

2. Segregovaní Rómovia a zdravotné politiky: etické a praktické rozpory¹

Andrej Belák

¹ Na vznik tejto publikácie bola Fakultou humanitných štúdií Univerzity Karlovej v Prahe poskytnutá *Inštitucionálna podpora na dlhodobý koncepčný rozvoj výskumnej organizácie (MŠMT-2014)*.

„Osobne som do príprav a realizácie kvalitných intervenčných štúdií vložil nesmierne množstvo času a energie. Mnohé boli koncepčne brilantné a implementované najlepšie, ako sa len dalo. No žiadnej sa nepodarilo uspieť. Po mnohých skľučujúcich rokoch a analýzach príčin neúspechu som dospel k nasledujúcemu názoru: My z verejného zdravia máme pre ľudí dôležité správy, lenže ľudia majú svoje životy, ktorým sa musia venovať. Medzi takýmito dvoma záujmami býva často obrovská priepasť.“

S. Leonard Syme, epidemiológ (Trostle, 2004; preklad A. B.)

Lekárska fakulta Univerzity P. J. Šafárika v Košiciach
Medicínske centrum Groningen, Groningenská univerzita
Fakulta humanitných štúdií, Karlova Univerzita v Prahe
andrej.belak@upjs.sk

„Šukár bala nagélované a zlaté zuby veľký pupek báro kár ti dám do huby kopačky s výskokom a ostré nože od malička nás to zaujíma pane Bože.

[...]

Čórky a penáze a biele kone vstávať do roboty jako kokot tak to né úrad práce detské veci a podobné oné sme deti vetra celý život sme šade slobodné.

[...]

Neplatím alimenty decká mám po celom svete satelit na streche som kráľ a žijem v gete sme hazardéri ale to vy asi nechápete mám svoje zákony a nerobíme to čo chcete.

[...]

Mám piči čo si myslia o mne gadže žijem kráľovský život v mojom svete a nikto mi nerozkáže, idem si bez rešpektu pre svoj ciel som ten čo buduje svoj cigánsky sen.“

Rytmus, rapper (2006)

Úvod

Od roku 2004 skúmam, ako, prečo a ktorí konkrétni aktéri môžu prispievať k výraznému nepomeru v zdraví medzi segregovanými Rómami a Nerómami na Slovensku. Vo viacerých ohľadoch ide od počiatku o projekt otvorene zameraný a inšpirovaný biomedicínsky. Pod „nepomerom v zdraví“ rozumiem rozdiely v „zdravotnom stave“, t. j. v parametroch, prostredníctvom ktorých zdravie vymedzuje práve „vedecká medicína“. ² Svoj predpoklad, že tento nepomer u nás existuje, zakladám najmä na plošných zberoch publikovaných podľa biomedicínskych štandardov. ³ Z inej biomedicínskej literatúry preberám teoretický konsenzus o tom, ako je možné, že podobné rozdiely vôbec vznikajú. ⁴ A napokon z biomedicíny čerpám aj tipy na potenciálne významných aktérov, to znamená na zoskupenia ľudí a vecí, aké sa na takýchto nepomeroch zvyknú podieľať v dnešnom industrializovanom svete. ⁵

² K špecifickosti biomedicínskej tradície z pohľadu (medicínskej) antropológie pozri napr. Hahn, Kleinman, 1983; Lock, Nguyen, 2010. V texte budem pre zjednodušenie namiesto pojmu „zdravotný stav“ používať len tvar „zdravie“.

³ V porovnaní s ostatnou populáciou podľa týchto zdrojov majú byť u tunajších Rómov chorobnosť i úmrtnosť v takmer všetkých bežne skúmaných ohľadoch výrazne horšie, pričom väčšina rozdielov má stúpať práve najmä s mierou segregácie. Špecifické tu má byť zároveň aj zloženie zdravotných problémov (resp. úmrtnosti), napr. čo do poradí celkovej významnosti jednotlivých chorôb (resp. príčin úmrtia). Z konzistentných prehľadov pozri napr. Cook et al., 2013; Šprocha, 2014.

⁴ T. j. ako je to možné, keď telá členov ľubovoľných ľudských skupín zdieľajú predpoklady na rozvinutie z klinického hľadiska takmer identických fyziológií. Samotné vysvetlenie spočíva v historicky odlišnom vystavovaní konkrétnych skupín iným kombináciám a intenzitám tzv. „patofyziologických a protekčných fak-

Na druhej strane k skúmaniu od počiatku pristupujem s epistemologickými predpokladmi, výskumnou stratégiou, metódami konštrukcie dát a etickými záväzkami typickými skôr pre sociálnu antropológiu. Čo a ako ľudia robia, chápem ako príčinne neoddeliteľné od toho, v akých podmienkach žijú, i od toho, ako tieto podmienky sami chápajú. A keďže oboje býva od miesta k miestu špecifické a premenlivé, porozumenie ľudskému konaniu v akomkoľvek zmysle si predstavujem ako možné vždy len na základe znalosti súčasne oboch týchto pomyselných pólov konkrétnych situácií. ⁶ Na skúmanie detailov a príčin príspevkov jednotlivých druhov potenciálne významných aktérov preto volím stratégiu dlhších osobných návštev každodennosti ich konkrétnych (starostlivo vybraných) prípadov. Pri následnej tvorbe interpretačných opisov a vysvetlení daných praxí vychádzam v prvom rade z priamych pozorovaní a z diskusií s navštívenými ľuďmi. ⁷

Moju výskumnú trajektóriu odštartovala konkrétne etnografia zameraná na medicínsky významné praktiky v segregovanej rómskej osade (2004 – súčasnosť). ⁸ Na ňu som nadviazal plošnejším kvalitatívnym výskumom každodenných problémov v prevádzkach zdravotného systému v oblastiach s vysokou hustotou rómskeho osídlenia (2013). ⁹ V súčasnosti pokračujem etnografiou programu mediácie zdravia pre segregované rómske komunity, na ktorom spolupracujú mimovládne organizácie, ministerstvá, lokálne samosprávy i súkromné subjekty. A v priebehu posledných dvoch rokov som sa okrem toho popri zúčastnenom pozorovateľovi pozvoľna stal i pozorujúcim účastníkom – interným konzultantom medzinárodného tímu biomedicínskych expertiek a expertov, ktorý sa dlhodobo venuje produkcii socioepidemiologických štúdií o Rómoch u nás. ¹⁰

Ako som sa v terénoch čoraz viac približoval k otvorene politickým aktérom (angažované mimovládne organizácie, štátne úrady, miestne samosprávy, politické strany a pod.), musel som sa postupne začať oboznamovať aj s aktuálnymi agendami vyrovnávania rómsko-nerómskeho nepomeru v zdraví u nás. ¹¹ Čo som našiel, ma naladilo značne skepticky. Vytýčené politiky mi svorne pripadajú ako morálne nelegitímne a prakticky naivné. So zámerom otvoriť odbornú diskusiu sa v nasledujúcom texte pokúsím predovšetkým systematicky vysvetliť práve tieto svoje skeptické dojmy.

torov“. Tieto faktory predstavujú pestrú zbierku všetkého, čo populačné štúdie (a prípadne experimenty) dosiaľ systematicky potvrdzujú ako pre ľudské telo škodlivé, resp. povzbudivé vždy a všade, napriec kontextami. Zahŕňajú napr. špecifické mutácie, hladiny stresových hormónov v krvi, žiarenia v prostredí, nedostatky živín a liekov atď. „Prispievať k zdravotným nepomerom“ v duchu tohto výkladu príčin znamená prispievať k nerovnomernej distribúcii ktorýchkoľvek z takýchto faktorov (napr. Berkman, Kawachi, 2000; Krieger, 2011; McMichael, 2002).

⁵ Presnejšie, vychádzam z posledných systematických zhrnutí štatistických dokladov o tom, s akými „sociálnymi determinantmi“ rozdiely vo vystavovaní jednotlivým faktorom v industrializovanom svete najčastejšie súviseli v posledných zhruba 50 rokoch (pozri napr.: *Closing the gap...*, 2008; *Review of social determinants...*, 2013). Ako „potenciálne významní aktéri“ sa podľa nich vo všeobecnosti javia najmä: samotní ľudia, o ktorých zdravie ide; ľudia angažovaní v inštitúciách zdravotného systému; miestni i centrálni

politickí zástupcovia, úradné autority; podnikatelia a pracovníci mimovládnych organizácií. (Neintencionálne aktérstvo neupieram ani „ne-ľuďom“. Predpokladám však, že i o ňom sa dá po pri osobnom pozorovaní každodennosti dozvedieť najviac práve prostredníctvom orientácie na porozumenie zainteresovaným ľuďom – pozri epistemologické východiská ďalej.)

6 T. j. porozumeniu, či už v zmysle precítenia („Verstehen“), alebo vyslovene praktickom („Erklärung“). Ide o epistemologické predpoklady štruktúralno-konstruktivistické, dnes v sociálnych vedách prijímané zrejme najširšie (pozri napr. Archer, 2000; Bourdieu, 2000; Giddens, 1984). I všetky vyššie uvedené „doklady“, „vysvetlenia“ a „tipy“ som z biomedicíny prebral a preberám výhradne po metodologickej revízii príslušných zdrojov pri zohľadnení ich primeranosti podľa takýchto predpokladov. Omnoho menej záväzne beriem napríklad „štatistické doklady“ štúdií, ktoré neštandardizujú vlastné postupy konštrukcie dát priamo vo vzťahu ku konkrétnej cieľovej populácii.

7 Tam, kde je to možné, získané pozorovania a tvrdenia zároveň priebežne konfrontujem s inými zdrojmi i medzi sebou navzájom. Podrobujem ich polemikám, drobným experimentom, rekonštruujem k nim históriu, analyzujem súvisiacu strategickú dokumentáciu a pod. Priebežne sa snažím reflektovať a odstraňovať alebo aspoň v opisoch zviditeľňovať možné vplyvy mojej vlastnej prítomnosti, resp. jej povahy, napr. mocenská pozícia, teoretické predpoklady (Stöckelová, Ghosh, 2013). Pokiaľ ide o etiku výskumu, navštívených ľudí priebežne konfrontujem s autentickejšími zámermi, predbežnými závermi a verejným životom finálnych záverov a pri prezentáciách čohokoľvek výskúmaného sprostredkúvam bez ohľadu na záujmy publik aj zaznamenané výhrady – pochopiteľne so súčasným prihovorením sa za city a práva dotknutých (Christians, 2005; Fassin, 2013b).

8 Belák, 2005.

9 Belák, 2013.

10 Dalo by sa hovoriť o postupnom rozvinutí viacvrstvého etnografického výskumu („multi-layered research“):

„[Tradičnejší] viaclokálny výskum („multi-sited research“) možno opísať ako horizontálny v tom zmysle, že zahŕňa rozšírenia geografické. Iným spôsobom posudzovania mnohopočetnosti lokalít pozorovania je posudzovanie jej vertikálnosti, čiže toho, koľko rozličných úrovní alebo miest výskum študuje v danej spoločnosti. Zatiaľ čo horizontálny prístup poukazuje na rôznorodosť lokalít, vertikálny odkrýva rôznorodosť perspektív“ (Fassin, 2013a; preklad A. B.).

11 Keďže aj tie by teoreticky mohli významne ovplyvňovať praxe aktérov, ktorých sa týkajú (pozri napr. Mosse, 2005; Rottenburg, 2009).

12 K predbežnému posúdeniu potenciálnej kauzálnej významnosti aktérov pozri úvod tejto kapitoly. Vláu SR do analýzy zahŕňam ako právne najvyšší exekutívny orgán v krajine a súčasne orgán zodpovedný za zosúladienie práva na Slovensku s právom Európskej únie; ďalej Úrad splnomocnenca ako právne najvyšší poradný orgán Vlády SR špecificky vo vzťahu k Rómom; Úrad verejného zdravotníctva ako právne najvyššiu štátnu autoritu v oblasti verejného

zdravia a jednotlivé mimovládne organizácie ako aktérov v oblasti zdravia Rómov u nás dlhodobo najangažovanejších. V prípade podnikateľských subjektov na Slovensku sa zdá, že zdravotný stav špecificky Rómov dosiaľ plošnejšie ovplyvňujú takisto len prostredníctvom práve verejných inštitúcií (ovplyvňujúc napr. podobu povinného zdravotného poistenia alebo liekovej politiky) a neziskových organizácií (podporujúc napr. konkrétne rozvojové a výskumné projekty).

