

**El más antiguo asentamiento de Europa: estigma,
salud y covid-19 en El Vacie (Sevilla)**

David Lagunas Arias
Universidad de Sevilla

El más antiguo asentamiento de Europa: estigma, salud y covid-19 en El Vacie (Sevilla)

The Oldest Settlement in Europe: Stigma, Health, and COVID-19 in El Vacie (Seville)

David Lagunas Arias
Universidad de Sevilla
dlagunas@us.es

Fecha de recepción: 27 de diciembre de 2023

Fecha de aceptación: 14 de abril de 2024

Resumen

La pandemia del covid-19 ha exacerbado la vulnerabilidad de las poblaciones más desfavorecidas a nivel global. Las formas más graves de marginación y discriminación se han intensificado durante la crisis de la pandemia y las poblaciones que ya se encontraban previamente en situación de exclusión social han sufrido un gran impacto en sus vidas. Las pésimas condiciones del asentamiento chabolista de El Vacie en Sevilla son un riesgo para la salud de la población y son el resultado de la falta de políticas públicas. En este texto se analiza el asentamiento como creación histórica, la percepción sobre la salud de sus integrantes y los efectos de la pandemia a partir del trabajo de campo desarrollado en colaboración con los servicios sociosanitarios y la observación realizada in situ.

Palabras clave: Pandemia; Gitanos; Salud; El Vacie (Sevilla)

Abstract

The covid-19 pandemic has exacerbated the vulnerability of the most disadvantaged populations globally. The most severe forms of marginalization and discrimination have intensified during the pandemic crisis and populations who were previously socially excluded have suffered a major impact on their lives. The abysmal conditions of the El Vacie shantytown in Seville are a risk to the health of the population and are the result of a lack of public policies. This text analyses the settlement as a historical creation, the perception of the health of its members and the effects of the pandemic based on the field work carried out in collaboration with the social and health services and the observation carried out in situ.

Keywords: Pandemic; Gitanos; Health; El Vacie (Seville)

1. INTRODUCCIÓN

Como señalaba Lévi-Strauss (1988, p. 438) las transformaciones sociales son el pretexto para la reflexión intelectual y el posicionamiento del etnólogo como espectador, en lugar de hacerse presente como inquietud moral. El impacto del Covid-19 ha provocado que nos demos de bruces con una realidad que todo el mundo conocía y hoy aparece como situación distópica, una realidad muy distinta que nos motiva a la reflexión.

Las medidas de confinamiento decretadas por el Gobierno español por medio del Estado de Alarma desde el 14 de marzo y a lo largo del año 2020 para hacer frente a la crisis del coronavirus dejaron al descubierto las extremas condiciones de la desigualdad social en el país. La crisis sanitaria debido a la pandemia del Covid-19 ha impactado de manera brutal en los sectores más vulnerables de nuestra sociedad.

La pandemia realmente es un test para la integración de los Gitanos en los países europeos y a la vez un desafío. Las políticas públicas parten del problema de la identificación política puesto que hay que delimitar la ‘observación de los Gitanos’ y del déficit teórico en la producción de representaciones prácticas, es decir, los sistemas de representación mental que no se contentan solo con circular en los mundos de representación (medios de comunicación, imagería popular), sino que sirven para una acción, intervención social o política pública, ya sea positiva o negativa. Ello concierne a todos los actores que se sitúan en el exterior de este mundo propio de representaciones y que se alimenta por este mundo que se busca identificar. El déficit teórico respecto a la naturaleza y la interioridad de la doctrina política, así como las construcciones retóricas y esencialistas de la administración, la imagería popular, la escuela o los medios de comunicación, y en general, la producción administrativa exige el análisis de la condensación de representaciones sobre los Gitanos.

Históricamente las esferas administrativas, pero también ideológicas, científicas o literarias, surgen en coyunturas específicas ligadas a los cambios en los regímenes de control y de observación de los Gitanos. En este bascular y condensar las cosas hay un efecto administrativo que en los últimos años ha sido común denominar el “modelo español” como ejemplo de inclusión social de los Gitanos en el espacio europeo. Este modelo se construye a partir de los esfuerzos llevados a cabo para mejorar la calidad de vida de la población gitana en varios frentes: políticas activas de empleo, combate al fracaso escolar, acceso a la vivienda, políticas efectivas de igualdad de género. La particularidad del modelo español de inclusión social radica en su dimensión práctica, apoyada también por académicos y expertos, la cual habría servido de inspiración para otros países europeos con importantes poblaciones gitanas en situaciones de vulnerabilidad. El fin de esta metodología práctica sería optimizar los recursos invertidos, que en muchos casos han generado pocos resultados, tratando

de elevar los estándares de vida de los destinatarios para mejorar su calidad de vida (ver Bergeon, Lagunas y Torres, 2020).

Para abordar estas cuestiones hay que partir de las relaciones dialécticas entre la globalidad y los casos locales. La idea del conocimiento local (Geertz, 1994) ubica a los antropólogos como intérpretes, no a partir de lecturas ideológicas, sino entendiendo estas relaciones a partir de ciertos contextos. A nivel local, las políticas pueden ser más o menos eficaces respecto a la de los Estados o las instituciones globales e internacionales, las cuales no pueden hacer políticas de cercanía.

Quiero preguntarme qué es lo específico del espacio urbano de El Vacie, un ghetto urbano de Sevilla con presencia de gitanos de diversa procedencia y cuya experiencia del sufrimiento se conecta con las fuerzas estructurales a nivel político, económico, institucional, ideológico-cultural, con la idea de que esto es cierto y de que se trata de un problema políticamente estructurado (Bourgois and Schonberg, 2009, p. 20), además de global, no limitado a un asentamiento degradado de una ciudad en concreto. En primer lugar, se analizan los procesos de percepción de la salud/enfermedad, el uso de los servicios médicos de urgencia de atención primaria, los valores biomédicos y asistenciales y los estilos de vida de la población gitana; y en segundo lugar, el impacto de la Covid-19 en el asentamiento en relación tanto a los dispositivos y la información hecha pública para atender a esta población durante la pandemia que reflejan aspectos ideacionales contradictorios y con efectos sorprendentes como los aspectos más estructurales de desigualdad socioeconómica que se retroalimentan mutuamente.

Los primeros datos provinieron de varias entrevistas semi-estructuradas que han sido transcritas y analizadas temáticamente con los núcleos familiares que hacían uso de los servicios de asistencia del Servicio de Urgencias DCCU (Dispositivo de Cuidados Críticos de Urgencia) del área correspondiente al Centro de Salud de Pino Montano en Sevilla¹. Al ser un proyecto en donde se analizaban datos de un entorno sanitario fue evaluado en el Comité de Ética de la Investigación (CEI) del conjunto del Hospital Universitario Virgen del Rocío y del Hospital Universitario Virgen Macarena. Estos datos se han ampliado a partir de la irrupción de la pandemia y me he apoyado también en la telefonía móvil con mis interlocutores realizando una etnografía virtual, al igual que con interlocutores y activistas gitanos y no gitanos del Estado español y con responsables de los servicios sociales del Ayuntamiento de Sevilla.

¹ Agradezco al Dr. Mariano López Montes del Centro de Salud Pino Montano por su colaboración, el apoyo logístico y los datos etnográficos de las entrevistas.

2. EL VACIE

La persistencia del asentamiento chabolista de El Vacie durante más de 70 años en Sevilla no se explica por una cuestión coyuntural del colapso del Estado debido a situaciones de crisis económica o geopolítica, sino al “cese” de la política. Esta persistencia responde, por tanto, a una modalidad de interrelación construida a partir de prejuicios y estereotipos, conductas discriminatorias y modelos ideológico-políticos a través de políticas públicas, leyes y reglamentos implementados en la arena política del contexto local, autonómico y nacional. Históricamente, no se ha construido el problema de El Vacie en el ámbito metropolitano y en relación con la acción pública a nivel cotidiano debido a la ausencia de prácticas efectivas y el escaso interés institucional, excepto el último lustro. Ello representa una construcción social que se subordina a los procesos y registros de categorización y problematización, así como al funcionamiento de la arena política local que construyen a las poblaciones que alimentan y merecen la acción pública.

