

<sup>8</sup> Estimem que en aquest moment els dos grups sumen entre 1000 i 1500 persones. Aquesta estimació, impossible de fer a un nivell estadístic, és també difícil partint del treball de camp, degut a l'alta mobilitat i els canvis constants en la composició de la població d'estudi.

qual l'accés a l'habitatge, l'educació, el mercat laboral i als serveis de salut no estan garantits per a bona part de la població rrom romanesa.

## **2. REPRESENTACIONS DE LA PROCREACIÓ**

### **2.1. Conceptualitzacions respecte a la descendència**

Dos són els factors que totes les societats humanes tenen en comú vers a la descendència: per una banda, cap d'elles deixa el naixement dels infants a l'atzar (González Echevarría, 1995), ans al contrari, l'organització d'un marc fortament estructurat on aquest fet es dona garanteix al nou nat la viabilitat necessària per al seu bon desenvolupament; per l'altra banda, el naixement de la descendència implica un canvi en els rols grupals de les persones implicades i responsables últims de la cura del nounat.

Entre els imazighen rifenys, els nounats s'incorporen a una estructura de famílies extenses patrilineals i patrilocal –en origen– mentre que el procés migratori ha fet canviar la patrilocalitat pel manteniment de les famílies extenses (en diferents unitats domèstiques pròximes les unes a les altres) en que la proximitat amb els parents depèn d'aquells que estiguin en destí, ja siguin matrilaterals o patrilaterals. La patrilinealitat no ha sofert cap canvi en migració de manera que, quan neix un nadó, aquest s'incorpora al grup de parents del pare (biològic i/o socialment reconegut), prenent un simbolisme important en la transmissió de la sang del pare als seus fills. És el pare qui transmet la sang a la seva descendència de manera que, a través d'aquesta substància, l'infant rep l'adscripció al seu patrigrup. De la mare rebrà la llet materna que serà el seu vincle amb ella i al matrigrup però també ho seran els lligams que proporcionen la cura i la criança.

En aquest context, els naixements es donen –de forma normativa amb totes les seves excepcions– dins d'un matrimoni els membres del qual molt sovint tenen vincles de parentiu entre ells<sup>9</sup>. El reconeixement de la maduresa social entre els imazighen es dona en dos temps: un

---

<sup>9</sup> Entre els imazighen, el matrimoni preferencial és amb els fills de la germana del pare mentre que els matrimonis permesos són entre els cosins creuats matrilaterals i patrilaterals i cosins paral·lels matrilaterals però no patrilaterals perquè aquests porten la mateixa sang transmesa pels seus pares germans.



primer, que s'assoliria amb el matrimoni i un segon, amb el naixement del primer fill de la parella. Si amb el matrimoni, el canvi de rol de les dones és clar ja que passen a formar part del grup familiar del marit i, malgrat la seva situació de forana que ha de mostrar la seva vàlua com a jove i esposa, se li atribueixen ja les responsabilitats de tenir cura del marit i, progressivament, de la família que viu en la mateixa unitat domèstica, la consolidació del seu nou lloc en la família afí no es donarà fins que aquesta hi proporcioni un nou membre, hi aportí un fill. El canvi també es dona entre els homes: si amb el matrimoni l'home adquireix la capacitat de tenir una família pròpia i assumeix la responsabilitat de tenir-ne cura, és amb el primer fill quan aquest nou rol es materialitza fent factible la seva capacitat procreativa i d'engrandiment del seu grup familiar. Si bé l'Islam implementa en aquesta concepció tant el rol i tasques d'homes i dones com la importància de la descendència i, per tant de la fertilitat, la necessitat de cohesionar el grup familiar així com de l'enfortiment i l'establiment de la nova parella fa que la descendència adquireixi gran importància.

Així, una parella acabada de casar sovint té el seu primer fill durant els dos primers anys després del matrimoni. La importància del primer fill rau en diversos factors: (1) la visibilitat pública de la fertilitat dels membres de la parella ja que, pels imazighen, la infertilitat està mal acceptada, s'interpreta com un greu problema que pot portar a que l'home es divorciï de la dona; (2) en tant el naixement del primer fill respon al segon temps de l'assoliment de la maduresa social i demostrada la fertilitat dels membres de la parella, aquests assoleixen un nou estatus dins de la família: per a la dona, representa poder assegurar el seu lloc dins de la família del marit i adquirir un grau més de respecte dins de la unitat domèstica; per a l'home, és una garantia de la seva capacitat per a donar continuïtat a la família a partir de la transmissió de la sang; (3) per a la parella, representa la consolidació i l'enfortiment de la unió, ja que els fills són el primer impediment al qual s'al·ludeix per a dificultar les separacions o els divorcis; (4) socialment, es conceptualitza com l'establiment de la parella i un dels fets que garanteix la seva continuïtat.