13 Pôvodná deklarácia, samotná i jej novšie verzie, hovoria vždy zároveň aj o ďalšom ciele, a to o odstránení diskriminácie. Tento cieľ však býva súčasne chápaný a predpisovaný aj ako jeden z prostriedkov znižovania rozdielov. Hoci nejde o vyslovenú duplicitnosť (nediskriminácia môže byť cieľom aj sama o sebe), v texte z týchto dôvodov pre zjednodušenie pracujem len so znižovaním rozdielov, akoby šlo o jediný cieľ.

V prvej časti priblížim samotné aktuálne politiky vyrovnávania. Najskôr ponúknem zhrňujúcu kritickú analýzu súvisiacich programových dokumentov z dielni potenciálne najvýznamnejších aktérov. Následne sa pristavím pri tom, čo a ako sa z takto vytýčených politik aktuálne (ne)realizuje.

V druhej časti sprostredkujem svoje doterajšie zistenia o tom, ako u nás zrejme vyzerá logika medicínsky signifikantných praxí v mnohých segregovaných rómskych osadách. Začnem zhrnutím vlastného etnografického výskumu z jedinej lokality. Vzápätí sa podelím o niektoré z odborne publikovaných indícií, na základe ktorých sa domnievam, že zistenia z tohto výskumu by mohli platiť aj pre mnohé iné osady (minimálne) na Slovensku.

V tretej časti sa zameriam na predvedenie priamo avizovaných etických a praktických rozporov. Najskôr upriamim pozornosť na principiálne konflikty medzi prvými vytýčenými politikami a logikou praxe v osade, v ktorej som mal možnosť žiť ako etnograf (resp. i v osadách podobných). A napokon zhrniem, ako sa s rozporami rovnakého druhu na Slovensku reálne stretávajú profesionáli a profesionálky vybraných prevádzok zdravotného systému.

1. Zdravotné politiky

1.1. Kritická analýza deklarácií politik vyrovnávania

1.1.1. Etické aspekty

Hlavný programový dokument, v ktorom vláda SR vymedzuje zásady svojej politiky špecificky vo vzťahu k Rómom, je *Stratégia Slovenskej republiky pre integráciu Rómov do roku 2020* (ďalej *Stratégia...*, 2011). Ide zároveň o dokument, v ktorom vláda SR zladuje svoj postup v oblasti vyrovnávania rómsko-nerómskych nepomerov s prístupmi Európskej únie a nadnárodných mimovládnych organizácií. Na jeho príprave sa podieľali aj Svetová banka (SB) a Rozvojový program OSN (*United Nations Development Programme* – UNDP). S týmto dokumentom by *de lege* mali zosúladiť svoju činnosť všetky ostatné podriadené orgány štátnej správy vrátane Úradu splnomocnenca vlády SR pre rómske komunity (ďalej len Úrad splnomocnenca) a Úradu verejného zdravotníctva (ÚVZ).¹²

Vo vzťahu k zdraviu sa tu ako cieľ deklaruje priblíženie horšieho zdravia Rómov k lepšiemu zdraviu Nerómov. Deklarácia nadnárodnej iniciatívy *Dekáda rómskej inklúzie 2005 – 2015*, ktorá dokument inšpirovala a ku ktorej sa vláda SR svojím podpisom pripojila, hovorí doslova o „znížení neakceptovateľných rozdielov“ (*Declaration of the Decade...*, 2005), zatiaľ čo *Stratégia SR pre integráciu Rómov do roku 2020* o „znížení rozdielov v zdravotnom stave medzi Rómami a väčšinou populáciou“ (*Stratégia...*, 2011).¹³

Ako naznačuje už samotná formulácia, ide o cieľ odôvodňovaný primárne právami Rómov. Existujúce rozdiely môžu byť pre Rómov neakceptovateľné, čím by dochádzalo k porušovaniu ich práva na rovnaké príležitosti bez ohľadu na pôvod. *Stratégia* v tomto zmysle vlastné snaženie o zníženie rozdielov vo všeobecnosti ďalej spresňuje ako snahu o „uznanie základných práv ľudí žijúcich v chudobe a čeliacich sociálnemu vylúčeniu, umožnenie im dôstojného života a aktívnej účasti na živote v spoločnosti“ (*Stratégia...*, 2011). Slovenská kancelária UNDP podobne hovorí o sledovaní „skutočnej integrácie a zlepšenia životných podmienok Rómov“ v zmysle zabezpečenia takých možností, aké má dnes väčšina Nerómov (Filadelfiová, Gerbery, 2012).

Aby argumentáciu právami nebolo možné v praxi vyprázdniť a zneužiť, je potrebné zabezpečiť, aby sa konkrétne pokusy o ich implementáciu – v tomto prípade vytýčený cieľ, priebeh a výsledky vyrovnávania – nedostávali do konfliktu s autentickými záujmami a kritériami spokojnosti samotných dotknutých Rómov (pozri napr. Drgonec, 1996). S cieľom zvýšenia vlastnej právnej i morálnej legitimity v tomto zmysle citované agendy „aktivizujúcej pomoci“ siahajú po koncepte participatívnej, t. j. po podpore záväznej spolupráce samotných konkrétnych problematizovaných ľudí. „Rómovia celkovo, či rómske komunity bez ohľadu na mieru ich marginalizácie, by mali byť súčasťou rozhodovacích procesov,“ píše sa v *Stratégii* pod hlavičkou „princípu partnerstva“ (*Stratégia...*, 2011).

To sa však deje len v rovine rétorickej. V žiadnom z uvedených dokumentov sa nenachádzajú inštrukcie, ako tento princíp realizovať v praxi. A v žiadnom z nich sa neformuluje ani absencia či potreba takýchto inštrukcií. Vo vytýčených koncepciách tak zostáva nezodpovedaných mnoho z etického hľadiska kritických otázok.¹⁴

Napríklad z akých dôvodov pokladajú niektorí Rómovia za neprijateľné ktoré *aspekty rozdielov vo svojom zdravotnom stave*? Na túto otázku sa pokúšajú z analyzovaných deklarácií priamo odpovedať len autori *Stratégie*. Robia to však skratkovito a paušalizujúco, používajúc dva argumenty: 1) podľa prieskumov má bližšie nešpecifikované priblíženie preferovať väčšina Rómov, a 2) tí z nich, čo dané priblíženie prípadne nechcú, robia tak len v rámci (neprimeranej) sebaobrany.

„Hlavným zistením všetkých doterajších výskumov je, že rómska populácia má k majorite oveľa priaznivejší vzťah ako majorita k rómskej populácii. Rómska populácia vníma majoritu ako súčasť svojho sociálneho sveta, resp. sama seba chce vnímať ako

¹⁴ O vyprázdňovaní a zneužívaní nielen argumentácie práva- mi, ale i priamo konceptu participácie existuje množstvo dnes už klasických monografií z oblasti „antropológie rozvoja“, napr. Cooke, Kothari eds., 2001; Giri, Van Ufford eds., 2003; Lewis, Mosse eds., 2006. Pre konštruktívne odpovede na tieto empirické kritiky pozri napr. Hickey, Mohan eds., 2004; Kely, Panofsky, 2014.

súčasť majority. Veľká časť Rómov tak považuje príslušníkov majoritnej spoločnosti za svojich, čo naznačuje vysokú mieru identifikácie sa s majoritnou populáciou. Rómska populácia často považuje Slovákov za referenčnú skupinu, s ktorou by sa radi identifikovali.“[...] „Dobrovoľná segregácia skupiny má obranný charakter.“ (*Stratégia...*, 2011).

Prieť sa o validite týchto „všetkých doterajších výskumov“ nie je možné, pretože autori *Stratégie* ich zdroje neuvádzajú. Argumentácia plošnými prieskumami vo vzťahu k segregovaným Rómom však čo do validity predstavuje postup vo všeobecnosti značne problematický. Jednak je tu totiž dobre zdokumentovaná regionálna tradícia realizácie medzietnických prieskumov bez predbežnej validácie za účasti skúmaných (priamo týkajúce sa zdravia pozri napr.: Cook et al., 2013; Hajioff, McKee, 2000; Koupilova et al., 2001). Zároveň existuje množstvo indícií o rezervovanosti a úmyselnom zavádzaní zo strany segregovaných Rómov vo vzťahu k príležitostným vyslancom „majorít“, a to špeciálne práve na úrovni formálnejšej komunikácie čo sa týka zdravia Rómov; pozri napr. Lacková, Hübschmannová, 1997, alebo pomerne čerstvé skúsenosti samotného ÚVZ (*Hodnotiaca správa...*, 2008; *Program podpory zdravia...*, 2011).

Predpoklad o prípadnom seba-vylučovaní ako výhradne (neprimeranej) obrannej stratégii zas pôsobí príliš nerealisticky vo svetle viacerých komplexnejších teórií a súvisiaceho empirického výskumu vylúčenia (pozri napr.: Bourdieu et al., 1999; Das et al., 2001; Li, 2007). „Ak je marginalita relatívnou kategóriou,“ zhŕňa v tomto duchu výstižne Abu Ghosh, „ak skutočne sprostredkúva to, čo naznačuje – vzdialenosť od centra [...] – potom musí existovať toľko pojatí marginality, koľko existuje pojatí vzdialenosti, a, vskutku, koľko existuje koncepcií vzťahovania sa k centru“ (2010). Ak by aj občasne zaznamenávané otvorené rómsko-nerómske antagonizmy na nejakej úrovni mali preukázateľne predstavovať rómsku adaptáciu na diskrimináciu Nerómami,¹⁵ ani na takomto základe by ešte nebolo možné vylúčiť napríklad existenciu s ňou spojených relatívnych výhod známych práve – a len – Rómom samotným a opodstatnených (a motivujúcich) práve – a len – z ich pohľadu.

Ďalej: ktorí z naozaj nespokojných Rómov aké *čiastkové ciele* a aké *intervencie, postupy vyrovnávania* považujú za akceptovateľné? V čom je (pre koho) z dôvodu priblíženia (akého) napríklad akceptovateľné pristúpiť na zmeny (aké) vo vlastnom uvažovaní a praktikách? Pre koho je neproblematické povedzme podrobovanie vlastných detí výchove iného typu, než akou prešiel

¹⁵ V apológiách „pro-rómskych“ aktivistov sa napr. bežne objavujú sugescie o jednoznačne formujúcom vplyve historických krívd voči Rómom (pozri napr. Hancock, 2002). Vývoj rómsko-nerómskych vzťahov však u nás nie je ani zďaleka jasný a vzhľadom na absenciu a nepravdepodobnosť existencie autentických prameňov o súvisiacom prežívaní a rozhodovaní na rómskej strane si ťažko predstaviť, ako by sa vôbec mohol stať jasnejším i kedykoľvek v budúcnosti (Crowe, 1996; Fraser, 1992).

sám? Bez navrhnutia postupu na získavanie a záväzné zapracovanie autentických odpovedí na otázky tohto druhu hrozí, že navrhované programy namiesto podpory inklúzie (vytvárania možností pre takých Rómov, akými sami chcú byť dnes) podporia alebo iniciujú skôr asimilačné tlaky (svojvoľné nútenie Rómov, aby sa prispôbili takým možnostiam, na akých má dnes záujem niekto iný) (porovnaj s McGarry, 2012).

Programové dokumenty podriadených štátnych inštitúcií poverených kompetenciami špecificky zameranými na Rómov, resp. na zdravie Rómov (pozri nižšie) prípadné obavy z dosiaľ uvedených nedostatkov len ďalej opodstatňujú. Namiesto návrhov, ako prakticky realizovať deklarovaný princíp participácie dotknutých Rómov na spolurozhodovaní o obsahu a realizáciách konkrétnych zámerov a opatrení, zdôrazňujú ich spoluzodpovednosť za úspešné realizácie a výsledky vopred pripravených agend. V priebežne improvizovanom programe Úradu splnomocnenca pre rómske komunity sa dokonca objavuje anticipácia nedostatočnej spolupráce Rómov a otvorená podpora represívnych opatrení v takýchto prípadoch.¹⁶ ÚVZ vo svojich posledných dvoch „programoch podpory zdravia znevýhodnených rómskych komunit“ otvorene uvažuje o partnerstve takisto len v inštrumentálnom zmysle: „Na základe skúseností komunitných pracovníkov verejného zdravia obyvateľa z osád skôr poslúchnu prosbu ako príkaz“ (*Hodnotiaca správa...*, 2008). Parametre úspešnej „spolupráce“ sa tu rámujú dokonca v kultúrno-evolučných pojmoch: „Dôležité je, aby bola zdravotná výchova realizovaná zrozumiteľným a primeraným spôsobom vzhľadom na kultúrnu a vedomostnú úroveň znevýhodnenej rómskej komunity“ [(*Program podpory zdravia...*, 2011) kurzíva doplnená A. B.].