Por tanto, El Vacie no se construye históricamente como un problema político puesto que las diversas coyunturas de criminalización y marginación cancelan el reconocimiento del derecho a la ciudad y a la ciudadanía efectiva de la población del asentamiento. La producción y la evolución de las categorías de acción pública desde mediados del siglo XX hasta el presente, las cuales construyen los dispositivos específicos sobre los Gitanos, mantuvieron a estos grupos más precarizados en la marginalización y reforzando las disparidades sociales. Aguilera (2020) señala dos tendencias en las políticas de erradicación del chabolismo en España. La primera es la estabilidad de políticas de erradicación de asentamientos chabolistas desde los años 50 del siglo pasado, a diferencia de la mayoría de los países europeos, dando lugar a un doble fenómeno: una especialización de las intervenciones públicas, pero también una marginación de los destinatarios, en particular mediante un fuerte proceso de racialización de la pobreza urbana. La segunda es la continuidad de los asentamientos chabolistas, a pesar de las inversiones públicas y de la sucesión de planes de acción para eliminarlo².

El asentamiento chabolista de El Vacie (ver Torres-Gutiérrez, 2011; Ayuntamiento de Sevilla, 2016, 2018; Llácer, 2016) no tiene una fecha de nacimiento clara. Tal vez 1932 o con mayor certeza 1954 cuando la Marquesa del Río cedió unos terrenos llamados El Polvero para los pobres junto al Cementerio de San Fernando. El dictador Franco realizó una visita el 24 de abril de 1961 y una parte de la población, que no era gitana, se trasladó al barrio de Torreblanca en Dos Hermanas. Tras la visita del dictador el realojo no se completó y el 5 de septiembre de 1961 se produjo un acto simbólico: la quema (foto 1) de una parte de las infraviviendas (Ponce, 2011).

² Para el caso de Andalucía, de ello da cuenta el informe “Chabolismo en Andalucía” (Defensor del Pueblo Andaluz, 2005) en relación al fracaso de las políticas de integración social respecto a los asentamientos chabolistas erradicados en Sevilla.



Foto 1. El ministro franquista de vivienda, Sánchez Arjona, con una tea ardiendo en el derribo de infraviviendas en 1961. Foto: © ICAS-SAHP. Fototeca Municipal de Sevilla. Archivos Serrano y Cubiles

En un mes el asentamiento se volvió a ocupar y empiezan a llegar familias gitanas, andaluzas y extremeñas. En 1970 se implementa un Programa de vivienda para la clase obrera y se crea la barriada Polígono Norte. Otra fecha clave es el periodo entre 1988 y 1992 cuando se produce el desalojo del asentamiento chabolista de Chapina y una parte de las familias gitanas portuguesas que allí vivían se trasladan a El Vacie. En 1987 se intenta implementar un Plan de Erradicación del Chabolismo. En 1989 se firma el convenio entre el Ayuntamiento de Sevilla y la Junta con el fin de construir 35 viviendas estables. Diez años después se constituyen los Servicios Sociales Especializados y no es hasta 2009 cuando se implementa el Plan de Actuación Integral de El Vacie. En el censo de 2010 se contabilizaron 149 infraviviendas, 622 personas y 150 familias. En 2016 la Unión Europea a través de la Estrategia de Desarrollo Urbano Sostenible e Integrado (DUSI) destinó una partida presupuestaria importante para regenerar la zona norte de la ciudad y, en el caso de El Vacie, para el realojo de las familias y la desaparición del asentamiento en 2020. Esta última actuación que se presenta como definitiva pretende asegurar la redención de la población en el momento que los factores de condensación como la nueva visibilidad urbana suscitada por los nuevos planes urbanísticos, el valor del suelo y las políticas públicas se ponen en movimiento.



Mapa 1. El Vacie y el Cementerio a la izquierda. Elaboración propia. Ó Google Earth Pro



Mapa 2. Asentamientos chabolistas en el Área Metropolitana de Sevilla. Elaboración propia. © Google Earth Pro

Según el Ayuntamiento de Sevilla (2016, p. 71) más del 90% de la población se encuentra en situación de pobreza severa y la amplia mayoría de jóvenes con edad de trabajar no lo han hecho nunca en condiciones regularizadas sino en la economía informal: venta ambulante, la recogida de chatarra o cartón, como aparcacoches; el porcentaje de parados de larga duración asciende a más del 70% de la población.

La relación de los gitanos de El Vacie y la parte institucional se focaliza en la utilización del espacio: quién está habitando un espacio público en los confines de la ciudad. Los diversos programas implementados desde las administraciones no funcionaron en el pasado porque no dieron cuenta de la vida de las personas, sus dificultades y la vida de las familias en este espacio marginal. Las leyes no definían bien cuáles eran los sujetos que vivían en esta zona de confin, si tenían derechos y no solo obligaciones, o si podían ser interlocutores políticos. El hecho es que dada su ubicación no molestaba al resto de ciudadanos del centro o los barrios residenciales



Foto 2. El Vacie © Raúl Doblado, ABC

Ello nos invita a pensar en los regímenes de valor que se proyectan sobre las gentes que viven en los centros de las ciudades de clase media y la gente que vive en las periferias y sectores degradados. Estos procesos son protectivos y fueron estudiados por Piasere (1991, p. 186) sobre los rom de Verona: cómo se construye simbólicamente un “territorio anti-gitano” excluyéndolos de manera protectora del centro y de los barrios residenciales, y cómo se los segrega a la periferia urbanística creando reservas. Ello evidencia el discurso ideológico-higienista acerca de lugares como El Vacie y más concretamente de las formas de vida legítimas frente a ilegítimas, morales e inmorales.

Uno de los mayores obstáculos para la inclusión de este colectivo, al igual que en otros países europeos, ha sido por un lado, la ausencia de una política pública efectiva -que es también una política- durante siete décadas, lo cual ha afectado las habilidades de la población para resistirse y adaptarse a la ausencia de cambios. Por otro, los proyectos de inclusión parciales y no integrales a nivel del ámbito local a causa del rechazo estructural y la resistencia de la mayoría de la población sevillana. Sumado a las razones estructurales hay razones coyunturales en relación al deterioro de las políticas locales, nacionales y globales, así como de las instituciones de gobierno desde la crisis de 2008, yuxtaponiéndose a la situación crónica de marginación de esta población, la cual ha resistido esta política “desmantelada” a partir de los recursos sociales y culturales a su alcance.

3. SALUD Y MODELOS CULTURALES

Es un hecho que las condiciones de salud de las personas y grupos roma en Europa están por debajo de los estándares de las poblaciones no-roma. El conocimiento médico y las políticas públicas de salud juegan un rol crucial en la construcción de la normalidad ya que proveen conceptos, categorías y prácticas que han sido empleadas en la construcción de la desviación social, entre ellos, el “hándicap social” un concepto desarrollado en el área de la salud pública (Ohlsson and Montesino, 2018).

Las carencias en materia de salud no solo se explican por las limitaciones en el acceso o la presencia o ausencia de servicios sociales de apoyo, sino por la dialéctica entre las propias condiciones de vida en sus entornos inmediatos y el contexto político y socioeconómico estructural. Actualmente existe un consenso entre los expertos en relación con que la brecha entre las condiciones de salud de los roma y los no-roma en Europa se explica más por los determinantes sociales de la salud -sociales, económicos, culturales, políticos y del medio ambiente- que por el acceso limitado a los servicios de salud (Open Society Foundations, 2018).