Com passa amb el col·lectiu amazigh, en la població rrom la norma de residència que aplica el grup és la patrilocalitat. L'expressió més usual d'aquesta pauta és l'establiment, després del matrimoni o prometatge, amb la família del marit fins que la parella pot assolir una certa autonomia econòmica i la seva pròpia casa, tanmateix, generalment molt propera i/o amb una relació molt estreta amb les altres unitats familiars emparentades. Malgrat això, el procés migratori ha pogut modificar aquesta pauta i és usual trobar, en destí, parelles que viuen amb la família de la dona. Aquesta flexibilitat i adaptabilitat és molt sovint fruit de la precarietat econòmica o legal i de les oportunitats laborals o les dificultats per accedir a un habitatge. Tot i amb això, es tendeix a un retorn a la patrilocalitat tan aviat com és possible. D'altra banda, com també passa amb la població amazigh, els nounats s'incorporen al grup patern, i encara que el matern té certa importància en la seva cura (sobre tot quan el primer no està present o no se'n pot fer càrrec) és en aquest context on s'organitza la seva criança. Aquest fet té una de les seves expressions en el rol que exerceixen els avis paterns en relació a la cura dels nens i nenes, particularment quan (per l'inici del procés migratori o per pressions econòmiques posteriors) els fills i filles es queden amb ells a les localitats d'origen (molt excepcionalment amb els avis materns).

La maduresa social s'assoleix inicialment a través del prometatge i del casament, i de manera diferent i amb diferents conseqüències segons el gènere. Per als nois rrom, com els imazighen, això suposa una nova situació que implica tant la responsabilitat de tenir una família pròpia com canvis en el rol dins la seva família. Per a les noies rrom el casament suposa també un canvi important perquè marxen a viure amb la família del marit, responen a noves figures d'autoritat (el marit, en primer lloc; també els germans i el pare d'aquest, i en un altre sentit, però d'una manera molt intensa, la mare del marit) i es comencen a encarregar de la cura del marit i la nova família (encara que generalment ja ho havien fet amb els seus germans/es petits). Aquest compromís en principi implica un temps de prova (prometatge-casament) i que es pot desfer si es donen problemes, encara que evidentment existeixen diferents pressions i factors que poden fer que aquesta decisió no es prengui. El matrimoni, per a la població rrom, sempre implica un cert grau d'intercanvi i negociació

entre famílies que té una de les seves expressions en la compensació matrimonial que la família del marit entrega a la de la núvia (molt vinculat amb l'estatus d'ambdues). En tot cas, el primer fill o filla representa per a la dona la consolidació tant de la maduresa social com del lligam amb el grup de parents del marit. Per tant, la impossibilitat de poder tenir fills té molta transcendència, en tant que dificulta assolir un estatus dins la família i la comunitat i pot esdevenir un problema sobretot per a les dones, conduint fins i tot a l'anul·lació del matrimoni.

## **2.2. Idees sobre la concepció i formació dels nadons**

Totes les idees i representacions que la població amazigh té entorn a com els nadons es conceben i com es formen s'han d'emmarcar necessàriament en la interpretació que en fan dels textos islàmics.

La religió islàmica es fonamenta en sis actes de fe entre els quals està la creença en la predestinació de les persones. És Al·là qui té l'única potestat per a decidir quin serà el destí de cada individu, el qual el té determinat ja des del moment de la seva gestació. Així, durant la gestació de les nenes, Al·là ja determina quants fills tindrà quan sigui dona de manera que, una dona porta tots els fills que podria tenir en els seus ovaris des d'abans del seu naixement. Tanmateix, no implica que els tingui tots, ja que l'ús d'anticonceptius orals és molt comú, sinó que són els que tindria possibilitats de tenir si no es fes servir la contracepció.

Les dones, doncs, porten els fills en els ovaris però Al·là decideix quan una dona es quedarà embarassada, en quina de les relacions sexuals es donarà la fecundació per a que aquell infant no nat es comenci a desenvolupar. Quan això succeeix, quan Déu decideix que és el moment, comença el procés de formació del nadó. Juntament amb el beneplàcit del moment de la concepció, Al·là envia dos àngels que seran els encarregats de vetllar i protegir al nadó al llarg de tota la seva vida. Dues són les seves missions: per un costat, la tasca de formar al futur nadó: els dos àngels són els encarregats de donar-li la forma a la cara i al cos; i, per l'altra, són els responsables d'escriure en el front el seu Destí, el qual els ha transmès Al·là. Totes les persones

porten escrites el seu Destí en el front el qual ha decidit Déu i han escrit els seus àngels personals.

Els dos àngels personals del futur nou nat li donaran la forma al cos i ho faran en els períodes en el que la mare gestant està adormida. El son d'una gestant s'anomena El Somni de la Glòria i s'entén que és el moment en que els àngels del no nat estan treballant en la seva formació: és per aquest motiu pel qual no es pot despertar a una dona embarassada. Entre els imazighen no existeixen tabús alimentaris durant el període de gestació, ans al contrari. S'entén que una dona embarassada ha de menjar tot allò que li vingui de gust i que no fer-ho implicaria un perjudici per al desenvolupament del nadó.

L'acte de fe de la predestinació dóna l'explicació en els casos d'avortaments espontanis. De la mateixa manera en que Al·là decideix el Destí i, per tant, el bon desenvolupament d'una gestació, també és el responsable d'impedir que aquell embaràs tiri endavant. Les explicacions sobre els avortaments naturals són diverses: (1) una de les més importants és que aquell infant no estava destinat a viure; (2) s'interpreten a partir de la situació personal de la mare, és a dir, en tant la cura del cos i la protecció davant de la malaltia és un dels preceptes corànics més importants, la dona és responsable de tenir cura de la seva salut per a que l'embaràs vagi bé, de manera que qualsevol problema de salut (nervis, preocupació o tristesa) o negligència (com seria el cas de no dormir o no menjar suficientment) per part d'ella pot portar també a un avortament.