Oba úrady okrem toho v protiklade k *Stratégii*, z ktorej by *de lege* mali primárne vychádzať, otvorene odôvodňujú svoje programy predovšetkým ochranou ostatnej spoločnosti pred Rómami. Zatiaľ čo súčasný splnomocnenec zvykne verejne podporovať mediálny program *Zdravé komunity* odkazmi na zdravotnú bezpečnosť „majority“, úvod k poslednej verzii programu ÚVZ zdôrazňuje neprípustnosť súvisiacich ekonomických strát: „Zhoršený zdravotný stav obyvateľov segregovaných a separovaných rómskych osídlení a lokalít oproti majoritnej populácii sa vo zvý-

¹⁶ Zdroj: http://www.minv.sk/?10zasad_RR (navštívené 10. 11. 2014). Čo je v priamom rozpore už so *Stratégiou*: „Predložená stratégia je založená na potrebe prechodu od pasívnej starostlivosti štátnych a samosprávnych orgánov smerom k aktivizujúcej pomoci. Tento prechod však nemá mať podobu reštriktívnych opatrení uplatňujúcich sankcie“ (*Stratégia...*, 2011).

¹⁷ K vyjadreniam splnomocnenca pozri napr.: <http://slovensko.rtv.slovakia.sk/clanok/spolocnost/k-veci-nezamestnanost-mladych?currentPage=3> (navštívené 10. 11. 2014). Bezpečnostné argumenty a argumenty o „stratách z vylúčenia“ (pozri tiež Marcinčin, Marcinčinová, 2010) je pochopiteľne možné používať i výhradne takticky, t. j. na získanie podpory skutočne alebo domnele poškodených – čo nie je možné *apriori* vylúčiť ani v jednom z uvedených prípadov. Riziko takéhoto prístupu spočíva v tom, že podporuje vnímanie práva na emancipáciu ako prinajlepšom nutného zla (pozri tiež Lajčáková et al., 2011).

šenej miere podieľa na zvýšených nákladoch spoločnosti na liečbu, pracovnú neschopnosť, hospitalizáciu a invaliditu“ (*Program podpory zdravia...*, 2011).¹⁷

Konkrétne postupy, prostredníctvom ktorých jednotlivé inštitúcie navrhujú rozdiely znižovať, kombinujú antidiskriminačné opatrenia smerované na Nerómov, opatrenia zavádzania špecifických služieb pre Rómov a opatrenia sledujúce zmeny správania Rómov. Koexistujú tu tak napríklad opatrenia ako „podpora prístupu k zdravotnej starostlivosti“, „zabezpečenie pravidelnej deratizácie“ a „zvyšovanie zdravotného povedomia“ (Filadelfiová, Gerbery, 2012; *Stratégia...*, 2011). Na pozadí absencie návrhov praktických mechanizmov na rozlišovanie toho, kde a pre koho je čo „akceptovateľné“, ide o koexistenciu na prvý pohľad zmätočnú. Inkluzívnejšie opatrenia ako zavádzanie špecifických služieb predstavujú cestu ako okolnosti súčasných podôb života Rómov fixovať. Antidiskriminačné a osvetové opatrenia však súčasne uvažujú s ich odstraňovaním prostredníctvom asimilácie správania (v prvom prípade Nerómov a v druhom Rómov samotných). Na ktorých úrovniach a kde sa však majú oba druhy tlakov v dlhodobom horizonte stretnúť? Akých Rómov a aké možnosti to chcú jednotlivé inštitúcie dlhodobo podporovať? Ako rozpoznajú vlastný úspech v zmysle „akceptovateľnosti“?

Potenciálne vnútorné rozpory sa tu pritom vyskytujú nielen v rámci, ale i za hranicami domény zdravia. V *Stratégii* napríklad narazíme na ideu preškolovania zdravotníckeho personálu na iné spôsoby komunikácie. Tieto sa však zároveň majú stať v princípe zbytočnými v dôsledku zmien na rómskej strane, dosiahnutých osvetou v osadách. Pri konfrontácii zámerov naprieč „oblasťami“ zistíme, že ľuďom s osvetou pozmeňovaným zdravotným povedomím treba zároveň umožniť „podporu rozvoja identity“ pod hlavičkou vzdelávania, či prípadne, že existujúce segregované osady, v ktorých je potrebné zlepšiť infraštruktúru kvôli hygiene, treba zároveň ako také postupne likvidovať pod heslom „podpory odstránenia segregácie v bývaní“.

Namiesto otvorenej a inštruktívnej odpovede v duchu primárne emancipačného odôvodnenia vlastného cieľa (v tom zmysle, že a ako by takéto otázky mali mať možnosť priebežne za seba zodpovedať konkrétni dotknutí ľudia) samotná *Stratégia* pasáže o kritériách vyhodnocovania vlastného úspechu uzatvára implicitnou podporou celkovej asimilácie. Trvalá podpora nových možností sa tu totiž nijako nezvažuje ani v prípade vlastných návrhov špecifických podporných opatrení: „V ideálnej rovine dôjde k stavu, že služby pre marginalizované rómske komunity už nebudú potrebné“ (*Stratégia...*, 2011). Špecifické služby sa tak na pozadí asimilačných opatrení koncepcne stávajú nástrojmi len na dočasné zmierňovanie rozdielov.

Tento implicitne asimilačný prístup *Stratégie* je v programoch jednotlivých poverených úradov prítomný explicitne. Na úrovni konkrétnych zámerov tu jednoznačne dominujú prevýchovné opatrenia. Napríklad ÚVZ si na roky 2009 – 2015

vytýčil nasledujúce „najnaliehavejšie úlohy“: „Vyčlenenie finančných prostriedkov, rozšírenie počtu komunitných pracovníkov v oblasti zdravotnej výchovy, cielené vyhľadávanie prirodzených lídrov vnútri komunity a systematickú a dlhotrvajúcu elementárnu zdravotnú výchovu (zameranú na osobnú hygienu, prevenciu infekčných ochorení, sexuálne a reprodukčné zdravie – zodpovedné rodičovstvo, manipuláciu s potravinami, orientáciu v značení potravín, ochranu životného prostredia, prevenciu úrazov a nehôd, práva a povinnosti pacienta, zdravotné poistenie, preventívne prehliadky a starostlivosť o dieťa)“ (*Program podpory zdravia...*, 2011).

Podobne aj pôvodne mimovládny mediačný program *Zdravé komunity* Platformy na podporu zdravia znevýhodnených skupín (dnes formálne podporovaný aj Úradom splnomocnenca a inak predstavujúci zďaleka najdlhšiu, najsystematickejšiu a najparticipatívnejšiu zdravotnícku iniciatívu pre vylúčené rómske spoločenstvá u nás) sa sám deklaruje ako program predovšetkým „osvetový“. Jeho výkonní agenti, „terénni asistenti osvetu zdravia“, sa na jednej strane majú najímať priamo z vylúčených lokalít, no na strane druhej majú okrem sprostredkovania zdravotnej starostlivosti a pomoci s infraštruktúrou na Rómov i „výchove pôsobiť“.¹⁸

1.1.2. Praktické aspekty

Pokiaľ ide o výklad príčin rozdielov v zdraví medzi Rómami a Nerómami, *Stratégia* sa explicitne pokúša prekročiť klinickú perspektívu (obmedzujúcu sa na opis aktuálneho nadmerného vystavenia Rómov konkrétnym patofyziologickým faktorom), a sústreďuje sa viac na „multidimenzionálne vylúčenie“, v ktorom vidí príčinu samotnej kumulácie expozícií práve na rómskej strane (*Stratégia...*, 2011).¹⁹ Vyčerpávajúce vymenovanie všetkých možných rozmerov vylúčenia (ekonomického, kultúrneho, priestorového, symbolického, politického, sociálneho atď.) celý výklad prakticky stotožňuje s aktuálnymi biomedicínskymi viacúrovňovými modelmi nerovnomernej distribúcie zdravia (*A Conceptual Framework...*, 2007; *Closing the gap...*, 2008; pozri tiež úvod tejto kapitoly).²⁰ Podľa oboch výkladov môže k nepomeru v zdraví medzi

¹⁸ Zdroj: <http://www.ppzssk/> (navštívené 10. 11. 2014).

¹⁹ V rámci opisu samotného disproporčného vystavenia faktorom dokument v súlade s biomedicínskou literatúrou (pozri úvod tejto kapitoly) cituje „nedostatočnú úroveň zdravotného a sociálneho povedomia; nízky štandard osobnej hygieny; nízky štandard komunálnej hygieny, bývania a ekologickej rizikovosti prostredia“, „nedostatočnú výživu“, „zhoršenú reálnu dostupnosť zdravotnej starostlivosti“, „narastajúce závislosti“ a „genetickú záťaž“ (*Stratégia...*, 2011).

²⁰ Ostatné analyzované dokumenty (s výnimkou citovanej správy UNDP) svoje teoretické východiská týkajúce sa príčin rómsko-nerómskeho nepomeru explicitne neuvádzajú.

²¹ „Princíp [komplexnosti] je založený na potrebe sústrediť úsilie a prostriedky tak, aby bola zabezpečená komplexnosť a primeranosť zvolenej sociálnej intervencie“ [(*NAP Dekády...*, 2011) kurzíva doplnená A. B.]. V prípade *Stratégie* podľa

Rómami a Nerómami súčasne prispievať dlhý rad ďalších povahou pestrých okolností, resp. aktérov: od štátnej legislatívy cez predsudky ostatnej populácie, diskriminačné praktiky na trhu práce, segregačné praktiky vo vzdelávaní až po nedostatok informácií a rezistenciu zo strany samotných rómskych spoločenstiev. Autori zároveň zhodne upozorňujú, že takéto abstraktné a spleťté zhrnutia sú samy o sebe prakticky príliš nejednoznačné a ťažko použiteľné. Popri indíciách o potenciálne vplyvných aktéroch z nich pre politiky verejného zdravia vyplýva len to, že pre úspech v konkrétnych situáciách je potrebné sledovať konkrétne usporiadania a aktivity a funkčné riešenia navrhovať operatívne podľa nich.²¹

Ako však bolo možné vytušiť už z príkladov jednotlivých opatrení v predošlej časti tejto kapitoly, v rovine návrhov konkrétnych postupov sa od takto chápanej komplexnosti príčin všetky programy značne odkláňajú. Opäť (t. j. podobne ako v prípade konceptu participácie) ani *Stratégia* samotná, ani žiaden iný z analyzovaných podkladov neponúka inštrukcie na to, ako pri určovaní a uchopovaní miestnych usporiadaní a aktivít postupovať. A opäť ani jeden z dokumentov neformuluje ani absenciu a potrebu takýchto inštrukcií. Namiesto dodržania a praktického rozvinutia prvotne deklarovaneho teoretického východiska *Stratégie* tak jednotlivé programy pristupujú k návrhu konkrétnych opatrení plošne, akoby disponovali nejakým platným všeobecne funkčným kauzálnym modelom.

Drvivá väčšina opatrení je pritom orientovaná na boj priamo s jednotlivými najčastejšími patofyziologickými expozíciami (z pohľadu teoretických premís *Stratégie*, predstavujúcimi len najčastejšie symptómy), a to predovšetkým prostredníctvom pokusov o ovplyvnenie správania samotných exponovaných. Popri zavádzaní dočasných špecifických služieb preventívneho charakteru (najmä čo sa týka environmentálnych expozícií a vo vzťahu k infekčným chorobám) sa tu uvažuje hlavne s osvetou a represiou proti prípadnej súvisiacej nekonformnosti (ohľadne všetkých možných expozícií v domnelej kompetencii exponovaných, ako sú hygienické štandardy, nevyvážená strava, ale čiastočne i genetickej záťaže). Pokiaľ ide o teoreticky možné príčiny nadbytku expozícií na rómskej strane (z pohľadu premís *Stratégie* príčiny

všetkého ide o reflektovanie azda najmohutnejšieho trendu v súčasných aplikovaných sociálnych vedách (z teoretických úvah pozri napr.: Dépelteau, Powell eds., 2013; Emirbayer, 1997). Súčasné teoretické a teoretici sociálnej epidemiológie dnes v analogickom duchu hovoria konkrétne o potrebe (návratu) „ekosociálnej perspektívy“ (Krieger, 2011; McMichael, 2002; Susser, Stein, 2009). Autority z oblasti verejného zdravia zase o nutnosti lepšej „kontextualizácie“ (Beaglehole, Bonita, 2004; *A Conceptual Framework...*, 2007). Aplikovani medicínski antropológovia a antropologičky volajú po „kultúrnej epidemiológii“ (Trostle, 2004) či „biokultúrnom výskume“ (Dressler, 2005) a sociológovia a sociologičky medicíny po „posune od skúmania zdravotného správania k skúmaniu zdravotných praktík“ (Cohn, 2014). Základná idea zostáva naprieč disciplínami spoločná: fyzika ľudského správania je nerealizovateľná a univerzalistické modelovanie má podľa nich byť z praktických dôvodov do budúcnosti (opäť) viac dopĺňané priebežným mapovaním konkrétnejšieho.

naopak kritické), deklarácie buď nenavrhujú vôbec nič, alebo len vágne a triviálne antidiskriminačné opatrenia.

