Gazeta de Antropología

ISSN 0214-7564

Gazeta de Antropología, 1999, 15, artículo 12 · http://hdl.handle.net/10481/7535 Versión HTML · Versión PDF

Publicado: 1999-11

Resolviendo la salud. Los gitanos catalanes

Solving health. The Catalan Gypsies

David Lagunas Arias
Universidad Central de Barcelona. Barcelona.
david_lagunas@latinmail.com

RESUMEN
El proceso de salud, enfermedad y atención es universal, opera en toda sociedad y consta no sólo de representaciones y prácticas, sino de saberes particulares para hacer frente a las angustias y sufrimientos. Mi tentativa es mostrar los conceptos, conocimientos y representaciones de los grupos gitanos, objeto del análisis antropológico. En este caso, tomo como referente a un grupo de gitanos catalanes, autodenominados *calós*, de Mataró (Barcelona), para explicitar su visión particular acerca de la salud y la enfermedad, así como su gestión ante el aparato asistencial.

ABSTRACT
The process of health, illness and medical attention is universal, it operates in all societies and it consists not only of representations and practices, but also of particular knowledge used to combat anxiety and suffering. Here I describe the concepts, knowledge, and representations of gypsy groups as an object of anthropological analysis. In this case, I take as referent a group of catalan Gypsies, self designated Calós, from Mataró (Barcelona). I explain their particular vision of health and illness, as well as their views on the health assistance institution.

PALABRAS CLAVE | KEYWORDS
Gitanos catalanes | salud y enfermedad | Mataró, Barcelona | instituciones asistenciales | Catalan Gypsies | health and illness | assistance institutions

Parto de la idea de Menéndez (1994: 71-72) sobre el proceso salud/enfermedad/ atención universal que opera en toda sociedad y que consta no sólo de representaciones y prácticas sino de saberes particulares para hacer frente a las angustias y sufrimientos. Mi tentativa es la de mostrar la visión de los conceptos, conocimientos y representaciones de los grupos gitanos objeto del análisis antropológico. En este caso, tomo como referente a un grupo de gitanos catalanes, autodenominados *calós*, de Mataró (Barcelona), para explicitar su visión particular acerca de la salud y la enfermedad, así como su gestión ante el aparato asistencial.

Un reciente trabajo de Romaní (1998), acerca de una comunidad barcelonesa de gitanos catalanes, es el referente más cercano. Aunque su análisis sobre la salud en el contexto de dicho grupo es una aportación interesante, no comparto la posición de método: el conceptuar a la comunidad gitana como 'grupo subalterno', en el sentido de que «poseen dificultades para acceder a recursos de tipo económico, social, cultural o político», lo que, según el autor, «limita su desarrollo autónomo en relación a otros grupos». Esta concepción puede dar la impresión que las comunidades gitanas en general son pasivas, estáticas o incompetentes para acceder a los recursos de la sociedad dominante y olvida el hecho que son las propias comunidades las que también desarrollan estrategias de participación según sus propios criterios. Participar en la forma de vida de la sociedad mayoritaria no sólo es cuestión de poder, de relaciones de fuerza entre los grupos mayoritarios y los minoritarios, sino también de una decisión de participación (1) de éstos últimos. Los calós de Mataró, que tenían parientes entre los diversos grupos gitanos de Barcelona, se encuentran al margen de este concepto de 'grupo subalterno', y sugeriría que los gitanos en general no se acomodan a ese concepto reduccionista. Baste señalar la posición de Asseo (1989: 124) al respecto, quien con el concepto «pueblos- resistencia» formula una nueva manera de enfocar las relaciones de poder entre el Estado y los grupos minoritarios, señalando cómo la hegemonía no es un concepto unívoco y propio del Estado sino que puede ser la característica de los grupos minoritarios en cuestión (2). En este caso, la atribución de hegemonía o subalternidad viene condicionada por el emisor y el tipo de discurso, y, por tanto, sería una consecuencia de las relaciones de poder a la

hora de establecer las definiciones de la realidad.

Los calós de Mataró eran un grupo que se consideraba a sí mismo como la élite entre los gitanos y, consecuentemente, buscaba a los agentes de salud y los lugares de atención también entre la élite de la sociedad mayoritaria: los médicos de las clínicas privadas más costosas, aquellos que también atendían a las capas altas de la sociedad paya.

I.