Encara que existeixen certes diferències (la població de Țândărei és ja majoritàriament pentecostal, mentre que la de Murgeni encara manté un segment significatiu de persones ortodoxes<sup>10</sup>) ambdós col·lectius troben raons sobre la concepció i la formació dels nadons en Déu i el desenvolupament adequat de l'embaràs és molt sovint interpretat com una voluntat d'aquest i un procés en el que intervé directament. Per exemple, partint d'un senyal de Déu (expressat a través d'un fort dolor al cor del marit), una parella pot canviar una decisió prèvia de realitzar un avortament just abans de la intervenció mèdica. A més, el sexe del

---

<sup>10</sup> Aquest canvi sembla formar part d'un procés més ampli dintre de múltiples segments de població rrom romanesa, que es pot observar, com és ben sabut, també en la població gitana espanyola i catalana.

futur bebè està directament influït per aquesta voluntat, i el desig dels pares (generalment d'un fill més que d'una filla) s'ha d'adaptar a aquesta. D'altra banda, les dones rrom expressen diferents creences sobre el període de l'embaràs relacionades amb el desenvolupament del futur bebè. Per exemple, i en relació amb pautes alimentàries, es tenen molt en compte els possibles defectes físics derivats de la pressa per part de la mare de determinats aliments durant l'embaràs, que poden comportar riscos (per exemple, un creixement excessiu del crani del bebè, que pot dificultar el part, si es menja molta carn). Les dones rrom, com les imazighen, creuen que una embarassada ha de menjar tot allò que li vingui de gust perquè si no ho fa pot patir un avortament i a més, en algun cas, se li atribueix a la dona embarassada la capacitat de maleir si alguna persona li nega un menjar.

### **3. SALUT REPRODUCTIVA**

#### **3.1. Accés i ús del sistema sanitari català**

Per als col·lectius immigrants a Catalunya, com els rrom i els imazighen, són diversos els factors que incideixen en l'accés i l'ús del sistema sanitari públic. En primer lloc, la situació jurídica amb la que es troben a Catalunya determina en bona mesura l'accés, ja que la disponibilitat de la TSI<sup>11</sup> està lligada a l'empadronament dels individus i aquest no sempre és fàcil d'aconseguir, especialment entre la població rrom. Si això es combina amb una situació de certa precarietat socioeconòmica (molt més intensa en el cas de la població rrom, i molt present per aquests també en origen), l'accés es veu encara més dificultat. D'altra banda, per a l'accés però especialment per al bon ús del sistema sanitari, és fonamental el coneixement dels circuits de funcionament i del ventall de documents existents; un coneixement que moltes vegades la població no té, i que a més no és fàcil d'assolir donada la complexitat del sistema sanitari o la seva manca d'adaptació tant a situacions de vulnerabilitat i exclusió social com a la diversitat de poblacions i pràctiques socioculturals.

---

<sup>11</sup> Targeta Sanitària Individual, necessària per a accedir a una part dels serveis que ofereix el sistema públic de salut.

En aquest context, i reprenent els processos migratoris dels imazighen a la comarca d'Osona així com la seva situació socioeconòmica i jurídica, el fet de que el flux migratori s'iniciés fa més de tres dècades juntament amb l'assentament del col·lectiu jurídicament regulat fa que les dificultats d'accés i ús del sistema sanitari públic siguin mínimes en comparació amb les de la població rrom. El tret característic del procés migratori a Osona fa que els nous immigrants imazighen es concentrin al voltant d'unes xarxes familiars prou sòlides i amb suficient temps de permanència en destí com per a servir de via d'accés i coneixement del sistema sanitari català.

Com ja em dit, el procés migratori de la població rrom és encara recent i es caracteritza per una situació d'exclusió social d'una part molt important del grup. Això es tradueix, a més d'en la precarietat econòmica, en situacions d'irregularitat, en particular en tot allò referent a l'empadronament. La dificultat per obtenir-lo converteix un document bàsic (porta d'accés a la salut i altres drets i serveis) en un bé escàs que arriba fins i tot a ser objecte de pagaments i que sovint no tots els membres de la família tenen, ja que de vegades s'ha de prioritzar al cap de família. Un aspecte important, en relació amb l'anterior, és la manca de coneixement dels drets en l'accés als serveis sanitaris per part de la població, però sobretot, la no aplicació d'aquests en alguns moments i per part d'alguns centres o institucions. Probablement l'exemple més visible d'això té a veure amb els menors de 16 anys i les dones embarassades, que per llei tenen dret a una atenció mèdica encara que no tinguin empadronament ni TSI. No obstant això, molt sovint se'ls hi ha denegat aquesta atenció, la qual cosa comporta una desprotecció (molt greu en el cas dels nadons), a més de l'ús dels serveis d'urgències en la situació anterior o en d'altres que formalment no tenen un accés regulat (homes sense empadronament). Amb aquesta i altres dificultats, existeix la imatge de que la població rrom, de vegades, és molt reticent a utilitzar els serveis de salut. Malgrat això, quan se'ls facilita informació i l'accés, les dones rrom fan, sovint, molta demanda d'atenció sanitària sobretot en relació a serveis de planificació familiar i salut materno-infantil i hi accedeixen usualment a partir de la transmissió informal del coneixement dels serveis entre elles. Una vegada assolit l'accés poden aparèixer altres dificultats, que tenen molt a veure amb l'exclusió