Popri „zabezpečovaní pravidelnej deratizácie v segregovaných rómskych osídleniach“ (dočasná špecifická služba) sa tak napríklad v programe Úradu splnomocnenca, čo sa týka zámeru „znižovať výskyt infekčných ochorení“, ráta už len s „edukáciou a šírením zdravotnej osvetu a informovanosti medzi príslušníkmi a príslušníkmi marginalizovaných rómskych komunit so zámerom ovplyvniť prevalenciu zaočkovania“ a s „monitorovaním organizácie zberu a vývozu tuhého komunálneho odpadu v marginalizovaných rómskych komunitách“ (triviálne antidiskriminačné opatrenie) (NAP Dekády..., 2011). Program ÚVZ i projekt *Zdravé komunity* sa vo svojich deklaráciách na úrovni konkrétnych postupov takisto sústreďujú predovšetkým na sprostredkovanie lepšej preočkovateľnosti a na zmeny správania samotných segregovaných Rómov (NAP Dekády..., 2011; *Stratégia...*, 2011).²²

Z pohľadu súčasnej teórie podpory zdravia (napr.: Labonte, Laverack, 2008; Nutbeam, Harris, Wise, 2010) takýto postup (t. j. plošné intervencie zamerané na zmenu „so zdravím spojeného správania“ cielovej populácie prostredníctvom „osvetu“ a podmieňovania represiou) predstavuje regres ku klasickému a z dôvodu malej dlhodobej účinnosti postupne opúšťanému rozvojovému prístupu paternalisticky modelovaných klinických intervencií v komunitách.²³ Znamky prílišnej jednostrannosti a schematickosti takéhoto prístupu sú pritom často evidentné už v samotných citovaných deklaráciách. Formulácie opatrení proti takým expozíciám, na kompenzáciu ktorých zatiaľ neexistuje hotový funkčný servis (na spôsob priebežného odvážania smetí), sú celkom vágne. Samotné odporúčania v takýchto prípadoch spočívajú len v opätovnom vymenovaní expozície s dodatkom, že je potrebné sa s ňou nešpecifikovaným spôsobom vyrovnávať.²⁴

1.2. Kritický prehľad praxe politik vyrovňovania

Útržkovité verejne dostupné vyjadrenia od zainteresovaných a prehľadové správy o stave praxe vyrovňovania (pozri príklady ďalej) sa zhodujú: na Slovensku od Nežnej revolúcie takmer žiadna plošnejšia systematická prax zdravotného vyrovňovania neexistuje.²⁵

²² Prípadné návrhy opatrení z dielni jednotlivých inštitúcií v iných oblastiach (vo vzťahu k nepomerom vo vzdelaní, nezamestnanosti a pod.) sú čo do svojho zamerania na symptómy a svojej schematickosti analogické (NAP Dekády..., 2011; *Stratégia...*, 2011). Prakticky úplná absencia politicko-ekonomického programu v programoch ÚVZ môže vzhľadom na opačné súčasné odporúčania Svetovej zdravotníckej organizácie – WHO (*Closing the gap...*, 2008) pôsobiť na prvý pohľad až paradoxne. Historicky však o záhadu nejde: podobne ako inde v regióne, kompetencie štátnych autorít pre túto oblasť boli od pádu komunizmu zámerne plynule zužované v rámci transformácie štátu neoliberalným smerom (Belák, 2013; Kringos et al., 2013). Výklad verejného zdravia ÚVZ sa tak v protiklade k základnej vlastnej misii postupne priblížil práve k výkladom radikálne trhovým. Pozri napr. aj analýzu Tunegu pre INEKO (2013), v ktorej sa otvorene navrhuje chápať slovenské zdravotníctvo ako štandardne efektívne na základe zanedbania prítomnosti chudobných Rómov.

Systematická realizácia zdravotných opatrení vytýčených explicitne vo vzťahu k Rómom vládou SR v *Stratégii* v roku 2011 sa dosiaľ nezačala. Aktuálna verzia programu je nateraz súčasťou agendy Úradu splnomocnenca, ktorý však ako orgán primárne poradný (a v gescii ministerstva vnútra) na jeho realizáciu nemá kapacitu. Ako zodpovedné inštitúcie sú za väčšinu konkrétnych opatrení v dokumentoch formálne naďalej označované striedavo ÚVZ a Ministerstvo zdravotníctva SR. Ani jeden z úradov však s ničím podobným v dohľadnom období nepočíta (pozri aj: Kosoová, Oravec, Gabčová, 2013; Lajčáková, 2012a). Vlastné programy vyrovnávania z dielne ÚVZ (*Hodnotiaca správa...*, 2008; *Program podpory zdravia...*, 2011) sa konali skúšobne v niekoľkých okresoch približne dva roky a od roku 2011 bez oficiálneho vysvetlenia nepokračujú.

Intenzívnejšie aktivity na zmiernenie rómsko-nerómskej zdravotnej disparity sa tak v súčasnosti na Slovensku vyčerpávajú už spomínaným mediálnym programom *Zdravé komunity*. Tento pôvodne lokálny program sa jeho vedenie v ostatných rokoch pokúša prostredníctvom rokovaní s ďalšími aktérmi (predovšetkým niekoľkými ministerstvami a Úradom splnomocnenca) etablovať ako plošnejší. Oslovované inštitúcie však dlhodobo odmietajú požadovanú odbornú a finančnú spoluúčasť, a to aj napriek obsahovému i formálnemu súladu iniciatívy s ich vlastnými deklaráciami i so *Stratégiou*, ako aj napriek značnému rezervoáru skúseností na strane realizátorov z predchádzajúcej pilotnej fázy programu v rézii mimovládnej organizácie ACEC.²⁶ V kontraste so situáciou inde vo východnej Európe (*Roma Health Mediators...*, 2011; *Roma health mediation...*, 2013) je tak manažment programu popri improvizovanej organizácii samotnej mediácie nútený v niekoľkomesačných intervaloch bojovať napríklad o (minimálne) mzdy svojich hlavných výkonných pracovníkov, asistentiek a asistentov v osadách – jediných segregovaných Rómov dlhodobo participujúcich v zdravotných programoch vyrovňovania vôbec.

Svoju neangažovanosť formálne kompetentní a zodpovední úradníci a zdravotníci v tejto oblasti bežne (neoprávnene) odôvodňujú údajnou neexistenciou a legislatívnou neprípustnosťou zberu etnických štatistík.²⁷

²³ Ako naznačilo prvé motto kapitoly, k otváraniu sa relačnejšiemu uvažovaniu dnes núti epidmiológov práve vratké historické úspechy výhradne klinicky orientovaných intervencií (Susser, Stein, 2009; Trostle, 2004).

²⁴ Dočasné zníženie rómsko-nerómskeho zdravotného nepomeru za čias neskoršieho komunizmu zvyknú profesionálni i laickí komentári vyzdvihovať ako jednoznačný úspech komplexného represívneho prístupu zo strany štátu. Presné údaje však citované nebývajú a v dôsledku odstránenia externých tlakov a štátneho dozoru nad nimi malo následne v priebehu deväťdesiatych rokov dôjsť k opätovnému oddialeniu (Ginter et al., 2005; Koupilova et al., 2001; Šaško, 2002; Zeman, Depken, Senchina, 2003). Situácia v celom regióne strednej a východnej Európy mala byť v týchto ohľadoch podobná (Fésüs et al., 2012; Hajioff, McKee, 2000).

²⁵ Zhodujú sa aj s informáciami z anonymizovaných rozhovorov, ktoré som realizoval v roku 2013 priamo s praktikmi a praktičkami naprieč zdravotným systémom

2. Segregovaní Rómovia

2.1. Etnografia (medicínsky významných) praktík v osade

2.1.1. Miešanie metód

V roku 2004 som sa v rámci diplomového projektu podujal skúmať každodenné praktiky obyvateľov segregovanej rómskej osady, teoreticky významné pre ich zdravotný stav, s metodickou výbavou medicínskeho antropológa, to znamená etnograficky. V nasledujúcej časti stručne priblížim, ako som postupoval a k čomu som dospel.²⁸

Miesto na výskum som vybral na juhu stredného Slovenska na základe prechádzajúcej vlastnej sociografie všetkých segregovaných vidieckych osídlení v oblasti s veľkosťou dvoch okresov tak, aby vybraná osada nepôsobila extrémne v žiadnom zo zaznamenaných ohľadov. Vo vybranej osade žilo približne 250 ľudí, ktorí sa považovali za Rómov (v príľahlej obci približne 600 Nerómov), bola fyzicky i sociálne segregovaná, socioekonomicky stratifikovaná a prvým jazykom jej obyvateľov bola rómčina.

Od augusta uvedeného roku išlo v mojom podaní najskôr o napodobňovanie etnografie takpovediac klasickej, t. j. o nepretržitý dlhodobý pobyt v jedinej skúmanej lokalite a postupné zapájanie metód podľa inštrukcií zo základných kurzov a učebníc sociálnej antropológie (napr. Baker, 1999; Murphy, 1989). Niekoľko mesiacov som sa venoval výhradne navštevovaniu osobných vzťahov s domácimi počas denných návštev osady z nerómskeho zázemia v blízkej dedine (učenie sa miestnemu dialektu rómčiny, konverzácie, výmeny drobných služieb a pod.). Nasledovalo zostavovanie genealógií, písanie denníka, rekonštrukcia histórie osady a príľahlej obce z miestnych prameňov. O niečo neskôr som prijal post učiteľa v „rómskej triede“ na miestnej základnej škole, pustil som sa do testovania vzoriek miestnej pitnej vody, zberu a kontrolných prepočtov účteniek, nahliadania do zdravotných kariet miestnych obyvateľov, neformálnych rozhovorov s ich lekármi a pod. Približne po polroku som podľa milo zveličených komentárov miestnych mal nadobudnúť status „domáceho“: v osade som disponoval vlastnou posteľou, smel som bezvýhradne participovať na

(v rámci výskumu: Belák, 2013; pozri aj záverečnú časť tejto kapitoly).

²⁶ Zdroj: <http://acec.sk/> (navštívené 10. 11. 2014).

²⁷ Pozri dištancujúce sa verejné reakcie ministerstva zdravotníctva pri akejkoľvek medializácii údajov o horšom zdravotnom stave a horšom servise pre Rómov, napr. v súvislosti s kritickým príspevkom R. Sivého v denníku *SME (Skúmal, prečo je zdravie..., 2014)*. Počas anonymizovaných rozhovorov mi neprípustnosť vedenia etnických štatistík „z dôvodu ochrany osobných dát“ ako argument za svoju nezúčastnenosť opakovanne uvádzali mnohí vedúci pracovníci naprieč celým systémom zdravotníctva (Belák, 2013). Hoci v mnohých prípadoch nemusí ísť o primárny motív, vo svetle dosiaľ odborne publikovaného sa oba postoje javia ako alibistické. Expertných dokladov o pomerne horšom zdravotnom stave Rómov u nás i o horšej dostupnosti zdravotníckych zariadení pre nich je dnes množstvo (pozri úvod tejto kapitoly) a neopodstatnenosť argumentov

každodenných aktivitách rozšírenej rodiny a s najbližšími miestnymi som bežne viedol konverzácie intímneho charakteru. Dospel som k pocitu, že aj zo strany ostatných obyvateľov voči mne úplne vymizla pôvodná ostražitosť a zvýšená pozornosť. V rámci „mojej“ domácnosti a širšej rodiny sme sa začali dobre zabávať na tom, čo všetko nezmyselné mi kto zámerne narozprával v priebehu prvých pár mesiacov, keď som ešte bol „cudzí“.