La buena salud del hombre se asocia con la fuerza y la virilidad, mientras para la mujer se asocia a su fertilidad, su estética (estar gorda y no delgada) (3). La salud también se vinculaba a una extremada preocupación por la higiene corporal, especialmente para las mujeres, y en la preparación del alimento (4).Pero aquello que más preocupaba a los calós era la gestión de su salud con el aparato asistencial. Así el *onclo* (5) Pepe:

> «Los gitanos tenemos poca vida. Tener un médico de absoluta confianza es todo. Cuando un médico te diga 'sabía que tiene esto?'... no podemos... somos muy depresivos... nos acojonamos. En cambio, con el payo Saltor salías nuevo. Lo que haces es ir a otro médico si no te conviene.»

La conciencia de tener una corta vida se vincula con el hecho que la muerte no es una simple abstracción, sino una presencia mental muy vívida. Eso explica por qué el lenguaje cotidiano está plagado de burlas hacia la muerte. Siempre con sentido del humor, con *guasa* señalan los calós, se bromea sobre el cementerio, las cruces, los nichos, el otro mundo, los ataúdes, etc., como forma de vencer simbólicamente a la muerte en la única dimensión donde no puede actuar, en las representaciones del lenguaje humano. El payo Saltor que cita el informante fue un médico privado cuya consulta era visitada con frecuencia por los calós, convirtiéndose en el médico de la comunidad. Añade el *onclo* Félix:

> «Una vez fui a un médico y me enseñó las radiografías y me dijo que tenía no se qué del estómago y acabé poniéndome malo. Estuve tres meses como muerto, estirado en la cama sin moverme, hasta que me dijeron 've a este médico de esta calle'. Y fui. Llegué con las radiografías y el payo las ve y las tira. Me mira y me dice 'le garantizo que no tiene ninguna llaga en el estómago, sólo tiene un poco de gastroenteritis.' Y aquella misma noche me fui de juerga.»

El lenguaje, la polisemia de la enfermedad, el símbolo, el proceso de comunicación era el elemento clave: la relación que se establecía entre el médico y el paciente. El trato verbal ideal era aquel en el que se establecía una conversación y no un interrogatorio. Las actitudes entre médico y paciente debían ser de confianza y respeto y no de temor, por un lado, imposición por el otro. Una de las razones principales para no ir al médico es por el miedo a que éste diagnostique alguna enfermedad grave. La hipocondría está muy extendida entre los calós. Por eso, la prevención era inexistente. Los calós preferían estar en un estado de incerteza, es decir, se negaban a convertirse en *pacientes*. Se acudía al médico cuando los síntomas de cualquier enfermedad eran agudos y se esperaba un diagnóstico y un tratamiento inmediato. Como excepción, y en sentido inverso, cuando un niño lloraba mucho o tosía o mostraba cualquier signo de desorden, se acudía al servicio de urgencias. Por tanto, el personalismo marca la dinámica de una buena relación médico-paciente, lo cual no parece estar alejado de las observaciones, a riesgo de caer en los estereotipos, de Kenny (1980: 79) acerca de los españoles.

En suma, el éxito en la terapéutica reside, con independencia de la sanación biomédica efectiva, en gran parte, en el nivel del discurso: en la realización de una forma discursiva a través del lenguaje, entendido como una sucesión de conceptos interrelacionados, con una lógica interna consistente y racional (6). El elemento clave es un buen diagnóstico, entendido éste no como adecuación al saber objetivo de la ciencia, la identificación de las causas reales de la enfermedad, sino como un modelo explicativo que proporcione un sentido al paciente. Dicho sentido no es tanto una búsqueda de la verdad como una provisión de coherencia respecto a la vivencia subjetiva del paciente y de las representaciones que posee de sus relaciones con los demás y con el mundo (7).

El médico es una figura bivalente: por un lado, posee el saber para curar a los enfermos, por otro, al estar en contacto con la muerte y la enfermedad es peligroso. Por eso, entre los calós, los médicos despiertan una gran ambigüedad: de ser alabados como seres con poderes cuasi mágicos pasaban a ser denostados y señalados como los culpables de la muerte del individuo. En muchos casos de muerte, y en todos aquellos donde se trataba de una enfermedad irreversible y se invertían grandes sumas de dinero en tratamientos con médicos privados y de prestigio, los calós percibían la relación con el médico como un engaño, pues sentían que éste se había aprovechado de su confianza y no sólo había llevado a la muerte al paciente sino que había extraído el dinero a la familia.