Desde perspectivas antropológicas, políticas y legislativas se ha puesto énfasis en la existencia de relaciones de poder desiguales, prácticas prejuiciosas, discriminación interseccional y desigualdades que son la causa de las situaciones en las cuales se producen violaciones del derecho a la salud entre las poblaciones roma (Bhabha et al., 2017). Otros estudios revelan el poder hegemónico de la ideología a través de las narrativas usadas por los poderes médicos que reflejan percepciones sociales prejuiciosas que construyen en términos negativos a los gitanos como un grupo marginado y tradicional, y proponen narrativas liberadoras para entrenar a los profesionales médicos (Briones et al., 2018; cfr. Asimopoulos et al, 2019).

El acceso a atención médica de calidad no se ha incorporado todavía a los “derechos humanos”. En Europa, y especialmente en la Europa del Este, la minoría roma experimenta limitaciones en la prestación de atención médica de calidad como

resultado del estigma cultural, étnico y racial. Dicha discriminación es el resultado de un aislamiento social y sociocultural histórico y conduce a una mayor incidencia de enfermedades y mortalidad entre los miembros de este grupo étnico (Muncan, 2018).

Escobar-Ballesta et al. (2018a, 2018b) han analizado el Roma Health Integration Policy Index, una herramienta que evalúa la accesibilidad y la sensibilidad, así como la capacidad de cambio de los programas de salud para la población gitana, y lo han aplicado al distrito de Polígono Sur de Sevilla. En este espacio urbano relegado se revela una falta de acciones específicas para la mejora de los servicios de salud reproductiva y calidad sexual entre las mujeres gitanas, lo cual ha afectado negativamente la participación de los gitanos en los procesos de toma de decisiones reproduciendo las desigualdades en relación al derecho a la salud.

Los saberes y prácticas culturales para reconocer la enfermedad y la forma en que los sujetos se desenvuelven frente a la enfermedad, el médico y los recursos sanitarios ayudan a describir la configuración de los modelos etiológicos de la enfermedad y definir la oposición salud/enfermedad según una perspectiva emic que refiere a conceptos, conocimientos y representaciones elaboradas por el grupo (Trevisan, 1996, p. 208). Por ejemplo, la literatura médica sobre los gitanos subraya cómo la atención de urgencia supone el único recurso disponible para responder prontamente a los problemas de salud (Trevisan, 1996, p. 211). La falta de confianza en la sociedad mayoritaria explica, en parte, el recurso a la atención médica de urgencia, así como la persistencia de prácticas sociales relacionadas con la gestión de la salud. La información sobre la salud se gestiona desde el interior de las familias y se produce una fuerte reticencia a buscar el soporte al exterior de la misma en los servicios de salud hasta que la situación de malestar empeora. Por otro lado, varios trabajos destacan los factores protectivos que ha desempeñado la Iglesia Evangélica de Filadelfia al interno de las comunidades gitanas en España en la rehabilitación de la drogadicción, la recuperación de la salud mental y la prevención de estos y otros problemas a través de los discursos anti-drogas, nuevas relaciones sociales, actividades espirituales y nuevos sentidos de pertenencia (Amador López et al., 2018).

La imagen de la ausencia de salud, el hacer referencia a determinadas enfermedades, incluso nombrarlas ('cáncer') o una predisposición a morir pronto puede ser entendido con hostilidad. ¿Se perciben los gitanos a sí mismos como un grupo de riesgo? ¿Observan a los payos estando en peligro al acudir constantemente a los médicos? (Trevisan, 1996, p. 209). ¿La escasa utilización de los servicios sanitarios de prevención son el resultado de la imbricación de una diferencia cultural y de una situación de marginación socioeconómica? ¿Qué modelos culturales de cuidados de la salud se revelan etnográficamente?

La familia es una unidad social fundamental en la comunidad gitana, es una institución social clave, siendo el tipo de relación social la que determina a la familia (Gomes, 1998). Las mujeres, aunque están por debajo en la estructura de poder

respecto a los hombres, gestionan la salud como una parcela de la familia que es la primera institución suministradora de asistencia de las personas. Esta atención a la salud se realiza de manera altruista con lo cual el valor económico queda oculto. Son estas tareas y otras funciones las que recaen en las mujeres: hacer la comida, cuidar la salud, lavar la ropa, etc. de importancia económica y social para la reproducción social. Criar a los hijos, cuidar a los ancianos y velar por su salud subraya mucho la identidad femenina. En El Vacie observamos que la reproducción cultural, familiar y económica se produce en el nivel microsociedad y cómo las formas de atención y de cuidado por parte de las mujeres gitanas se encuentra naturalizado a nivel económico (ingresos), residencial (las mujeres cuidan a los ancianos), personas dependientes adultas (enfermos, discapacitados,...), niños y niñas pequeñas, ayuda práctica (limpiar la casa, ir a comprar las medicinas, cuidar las abuelas a los niños) y apoyo emocional (ir a visitar a una persona, llamarla por teléfono).

Si la gestión de la salud es una competencia femenina los médicos, en cambio, representan figuras ambiguas: se reconoce eficacia potencial a los medicamentos, pero éstos se encuentran bajo el control de los médicos, lo cual los hace peligrosos (Trevisan, 1996, p. 212). La figura del médico es ambigua ya que puede sanar o matar: *¿oiga a mí no me va a pasar nada?*, es una de las frases que anoté de los pacientes de El Vacie en sus consultas de urgencias en el Centro de Salud de Pino Montano expresando este temor.

Una de las ideas más repetidas entre los que acuden al consultorio es que los medicamentos no funcionan porque los médicos no son buenos y con el riesgo percibido de la ingestión de sustancias manipuladas por los payos. De hecho, a los sujetos de El Vacie no les gusta aceptar medicamentos ya abiertos en el consultorio. Ello expresa el temor a ser anulados culturalmente, antes que físicamente, por los payos. Por ello, los sujetos intentan controlar directamente la cantidad de medicina a tomar o indirectamente cuando continúan utilizando una medicina que les ha funcionado previamente de una determinada casa farmacéutica. En suma, todo ello es el indicador del modo ambivalente de representarse la estructura del centro de salud y los médicos, quienes suministran medicina, pero están en contacto con la enfermedad y la muerte (Trevisan, 1996).

Cabe subrayar que para los sujetos que acuden a consulta el malestar, no la enfermedad que es un concepto más biomédico, significa "mal estar": ansia, angustia en las mujeres, nervios, tensión interior por preocupaciones familiares por las muchas responsabilidades que tienen, lo cual incrementa el consumo de ansiolíticos.

La auto-referencialidad del concepto de riesgo remite a una comprensión de las redes de significado que subyacen a la oposición salud/enfermedad y la focalización en los confines simbólicos que dividen el mundo propio respecto a los gadje (Trevisan, 1996, p. 209). Esta última dimensión se relaciona con lo interno del propio cuerpo, el cual es un ámbito que debe ser preservado de la contaminación simbólica, pues coincide simbólicamente con la identidad romaní más íntima y se relaciona con las

reglas de la oposición interno/externo respecto al cuerpo, paralela a la oposición roma/gadje, que permiten asegurar la propia identidad (Trevisan, 1996).