V priebehu prvého roka teda šiel nad rámec bežného etnografického výskumu (Hammersley, Atkinson, 2007) len môj dôraz na javy významné z pohľadu biomedicínskej teórie pri pozorovaní a príležitostne v rozhovoroch. V snahe systematickejšie sa zorientovať v neprebernom množstve vlastných pozorovaní, s úmyslom zachytiť miestnu variabilitu biomedicínsky významných praktík a prediskutovať ich determinanty priamo s miestnymi som posledné dva mesiace (august a september 2005) zasvätil reprezentatívnejšie organizovaným rozhovorom, štruktúrovaným priamo podľa matrice medicínskych tém.

Systematicky som „vyspovedal“ napokon vzorku 28 konzultantov z 10 domácností (z celkového počtu 47 domácností), získanú bez odmietnutia reprezentatívne naprieč tromi najväčšími miestnymi *fajtami* (pozri napr. Kobes, 2009b), tromi socioekonomickými a tromi „symbolickými“ vrstvami. Prvú stratifikáciu som zostavil z dôvodu teoretickej významnosti socioekonomických ukazovateľov z pohľadu sociálnej epidemiológie (pozri napr.: Marmot, Wilkinson, 2006), a to podľa konzultovaných odhadov majetnosti a vybavenosti domácností od „najmenej“ cez „bežne“ po „najviac bohaté“ (*o barvalipe*). Druhú stratifikáciu som navrhol ako podklad na zachytenie miestnych symbolických vzťahov nadradenosti a podradenosti, rozlišovaných podľa miery *gizdy* („hrdosti“, „snobstva“) jednotlivcov či rodinných línií, ktoré sa zdali v každodennom živote významnými (podrobnejší opis pozri ďalej). O predbežné zatriedenie domácností do tejto stratifikácie som požiadal nezávisle troch miestnych konzultantov, a to podľa miery *gizdy*, ktorá bola podľa nich verejne pripisovaná jednotlivým domácnostiam. Kompromisné výsledné rozdelenie (po dosiahnutí konsenzu konzultantov o výslednom zaradení niekoľkých domácností „na hranici“ vrstiev) triedilo domácnosti od „najmenej“ po „najviac“ *gizdavé*: 1) *gizdave/báre Roma* (snobskí/

o neprípustnosti zberu a etnického triedenia dát explicitne vysvetľuje napríklad *Európske centrum pre práva Rómov* (ERRC): „Zatiaľ čo niektoré štáty argumentujú tým, že v zbieraní a publikovaní dát rozdelených podľa etnicity im bráni legislatíva EÚ o ochrane osobných dát, nie je tomu tak. Príklady dobrej praxe, pokiaľ ide o zbieranie dát rozdelených podľa etnicity, sa dajú nájsť v rámci EÚ vrátane Veľkej Británie. Britská legislatíva nielenže umožňuje zber senzitívnych etnických dát, ale určuje ho ako všeobecný právny záväzok. Zber etnických dát je tam bežný a nekontroverzný. Súčasne sú tam zavedené zábezpeky na ochranu súkromia jednotlivcov a zábrany zaisťujúce, aby sa takéto dáta zbierali a používali výhradne na legitímne účely“ (preklad A. B., *Hidden Health Crisis...*, 2013).

²⁸ Postup počiatočnej fázy výskumu opisujem podrobnejšie preto, lebo nebol celkom tradičný a dosiaľ nebol nikde publikovaný. Pôvodne išlo o diplomový projekt na Katedre antropológie a genetiky človeka Prírodovedeckej fakulty Univerzity Karlovej v Prahe.

hrdí Rómovia); 2) *normálne/bežne Roma* (normálni Rómovia); a 3) *džungale/bibach/melale Roma/degeša* (škaredí/zlí/špinaví/nečistí Rómovia). Obe zaradenia jednotlivých domácností som spätne kontroloval i s respondentmi rozhovorov.²⁹ Vlastnými respondentmi záverečného prieskumu boli prevažne ženy, ktoré – vzhľadom na zanedbateľnú zainteresovanosť mužov, detí a starcov v zdravotných témach i praktikách – spoločne predstavovali približne tretinu celej teoreticky vhodnej populácie v osade.

Samotnú maticu biomedicínskych tém na rozhovory som zostavil podľa príručky pre praktizujúcich lekárov *Vademecum Medici* (Šašinka, Nyulassy, Badalík, 2003). Výsledná rozsiahla osnova vodiacich otázok (pozri Apendix D v Belák, 2005), pripravená vopred s pomocou členov rodiny blízkeho konzultanta, sa skladala z vodiacich otázok v miestnej hovorevej rómčine a tematicky zahŕňala všetky úrovne súčasnej biomedicínskej abstrakcie – od anatomických pojmov cez etiológie chorôb po definíciu zdravia WHO. Systém členenia tejto osnovy na samotné témy bol v prúde vlastných rozhovorov z mojej strany zámerne prítomný len implicitne.

Postup kladenia otázok bol pri všetkých témach rovnaký: pri každej som začínal overovaním a upresňovaním miestnej sémantiky jednotlivých termínov (biomedicínskych i laických), pokračoval som požiadavkami na opisy súvisiacej bežnej praxe (i historicky), zisťovaním súvisiacich osobných preferencií opytovaných a končil som diskusiami odôvodňovania súladov i nesúladov súvisiacich miestnych praktík s príslušnými medicínskymi teóriami a odporúčaniami. V prípade vnútorných logických rozporov v odôvodňovaní respondentov alebo ich rozporov s mojimi vlastnými predchádzajúcimi pozorovaniami som sa púšťal do neformálnych polemík (oboje bolo v prvých fázach rozhovorov pomerne časté najmä s klesajúcou osobnou blízkosťou konzultovaných ku mne). Práve od polemických diskusií odôvodňovania a od následného vzťahnutia prípadných rozdielov v odôvodňovaní k jednotlivým stratifikáciám (pri analýze) som si sľuboval pochopenie determinánt jednotlivých praktík v ich podobách a vzájomných vzťahoch, teda pochopenie logiky daných výsekov miestnej praxe. Predpokladal som, že ak sa mi podarí preniknúť za deklaratívne odpovede, autentické

²⁹ Jednotlivé osoby v tej istej domácnosti mohli byť považované za *gizdavé* do inej miery (podľa rodinného pôvodu), no spoločným životom sa mala *gizdavosť* menej *gizdavých* zvyšovať smerom k úrovni viac *gizdavých*. Domácnostiam tak bol systematicky prisudzovaný status podľa *najgizdavejších* členov. Posudky ako *gizdavo*, *melalo*, ale i *romano* a *gadžikano* (pozri nasledujúcu podkapitolu) bývali v bežnej reči súčasne používané aj povrchnejšie, na rétorické zhadzovanie ostatných či vyvyšovanie sa v konkrétnych situáciách. Na pozadí tejto skutočnosti sa uvedená stratifikácia môže na prvý pohľad javiť ako príliš vykonštruovaná, reifikujúca. Pri rozhovoroch (i návratných) o povahe celých domácností však v podaní miestnych obyčajne išlo o konzistentnejšie zaradenia – napríklad už pri prvotnej kontrole s respondentmi (na moje značné začudovanie) zatriedenia domácností nevyvolávali takmer žiadne polemiky a málokto sa ohradzoval aj voči zaradeniu svojej domácnosti bez ohľadu na to, o ktorú vrstvu šlo (jediné dva protesty voči prinízkemu zaradeniu som zaznamenal od príslušníkov jednej domácnosti

motívy samotné budú približovať a vysvetľovať miestne praktiky dostatočne vyčerpávajúco.³⁰

Nadobudnutý materiál som bezprostredne po ukončení prvého roku výskumu podrobil analýze tzv. *rekurznomu abstrakciou* (pozri napr. LeCompte, Schensul, 2013). Táto metóda spočíva v opakovanom čítaní zaznamenaných výpovedí a postupom zhrňaní ich zmyslu so zameraním na zachovanie odlišných druhov. Takto som skonštruoval prehľad celkovej miestnej variability v sémantike, praktikách, preferenciách a odôvodneniach (ne)súladov praktík s biomedicínskou teóriou a odporúčaniami ohľadne vybraných tém. Získaný prehľad som napokon vzťahol k uvedeným stratifikáciám s cieľom určiť prípadné tendencie v odôvodňovaní, korelujúce s príslušnosťou domácností k jednotlivým stratifikačným vrstvám (demografickým, resp. skupinám) a nerefektované v rozhovoroch. S komentármi o najjednoduchších tendenciách v rámci opísanej variability a s príkladmi konkrétnych výpovedí som prácu následne obhájil (Belák, 2005).³¹ Lokalitu som po ukončení opísanej fázy výskumu pravidelne navštevoval ďalších 6 rokov (časom v role manžela jednej úžasnej miestnej ženy) a prvotné zistenia s miestnymi priebežne ďalej konzultujem, prehlbujem a dopĺňam podnes (niekoľkí domáci medzičasom čítali aj samotnú citovanú prácu).

2.1.2. Miestna logika medicínsky významných praktík

Vďaka opísanej schematizácii už môj pôvodný materiál naznačoval nielen celkovú variabilitu miestnych medicínsky signifikantných praktík, ale i to, ktoré z nich a prečo boli v osade zdieľané všeobecne a ktoré sa do akej miery líšili podľa príslušnosti domácností v jednotlivých stratifikačných vrstvách a skupinách (op. cit.). Tieto prvotné zistenia som neskôr (2006 až súčasnosť) ďalej precizoval nasledujúcim spôsobom.

Vo všeobecnosti najväčšie rozdiely sa na mieste zdali medzi domácnosťami inak postavenými v rámci „symbolickej“ hierarchie, konštruovanej podľa úrovne pripisovanej *gizdy*. Naopak medzi rovnako postavenými domácnosťami z rôznych *fájt* som výraznejšie rozdiely nezaznamenal. Špecifiká podľa pohlavia

v druhej vrstve). Minimálne v horizonte generácie sa tak zdalo, že ide o pomerne rigidné sociálne štruktúry. Za upozornenie na dôležitosť tejto dištinkcie ďakujem Janovi Grillovi.

³⁰ Výpovede som zaznamenával písomne, teda nie doslovne, no s dôrazom na zachytenie ich zmyslu a použitých miestne špecifických jazykových zvrátov. Ochota miestnych rozprávať sa a detailnosť rozhovorov kolísali výraznejšie, len čo sa týka sexuality (opäť najmä v závislosti od miery mojej osobnej blízkosti s respondentkami). Čo do rôznorodosti pojatí sa všetky témy postupne zdali vyčerpané s možnou výnimkou mimoriadne pestrých improvizovaných postupov pri menej závažných chorobách u najchudobnejších.

³¹ Hoci išlo o postup pôvodne značne improvizovaný, pokiaľ ide o analógie s metódami z medicínskej antropológie, záverečný štruktúrovaný prieskum možno opísať ako aplikovanú etnomedicínu, využívajúcu rekonštrukcie širšie poňatých individuálnych „explanačných modelov chorôb“ (Kleinman, 1980; Kleinman, Benson, 2006) (pozri široký

a veku, predstavujúce v poňatí miestnych výnimky, uvediem na príslušných miestach.