socioeconòmica i la precarietat (per exemple, una alta mobilitat deguda a les dificultats en l'accés a un habitatge estable o a la recerca de noves oportunitats econòmiques) a més de les pautes culturals en la concepció de la salut i el seu manteniment (per exemple, una concepció simptomàtica de les malalties); però que en tot cas es veuen també molt influïdes pel poc temps de consulta que el professional sol tenir i per l'oportunitat i capacitat d'establir una bona relació que tingui en compte la vulnerabilitat social i la variabilitat cultural del col·lectiu. Algunes de les pautes en l'ús del sistema sanitari català estan també molt condicionades per la situació en origen: cal tenir present que a Romania l'atenció mèdica pública sovint implica pagaments informals i això, combinat amb les habituals situacions de discriminació (més o menys explícites, tant en origen com a destí) i altres factors, pot produir certes reticències a anar al metge si no hi ha un problema de salut evident, o la utilització d'una manera més immediata de serveis com les urgències hospitalàries. A més, és fonamental considerar els problemes de comunicació que apareixen dins la consulta mèdica, que van més enllà d'una distància lingüística i on es fan necessaris esforços per part dels serveis que no sempre es volen o poden assumir.

### **3.2. Planificació familiar, seguiment mèdic dels embarassos i atenció al part**

L'experiència que les dones imazighen tenen de l'ús dels serveis sanitaris per qüestions de salut reproductiva al Marroc, no sempre marca les pautes d'ús en destí. Si bé en origen, l'ús d'anticonceptius és generalitzat entre les dones, els controls regulars dels embarassos no es donen ni amb la freqüència ni estan tan protocol·litzats com en destí. Mentre que al Marroc, la pauta és realitzar una ecografia a l'inici i al final de l'embaràs i eventualment una altra en el seu decurs, les visites mèdiques de control no estan regularitzades si no que, més aviat, és el criteri de la dona gestant la que les estipula, a Catalunya el seguiment, control i les proves mèdiques preventives durant aquest període acostumen a ser acceptades per les dones imazighen però sovint no enteses en la mesura en que les consideren excessives, especialment les pautades al final de l'embaràs. Aquesta percepció

porta a que, tot i que en destí fan un seguiment biomèdic prou acurat dels seus embarassos i els parts es donen a l'hospital, algunes de les visites que són considerades no necessàries (les rutinàries de seguiment fetes per la llevadora) es deixen de fer.

No passa el mateix amb l'ús dels anticonceptius. Existeix una continuïtat entre origen i destí en la voluntat de controlar els naixements, la qual coexisteix amb l'acte de fe de la predestinació ja que això representa la possibilitat d'una dona, no pas de no fer una organització procreativa. I en això, tant en origen com en destí, el factor socioeconòmic és el més influent. És d'aquesta manera com, després del naixement del primer fill i donada la importància que aquest té, bona part de les dones imazighen comencen a prendre anticonceptius, el més usual dels quals és l'oral –igual que al Marroc-. Tanmateix, no és estrany que la situació econòmica, laboral o jurídica de la nova parella sigui condicionant de l'ajornament del naixement del seu primer fill. Un canvi sensiblement visible entre les dones joves nascudes o arribades de ben petites a Catalunya és la preferència per mètodes com el DIU per davant de la contracepció oral. Cal dir que, es donen ocasions en que dones acabades d'arribar o amb poc temps de permanència i que no han tingut fills en destí, utilitzen anticonceptius orals sense la visita ginecològica prèvia, bé perquè entre les dones de la família o veïnes amb més temps a destí, circula la informació sobre aquest mètode, bé perquè l'adquisició els és més fàcil.

En aquelles ocasions en les que es produeix un embaràs no desitjat, l'Islam prohibeix els avortaments voluntaris. Però aquests es donen entre les dones imazighen especialment quan les condicions socioeconòmiques no són considerades idònies per a l'arribada d'un nou fill. La prohibició islàmica d'aquesta pràctica porta a l'estigmatització sobretot de la dona que avorta però també pot portar la del marit que s'entén que la consenteix. Per aquest motiu, les interrupcions voluntàries dels embarassos s'acostumen a dur a terme d'amagat, amb tan sols una sola dona de la família, amb aquella que es té més confiança, que assabentada, servirà a la dona de suport. Perquè, entre els imazighen, existeix la creença que, quan una dona interromp l'embaràs l'infant no nat tornarà a passar-li comptes després de morta. Si bé, existeixen els avortaments voluntaris entre les dones



casades, el major nombre es dona entre les dones solteres les quals sovint poden quedar en situació de risc en la mesura en que pot portar al rebuig i a la seva separació del grup familiar deixant-la en situació de vulnerabilitat per la manca de la xarxa de suport més propera, de la mateixa manera que podria succeir si fos mare soltera. Tanmateix, l'interrupció voluntària de l'embaràs es practica tant en origen com en destí malgrat però, i donades les diferències en els serveis sanitaris d'ambdós contextos, els mètodes i els mitjans acostumen a variar.