Los usuarios del servicio del Centro de Salud provenientes de El Vacie acuden al consultorio médico por una urgencia. En ocasiones las consultas son por afecciones poco relevantes. Uno de los usuarios le explica al médico: *tengo un bulto de hace dos meses*, cuando en realidad tiene un eczema. Esta percepción de la enfermedad es también común en los pacientes payos, pero entre los pacientes de El Vacie la cualificación y cuantificación de la gravedad de la enfermedad construye una imagen de la ausencia de salud en particular. Por ejemplo, señalan: *está muy cascado porque está muy viejo*, de forma que las mujeres que acompañan a una persona enferma no subrayan el hecho de una persona tiene el colesterol alto, sino que emplean varias metáforas en relación a “estar bueno” o “estar malo”: *que yo estoy muy mal con la espalda y póngame algo para mañana que tengo que ir al mercadillo; estoy hecho un trapo*. Las mujeres dicen *estoy muy floja; no valgo para nada; estoy sin fuerzas*. Entre los hombres, la salud y la virilidad suelen ir asociadas y se asocia la impotencia o la disminución del vigor sexual a la falta de salud.

Por otro lado, la ausencia de salud se justifica en base a la conciencia de una situación socioeconómica desfavorable: *nosotros hemos vivido muy mal, no como ustedes*. Las personas gitanas ancianas aducen el hecho generacional para explicar su mala salud: *ellos los jóvenes no han pasado por lo que nosotros hemos pasado*. En la sociedad gitana la ancianidad está ligada, no tanto a la apariencia física, sino al cambio en sus capacidades: más respeto, más consideración, más experiencia acumulada y más autoridad. En cambio, en la sociedad no-gitana el anciano es un jubilado según la legalidad y pierde autoridad, nivel de vida e ingresos.

En el universo de los gitanos de El Vacie se otorga una eficacia mágica a la inyección de nolotil, un potente analgésico y antipirético, y la aplicación de oxígeno. Y según la concepción de la vida y la muerte de los sujetos en El Vacie *o estás muerto o estás vivo*. Cuando acuden al médico de urgencias los usuarios afrontan una situación que consideran grave y que objetivamente puede coincidir con esta percepción. Por ello se acompaña al enfermo para que el médico lo salve pues piensan que va a morir. La muerte está presente en todo momento cuando se cree que el proceso de la enfermedad o los síntomas pueden ser críticos. Y en el momento que perciben un peligro vital establecen su modo de gestión del proceso de atención. A partir de aquí los pacientes pasan a gobernar la situación, pelean o dicen lo que es necesario para que se salven: *¡métele oxígeno!* El oxígeno es un elemento simbólico clave. En El Vacie las casas son pequeñas y están deterioradas, y la vida se hace más fuera de la casa. Estar encerrados en una casa se opone a estar al aire libre. Y el aire libre simboliza la vida. De forma paralela, el oxígeno que se le suministra al paciente simboliza la vida y la energía que requiere el cuerpo para sobrevivir. Al igual que las inyecciones, su efectividad para actuar sobre el cuerpo es mayor que otros tratamientos, como la ingestión de pastillas, pues va directo al cuerpo. El

oxígeno es lo que hace respirar al cuerpo y es el que marca la diferencia entre la vida y la muerte. La sangre también es símbolo de la vida. En una ocasión, un niño acudió a urgencias con una brecha en la frente y su madre exclamó: ¡se va a desangrar y se va a morir!

La muerte representa un fracaso y en ocasiones se culpa de la muerte a un médico poco eficiente. Los actores siguen la relación con los difuntos acudiendo al cementerio y aunque la muerte y la vida son opuestos, existe una continuidad y no una ruptura. La muerte se ritualiza y tiene un significado de pérdida evidente del grupo social y se conecta con el culto a los difuntos expresado en la exuberante ornamentación de las tumbas en el cementerio de San Fernando.

Las personas de El Vacie manifiestan vehementemente: ¡no queréis a los muertos!, como un símbolo de distinción social respecto a los payos. La muerte tiene un significado simbólico y la enfermedad les preocupa cuando puede acabar en muerte. Es como si no quisieran que les llegara la muerte y nunca se escuchó en el consultorio, según los médicos consultados, una frase como “yo lo que quiero es morirme ya” entre los pacientes de El Vacie. Tampoco la cultura de las donaciones ha tenido impacto en la comunidad. Se resisten a la donación de órganos pues ello supondría perder la identidad de su corporalidad ya que, en su cosmovisión, después de la muerte el sujeto sigue existiendo. Esta negación de la muerte se refleja en la profusión de fotografías en las tumbas del cementerio y en su percepción de que si se extrae un órgano del cuerpo del difunto este no estaría *entero*.

Lo que resulta recurrente es esta demanda de medicalización para situaciones de salud que se presentan de manera inmediata, la cual se conecta con un concepto mágico del remedio eficaz: curar o no sanar. Los medicamentos son remedios que escapan al control: los tiene el médico y el médico se los entrega. Y en ocasiones argumentan que los medicamentos no funcionan porque los médicos no son buenos: *no sabe este médico; esto es que tú no sabes porque no me has quitado el dolor*

Si el demandante muere en consulta, normalmente ello se relaciona con una mala praxis médica. Se racionaliza como un fallo o inexperiencia del colectivo médico. Y consecuentemente se personifica: *ese médico no sabe nada y se cargó a mi primo*. Esta justificación de los familiares más allegados al enfermo está por encima del proceso patológico que ha creado la muerte, sobre todo si el finado está bien considerado, “como persona buena”, dentro del propio grupo. Cuando hay peligro de muerte para el enfermo se acude en masa al consultorio o al hospital y el grupo se conforma como grupo de presión para agilizar la asistencia.

Las mujeres suelen venir con familiares cercanos como hermanas o primas, nunca solas: *mírame a mí; escúchame; ¿por qué no me miras esto?* El acercarse al médico es una práctica colectiva femenina: *voy al médico, dice una mujer en el asentamiento. ¡Ah! pues yo también*, contesta su prima. En el centro de salud se dispensa una mayor prescripción y utilización de ansiolíticos y antidepresivos

(tranxilium, valium) entre las mujeres. Las mujeres suelen manifestar más estados nerviosos y tensiones debido a la carga sociocultural que las orienta hacia el ámbito doméstico, más propenso a las preocupaciones familiares. Cuando una mujer se encuentra enferma los miembros del grupo se fijan en ella: *está mala*. Ello reconduce la tensión del grupo familiar. Esta mujer puede ser descalificada en la vida ordinaria (*está loca*), pero cuando se pone enferma se redirige la atención del grupo. Los familiares se preocupan: *está muy mal, no puede respirar*, y se genera ansiedad social, la cual se potencia si el problema de salud tiene que ver con un cuadro respiratorio (*que no puedo respirar*). Los doctores identifican en el consultorio cuadros somáticos de tipo psíquico: *no puedo respirar*. No solamente los pulmones, sino el corazón es otro símbolo de vida y por tanto de ansiedad: *ay, que me duele aquí en el pecho*.

La utilización rápida y mecanicista del sistema de salud, urgencias y las medicinas refleja la resistencia a las medidas burocráticas y de asistencia diferida. El grupo es reacio a tratamientos muy largos. Por ejemplo, un tratamiento que se lleve a cabo regularmente todos los días durante varios meses. De hecho, cuando se termina la caja de medicamentos se abandona. Por ello, suelen solucionar el problema de salud con urgencia para ir más rápido: *dame una pastilla; mándame una crema para los dolores*. En este sentido, no acuden a la medicina preventiva: ¿tengo que pedir cita? ¡No, yo vengo ahora! El grupo posee el capital suficiente para saber lo que quiere que el médico les prescriba.

Otra dimensión significativa de la relación médico/paciente es la percepción de la comunidad sobre los derechos de salud. La percepción mayoritaria es que el servicio de atención de urgencia es gratis y también las medicinas, cuando en realidad el usuario, dado que es de bajos ingresos, debe pagar el 40% de las medicinas.

En suma, el sistema de salud está desarticulado con la cultura laboral precaria. Todos los usuarios trabajan por cuenta propia y demandan una curación rápida puesto que no poseen el derecho a la baja laboral.