Ako potvrdili i ďalšie súvisiace pozorovania a diskusie, socioekonomická hierarchia v praxi hierarchiu „symbolickú“ doslova len kopirovala. Konzultanti jednak do jej vrstiev jednotlivé domácnosti zatriedovali rovnako (najmenej *gizdavé*, „hrdé“ boli zároveň označované za najmenej „bohaté“ atď.). Zvýšená starostlivosť ľudí o parametre, ktorými bola socioekonomická hierarchia voľne vymedzovaná (solventnosť, úroveň infraštruktúry, prípadne formálne vzdelanie, zamestnanie a pod.), zároveň bývala vysvetľovaná najmä potrebou príslušníkov domácností vykazovať opodstatnenosť svojho postavenia práve v hierarchii symbolickej, nie (samozrejmom) príťažlivosťou samotných socioekonomických výhod. Napríklad väčšia snaha plánovať dostatočné príjmy alebo vytvárať dostatočné zásoby potravín bývala typicky odôvodňovaná *gizdavosťou* rodiny, nie (samozrejmom) výhodnosťou vyšších príjmov. Opačná argumentácia sa objavovala skutočne len veľmi zriedkavo (v prípadoch obzvlášť rozhodných pokusov o zmenu spoločenského postavenia). Na druhej strane postavenie jednotlivcov v „symbolickej“ hierarchii sa chápalo ako „zdedené“ (bez rozlišovania biologickej dedičnosti a vplyvu socializácie údajne na vzdialenosť minimálne niekoľkých generácií).³² Alternatívne a inverzne k atribútu *gizdavosti* bol v osade v rovnakých kontextoch zároveň používaný prívlastok „rómskosti“: väčšia *gizdavosť* osôb, domácností i praktík teda vždy zároveň korelovala s ich menšou „rómskosťou.“

Medzi medicínsky významné praktiky, ktoré sa naprieč úrovňami miestnej „symbolickej“ hierarchie (a tým pádom i hierarchie socioeconomickej) **líšili najmenej**, patrili:

1) Chápanie rómskeho tela a vkusu ako prirodzene (*od prirodi*) odlišných od nerómskych, najmä čo do obmedzenejších vlastných schopností. Ako rozdiely pritom miestni najčastejšie zdôrazňovali svoju menšiu schopnosť znášať bolesť, väčší strach zo smrti a mŕtvych, svoju väčšiu chorľavosť (napr. detí) a svoje menšie mentálne kapacity (napr. vo vzťahu k formálnemu vzdelávaniu). Ako špecifiká svojho prirodzeného vkusu zdôrazňovali najmä svoju fyzickú neschopnosť zniesť nerómske zvyky spojené so stravovaním (napr. zohrievanú stravu) a sexualitou (napr. nahotu na verejnosti).³³

tematický záber a najmä logiku kladenia otázok) a plošnejšie mapovanie na spôsob „tematicky sústredenej entografie“ (Knoblauch, 2005; Pelto, Pelto, 1997) (pozri klasický sociologické rozvrhnutie a uskutočnenie celého prieskumu).

—
³² V pôvodnej práci som z tohto dôvodu obe hierarchie zlúčil a na zjednodušenie som hovoril menej špecificky len o troch „sociálnych vrstvách“ (Belák, 2005).

—
³³ Veci, ktoré miestni zvykli označovať ako „hnusné“ (*hnusne*), sa do istej miery prekrývali s vecami v tradičnej romitickej literatúre spájanými s rituálnou nečistotou (pozri napr. Horváthová, 1964; Lacková, Hübschmannová, 1997). V osade som však žiadne podobné naratívy nezaznamenal a miestni svoj odpor tohto druhu opisovali ako vyslovene telesný.

2) Záujem o znalosť medicínskych interpretácií a odporúčaní čo sa týka tzv. „ťažkých/hrozných ochorení“ (*phare/džungale nasvalipna*). Išlo o miestnu kategóriu, do ktorej všetci naprieč hierarchiami zaraďovali tie ochorenia, ktoré významne a dlhodobo narúšali preferovaný bežný životný štýl chorého (podrobnejšie pozri „dobrý (rómsky) život“ ďalej). Táto kategória v medicínskom poňatí korelovala so závažnými chronickými a smrteľnými ochoreniami.

3) Takmer absolútna dôvera v „pravdivosť“ (*čaciipe*) väčšiny medicínskych vysvetlení, vo funkčnosť medicínskych postupov a v schopnosti medicínskych profesionálov. V poslednom ohľade tendencia platila až na výnimky týkajúce sa konkrétnych lekárov a lekárk, odôvodňované ich zlou povestou alebo zlými vlastnými skúsenosťami s ich správaním. Inak bežné, pomerne horšie zaobchádzanie s Rómami personálom bolo pritom väčšinou konzultovaných považované za „neprijemné“, ale „normálne“. (Sporadické extrémnejšie prejavy diskriminácie a rasizmu sa riešili vyhýbaním sa konkrétnym osobám alebo prevádzkam.)

4) Nedodržovanie biomedicínskych odporúčaní (vrátane prevencie a rekonvalescencie) týkajúcich sa „ťažkých ochorení“.

5) Poňatie „bežných/lahkých ochorení“ (*lahke/bežne nasvalipna*) ako prijateľných, v zmysle úplného nezájmu o ich prevenciu a sústredenia sa len na potlačanie ich symptómov. Išlo o miestnu kategóriu kontrastnú k „ťažkým“ ochoreniam, teda o kategóriu zahrňajúcu ochorenia, ktoré preferovaný bežný životný štýl chorého nenarúšali. V medicínskom poňatí korelovala s menej závažnými prechodnými ochoreniami a symptómami.

6) Poňatie zdravia v kontexte vlastného života výhradne ako prostriedku. Na mieste napríklad panoval všeobecný konsenzus spokojnosti so zdravotne problematickou starobou a skorým úmrtím ako primeranými cenami za celkovú kvalitu života.

Chápanie rómskych a nerómskych tiel ako odlišných bývalo na príkladoch jednotlivých aspektov odôvodňované osobnými skúsenosťami. Záujem o znalosť medicínskych interpretácií „ťažkých ochorení“ a súvisiacich stavov býval odôvodňovaný na jednej strane „veľkým“ strachom o život a z bolesti a na druhej silnou dôverou v medicínu. Táto dôvera samotná však pritom nebola primárne odôvodňovaná ani tak osobnou skúsenosťou so súvisiacimi medicínskymi úspechmi alebo tréningom medicínskych profesionálov a profesionálok, ako skôr rasovou nadradenosťou Nerómov. Zdravotnícki profesionáli a profesionálky mali (tak ako ostatní Nerómovia) „prirodzene“ disponovať podstatne väčšími schopnosťami, pokiaľ ide o „zložité veci“. Nedodržovanie medicínskych odporúčaní týkajúcich sa „ťažkých ochorení“ (v kontraste s „veľkým“ strachom z bolesti a smrti a s úplnou dôverou v medicínu) i celkovo inštrumentálne poňatie vlastného zdravia boli odôvodňované nezlučiteľnosťou

„prílišnej starostlivosti“, resp. samotných konkrétnych odporúčaní (úprava stravy, hospitalizácia, dlhodobé liečebné procedúry a pod.) so všeobecne zdieľanou preferenciou či neodolateľnosťou „dobrého (rómskeho) života“ (*lačo dživipe vaš o Roma/romano dživipe/lačo dživipe*). Na odôvodňovanie prijateľnosti „ľahkých ochorení“ podobne používali argument o neschodnosti „prílišnej starostlivosti“. Zároveň tu však odpadávali argumenty o problematickosti súvisiacich štandardných medicínskych postupov (keďže tieto pri ľahších ochoreniach neboli v konflikte s preferovaným miestnym životným štýlom) a pribúdali argumenty o zanedbateľnom dosahu takýchto ochorení.

Medzi medicínsky významné praktiky, ktoré sa naprieč úrovňami miestnej „symbolickej“ hierarchie (a tým pádom i hierarchie socioekonomickej) **líšili najviac**, patrili:

- 1) Záujem o znalosť, znalosť a používanie medicínskej terminológie.
- 2) Záujem o znalosť, znalosť a dodržiavanie odporúčanej liečby v prípade „ľahkých ochorení“.
- 3) Povrchné pokusy o dodržiavanie medicínskych odporúčaní v prípade „ťažkých ochorení“. O povrchné pokusy pritom išlo tak z hľadiska samotných praktizujúcich, ako i z medicínskeho hľadiska – typicky sa napríklad ukončovali príliš rýchlo, prípadne ich potenciálne efekty bývali vedome priebežne rušené inými aktivitami (napr. pravidelné stavy akútnej hyperglykémie v dôsledku vedomého porušovania stravovacích odporúčaní popri inzulínovej liečbe).

Všetky tieto druhy praktík pribúdali so stúpajúcim postavením v oboch hierarchiách. Smerom nadol pritom vytrácajúcu sa medicínsku terminológiu, znalosti a liečebné praktiky nenahradzovali ani tak špecificky rómske pomenovania, koncepty a spôsoby liečby, ako skôr pestrá kombinácia *ad hoc* individuálnych improvizácií (dočasne zdieľaných nukleárnymi rodinami) a prebierok z laickej medicíny miestnych Nerómov (napr. laické názvy chorôb a praktizovanie herbálnej liečby).³⁴

Odišné miery súladu v uvedených typoch praktík s medicínskymi štandardmi a odporúčaniami bývali (podobne ako v prípade vyššej starostlivosti o socioekonomické parametre) primárne odôvodňované odlišnou mierou striedavo *gizdavosti* a „rómskosti“ jednotlivých domácností, resp. osôb, nie súvisiacimi so ziskami v zdravotnej oblasti (tie sa chápali ako samozrejme). Väčšia konformnosť zdravotných praktík vyššie postavených mala byť dôsledkom a dokladom predovšetkým ich „zdedenej“ väčšej *gizdavosti*, resp. menšej „rómskosti“, nie ich (samozrejme) záujmu o vlastné zdravie.

³⁴ Magické praktiky a stavy, sporadicky opisované v literatúre o slovenských Rómoch ako zdravotné (napr. topenie žeravých uhlíkov, počarovanie – *o dokeribe* alebo stavy „z očí“), neboli miestnymi podľa ich vlastných slov „už“ ani príliš bežné, ani považované za fenomény z oblasti zdravia (porovnaj s: Horváthová, 1964; Lacková, Hübschmannová, 1997).

Napríklad v prípade nedodržiavania medicínskych odporúčaní pri „ľahkých ochoreniach“ s klesajúcim postavením pribúdali argumenty na jednej strane o objektívnom nedostatku potrebných prostriedkov rôzneho druhu (od nízkych príjmov cez nízku funkčnú gramotnosť po zlú reálnu dostupnosť zdravotníckych prevádzok) a na strane druhej o tom, že daná miera starostlivosti už je pre daných ľudí „príliš *gizdavá*“, resp. nerómska. Zároveň však samotný nedostatok prostriedkov malo byť zo strany miestnych ťažké prekenuť opäť aj z dôvodu nedostupnosti možností, ktoré by boli akceptovateľné pre „ozajstného Cigáňa/Róma“, resp. ktoré by si nevyžadovali „prílišnú *gizdavosť*“.³⁵

V inverzne paradoxnej situácii, čo sa týka uvedených zdravotných praktík, sa ocitali vyššie postavení ľudia, teda ľudia pre vlastnú „zdedenú“ *gizdavosť* schopní a nútení „sa viac starať“. Na jednej strane sa viac činili a dosahovali i viac cenených príležitostí ako nižšie postavení, no súčasne takto riskovali v očiach druhých i vlastných stratu svojej „rómskosti“. To bolo dobre zreteľné napríklad z odôvodňovania povrchnosti vlastných pokusov o dodržiavanie medicínskych odporúčaní v prípade „ťažkých ochorení“, aké pribúdali so stúpajúcim postavením v hierarchiách (nižšie postavení sa tu zväčša nepokúšali o nič ani povrchne). Popri „velkom“ strachu zo smrti a bolesti a popri dôvere v miestnych zdravotníkov mohol mať vyššie postavený „ťažko chorý“ Róm vďaka svojej *gizdavosti* i prostriedky dopracovať sa k diagnóze špecialistu a podstúpiť odporúčanú liečbu. No ani ten obyčajne nedokázal a/alebo nechcel prestať byť Rómom až do takej miery, že by „zniesol“ „takú dlhú“ a „zložitú“ liečbu, s „takou riedkou“ nemocničnou stravou, „bez rodiny“ atď.

Významné výnimky zo všetkých opísaných tendencií sa týkali predovšetkým zdravotných ťažkostí detí (cca do 10 až 13 rokov) a starších ľudí (cca nad 50). Tu bola medicínska starostlivosť typicky poskytovaná a dodržiavaná v rámci aktuálnych možností vždy (hoci starší sa asistencii často bránili) a v akútnejších prípadoch mobilizácia potrebnej praktickej solidarity (napr. poskytnutie auta) prekračovala dokonca aj inak sociálne takmer nepriedušné hranice *fájt*. Požiadavky na „rómskosť“ či (*ne*)*gizdavosť* praktík ohľadne zdravotného stavu sa teda vzťahovala hlavne na ľudí produktívneho veku (a o niečo prísnejšie na mužov, pretože „prílišné dbanie o vlastné zdravie“ bolo naprieč hierarchiami zároveň považované za prejav zženštilosti v pejoratívnom zmysle).