Existe una reticencia para acudir al médico, pues se cree que, necesariamente, éste va a diagnosticar una enfermedad durante la visita. Por eso, los calós atribuyen a los payos mayor riesgo de enfermedad, ya que acuden con frecuencia a los médicos y realizan periódicos tratamientos y chequeos (8). Varios calós soportan hernias, úlceras, pruritos, bronquitis, etc., sin visitar al médico hasta que los síntomas son insufribles.

II.

La etapa pre-paciente, aquella donde se negocia con la familia y la red social, supone un campo rico en experiencias: el individuo puede automedicarse individualmente o aconsejado por la familia, o bien acudir finalmente al médico. A veces, un pariente tiene que hablarle a otro para convencerle de que vaya al médico. El *onclo* Joan:

> «Mi padre, si no me enfado, no va al médico. Coge él y se va a las seis de la mañana a urgencias cuando le duele todo.»

En el fondo, estaba latente un miedo angustioso a la muerte. De hecho, en los funerales a los que asistí, los familiares expresaban su consternación ante la desaparición física de un familiar, pero mostraban signos evidentes de no poder aceptar dicha desaparición. Cuando una persona muere y está en el hospital se negocia con los médicos y se saca al difunto, ya muerto, como si estuviera vivo. El *onclo* Antonio:

> «Tenemos un acuerdo con los médicos. Dicen que lo hemos sacado vivo y hacemos el velatorio en su casa. Antes, las personas morían en casa y lo hacíamos allí.»

En definitiva, entre los calós, se produce un cortocircuito cultural, en el que el paso del *disease* (el *signo*, objetivo, de la enfermedad) a la *illness* (los *síntomas*) se cortocircuita. Se elude el reconocimiento de la dimensión biológica y orgánica, el *disease*, para evitar así reconocer los síntomas. Es una forma simbólica de vencer momentáneamente a la enfermedad. Se trata de negociar con la experiencia personal sobre la enfermedad, su dimensión psicológica, la sensación de debilidad y angustia que le provoca. Por tanto, nos encontramos con enfermos que no son pacientes (9). Una ética del no dolor, del placer, y del alejamiento cultural de la enfermedad y de la muerte. Borrar e ignorar los signos para no reconocer los síntomas. Cuando los síntomas son agudos la visita al especialista en busca de una explicación y un remedio eficaz se hace irremediable.

III.

Los calós creen que la curación de las enfermedades es efectiva si se acude a los médicos que cuestan más dinero (10), además de consumir los medicamentos más caros. Era corriente comprobar cómo los calós poseían un conocimiento pormenorizado de los mejores médicos de las clínicas privadas de Barcelona.

El *onclo* Pepe, que tenía fama de tacaño, se defendía diciendo que él había gastado mucho dinero en médicos privados y de prestigio,

> «He ido siempre a los mejores médicos. Dicen que soy *xup* (11) pero me acuerdo que pagaba 70.000 pesetas por una operación y visitas de 35.000 pesetas de hace 20 años. La salud es lo más importante.»

La confianza en el médico se basa especialmente en los antecedentes. Si un médico había sanado a alguien anteriormente, eso era señal de que era buen médico, independientemente del tipo de enfermedad y de las condiciones objetivas para la curación. El *onclo* Ramón se refería a un médico conocido:

> «Este es el payo médico que curó al Manel y al Antonio que se quemó. Es un gran médico.»

Sin embargo, estas creencias distan mucho de ser generalizadas. Como afirma el *onclo* Antonio, «hay muchos que piensan que un médico es bueno porque receta medicinas de nueve mil pesetas», pero la tendencia era a creer en la eficacia de la ecuación dinero = salud. Aquello que era gratis, las instituciones de asistencia pública, no podía ser bueno. La realidad es que todas las familias tenían seguros privados con clínicas costosas. El médico de la Seguridad Social se designaba como «el médico de los pobres». La misma institución también se designaba como «la de los pobres». Los hospitales eran centros extraños y ambivalentes para el caló: por un lado, sirven para curar a los enfermos, pero, por otro, son instituciones de las que se desconfía, por el tratamiento alienante dado a los enfermos. Allí todos son iguales y la identidad gitana se ve soslayada.