Les dones rrom de Romania es poden casar sobre els 13 anys tot i que, entre altres factors, la influència del pentecostalisme ha portat a un endarreriment cap els 15 anys. És habitual que siguin mares al voltant dels 17 anys i arribin a tenir un promig de tres fills als 20 anys. Aquesta elevada natalitat, molt visible en generacions anteriors (les dones més grans han tingut usualment entre cinc i deu fills) actualment es manté, encara que pot estar canviant a la baixa, possiblement degut al procés migratori i en ocasions, d'una millora en la situació socioeconòmica o d'un ús més habitual de mètodes anticonceptius (de fet, sovint, les joves verbalitzen el desig de tenir un màxim de tres fills). Tot i així, usualment la decisió de seguir tenint fills ve derivada de la preferència d'una descendència d'ambdós sexes o com a mínim masculina per a garantir la continuïtat del grup familiar: les filles en edat de casar-se usualment marxaran a viure amb un altre grup, a diferència dels fills, que aportaran nous membres quan es casin, descendència pròpia i contribuiran (ells o les seves esposes) a la cura d'altres membres de la família. Aquest pot ésser un dels factors que portarien a les dones rrom a quedar-se embarassades tot i no desitjar tenir més fills, a més de les creences i pràctiques religioses i en concret, la seva influència en l'ús de mesures anticonceptives. En relació amb aquesta darrera qüestió caldria considerar, a més, que pot existir certa desconfiança degut a experiències prèvies a origen: la manca d'informació, les dificultats d'accés als serveis de salut i la precarietat econòmica han comportat greus dificultats d'accés a la planificació familiar i una elevada taxa d'avortaments que ha arribat a ser entesa, per moltes dones rrom, i fins i tot encara avui, com l'únic mètode per exercir la seva autonomia reproductiva (EUMC, 2003: 58-

60)<sup>12</sup>. Alhora, a Catalunya, entre les dones rrom és comú l'ús de diferents mètodes anticonceptius. El més utilitzat és el DIU, entre altres raons perquè evita que la dona hagi de donar explicacions en tant que només ella sap que el porta i és més econòmic. En contrast, l'anticoncepció oral es veu com a un mètode que requereix major constància, és molt més visible i té un cost més elevat. Les injeccions hormonals s'utilitzen quan el DIU causa problemes o no els agrada, i finalment un segment minoritari utilitza l'esterilització quirúrgica. D'altra banda, no sembla que la utilització de mètodes anticonceptius masculins sigui molt habitual.

Encara que hi hagi un accés als serveis sanitaris, molt sovint les dones rrom no realitzen controls regulars dels embarassos. Una primera raó pot ser que de vegades no sentin la necessitat de fer-ho, degut a l'experiència prèvia de parts sense assistència<sup>13</sup> i/o la interpretació del procés com regit per la voluntat de Déu. No obstant això, la seva precària situació socioeconòmica i la inestabilitat, són factors fonamentals tant en les possibilitats quotidianes d'accés com en la generació de pautes de mobilitat i immediatesa que la població utilitza. Això, combinat amb una concepció simptomàtica dels problemes de salut (si no fa mal o incapacita és menys important), fa molt difícil l'assumpció i comprensió de pautes i previsions a mig i llarg termini, potenciant l'ús dels serveis només en el moment del part i per tant majoritàriament en urgències hospitalàries. Però, sobre tot entre les dones més joves, la demanda de seguiment i l'acceptació de la realització de les proves requerides -tot i a vegades no entenent els motius- és molt elevada. Sovint les dones més grans tenen més resistències i dificultats degut, entre d'altres, a més problemes de comunicació i mobilitat per la xarxa sanitària i un major nombre de parts sense seguiment.

---

<sup>12</sup> És probable que part de la desconfiança que a vegades es dona vers els serveis sanitaris en relació a l'anticoncepció tingui a veure amb situacions que van des de les negligències i actuacions discriminatòries que encara actualment es donen per part d'alguns professionals, fins a pràctiques que, com en altres països, van arribar fins i tot a la coacció o l'esterilització no consentida de dones rrom.

<sup>13</sup> Encara que també s'han produït alguns a Catalunya, aquesta situació ha sigut molt més habitual a Romania, entre altres causes per la distància als serveis sanitaris d'alguns assentaments, la manca de serveis que ho permetin o l'exigència de pagaments informals que no es poden o volen assumir.

### 3.3. Cura i xarxes de suport durant l'embaràs, part i postpart

Les cures especialitzades durant l'embaràs, entre les dones imazighen, són escasses. El seguiment dels preceptes corànics entorn a la cura del cos per a mantenir la salut –en tant, la responsabilitat és de l'individu tot i que Al·là en decideix el Destí– centrats sobretot en la cura de l'alimentació, en el descans, en el bon manteniment de les relacions socials o realitzar les cinc oracions diàries, juntament amb els factors concrets de desenvolupament de l'embaràs com ara no despertar a la gestant del Somni de la Glòria o proporcionar-li allò que desitgi per a menjar, fan que l'embaràs no sigui percebut com a un risc. En aquest sentit, tot i que les imazighen acostumen a fer els seguiments i els controls durant l'embaràs, la medicalització del procés sovint és percebuda com l'afegit d'un risc inexistent per a elles, en la mesura en que la preservació dels preceptes corànics i la confiança en la voluntat d'Al·là donen certes garanties per al bon desenvolupament de l'embaràs.