³⁵ Vysvetlenia nedostatku „dobrých“ pracovných príležitostí tak napríklad popri požiadavkách na pozície skutočne otvorené aj pre Rómov (t. j. aj potom, keď sa osobne dostavia) obsahovali aj značne nadštandardné požiadavky (pre danú geografickú oblasť v danom čase): na rovnostárske zaobchádzanie zo strany nadriadených a spolupracovníkov, dostatok voľného času tráveného s rodinou, sumu pláce podstatne prevyšujúcu príjmy zo sociálnej podpory napriek absencii kvalifikácie a pod. Podobné nastavenie či nastavenie latiek by bolo možné ukázať aj pre ostatné oblasti (na výhradách voči charakteru štandardne dostupných škôl, zdravotníckych zariadení a pod.). Trvanie na podobných podmienkach sa s klesajúcim postavením typicky vo všetkom stupňovalo – a s ním i izolácia „rómskejších“ od reálne dostupných príslušných externých zdrojov.

2.1.3. „Dobrý (rómsky) život“ a jeho (ne)stabilita

Miestne praktiky teoreticky významné pre zdravotný stav sa teda zdali byť organizované v súlade s predstavami a *vteleniami predstáv* („embodiment of concepts“) miestnych o „dobrom (rómskom) živote“. Konkrétni ľudia pritom zároveň kládli špecifický dôraz, resp. pocítovali potrebu klásť väčší alebo menší dôraz na „rómskosť“ či *(ne)gizdavosť* svojho konania v závislosti od výšky svojho „zdedeného“ postavenia. Ako však miestni Rómovia konštruovali obsah samotných týchto pojmov?

„Dobrý (rómsky) život“ býval v rozhovoroch i bežne v osade opisovaný v zásade pomocou vymenovávaní činností, ktoré domáci zjavne i deklarovali robili najradšej, napríklad: konverzácia a klebetenie s blízkymi, kolektívne subsistenčné aktivity (zber, lov, domáce majstrovanie, vyhľadávanie ekonomických príležitostí), návštevy príbuzných, požívanie veľkých porcií „rómskeho jedla“ (*romano hábe*) a ťažkých „gádžovských jedál“,³⁶ počúvanie „cigánskej muziky“ a tanec s popíjaním a fajčením, neustále žartovanie (najmä na erotické, až sexuálne témy alebo zdôrazňujúce bláznivosť konkrétnych osôb), večerné kolektívne debaty o živote a pod.

Pri opisoch a pochvalovaní si všetkých takýchto činností však miestni zároveň neustále spontánne (t. j. zďaleka nielen voči mne) zdôrazňovali ich „rómskosť“, resp. „cigánskosť“, či „negádžovkosť“. Priebežné diskusie (opäť nielen so mnou) týkajúce sa konkrétneho obsahu týchto prívlastkov samotných sa pritom v drivej väčšine končili odkazmi na nižšiu senzúalnu a/alebo morálnu kvalitu toho, ako tie isté veci robia gádže (*hnusneder/goreder/džungaleder*). Istá nejasnosť panovala v tom, či malo ísť o kvalitu nižšiu objektívne, t. j. prípadne zaregistrovateľnú, registrovanú a ľutovanú i Nerómami samotnými, alebo vnímateľnú, vnímanú a zásadnú len pre Rómov – na základe ich špecifickej prirodzenosti. Práve predstavy miestnych o nerómskom, „gádžovskom živote“ (*gadžikano dživipe*) sa tu teda javili ako emočne silne nabitý zdroj negatívnej inšpirácie: z pohľadu miestnych najšpecifickejšie a kľúčové aspekty „dobrého (rómskeho) života“ sa čo do svojho konkrétneho obsahu v každodennosti zdali odvodzované a rozvíjané v cielenom protiklade k spôsobom gádžov.

Predstavy o gádžoch a ich živote si pritom miestni Rómovia čo do konkrétneho obsahu vytvárali hlavne kombinovaním vlastných pozorovaní a skúseností s Nerómami z okolia, ústne odovzdávaných príbehov o skúsenostiach Rómov odinakadiaľ a z televízie, najmä komerčných slovenských kanálov (u majetnejších časom pribudol internet). Medzi konkrétne charakteristiky, ktoré pri takto konštruovanom „gádžovskom živote“ označovali a zjavne považovali za najmenej vábne, patrili napríklad: príliš mnoho času tráveného bez blízkych, prílišná podriadenosť a osamotenosť v práci, prílišný strach z budúcnosti a špeciálne o peniaze, prílišná

potreba istôt, záľuba v zložitosti, odpudzujúce zvyky v súvislosti s jedlom a sexualitou, prílišná neúcta k mŕtvym, problémy s vyjadrovaním emócií. Jednotlivé činnosti, veci a atribúty, ktoré nebolo pre miestnych možné vykladať ako „rómske“ v priamom logickom protiklade ku „gádžovským“ (konkrétne rómske obrady, jedlá a pod.), sa vykladali ako „rómske“ jednoducho tým, že ich robili len Rómovia (predstavovali jediné miestne rómske tradície v pravom zmysle slova, aj keď o ich vyslovene uvedomelom udržiavaní by sa nedalo hovoriť ani tu).

Hoci všetky uvedené v princípe radikálne tendencie a vymedzenia považujem za skutočné, v mnohom špecifické, a teda i sociologicky bezprostredne závažné, ich uvedením by som nerád vzbudil dojem, že v žitých praxiach segregovaných rómskych osídlení figurujú ako presné a neochvejné pravidlá, čo i len pokiaľ ide o zdravotne významné praktiky (ani nehovoriac o tom, že by mohlo ísť o tendencie nejako nevyhnutne späté s Rómami alebo výhradne s Rómami). Každodennosť v navštívenej osade pochopiteľne neprebíhala presne podľa schematických konštruktov etnograficko-sociologickej reflexie, na prvý pohľad pripomínajúcej romantizujúcu radikálnu verziu „cigánskeho sna“ podľa Patrika Vrbovského (pozri druhé motto kapitoly). Primeranosť svojho konkrétneho konania miestni i tu neustále vedome podrobili priebežným diskusiám, vyjednávaniu (verejným s ostatnými, súkromným v rodinách i vnútorným so sebou samými) a úpravám skôr jednotlivo a priebežne – vo vzťahu ku konkrétnym ľuďom a veciam v daných situáciách. Aj tu ľudia zostávali voči svojmu okoliu i vlastným vkusom do istej miery slobodní minimálne v tom, čo sa môžu *pokúsiť* urobiť a čo nie.

Celkom bežný tu teda býval napríklad i otvorený vzdor voči „dobrému (rómskemu) životu“. V každej generácii, vrstve i *fajte* boli veľmi časté individuálne i kolektívne pokusy o uvedomelé opúšťanie „rómskych“ spôsobov konania, či už v podobe jednorazových experimentov s jednotlivosťami na spôsob gádžov, alebo v podobe totálnejších zmien prostredníctvom odsťahovania sa z osady. Zaznamenával som aj pokusy (verejne v osade inak omnoho tvrdšie zosmiešňované) presvedčiť ostatných o vyššej než „zdedenej“ spoločenskej úrovni vlastnej domácnosti, „robenie sa *gizdavým*“.

Čo všetko pomáhalo opísané tendencie udržiavať v čase napriek takejto entropii? Ako sa reprodukovali? Okrem prostej zotrvačnosti podmienok (napr. dedenie materiálneho vybavenia domácností a iných štruktúr príležitostí) som zaznamenal aj aktívnu tvorbu a údržbu konformity v duchu ideológie „rómskosti“. Pokiaľ ide o aktivity pod priamou kontrolou miestnych (aj z ich vlastného pohľadu), na jednej strane tu bola uvedomelá výchova detí a na strane druhej verejné disciplinovanie dospelých. Forma väčšiny takýchto tlakov na povahy a správanie druhých pritom spočívala v častom výsmešnom upozorňovaní, že dotčení robia veci „ako gádžovia“ (*sar gádže*),

resp. že by ich mali robiť radšej „ako (poriadni) muži/ženy/Rómovia“ (*sar riadno rom/riadni romni/riadne Roma*), resp., že nemajú byť takí *gizdavi*, atď.

Okrem toho tu však v diskusiách o živote a konkrétnych osudoch zjavne pôsobivo rezonovali aj neustále konkrétne príklady toho, ako zle pre niekoho veci „v skutočnosti“ dopadli, keď si v zmysle predvedených normatívov nedal povedať, alebo mal v súvislosti s tým smolu, a naopak, čo kto kedy získal, keď sa uvedených normatívov držal alebo mal v súvislosti s tým šťastie. Mnoho negatívne prežívaných okolností z takýchto príkladov (často i väčšina) pritom spadalo pod priamu kontrolu skôr Nerómov (opäť aj z pohľadu miestnych). Napríklad rozprávania o hospitalizáciách v nemocnici bývali plné zážitkov o „zbytočných problémoch“, možných „len medzi gádzami“, v zmysle prežívania „ťažkých pocitov“ (*phare valakaske t'ovel*), nepravdivého zaobchádzania a pod. Naopak, prípady, keď sa ľudia „liečili radšej doma“, zdôrazňovali výhody možné „len u Rómov“; napr. absolútnu solidaritu a opateru všetkých ostatných príslušníkov rodiny bez ohľadu na to, či práve išlo o rakovinu, alebo alkoholizmus. Zdalo sa, že takéto príklady mali významný konzervujúci efekt. Popri občasných aktívnych posmešných napomenutiach tvorili podstatnú časť inšpirácie aj pre sebaidentifikáciu detí.

Špecifickosť opísaných medicínsky významných praktík sa teda v čase udržiavala na jednej strane ako súčasť aktívneho rozvíjania ideológie „rómskeho“, resp. súvisiacich vtelených preferencií a potrieb, a na strane druhej ako dôsledok interpretácií bežných (z pohľadu miestnych negatívnych) zážitkov s „gádzovským“ (zahŕňajúcich i konštantné prejavy rasizmu a diskriminácie) a pozitívnych zážitkov s „rómskym“. Oboje spoločne opodstatnenosť ideológie „rómskeho“ neustále „naozaj“ potvrdzovalo.

Reálne prejavy „ideológie rómskosti v protiklade ku gádzovskému“ a „negatívnu inšpiráciu miestnych nerómskymi spôsobmi“ však rozhodne nemožno chápať ako „antigádzizmus“, analogický s anticiganizmom (pozri napr. Stewart ed., 2012). Ako mohlo byť zreteľné zo spomínaných postojov k medicíne a zdravotníkom, vo vzťahu priamo k Nerómom samotným (aj lokálnym) miestni pristupovali skôr v duchu nanajvýš opatrného oportunistu. Za sebaopsmelujúcimi a stereotypy využívajúcimi stratégiemi ostentatívneho sebavedomia sa pri cestách mimo osadu typicky ukrývala nervozita a silná bázeň z neznámeho, málokedy skutočné pohrdanie nerómskym. V bezpečí osady intímne debaty dospelých o gádzoch zasa odkrývali skôr pobavené nepochopenie alebo ľutovanie konkrétnych Nerómov (vrátane mňa samého), než nenávisť a obviňovanie.³⁷ Dobrú ilustráciu, čo sa týka skúseností s diskrimináciou, tu môžu poskytnúť už naznačené postoje miestnych. Nerovné zaobchádzanie na jednej strane príležitostne citovali ako jeden z dôvodov podporujúcich ich konkrétne praktické ťažkosti. No vo všeobecnosti sa však

o diskriminácii častejšie vyjadrovali skôr ako o pochopiteľnej reakcii Nerómov na svoj odlišný prístup, resp. na svoju pomernú neschopnosť dostať požiadavkám Nerómov.³⁸

2.2. Logika (medicínsky významných) praktík v osadách?

2.2.1. Iné etnografie

Uvedený opis logiky medicínsky významných praktík vychádza z empirického materiálu predovšetkým z jedinej lokality. Ide však o zistenia, ktoré vykazujú veľmi silné podobnosti s pozorovaniami väčšiny ostatných antropológov a antropologičiek skúmajúcich segregovaných Rómov a analogické skupiny, v sociologicky najzásadnejšom ohľade: potvrdzujú snahy o systematické vymedzovania „cigánskeho“, resp. „rómskeho“ samotnými segregovanými Rómami aj v cieľnom protiklade k spôsobom svojich lokálnych nerómskych susedov.