La *tía* Julia explicaba con cierta ironía, refiriéndose al hospital público:

> «Si está lleno no te ingresan, si no hay más remedio te ingresan, para nada, por negocio. Tampoco está bien que no te ingresan si cada día estás peor, si es necesario se ha de hacer. Pero bueno, todo lo que es gratis no puede ser bueno.»

En la gestión de la salud existían varios niveles. Cuando la enfermedad era leve, un simple catarro, un dolor de cabeza, etc., primeramente se iba a la farmacia a buscar los *remeis* [remedios], los medicamentos. Tampoco se desdeñaba acudir a los centros de la Cruz Roja, para realizarse análisis de sangre o vacunaciones. Cuando realmente había motivo de preocupación, se iba directamente a la clínica privada.

Las enfermedades que más asustaban a los calós eran dos: el sida y el cáncer. Ésta última no se designaba por su nombre sino como *el mal dolent* [el mal malo] o *el mal* a secas, *una cosa grossa* [una cosa grande] o *una cosa d'aquelles* [una cosa de ésas]. Dejándolo en una cierta indefinición, con estas locuciones se reflejaba el tabú de pronunciar su nombre. Es ésta una enfermedad que ha golpeado a muchos familiares de mis informantes, que suelen aceptarlo con resignación. Contra esta enfermedad una suerte de fatalismo impera. El *onclo* Pepe hablaba del cáncer como la más terrible de las enfermedades y encontraba en la analogía familiar una explicación a su génesis y desarrollo:

> «Las células del cáncer son como dos hermanos, uno es malo y el otro es bueno, y el malo vuelve malo a los otros.»

La metáfora del cáncer como la disputa entre dos hermanos señala un tipo de racionalidad explicativa que consiste en poner en el mismo plano el nivel natural y el cultural, de forma que el segundo explica al primero.

Pero el mecanismo de la enfermedad no sólo era lo importante. Las causas de su aparición eran explicadas de manera diversa. El *onclo* Josep:

> «El Antonio cogió un *mal dolent* porque no tenia medida. Hacía lo que le venía en gana. Se hartaba de comer, de beber, de fumar, luego pegaba a su mujer, no iba al mercado a trabajar y vivía de los hijos. Por eso tuvo ese castigo.»

En este sentido, la causa de la enfermedad se vincula a una transgresión del orden social. El origen de la desgracia es un desorden social que se traslada al cuerpo.

La *tía* Julia tenía una explicación psicológica para describir la génesis del mal, que reflejaba la apropiación de discursos no ya científicos sino paracientíficos:

> «Dicen que de los disgustos o de reír mucho que el cerebro se venga. Te trastornas y él envía información para que te salga un mal.»

Incluso, el *onclo* Joan conectaba las maldiciones con la aparición del cáncer:

> «*Mal menjador et mengi* [mal comedor te coma] decíamos hace años a los payos. Esto quiere decir que antes ya existía el cáncer.»

En este sentido, una maldición tenía el poder de crear la enfermedad en otra persona. Por tanto, los factores psíquicos, el poder de maldición, como la causa de una enfermedad «maldita» como el cáncer, era una de las creencias establecidas. El poder de maldición era una prerrogativa, por otro lado, cuya competencia se decantaba del lado de la mujer, de la mujer anciana. Otros, como el *onclo* Lluís, decían que «el cáncer era inteligente, porque cuando los médicos abrían el cuerpo se escondía». Vemos aquí una naturaleza humanizada.

En todos estos casos se revela la necesidad de interpretar la enfermedad independientemente de los modelos médicos, de asignarle causas en términos no orgánicos, en suma, de darle un sentido (12). El modelo explicativo en busca de sentido se dirige no tanto al mecanismo de la enfermedad, sino a las causas: acción de una maldición, desequilibrio emocional, transgresión social, etc. La otra, de las enfermedades que despiertan mayor temor, es el sida, que se conceptúa como una enfermedad paya, pues entra en la comunidad a través del contacto de los hombres con las mujeres payas, tanto en las relaciones de los jóvenes como en las extramatrimoniales. Por este motivo, son los hombres los que se deben proteger con el preservativo en sus relaciones con mujeres payas, mientras que con sus esposas no lo utilizan, pues cuestiona simbólicamente su masculinidad. Este hecho genera mucha angustia entre las mujeres gitanas, que debían utilizar la píldora contraceptiva. Los calós practicaban un control sobre la natalidad y su tasa de fecundidad actual no distaba de la tasa general española.