4. EL IMPACTO DEL COVID-19

El impacto del Covid-19 amplió los problemas estructurales en el asentamiento de El Vacío y otros barrios segregados de la ciudad con presencia de grupos gitanos. Y afectó negativamente a la educación de manera desproporcionada. La falta de dispositivos, el no disponer de internet o un smartphone, aparte del acceso tecnológico y la falta de entrenamiento en estas tecnologías provocó que no se participara efectivamente en el proceso de aprendizaje on line, además de que vivir hacinados implica no disponer de un espacio separado de aprendizaje en la casa al tener los mínimos estándares de habitaciones. La falta de infraestructura técnica no ha sido compensada con dispositivos o tabletas para niños u otra alternativa en relación a los niños. Mientras que para los jóvenes la alta tasa de informalidad es un impedimento

para que entren en el mercado de trabajo. Hay que señalar que las familias reciben prestaciones económicas por llevar al niño en el autobús a la escuela.

Los determinantes sociales de la salud (sigo a Ennis-McMillan and Hedges, 2020) como el acceso a agua potable, los bajos ingresos, la marginación política, el acceso a servicios públicos y los centros de salud, la mala calidad de la vivienda, o la educación afectan desproporcionadamente a las personas de El Vacie. Se trata de un grupo muy vulnerable y que no puede adherirse correctamente a las recomendaciones sanitarias como lavarse las manos, el control de los desplazamientos, el acceso a servicios esenciales y otras medidas al vivir en los espacios pequeños de las chabolas y aislados de su entorno, no disponer de los recursos técnicos de comunicación y de recepción de información, y la extrema dependencia de los servicios sociales y comunitarios de las administraciones y las ONG's para poder cumplir con la prevención y el tratamiento.

En este sentido, el área de Servicios Sociales del Ayuntamiento de Sevilla a través del plan de realojamiento mencionado y con un equipo interdisciplinar de profesionales estuvo atendiendo la realidad social de este asentamiento. Operativamente, el equipo de trabajo dividió la población en once grupos de consanguinidad o proximidad, es decir, relaciones de amistad o de vecinos. Entre estos grupos consanguíneos la endogamia matrimonial es muy marcada por origen geográfico de las familias (castellanos, gallegos, andaluces, catalanes). El grupo más numeroso es el formado por individuos de origen portugués y extremeño. Esta división en grupos es un reflejo de la heterogeneidad de la población, estructurada en torno a familias extensas. Los grupos familiares cumplen funciones de autoprotección, reciprocidad y ayuda mutua en caso de necesidad. Esta configuración de familias es importante puesto que uno de los problemas que surgen es la respuesta cultural.

El comité de seguimiento del Ayuntamiento de Sevilla decidió practicar entre abril y mayo de 2020 test rápidos acordados con la Junta de Andalucía que tuvieron como prioridad los trabajadores del servicio de ayuda a domicilio, los funcionarios y empleados que trabajaban frente al público, las personas sin hogar y los residentes dentro del asentamiento de el Vacie, en este último caso con presencia policial.

La Open Society Foundations (Korunovska and Jovanovic, 2020) recomienda reevaluar la presencia policial en los asentamientos gitanos para asegurar que se aplican los controles policiales, no por etnicidad, sino por los factores de alto riesgo de salud, acompañando otras medidas humanitarias, médicas y de otro tipo. Lo que se pone en duda si estas medidas policiales son alimentadas por un temor y control injustificado de contención de poblaciones previamente señaladas como vector de riesgo racializado. Elana Resnick³ señalaba que en países como Bulgaria se ha evidenciado de manera más chocante la contención racializada de los Roma como vector de riesgo para la protección de la salud

3 <https://saw.americananthro.org/pub/there-is-nothing-revelatory-about-it/release/1>



Foto 3. El Vacie durante la pandemia. © Manuel Gómez, ABC.

pública del resto de la población: la cuestión de qué ciudadano debe ser protegido de un vector de contagio es una cuestión racializada.

La prensa no ayudó mucho y ello forma parte de la descontextualización habitual de los medios de comunicación, así como del antigitanismo. Rothéa (2014) ha indagado acerca de cómo la imagen que construyeron de los Gitanos las instituciones judiciales, policiales y políticas durante el franquismo conllevó la criminalización a partir de la esencialización de sus comportamientos delictivos y la hostilidad por conceptos racistas ya caducos, de forma que se generaba una imagen negativa apoyada en prejuicios existentes. De hecho, se transformaban los estereotipos por la prensa y otros medios de comunicación, creando un contra-modelo social. Contemporáneamente, si se hace un repaso a la hemeroteca, especialmente a las publicaciones sobre noticias de prensa sobre gitanos en España de la Unión Romani, con frecuencia se ha empleado una modalidad de escritura basada en un código moral: tal grupo es ‘bueno’ o es ‘malo’. Y pareciera que no es posible dar noticias sin una carga ideológica.

Todo ello revela un dispositivo táctico en relación a la topografía estratégica de la visibilidad práctica policial: se construye un objeto (los Gitanos) que circula en el ámbito periodístico y judicial, contaminándose mutuamente. En general cuando se habla de los gitanos y se habla de manera parcial no se denuncia al periodista, mientras que en otros casos con no-gitanos sí se suele llevar a cabo esta denuncia.

Se habla del lugar donde viven, un espacio para contenerlos y controlarlos, pero no para la integración, sino para la exclusión: no se menciona a las personas, si tienen una historia o una vida diferente. Hasta ahora a los políticos no les ha interesado la inclusión de las personas, sino contenerlas y se ha aplicado una desestructuración de los mensajes, categorizaciones sociales institucionalizadas y discriminadoras. A diferencia de otros ciudadanos, han sido inferiorizados, criminalizados y naturalizados (“es su cultura”) como gentes que deben asimilarse. El discurso hacia estas personas se ha caracterizado por una suerte de encapsulamiento anafórico: lo que se dice de estas personas remite a un antecedente, una categorización previa ya expresada o mencionada. Las reacciones por parte de la ciudadanía son de pánico, odio y miedo.

La interface entre la representación práctica y la representación de vigilancia policial hace difícil escapar a las categorizaciones. La inscripción urbana visible suele ser un problema cuando concierne a grupos gitanos marginales. Un dato importante es que entre las seiscientas personas sin hogar testeadas y los habitantes de El Vacie no se encontró ningún caso positivo. Este caso muestra la complejidad de la interioridad y la correlación entre la doctrina y la acción, incluso la nomenclatura empleada para clasificar estos asentamientos y las personas, y la relación entre la ideología y la política. En el control práctico de la población de El Vacie la ideología no precede a la política: la acción y la intervención social crea la representación. El problema es identificar la generalización, parcial, detrás de un discurso puramente técnico y racionalista de la administración que construye la marginalidad gitana como objeto de un corpus político coherente en base a un régimen de control y observación de la sociedad.

Tras el tratamiento de la noticia por los medios de comunicación inmediatamente se identificaba a este grupo, no como un ‘grupo de riesgo’, sino como un ‘vector de riesgo’. El marco del estigma reproducía los esquemas sociales que ya existían antes de la pandemia. Y paradójicamente el aislamiento de los habitantes de El Vacie los hacía menos susceptibles a ser vectores de contagio, pero se los trataba como un riesgo. Son las acciones de la administración, las percepciones de la gente sobre esos dispositivos y las propias acciones de la gente la que evidencian que la crisis refuerza la fobia contra los pobres, sospechosos de reuniones masivas y rituales culturales.