Tot i que la principal font de suport d'una dona durant l'embaràs, part i postpart és el seu marit, el qual ha de vetllar pel seu benestar quotidià –especialment econòmic–, són les dones més properes de la xarxa familiar i veïnal les que aportaran el suport emocional així com l'ajuda en la realització de les tasques que la dona gestant no pugui fer. Així, la proximitat de les unitats domèstiques en destí permet el manteniment d'aquest tipus d'ajut diari que pot consistir en l'acompanyament a les visites mèdiques en el cas de que el marit no ho faci, cuinar, fer les tasques domèstiques i, aquesta ajuda s'amplia, quan la dona té altres criatures. Sovint aquestes dones són les mares i les germanes tant de la dona com del seu marit, sempre i quan es trobin en destí mentre que, és molt comú que, durant el final de l'embaràs i especialment durant el post part i els primers mesos de vida de la criatura, les germanes solteres que es troben en origen facin un estada de mitjana duració per a assistir a la dona que acaba de tenir el nadó. Perquè és durant el postpart quan es donen la majoria d'atencions especialitzades destinades a la recuperació física de la

dona<sup>14</sup>: és molt usual que les dones de la xarxa de suport portin a l'hospital brou de gallina per a la dona ja que se li atribueixen alts valors energètics necessaris per a la recuperació del desgast que suposa el part<sup>15</sup> i, també com a part de la recuperació, al Marroc és freqüent que la dona després de tenir un nadó quedi exclosa de les tasques domèstiques durant la primera setmana de postpart, les quals assumiran les dones de la unitat domèstica, però aquesta pràctica no es pot donar en destí ja que, tot i el suport que reben, la falta de convivència conjunta i l'atenció a diverses unitats domèstiques alhora, així com el fet de que moltes de les dones treballen fora de casa fa que el període de descans durant el post part no es pugui respectar. Tot i amb això, s'extrema l'ajut i el suport a la dona acabada d'infantar en la mesura en que es continuen percebent els primers 40 dies després del part com un període de risc no només per a la mare sinó també pel nadó.

Quan es parla de la cura i xarxes de suport de la població rrom romanesa en aquest període és important destacar que són els homes els qui tenen l'autoritat en la presa de decisions respecte la planificació familiar i altres aspectes de la salut reproductiva, encara que les dones són responsables de la cura dels nens i altres membres de la família (fins i tot per davant de la seva pròpia salut). Tot i així, els homes moltes vegades no estan presents en la consulta per diverses raons: en primer lloc, perquè molt sovint es considera que bona part de les qüestions pràctiques relacionades amb la cura i la salut són responsabilitat de les dones. D'altra banda, de vegades els homes consideren que no poden (o realment no poden) deixar d'atendre altres obligacions o de fer activitats implícites dintre del seu rol dins la comunitat per acompanyar a les dones. Finalment, perquè usualment manifesten "vergonya": hi ha una tendència a no parlar obertament de sexualitat o reproducció entre persones de diferents sexes i particularment, a que la dona no parli respecte a l'embaràs amb els

---

<sup>14</sup> De fet, els primers quaranta dies després del part es considera un període de risc per a la dona, el qual queda clar en la traducció literal de la frase que explica aquest risc "tenir la tomba oberta".

<sup>15</sup> Aquesta pràctica es dona tant al Marroc com a Catalunya i a vegades pot portar certes reticències per part del personal sanitari de l'hospital.

seus germans i cunyats (encara que sí amb el seu marit)<sup>16</sup> o que aquests no facin referència al tema durant les seves converses. També l'arribada del bebè al domicili familiar ha implicat tradicionalment, i encara ho fa per una part de la població<sup>17</sup>, representacions i pràctiques relacionades amb la puresa: per exemple, s'entén que el bebè està "brut" i ha de romandre aïllat de la resta de familiars, sobretot durant els àpats, en un temps que és variable però que coincideix més o menys amb el període de quarantena. No obstant això, aquest rol del marit o d'altres familiars no es deu interpretar (o al menys no d'una manera estereotipada) com un desinterès o desatenció per part d'aquest (encara que en algunes famílies aquest sí que pugui ser el cas). A més, i encara que això pot dificultar l'accés, de vegades facilita un espai d'autonomia perquè les dones puguin prendre decisions respecte la seva salut i la dels seus fills; un àmbit que els professionals han de considerar per a no incidir d'una manera negativa en les relacions familiars.