Si una de las mayores preocupaciones era la preservación de la virginidad de las hijas, ello contribuía, como señala Romaní (1998: 12), a prevenir las enfermedades de transmisión sexual, aunque existía el riesgo de contagio por parte de los hombres en sus relaciones con mujeres payas. Aunque no puedo especificar cuántos casos existían, las operaciones quirúrgicas para reimplantar el himen existían como posibilidad, pues se hablaba de ellas como práctica realizada en tal o cual familia, debiéndose tanto a causas naturales como a contactos sexuales prematrimoniales de las hijas.

No observé una incidencia significativa de trastornos psicológicos, como depresiones, en comparación con la población paya. Las mujeres, que teóricamente estaban más expuestas a esos trastornos nerviosos, no padecían excesivas depresiones. Estaban, en parte liberadas de las cargas del trabajo doméstico con la contratación de payas, habitualmente de origen magrebí, para la limpieza de la casa, y también, con canguros que llevaban a los hijos pequeños al colegio, mientras ellas iban a trabajar con sus maridos al mercado. Por las tardes, casi nunca faltaban al café, para jugar su partida al bingo o las cartas, o para hacer la tertulia. Tenían tiempo libre y se organizaban el tiempo para poder ir a la compra.

La Iglesia Evangélica, el *culto*, como le llamaban los calós, era otra institución de gestión de los trastornos psicológicos. Era compatible tomar medicaciones y acudir al culto. Por tanto, en la gestión de la salud existían dos vías, complementarias, la medicina oficial, la farmacología, y el recurso a la ayuda de Dios (13), de índole más psicológica. Significativo fue el caso de una madre que perdió a su hijo en accidente de tráfico, que, sin haber ido nunca al culto, empezó a acudir buscando consuelo. Y como el intento resultó fallido, sus familiares contrataron a un psicólogo, para que puntualmente la tratara. La medicación que tomaba fue prescrita por el psicólogo, pero pasados los primeros días dejaba de tomarla, para después tomarla cuando tenía recaídas, en las dosis que ella creía conveniente.

Observé un caso puntual, pero significativo, de manipulación de médicos para obtener ayudas económicas. El individuo en cuestión poseía ciertos indicios, poco apreciables, de paranoia, que había intensificado y escenificado ante los médicos, para conseguir una pensión por «depresión nerviosa». De su teatralización, de su astucia ante los payos, se vanagloriaba entre el resto de calós, demostrando así su arte para manipular a los payos.

Las mujeres eran las que se ocupaban de la compra y administración de fármacos. Ellas eran las auténticas gestoras de la salud de la familia. El rol de la madre, el rol femenino en general, era determinante en la autoatención (14). Las ancianas y las mujeres casadas poseían un conjunto de experiencias y conocimientos sobre los fármacos, que no poseían los hombres. Recuerdo que una vez le

pregunté al *onclo* Joan sobre unas pastillas que encontré en el botiquín de café y que no sabía para qué servían, y me contestó «¡pregúntale a las *ties* que ellas saben de todo eso!». Inmediatamente les pregunté a unas ancianas que jugaban a cartas, y en seguida me respondieron qué eran esas pastillas, para qué servían y cuántas me tenía que tomar al día, así como los efectos secundarios. Las mujeres hacían circular la información en base a sus experiencias, a sus informaciones recibidas de los médicos o de otros profesionales, o bien de familiares, conocidos y vecinos. En base a esas informaciones, y a la identificación de síntomas y estados de salud tomados como idénticos, la automedicación era una práctica habitual. Las mujeres gastaban mucha cantidad de dinero, en relación al presupuesto familiar, en *remeis*, tal como designaban a los medicamentos. Llegaban al café con bolsas repletas de pastillas, vitaminas, jarabes, ampollas de calcio, etc. (15). A mayor consumo de medicamentos, y más caros, se creía que se tendría más salud. Esta idea de la abundancia se reflejaba en otras esferas, como la alimentación: en todas las ocasiones en que fui a comer a las casas de mis amigos calós, me encontré con una gran cantidad de comida en la mesa y a mis anfitriones repitiéndome que comiera más y más.