La categoría de riesgo (Beck, 1992) establece una relación de sentido entre la idea de crisis social que acompaña a la exclusión social y la exitosa idea de la prevención ante el riesgo. La sociedad actual ya no se define por la desigualdad, sino por la inseguridad. Y esta idea de prevención justifica muchas decisiones políticas cuestionables. Pero lo que aparece con la Covid-19 es más peligro: la presencia del daño en lo inmediato, el contagio y la muerte son reales. A lo que hay que añadir la desigualdad en empatía desde el punto de vista de la clase media con relación a la idea de estar enfermo. La doctrina aparece como una razón de control social: la consideración de estas personas del asentamiento como incontrolables y como un vector de contagio. El problema es que se proyecta el estigma y la narrativa del

riesgo hacia estos colectivos vulnerables que funcionan como un chivo expiatorio de los males (ver Carstocea, 2020).

Por otro lado, con la irrupción del Covid-19 la connotación diferenciada de la muerte, con una significación muy distinta en los gitanos, se proyecta sobre todo en la incertidumbre y la falta de control sobre fenómenos que no se entienden bien. Y esto es muy distintivo. El no saber qué está ocurriendo. Algunos de ellos se refieren a la muerte como “una sombra negra que recorre las calles”, otros señalan que la situación parece “un funeral”. El miedo es diferente solo el hecho de que el equipo de trabajo debía presentarse en el asentamiento y además convencerlos de pasarles la prueba del PCR del Covid-19. En El Vacie a la hora de interiorizar la distancias personales entre ellos, las formas de relación, los saludos, hubo mucho miedo, sensación de abandono y angustia al inicio de la pandemia. Asimismo, la percepción de la enfermedad y el oxígeno que mencionábamos anteriormente se hace más real y apegada al contexto en el caso del impacto del Covid-19: el estudio de Korunovska and Jovanovic (2020) para la Open Society Foundations recomienda test masivos anti-Covid-19 y de los niveles de saturación de oxígeno en los asentamientos gitanos más desfavorecidos.

Desde el equipo de servicios sociales se explica que se retiraron durante el confinamiento, pero se procuró que sintieran el apoyo emocional y efectivo, y que no peligrara por el miedo que les pudiera producir cualquier relación con una muerte desconocida. Asimismo, se mantuvo un espacio modular de trabajo en el asentamiento para pruebas rápidas de PCR. Los técnicos de servicios sociales del Ayuntamiento a quienes entrevisté subrayan que la atención se brindó desde el ámbito sanitario, educativo, efectivo, emocional y alimentario. Esta atención se canalizó a través de los dispositivos sociosanitarios que realizaron un cribaje para identificar a la población mas vulnerable que tuviera patologías sociales, por cuestiones de inmunología, diabetes o problemas respiratorios. A estas personas más vulnerables se les realizaba un seguimiento con un equipo interdisciplinar conjuntamente con el área de salud municipal.

En El Vacie, la irrupción de la Covid-19 ha representado otra crisis más: el encerramiento que rompe su actividad económica. En España, la mayoría de los Gitanos se dedican a la venta ambulante y han sido fuertemente afectados respecto a otros grupos sociales. Han aflorado las desigualdades estructurales existentes en el mercado laboral, de forma que las personas que ‘vivían al día’ tuvieron graves problemas de subsistencia. Las organizaciones gitanas subscribieron un comunicado de prensa ante la grave crisis⁴ criticando las fuertes restricciones para la reapertura de los mercadillos ambulantes a diferencia de la tolerancia respecto a las grandes superficies como los centros comerciales o las tiendas del centro de las ciudades

4 <http://plataformakhetane.org/index.php/2020/04/27/las-organizaciones-gitanas-hacen-propuestas-para-salvar-la-venta-ambulante/>

donde abrieron desde la fase 1 y la fase 2. La mayoría de Gitanos en el país se quedaron sin ingresos durante este periodo de confinamiento, sin seguros ni subsidios.

En El Vacie, ante el temor y miedo al contagio las familias no podían salir a obtener recursos: recogida de chatarra, venta de fruta y verdura a mercadillos. Ello se trató de aliviar con el reparto de alimentos, de mascarillas, de productos de higiene, tanto a nivel individual como familiar. Uno de los mayores temores fue cuando se dio algún caso aislado de diarrea y se realizaron cribajes, pruebas sencillas a todo el asentamiento para detectar alguna enfermedad. Y aunque no salió ningún positivo el equipo de trabajo social previó escenarios posibles a la hora de hacer aislamiento.

La parte de la educación fue afectada, aunque el problema no era tanto disponer de una tableta o no, sino también la falta de entrenamiento en tecnologías. Y a pesar de que las personas empleaban los móviles es evidente que no podían seguir el curso escolar en condiciones de igualdad. El problema grave es que la comunicación entre los profesores y los alumnos de El Vacie fue interrumpida. Algunas ONG's brindaron fotocopias de libros. Después del cierre en septiembre reabrieron las escuelas y las familias gitanas tenían miedo debido a la masificación de las aulas por el hecho de que en numerosos hogares varias generaciones vivían en la misma casa y la preocupación de contagiar a los abuelos. Una vez levantado el estado de alarma el 21 de junio de 2020 se continuaron con los procesos de realojo y la población, de hecho, demandaba salir del asentamiento sin más demoras.

Un estudio reciente de la Open Society Foundations (2020) en seis países europeos señalaba que el conflicto inter-étnico se agudizó con la pandemia: el testeo del Covid-19 en Bulgaria, Hungría y España estuvo condicionado a la cobertura sanitaria, de la cual una proporción de la población gitana estaba excluida; las restricciones en el acceso al transporte público afectaron a las consultas médicas, sobre todo para los usuarios gitanos con enfermedades crónicas o embarazos; a pesar de que España, Rumanía e Italia proporcionaban algún tipo de apoyo para la vivienda, los desalojos forzados fueron suspendidos en estos países siendo una medida temporal que no arregló los problemas de acceso a una vivienda digna; en relación a la tecnología, la mitad de la población gitana en España no pudo seguir la educación a distancia en condiciones, situación todavía peor en la Europa central y del este; en Rumanía y España especialmente las medidas de confinamiento y de distancia social supusieron un corte radical en los ingresos de los vendedores ambulantes, formales e informales; y las medidas de desinformación en España practicadas por los medios de comunicación de derechas como Mediterráneo Digital, ABC, ABC-Sevilla y ABC-La Rioja culparon a los gitanos por no respetar las medidas de confinamiento.

En el principio del Covid-19 no había mucha intensidad de estereotipos en los medios de comunicación, pero a medida que se extendía la incertidumbre y los casos de contagio aumentaron, y este tratamiento mediático no contribuyó sino a exacerbar el discurso racista. Los gitanos, a medida que avanzaba el confinamiento, se convirtieron en el foco de mensajes racistas que les acusaban

de extender el coronavirus en España. De hecho, el Consejo para la Eliminación de la Discriminación Racial o Étnica, dependiente del Ministerio de Igualdad, denunció casos de discriminación, bulos, mensajes de audio y whatsapp, y por otro lado, el tratamiento racista, antigitano y xenófobo de algunos medios de comunicación” con noticias sobre “el origen de la propagación de la enfermedad o supuestos incumplimientos de la cuarentena que aluden al origen étnico, racial o nacional de las personas implicadas”. La Plataforma Khetane del Movimiento Asociativo Gitano del Estado Español ya había advertido previamente del riesgo ligado a que los medios de comunicación destacaban la etnia de los infectados por COVID-19 y que en otros se asociara el Covid-19 con los gitanos. Durante las fases más duras del confinamiento los estereotipos proyectados hacia los Gitanos se agravaron, acusándoles de que no se ponían máscaras y que difundían el virus. En varios barrios-gueto del país se concentraron los dispositivos disciplinarios, siendo cerrados por la policía.