D'altra banda, les xarxes de suport tenen una importància cabdal en un context en el que són molt habituals situacions de precarietat associades a les feines de tipus marginal: no només quant al nivell d'ingressos (que s'expressa d'una manera especialment intensa en el patiment de les dones per les dificultats a l'hora d'aconseguir llet, bolquers i altres productes bàsics), si no també respecte als riscos directes d'aquestes activitats respecte a la salut (sobreesforç, alimentació molt escassa i de poca qualitat, entre altres). Si la situació ja és precària abans, amb l'embaràs la recerca de recursos és fa més complicada i urgent i aquestes tasques es duen a terme tot i estar en estats molt avançats de gestació. Encara que les xarxes de suport, en una situació ideal, són molt denses i fortes en la població rrom, dependran molt d'aquesta situació de precarietat i de la presència o disponibilitat de dita xarxa, que generalment està composta per la sogra, les cunyades o altres dones emparentades o properes. De fet, i en bona part degut al procés migratori, les xarxes de suport no sempre estan presents i, si això pot passar amb determinats segments de la

---

<sup>16</sup> En aquesta qüestió semblen existir certes diferències entre els dos grups (Tãndãrei i Murgeni), i això sembla més d'aplicació pels primers.

<sup>17</sup> Segons algunes de les mares joves, en l'actualitat aquestes pautes ja no es practiquen amb molta intensitat i s'interpreten com a antigues.

família del marit, encara més amb la família d'origen de la dona que manté una relació més allunyada amb la dona i els fills però exerceix en determinats moments un suport imprescindible. Per tot això, i a diferència de les imazighen, les cures durant i després de l'embaràs de vegades són molt deficitàries i no queda més opció que reprendre les feines marginals amb el nounat, sovint pocs dies després d'haver parit (per al segment en una pitjor situació, fins i tot abans dels tres dies que generalment poden estar a l'hospital), perquè encara és massa petit per deixar-lo amb algun familiar i/o aquests (generalment la sogra o cunyada) també es troben en una situació semblant i no poden fer-se'n càrrec, encara que se solen buscar solucions que permetin compatibilitzar la feina amb la cura dels nens.

## CONCLUSIONS

En els apartats anteriors hem intentat presentar d'una forma breu alguns dels factors relacionats amb l'accés al sistema sanitari i l'ús que d'ell en fa la població rrom romanesa i l'amazigh (particularment, en allò que fa referència als serveis de salut materno-infantil) i posar-los en relació tant amb la seva situació històrica i actual, procés migratori i altres aspectes relacionats amb les seves condicions de vida, com amb les idees i representacions implicades en la concepció, la sexualitat i la cura dels infants. Pot sorprendre, en una primera aproximació a ambdós grups, la proximitat entre algunes de les pautes culturals i representacions que, en aquests àmbits, hi ha. Tal i com hem dit, aquest "aire de familiaritat" es pot observar en aspectes com ara les pautes de residència i filiació, els processos implicats en la maduresa social dins de la família i del grup, algunes pautes de cura i xarxes de suport a més de amb les concepcions sobre la descendència i la concepció i la formació del nadó. Inevitablement, la comparació també es realitza vers a les nostres pròpies representacions i pràctiques en aquests àmbits, i el cert és que en alguns d'ells tampoc resulten tan llunyanes com, des del desconeixement d'aquestes poblacions, podria semblar inicialment. En qualsevol cas, hem volgut destacar aquests aspectes per una raó fonamentalment. És molt habitual que en les anàlisis que es fan sobre l'accés i ús al sistema públic de salut d'aquestes i altres poblacions minoritàries es tendeixi a destacar d'una

forma estereotipada la diferència cultural per sobre d'altres tipus de factors i situacions, com els socioeconòmics (tan en origen com en destí), els processos migratoris i la situació legal. En aquest sentit, i evidentment sense pretendre en cap cas obviar la importància i la complexitat del factor cultural –i, molt menys la seva variabilitat i la forma en que engloba tots els factors anteriors-, hem posat de relleu les avantatges d'una anàlisi conjunta que tingui en compte totes aquestes qüestions i no només una visió estreta del factor cultural que, a més, es dona en un context en el que implica i a vegades justifica una falta d'adequació i flexibilitat de l'estructura del sistema sanitari per tal d'acollir usuaris que se surtin del perfil de l'anomenat “usuari tipus”. En altres paraules, aquest perfil no pot dependre únicament d'una característica (la població o l'etnicitat) que, a més de ser construïda usualment d'una manera homogeneïtzadora, deixa fora factors com el temps de permanència a Catalunya (que sovint pot implicar un millor coneixement i una mobilitat en els circuits sanitaris amb certa facilitat), les experiències en origen, la marginalitat, l'exclusió socioeconòmica, l'estatus en diferents àmbits i un llarg etcètera. Un perfil que, d'altra banda, es construeix únicament des dels serveis sanitaris a partir d'aquella població que aconsegueix accedir a ells i molt habitualment sense tenir en compte un context més ampli fora de la consulta. I en aquestes qüestions sí que existeixen diferències clares entre les poblacions que hem analitzat, com hem intentat assenyalar.