Este hecho muestra y confirma la idea de Menéndez (1990: 165) sobre que la autoatención es estructural a todo sistema social y, por tanto, es patrimonio de todas las clases sociales. Un grupo relativamente bien situado en la estructura socioeconómica, como eran los calós, también se automedicaba, y no sólo en medicamentos sino también en actividades y productos para acentuar la belleza. Resultaba significativo el hecho de que los jóvenes novios gitanos y gitanas acudieran al gimnasio a fortalecer sus músculos. También acudían a tomar rayos UVA, para acentuar el color moreno de la piel, especialmente cuando se acercaban celebraciones festivas.

Respecto a la droga, estaba presente entre ellos, pero no de forma generalizada. Existía un individuo que periódicamente se inyectaba heroína, y alguna familia había perdido a uno de sus hijos por sobredosis. La droga más consumida era la cocaína, vinculada a las *juergas*, las celebraciones festivas, bodas, pedidas de mano, etc. El alcohol era también consumido en los mismos contextos, reflejando una división de género: los hombres podían consumir alcohol cuando lo desearan, prioritariamente whisky, mientras las mujeres restringían su consumo a las bodas y pedidas de mano, y siempre en forma de licores o cava. El alcohol y la cocaína eran amplificadores de las relaciones festivas rituales. Por otro lado, el tabaco era de consumo exclusivamente masculino, porque se sancionaba su consumo entre las mujeres; era, por tanto, un símbolo de masculinidad. Sólo observé fumar a mujeres que habían sido expulsadas de la comunidad y que retornaban, de forma semiclandestina, para ver a su familia.

Por otro lado, el *culto* contribuía a desterrar ciertas conductas no consideradas cristianas, ya que no estaban contempladas en la Biblia, como el uso del whisky u otro tipo de alcohol; el tabaco y otras drogas; las juergas en discotecas, *pubs*, *nigthclubs*, etc. La desaprobación de estas actividades fomentaba un estilo de vida ascética conforme al ideal bíblico.

El hecho de que el itinerario terapéutico esté plagado de cambios bruscos, como cambios repentinos de especialista médico, automedicación, dejación y retorno de las terapias farmacológicas o de los hábitos prescritos, complementariedad con la labor sanadora del culto, etc., todo lo cual puede parecer una conducta caprichosa, refleja, sin embargo, la flexibilidad con la que los calós interpretan la realidad (16), de forma que su posicionamiento en cada momento del proceso sea una manera pragmática de aprehender los eventos desde el mejor punto de vista posible.

Notas

1. Es interesante ver el trabajo de Gomes (1998) acerca de la participación de los Sinti italianos en la escuela como síntesis de esta idea. El artículo de Gmelch (1986) acerca de la economía de los gitanos y otras minorías, conceptuados como aquellos «Grupos que no quieren estar dentro», es otra referencia interesante. Selecciono sólo dos ejemplos paradigmáticos de la vasta bibliografía disponible para no sobrecargar al lector.

2. Señala Asseo (1989: 124) que esos grupos situados en la periferia del Estado, los pueblos-resistencia, no poseen una vocación hegemónica, sin que por ello puedan ser considerados como *grupos subalternos*, sino que la hegemonía parte de su nivel interno, construyendo sus propios valores

universales y particulares. Según Asseo, la característica distintiva de los pueblos-resistencia es la de su extraordinaria capacidad de reformulación de todos aquellos elementos de contacto con la sociedad mayoritaria, lo cual les asegura su supervivencia.

3. El estado de enfermedad por tanto se connotaba con una dimensión de género: la asociación fortaleza = hombre, debilidad = mujer. En ocasiones, se comenta sobre aquel que va con mucha frecuencia al médico: *siempre está enfermo como una mujercita*.

4. En este sentido, el alimento se sometía a ciertas prescripciones: limpieza de las carnes, utilización de purificadores de agua, etc.

5. Término de respeto hacia todos los hombres mayores, como *tía* lo es para las mujeres.

6. Siguiendo a Kleinman Csordas (1990: 22) que parten de la distinción entre nivel *discursivo* y *presentacional* de Suzanne Langer.

7. Parafraseando a Sindzingre (*cit*. Meyer 1996: 237).

8. Trevisan (1996: 209) registra un discurso similar entre los Roma croatas.

9. Si seguimos la correlación, ambigua, de Comelles (1988: 599) enfermo -*disease*- y paciente -*illness*-.

10. Thomas (1988: 134) señala que la preferencia por la mejor y más cara asistencia médica de los Rom americanos se relaciona con el *orgullo* propio de esta comunidad como categoría cultural.