Lo que se ha demostrado es cómo son de vulnerables estas comunidades en una producción acelerada de las condiciones históricas, simbólicas y materiales que envuelven el asentamiento. Si para la administración era una problema de seguridad, de control de población y de extensión del Covid-19, a nivel de la comunidad el hecho es que fue una soga que las personas en El Vacie no se pudieran mover. La realidad de la comunidad y sus valores compartidos en situaciones de emergencia activó la ayuda y el apoyo entre familias. La administración no suele atender este activo que demuestra la vitalidad de las comunidades. Es un hecho que entre los gitanos de El Vacie la convivialidad era intensa. Las normas como la distancia social y el encerramiento chocaban con este espíritu de cercanía de unos y otros, en las interacciones sociales que son diferentes a las de la sociedad mayoritaria. ¿Cómo encerrar a la gente si está tan conectada? ¿Y si es un medio para sobrevivir?

Tal vez la consecuencia más inhumana del confinamiento fue otra: el hambre. Lo que ocurrió en El Vacie fue un anunciador de lo que estaba ocurriendo en el resto de la sociedad: el coronahambre o la crisis de subsistencia. Las personas de El Vacie lo primero que se preguntaron fue: *¿cómo voy a alimentar a mis hijos?* Así pues, el problema, aparte de enfermar, era el hambre: *si no nos mata el virus, nos va a matar el hambre. Si no puedo trabajar, no puedo comer*”, señalaba Emilio Vizárraga, activista gitano y educador social quien ha seguido de cerca el proceso (sigo la nota de *La Giganta Digital* 6 de abril de 2020).

El problema de asociar a este colectivo como contagiadores del virus es que se mezclan emociones y sentimientos negativos, basados en el disgusto y en la identificación de los Gitanos como categoría socio-cultural, con la inmundicia y los excrementos (Piasere, 1991, 2012; Verrips, 2020). En el caso de los Roma está documentada su asociación con las epidemias y la difusión de enfermedades (Piasere, 1991, p. 182-183), como gente más peligrosa, al igual que los judíos: violadores, robachicos, asesinos y trasmisores de enfermedades (Mayall, 2009, p. 266). Los gitanos, al igual que los judíos, han jugado un papel histórico de ‘chivo

expiatorio' de los grandes males que afectan a las distintas sociedades y en concreto han encarnado la representación colectiva de la culpa cultural, como portadores de la diferencia y de la propagación de plagas (Alcantud, 2020, p. 30). Han sido un blanco perfecto para proyectar la frustración social.

La idea de la culpa se enquistó en el lenguaje político y periodístico: la culpa y los males se atribuyen a un defecto que hay en la personalidad y la 'cultura', como si estas personas merecieran este sufrimiento y los males por sus pecados o su incapacidad cultural. Esta es una muestra de cómo la violencia simbólica (Bourdieu, 1999) legitima la violencia estructural existente y refleja la dominación social culpabilizando de su condición a aquellos que se encuentran en lo más bajo de las jerarquías socioeconómicas, en este caso, en una situación de lumpenproletariado.

5. CONCLUSIONES

Cuando las lógicas institucionales operan en función de las coyunturas político-económicas es interesante prestar atención a los procesos de normalización característicos de las tecnologías de bio-poder y bio-medicalización sobre los gitanos y en los que la conducta antisocial de determinados grupos gitanos se relaciona con conceptos morales y psicológicos en lugar de problemas de tipo espacial (Legros, 2010). Algunas de las barreras que enfrentan los Gitanos en los sistemas de salud son una dimensión insoslayable a la hora de considerar futuros cambios sociales que permitan a todos los ciudadanos y pacientes acceder a un tratamiento igualitario. Las pésimas condiciones del asentamiento son un riesgo para la salud de la población y reproducen la exclusión de los beneficios en la distribución de los servicios públicos de salud. Una comprensión integral de los factores socioeconómicos, las condiciones de vida y de salud involucra un tipo de soluciones efectivas vinculadas a procesos de consulta y participación de la comunidad como parte interesada, los cuales resultan estratégicos para el impacto no solo en la mejora de las condiciones de salud sino en la garantía de integrar los derechos humanos, el derecho a la vivienda, a la justicia social y la equidad de género.

Nuestros hallazgos nos conducen a plantear que cabe repensar la existencia de los programas sanitarios ante la diferente percepción de la salud y enfermedad de los Gitanos. El grupo etnografiado gestiona el sistema de salud en base a sus necesidades y con alto nivel de exigencia en cuanto al uso de fármacos y atención médica. Los profesionales médicos y sanitarios carecen de un conocimiento más certero de las creencias y prácticas en relación con la salud entre los Gitanos, la cual coadyuvaría a una interacción médico-paciente más eficaz. Los médicos perciben a su vez a este colectivo de manera negativa como destinatario de las políticas proteccionistas de las ONG's y "viviendo" subsidiariamente de la sociedad de los payos.

La información sobre la salud se proporciona en ámbitos que están aislados del espacio y el hábitat de esta comunidad. El aislamiento residencial, las pobres

condiciones de vivienda, alfabetización y empleo, así como el prejuicio social y el racismo popular e institucional alimentan el bucle de la marginación social. Resulta imprescindible repensar el diseño y funcionamiento de los programas sanitarios estandarizados, así como la especificidad del abordaje de los procesos de salud/enfermedad desde una perspectiva que incluya tanto los procesos bio-médicos como las dimensiones sociales y culturales específicas del colectivo objeto de estudio. Los datos epidemiológicos permitirían elaborar programas de prevención y promoción de la salud.

La crisis sanitaria producida por el Covid-19 ha agudizado las desigualdades sociales existentes. A las desigualdades socioeconómicas de larga duración existentes en las áreas segregadas de las ciudades se han sumado las desigualdades creadas por el Covid-19 y que implican el acceso desigual a la salud, la vivienda, la educación y la alimentación a causa del confinamiento. El Covid-19 visibiliza estos problemas y en el caso analizado las consecuencias del abandono y la preocupante falta de inversión en infraestructura y educación después de varias décadas refleja un sistema social roto. El déficit de confianza es mutuo porque emerge de manera significativa la imagen discriminatoria sobre estos sectores de la población. El sector de El Vacío es silencioso y cuando la única forma de que tomen la palabra es a través de mediadores ello supone un problema: sin estos mediadores sus necesidades no se comunican. Este es otro de los efectos perversos de décadas de abandono por parte de la administración.

Los medios de comunicación no han contribuido a que la comunicación con la opinión pública haya sido eficaz y el lenguaje epidemiológico empobrece la toma de decisiones y la eficacia práctica. En general, la gestión de la pandemia no ha abarcado la realidad cultural y social de las poblaciones y sectores sociales afectados, y muchos menos se ha discutido sobre modelos alternativos de gestión de la diversidad cultural. Los desafíos estructurales siguen presentes y no se arreglan de un día para otro, llevando alimentos o entregando una tableta. Las personas necesitan dinero y empleo porque tienen trabajos precarios y se necesita una transformación de la sociedad si deseamos una sociedad más justa. Tal vez la respuesta esté conectada con la posibilidad de producir localmente un tipo de modelos alternativos frente a los aspectos más autoritarios de los gobiernos, que va más allá del control de la población y el estigma. Y por encima de todo, el derecho a la dignidad básica como seres humanos, a la seguridad, la salud, la vivienda o la educación deberían ser derechos mínimos garantizados.

Durante la pandemia del Covid-19 reconocer los modelos culturales de los grupos vulnerables en el contexto de la desigualdad socioeconómica puede crear más confianza y participación comunitaria en el control de la enfermedad, así como corregir los estigmas que se proyectan sobre las poblaciones vulnerables (Ennis-McMillan y Hedges, 2020). Debemos ver marcos alternativos para la realidad de después, soluciones y ver cómo apoyar a la población y contribuir a organizar a las comunidades. El marco es entender este virus y sus consecuencias y enmarcar el problema y la perspectiva de las personas.