La consideració de tots aquests factors (sobretot en segments de la població en una situació de marginalitat) pot contribuir a destacar la importància de l'establiment d'una relació de confiança entre els serveis i professionals i les persones que recorren a ells així com les deficiències que, en aquest sentit, existeixen en el sistema sanitari català. A vegades, les menys, per pràctiques explícites de rebuig, i moltes altres per la complexitat i rigidesa en la configuració del sistema i per la falta de recursos; però també molt habitualment per la impossibilitat de superar la visió estereotipada que hem assenyalat i que condueix, per exemple, al bloqueig de la relació a partir de pautes o exigències inassumibles en determinades situacions de molta precarietat o incompatibles amb pautes culturals que, lluny de ser tradicions immòbils, varien i s'adapten segons el context i les

possibilitats, mantenint una especificitat imprescindible per a la supervivència (identitària, cultural i també material) de les poblacions. Evidentment, això no ha de significar ni una segmentació i adaptació total dels serveis (la creació de barreres assistencials i canals separats per a diferents poblacions) ni una absència de crítica que entengui la diversitat cultural com a quelcom a preservar en una vitrina, menys encara quan es cau en l'error de justificar les posicions de marginalitat com a la garantia de que aquestes pràctiques culturals no canviaran. Cal que existeixi una negociació de moltes qüestions tant en la relació individual com amb una participació àmplia de la població en la que cal garantir-se, al menys, que tingui un pes en les decisions que l'afectin. Si no és així, i si aquest procés no es porta a terme de forma argumentada (i de mica en mica) sinó bruscament i basant-se en entitats a vegades externes i molt allunyades de la població (com per exemple el sistema sanitari, la ciència o el coneixement biomèdic, més que en la confiança en un professional o servei), algunes de les dificultats tenen poques possibilitats de resoldre's. D'altra banda, si s'adopta un rol "salvador" o "llibertador" per molt satisfactori que aquest sigui, toparem amb facilitat amb la percepció per part de la població, a vegades molt justificada, de que no tenim ni idea de què és el que en realitat està passant i de que no entenem molts dels problemes i factors que estan implicats en les diferents situacions. No és necessari repetir de nou que això no implica que tot sigui acceptable: aquesta qüestió és, per exemple, molt visible respecte a la desigualtat relacionada amb el gènere, com hem insinuat abans; i és evident que moltes dones estan ja, i estarien d'acord en el futur, en canviar múltiples aspectes de la seva situació que afecten greument al seu estat de salut. Malgrat això, no sembla casual que, entre ells, no acostumin a ser els que a vegades més interessen als professionals: existeixen molts problemes (econòmics, legals, laborals) per a solucionar tant en aquest sentit com en el de l'accés i ús als serveis de salut, i d'entre ells els relacionats amb la diversitat cultural (de nou entesa de forma molt limitada) són, potser, els que més ha interessat ressaltar i els que, paradoxalment, menys afecten a la qualitat de vida de les poblacions immigrades.



**BIBLIOGRAFIA**

AIXELÀ, Yolanda (2000) *Mujeres en Marruecos*. Edicions Bellaterra. Barcelona.

CHEBEL, M. (1984) *Le corps dans la tradition au Magreb*, Paris, Presses Universitaires de France.

CHEBEL, M. (1997) *El espíritu del serrallo*, Barcelona, Edicions Bellaterra.

GONZÁLEZ ECHEVARRÍA, Aurora (1995) “Hacia una Antropología de la Procreación”, *Familia y sociedad*, 3. Pp. 95-110.

GONZÁLEZ ECHEVARRÍA, Aurora (2005) “Informe sobre el estado de desarrollo de la Antropología de la Procreación”, *PERIFÈRIA* 3, . Página web de la versión electrónica de la revista <[http://antropologia.uab.es/Periferia/catala/numero3/periferia\\_3\\_0.pdf](http://antropologia.uab.es/Periferia/catala/numero3/periferia_3_0.pdf)> [Darrera consulta, març de 2008]

ERRC (2004). *State of impunity. Human Rights Abuse of Roma in Romania*. [En línia] European Roma Rights Centre. Accesible en <<http://www.errc.org/db/00/0B/m0000000B.doc>> [Darrera consulta, març de 2007]

EUMC (2003) *Breaking the Barriers – Romani Women and Access to Public Health Care*. [En línia] European Monitoring Centre on Racism and Xenophobia - Council of Europe. Accesible en <<http://fra.europa.eu/fra/material/pub/ROMA/rapport-en.pdf>> [Darrera consulta, març 2008]

INS (2005) *România în cifre*. [En línia] Bucarest: Institutul Național de Statistică. Accesible en <<http://www.insse.ro/cms/rw/pages/index.ro.do>> [Darrera consulta, febrer de 2008]

LIEGEOIS, J-P., GHEORGHE, N. (1995) *Roma Gypsies: A European Minority*. London: Minority Rights Group.

MATRAS, Y. (2000) “Romani migration in the post-communist era: Their historical and political significance.” *Cambridge Review of International Affairs* 13(2): 32-50.1996: 69-80;

SOBOTKA, E. (2003) “Romani Migration in the 1990s: Perspectives on Dynamic, Interpretation and Policy.” *Romani Studies* 5, Vol. 13, No. 2: 79-121. Accessible en <<http://www.marston.co.uk/RSPP/LUPRSV013P02A00079.pdf>> [Última consulta, febrero de 2008].

VOICULESCU, C. (2002). “Identity formation at Sangeorgio de Mures roma population.” [En línia] *Romanian Sociology*, 1-2, 2002. Pp. 83-115. Romanian Association of Sociology. Accesible en <<http://www.sociologieromaneasca.ro/eng/aece-pdf/sr-rs.aece.2002.3.pdf>> [Darrera consulta, març de 2008].