11. *Xup* es sinónimo de tacaño.

12. Ver Herzlich (1994: 201-202) quien señala cómo esta necesidad de asignar sentido se asienta sobre las relaciones individuo-sociedad.

13. Trevisan (1996: 217) señala la doble vía del itinerario terapéutico entre los Roma croatas: por un lado, el método biomédico, por otro, el recurso a la intercesión de los santos católicos.

14. Ver Menéndez (1990: 178:180).

15. Romaní (1998: 12) señala la ecuación abundancia de medicamentos/ abundancia de salud como estructura subyacente a este proceso, y lo asocia con la vieja tradición popular de considerar «la abundancia de lo bueno» como positivo. Es en este punto donde creo que no hay que rebuscar en tradiciones populares «primitivas» sino resituar el consumo excesivo de medicamentos precisamente con el «consumo». Los calós de Mataró se caracterizaban por el consumo ostentoso de objetos dotados de valor simbólico, marcadores de estatus y posición social como vehículos nuevos, vestuario y calzado, oro y joyas, teléfonos móviles, etc. El consumo de medicamentos se enmarca en esta dinámica del consumo, del gasto como señal de buena vida, no tanto de una tradición ancestral.

16. Romaní (1998: 18) señala la coexistencia de tres modelos en dos universos: el modelo médico hegemónico (sistema médico/científico/médico/farmacéutico) en el universo no gitano, y el modelo médico alternativo subordinado (sistema médico/ religioso/pastor) y el modelo médico de autoatención (sistema médico/doméstico/madre) en el universo gitano.

Bibliografía

Asseo, Henriette
1989 «Por une histoire des peuples-résistance», en Patrick Williams (ed.), *Tsiganes: identité, evolution*. Paris, Syros: 121-127.

Comelles, Josep M.
1988 «Salud/enfermedad» en Ángel Aguirre (ed.), *Diccionario temático de antropología*. Barcelona, PPU: 596-605.

Csordas, Thomas J. y Arthur Kleinman
1990 «The therapeutic process» en Thomas M. Johnson y Carolyn F. Sargent (eds.), *Medical anthropology. Contemporary theory and method*. New York, Praeger: 11-25.

Gmelch, Sharon
1986 «Groups that don't want in: Gypsies and other artisan, trader and entertainer minorities», *Annual Review of Anthropology,* 15: 307-330.

Gomes, Ana María
1998 *'Vegna che te fago scrivere'. Etnografia della scolarizzazione in una comunità di Sinti*. Roma, CISU.

Herzlich, Claudine
1994 «Médecine moderne et quête de sens», en Marc Augé y Claudine Herzlich, (eds.), *Le sens du mal. Anthropologie, histoire, sociologie de la maladie*. Paris, Éditions des Archives Contemporaines: 192-215.

Kenny, Michael
1980 «Valores sociales y salud», en Michael Kenny y Jesús M. de Miguel, *La antropología médica en España*. Barcelona, Anagrama: 69-81.

Menéndez, Eduardo
1990 *Antropología médica: orientaciones, desigualdades y transacciones*. Centro de Investigaciones y Estudios Superiores en Antropología Social.
1994 «La enfermedad y la curación. ¿Qué es medicina tradicional?», *Alteridades*, 4 (7): 71-83.

Meyer, Fernand
1996 «Enfermedad», en Pierre Bonte y Michel Izard (eds.), *Diccionario de etnología y antropología*. Madrid, Akal: 235-238.

Romaní, Oriol
1998 *La salud entre un grupo gitano sedentario del centro histórico de Barcelona*. Lección especial en el Istituto di Etnologia e Antropologia Culturale della Università degli Studi di Perugia. Copia mecanografiada.

Thomas, James D.
1988 «Health care of american Gypsies: Social and medical apects», en Cara DeSilva, Joanne Grumet y David J. Nemeth (eds.), *Papers from the eighth and ninth annual meetings Gypsy Lore Society, north american chapter:* 128-138.

Trevisan, Paola
1996 «Fra medici e santi: itinerari terapeutici in una comunità di Roma croati», en Leonardo Piasere (coord.), *Italia romaní*. Roma, CISU: 205-226.