6. BIBLIOGRAFÍA

- Aguilera, Thomas (2020). Políticas de erradicación del chabolismo en Madrid (1945-2015): institucionalización, racialización, metropolización. En Bergeon, Céline; Lagunas, David y Torres, Francisco (coord.). *Gitanos rumanos en España: trayectorias de vida, estrategias y políticas públicas*. Valencia: CNRS/Tirant lo Blanc.
- Amador López, Jelen et al. (2018). Drugs and Mental Health Problems among the Roma: Protective Factors Promoted by the Iglesia Evangélica Filadelfia. *International Journal of Environmental Research and Public Health*, n. 15 vol. 2, pp. 1-15.
- Asimopoulos, Charisios et al. (2019). Attitudes of public hospital staff towards Roma people in Attica, Greece: A comparative study. *Archives of Hellenic Medicine*, n. 36, vol. 2, pp. 202-211.
- Ayuntamiento de Sevilla (2016). *Diagnóstico de Zonas con Necesidades de Transformación Social*. Sevilla.
- Ayuntamiento de Sevilla (2018). *Plan Local de Intervención en Zonas Desfavorecidas del Ayuntamiento de Sevilla. 2018-2022*. Sevilla.
- Beck, Ulrich (1992). *Risk Society: Towards a New Modernity*. London: Sage
- Bergeon, Céline; Lagunas, David y Torres, Francisco (2020). *Gitanos rumanos en España: trayectorias de vida, estrategias y políticas públicas*. Valencia: CNRS/Tirant Lo Blanc.
- Bhabha, Jacqueline et al. (2017). The Critical Role of Research in Advancing Romani's Right to Health. *Health and Human Rights Journal*, n. 19, vol. 2, pp. 5-7.
- Bourdieu, Pierre (1999). *Meditaciones pascalianas*. Barcelona: Anagrama.
- Bourgois, Philippe y Schonberg, Jeff (2009). *Righteous Dopefiend*. Berkeley: University of California Press.
- Briones, Erica et al. (2018). Health Providers' Narratives on Intimate Partner Violence Against Roma Women in Spain. *American Journal of Community Psychology* [en línea] Disponible en: <http://rua.ua.es/dspace/handle/10045/73990> [Acceso 10 marzo 2020]
- Carstocea, Andreea (2020). *Pandemics of Exclusion: The Scapegoating of the Roma in Romania*. European Centre of Minority Rights. ECMI Minorities Blog.
- Defensor del Pueblo Andaluz (2005). *Chabolismo en Andalucía. Informe especial al Parlamento*. Sevilla.
- Ennis-McMillan, Michael C. y Hedges, Kristin (2020). Pandemic Perspectives: Responding to COVID-19. *Open Anthropology* n. 8, vol. 1. [en línea]. Disponible en: <https://www.americananthro.org/StayInformed/OAArticleDetail.aspx?ItemNumber=25631> [Acceso 27 octubre 2020].
- Escobar-Ballesta, Marta et al. (2018a). Sexual and reproductive health in Roma women: the family planning programme of Polígono Sur in Seville (Spain). *Gaceta*

- Sanitaria*, n. 1569, pp. 1-7. [en línea]. Disponible en: <http://scielo.isciii.es/pdf/gsv33n3/0213-9111-gs-33-03-222.pdf> [Acceso 15 abril 2019].
- Escobar-Ballesta, Marta et al. (2018b). Taking stock of Roma health policies in Spain: Lessons for health governance. *Health Policy*. [en línea]. Disponible en: https://www.researchgate.net/publication/323638322_Taking_stock_of_Roma_health_policies_in_Spain_Lessons_for_health_governance [Acceso 16 mayo 2019]
- Geertz, Clifford (1994). *Conocimiento local. Ensayos sobre la interpretación de las culturas*. Barcelona: Paidós.
- Gomes, Ana María (1998). “*Vegna che ta fago scrivere*”. *Etnografia della scolarizzazione in una comunità di Sinti*. Roma: CISU.
- González Alcantud, José Antonio (2020). Catástrofe, azar y culpa. Pensamiento sobre las plagas históricas, incluida la Covid 19. En Buxó, María Jesús y González Alcantud, José Antonio (eds.). *Pandemia y confinamiento. Aportes antropológicos sobre sociedad y cultura*. Granada: Universidad de Granada, pp. 25-45.
- Korunovska, Neda y Zeljko Jovanovic (2020). *Roma in the Covid-19. Roma Initiatives Office*. Open Society Foundations. [en línea]. Disponible en: <https://www.opensocietyfoundations.org/publications/roma-in-the-covid-19-crisis> [Acceso 7 noviembre 2020].
- Legros, Olivier (2010). Les pouvoirs publics et les grands ‘bidonvilles roms’ au nord de Paris (Aubervilliers, Saint-Denis, Saint-Ouen). *Espaces Temps*. [en línea]. Disponible en: <http://espacestemp.net/document8422.html>. [Acceso 18 agosto 2018].
- Lévi-Strauss, Claude (1988). *Tristes trópicos*. Barcelona: Paidós Ibérica.
- Llácer, Rafael (2016). *El paradigma de El Vacie. Informe sobre el chabolismo en Sevilla y su núcleo más representativo*. Documento de trabajo producido por el Comité René Cassin. Octubre 2016. Sevilla.
- Mayall, David (2009). *Gypsy Identities 1500-2000: From Egipcians and Moon-men to the Ethnic Romany*. London: Routledge.
- Muncan, Brandon (2018). Eastern European Roma: ethnic discrimination in the public healthcare system. *Journal of Global Health Reports*, vol. 2.
- Ohlsson Al Fakir, Ida y Montesino, Norma (2018). *Public Health Categories in the Making of Citizenship: The Case of Refugees and Roma in Sweden*. En Kananen, Johannes K.; Bergenheim, Sophy M. C. y Wessel, Merle, edited by. *Conceptualising Public Health. Historical and Contemporary Struggles over Key Concepts*. Abingdon: Routledge.
- Open Society Foundations* (2018). *Public Health Programs*. [en línea]. Disponible en: <https://www.opensocietyfoundations.org/about/programs/public-health-program> [Acceso 15 diciembre 2015].
- Piasere, Leonardo (1991). *Popoli delle discariche. Saggi di antropologia Zingara*. Roma: CISU.

- Piasere, Leonardo (2012). *Scenari dell'Antiziganismo. Tra Europa e Italia, tra antropologia e politica*. Florence: Seid.
- Ponce, Julio (2011). *Hermenegildo Altozano Moraleda. Un gobernador civil monárquico en la Sevilla de Franco. Andalucía en la Historia, n. 34, pp. 82-87*.
- Rothéa, Xavier (2014). Construcción y uso social de la representación de los gitanos por el poder franquista 1936-1975. *Revista Andaluza de Antropología, n. 7* [en línea]. Disponible en: <https://www.revistaandaluzadeantropologia.org/uploads/raa/n7/rothea.pdf> [Acceso 15 marzo 2019].
- Trevisan, Paola (1996). Fra medici e santi: itinerari terapeutici in una comunità di Roma croati. En Piasere, Leonardo, a cura di. *Italia Romani*. Roma: CISU.
- Torres-Gutiérrez, Francisco José (2011). El territorio de los *desheredados*. Asentamientos chabolistas y experiencias recientes de erradicación en Sevilla. *Hábitat y Sociedad, n. 3, pp. 67-90*.
- Verrips, Jorada (2020). Disgust and Difference: Conflicting Sensations of the Sacred. En Balkenhol, Markus; van den Hemel, Ernst y Stengs, Irene, editors. *The Secular Sacred. Emotions of Belonging and the Perils of Nation and Religion*. Cham: Palgrave Macmillan, pp. 237-261.