Idea dôležitosti existencie opozičného momentu voči miestnym podobám nerómskeho života pre organizáciu segregovaných rómskych a cigánskych každodenností – a tým pádom i pre vysvetľovanie ich špecifik – je v sociálnoantropologickej literatúre pomerne stará (Gmelch, 1986; Okely, 1983; Piasere, 1985). Najmä v pôvodných etnografických prácach býva empiricky dokladaná ako opodstatnená naprieč celou Európou (napr.: Casa Nova, 2007; Engebriksen, 2007; Gay y Blasco, 1999; Stewart, 1997; Stewart, Rövid, 2010; Tauber, 2006; Williams, 2003). Prieniky tohto druhu výstižne zhrňa P. Gay y Blascová v súvislosti so španielskymi *Gitanos*:

„[...] Gitanos s ostatnými Cigánmi zdieľajú štyri nesmierne dôležité charakteristiky: po prvé preferujú účasť na ekonomických aktivitách, ktoré sami kontrolujú; po druhé zotrávajú na periférii nerómskych sociálnych, ekonomických a morálnych hierarchií; po tretie vkladajú mnoho námahy do udržiavania svojej odlišnosti od Nerómov a túto odlišnosť posudzujú v morálnych pojmoch; a po štvrté chýba im niečo, čo by bolo možné nazvať ‚trvalým‘ médiom, prostredníctvom, ktorého by mohli kódovať svoju identitu“ (Gay y Blasco, 1999).

³⁷ Lútosť mala u miestnych Rómov vzbudzovať paradoxnú situáciu Nerómov: na jednej strane mali disponovať nesmiernymi možnosťami a schopnosťami a na druhej museli napriek tomu trpieť mizernú kvalitu vlastného života.

³⁸ Všetky opísané schematizácie som pôvodne programovo konštruoval vo vzťahu len k biomedicínsky významnému. Vďaka dodržaniu medicínsko-antropologického zamerania na určovanie miesta a významu zdravia v kontexte života skúmaných som však nutne dospel k predstave o logike miestnej praxe vo všeobecnosti (pozri napr. presahy k tzv. „štruktúrnym determinantám“ už v tomto texte). V pojmoch sociálno-vednej teórie sa tieto konštrukty azda najviac blížia Bourdieho rekonštrukciám vtelennej logiky praxe (*habitus*) (1990, 2000; porovnaj tiež s: Frohlich, Corin, Potvin, 2001; Popay et al. 1998; Williams, 1995) – preto si pre ich súhrnné označenie v názvoch podkapitol vypožičiavam práve tento zvrät. O „embodiment“ či „vtelení“ vkusu, predstáv a pod. v texte hovorím v rovnakých intenciách.

Geograficky najbližšie k nám v podobnom duchu píše o segregovaných olašských Rómoch Michael Stewart: „Cigáni berú predmety, predstavy a činnosti – v Maďarsku kone, vieru v čistotu, obchodovanie na trhu –, ktoré existujú vo vonkajšom svete, a prevracajú alebo pretvárajú ich zmysel vo svoj prospech. Tak vytvárajú špecificky rómsky význam toho, čo to znamená byť človekom“ (1997). „Kultúrna identita Cigánov je konštruovaná skrz opozíciu, nie izoláciu,“ zhrňa, čo sa týka „skupín, ktoré nechcú dnu“, Judith Okelyová (Okely, 2011).

Názorný príklad explanačného potenciálu negatívnej inšpirácie „gádžovským“ v normách a praktikách segregovaných Rómov predstavuje elegantná odpoveď, ktorú tento predpoklad umožňuje poskytnúť na nasledujúce dve páľčivé, no alternatívnymi teóriami a prístupmi systematicky obchádzané (napr.: Barany, 2002a; Hirt, Jakoubek, eds., 2006) alebo nepresvedčivo riešené (Lucassen, Willems, Cottaar, 1998; Hancock, 2002) historicko-sociologické otázky:

1) Prečo práve tradíciami odlišné segregované rómske komunity na takých vzdialených a odlišných miestach vytrvalo vzbudzujú také podobne extrémne snahy Nerómov o ich asimiláciu? Možno práve preto, že v mnohom (i uvedomele) žijú podľa noriem a ideálov rovnako morálne inverzných ku vzájomne podobným lokálnym normám a ideálom nerómskym. Tým by u svojich susedov mohli vzbudzovať na jednej strane podobné radikálne pohoršenie a na druhej strane podobnú radikálnu závisť.

2) Ako je vôbec možné, že sa segregovaným Rómom tak darí napriek stáročiam takýchto tlakov zostať všade natoľko neasimilovanými? Možno vďaka tomu, že sa im uvedeným spôsobom podobne darí vytvárať a obsadzovať subsistenčné a existenčné niky pre miestnych Nerómov neprístupné. To by im mohlo umožňovať prežívať a žiť podobne z vlastného pohľadu v mnohom spokojne i napriek často takmer totálnemu vylúčeniu z prístupu k „normálnym“ (do)statkom a zdrojom životných istôt.

Ak by tento argument platil – a podľa antropologickej empirie sa zdá, že je to skutočne tak, dal by sa použiť i opačne. Keďže izolovanosť Rómov môže byť z podstatnej miery udržiavaná aj prítomnosťou interného tlaku v komunitách na „rómskosť“, resp. „ne-gádžovskosť“ praktík, všade tam, kde sú rómske osídlenia se-

39 K vyčerpávajúcemu prehľadu antropologických diskusií najrozličnejších aspektov podobnosti a rozdielov rómskych, resp. cigánskych spôsobov života pozri Stewart, 2013. Na tomto mieste sa núka protiotázka: Ako si vysvetlíť, že fenomén potenciálne taký významný zostáva celkom skrytý iným metodikám? „Naše pojmy ‚kultúry‘, ‚etnických skupín‘ či ‚národa‘, odpovedá Michael Stewart, „sú tak hlboko zakorenené v schémach odvodených od praktík národných štátov (ktoré sú, alebo sa aspoň snažia byť, homogénnymi, jasne ohraničenými entitami), že rómske komunity sa v ich rámci javia ako anomália“ (Stewart, 2010, preklad A. B.). Skôr než za dôkaz neexistencie negatívnej inšpirácie gádžami na rómskej strane možno jej absenciu vo výkladoch založených na menej intímnych dátach chápať ako prejav inštitucionalizovaného osvieteniského sklonu apriórne považovať akékoľvek prípady antimodernosti za zanedbateľné, iracionálne, dočasné, neživotaschopné praktiky. Vo svetle takéhoto vysvetlenia sa ako nepochopiteľná javí skôr neprítomnosť uvažovania o „antigadžizme“ vo väčšine antro-

gregované (a tým viac, čím viac sú segregované), je v nich rozumné očakávať i prítomnosť tohto tlaku a jeho vplyv na podobu konkrétnych praktík – napríklad i praktík medicínsky signifikantných.³⁹

2.2.2. Plošné dáta

Za ďalšiu indíciu o pravdepodobnej podobnosti mnohých iných osád s miestom opísaným vyššie (minimálne v rámci Slovenska a pokiaľ ide o vyslovene medicínsky významné praktiky) považujem konzistentnú vecnú kompatibilitu opísanej logiky praxe s výsledkami iných, plošnejších výskumov o zdravotnom stave a zdravotnom správaní Rómov u nás. Tento súlad sa navyše týka i zistení, ktoré ich autori a autorky označujú za zvláštne, až paradoxné v kontexte vlastných všeobecnejších teórií (a za ktorými sami často navrhujú hľadať práve odlišnú „rómsku kultúru“ a pod.). Na ilustráciu na tomto mieste upriamim pozornosť práve aspoň na najkrikľavejšie z takýchto zdanlivých „anomálií“, ktoré pôsobia vo svetle opísanej logiky praxe omnoho pochopiteľnejšie:

Zistenia týkajúce sa zdravotne signifikantného *správania* segregovaných Rómov:

a) Väčšia spokojnosť s rovnakým i horším zdravotným stavom (bagatelizácia častejších prechodných ochorení a zdravotných problémov v starobe) (Davidová et al., 2010; Filadelfiová, Gerbery, 2012; Popper, Szeghy, Šarközy, 2009).

b) Pomerne väčší dôraz (pri porovnaní s Nerómami) na starostlivosť o deti (Filadelfiová, 2013b; Popper, Szeghy, Šarközy, 2009).

c) Finančný nedostatok ako najmenej zjavný dôvod nenavštevovania lekárov u najsegregovanejších (Filadelfiová, Gerbery, 2012).

d) Viac starostlivosti bez reálneho efektu u vyššie postavených (podľa socioekonomických (SEP) ukazovateľov, no i v rámci emickejších stratifikácií) (Davidová et al., 2010).

e) Spokojnosť aj s pomerne horším prístupom zdravotného personálu (Davidová et al., 2010).

f) Odmietanie konkrétnych foriem dostupnej zdravotnej starostlivosti u vylúčených Rómov (hospitalizácie, dlhodobé alebo komplikované liečebné procedúry, pôrodná starostlivosť atď.) (Popper, Szeghy, Šarközy, 2009; Jarčuška et al., 2013).

g) Preferencie nezdravých jedál i priamo obezity (bez ohľadu na postavenie podľa SEP) (Davidová et al., 2010; Filadelfiová, 2013b; Popper, Szeghy, Šarközy, 2009).

logických prác z domácej produkcie. Nahliadnutie do metodík však našepkáva, že dôvod tu bude, bohužiaľ, zrejme rovnaký: absolútna väčšina domácich prác vychádza z povrchného poňatia etnografického terénu (krátkodobých, útržkovitých a sprostredkovaných pozorovaní), a nijako alebo len okrajovo sa vzťahuje k ostatným publikovaným etnografiám v regióne a súčasnej antropologickej teórii (citovať tu z kolegiálnych dôvodov nebudem). V textoch z výskumov, ktoré tieto základné požiadavky na antropologickú prácu spĺňajú lepšie, sa doklady negatívneho sebvymedzovania na rómskej strane objavujú (napr.: Hrustič, 2010c, 2011; Kobes, 2009a, b; Skupnik, 2007).

h) Miera vnímania stresu nižšia a nezávislá od SEP postavení (Davidová et al., 2010).

i) Absencia stresu z porovnávania sa s ostatnými (op. cit.).

j) Neuvádzanie SEP parametrov medzi stresormi (op. cit.).

k) Nižší výskyt užívania návykových látok u rómskych mladistvých (najmä dievčat) v porovnaní s nerómskymi (Bobáková et al., 2012; Kolarčík et al., 2010).

l) Miera promiskuity rovnaká ako u Nerómov napriek absencii štandardných „ochranných faktorov“ (vzdelanie a pod.) (HepaMeta kolektív, 2014).

m) Požiadavky na dostatok pracovných ponúk pre nekvalifikovaných a v mieste bydliska (Filadelfiová, 2013b).⁴⁰

Teoreticky prekvapivé zistenia týkajúce sa priamo zdravotného stavu:

a) Zďaleka nie všetky rozdiely v zdraví dospelých sa menia s rozdielmi v SEP – či už pri porovnaní Rómov s Nerómami (napr.: HepaMeta kolektív, 2014; Kolarčík et al., 2009; Sudzinová et al., 2013) alebo Rómov s Rómami v rámci vylúčených komunít (HepaMeta kolektív, 2014).

b) Objektívne ťažšie prežívanie niektorých symptómov pri kardiovaskulárnych ochoreniach (Sudzinová et al., 2013).⁴¹

3. Vzájomné rozpory

3.1. Neprimeranosti deklarácií politik vyrovňovania

3.1.1. Etické aspekty

Na tomto mieste sa pokúsím spresniť, v čom sa mi (vyššie predstavené) vytyčené politiky vyrovňovania javia vo vzťahu k segregovaným rómskym osadám (podobným osade, ktorú som opísal) ako morálne nelegitímne.

Ak vyjdeme z deklarácií, spoločne vytyčovaný cieľ týchto programov explicitne kladie dôraz na odstránenie rozdielov v súčasnom medicínsky signifikantnom správaní Rómov, a to v zmysle jeho priblíženia k bežnému správaniu Nerómov. Tento prvok sa tu pritom opodstatňuje nanajvýš dvoma paušalizujúcimi argumentmi. Na jednej strane sa postuluje predpoklad (s odvolaním na bližšie nešpecifikované prieskumy), že väčšina Rómov má o zmeny tohto typu sama záujem.

Segregovaní Rómovia, s ktorými som mal možnosť žiť, však svoje každodenné praktiky – rozhodne praktiky medicínsky

⁴⁰ Všetky uvedené tendencie na rómskej strane mi mimovoľne osobne potvrdzovali i zdravotníci počas môjho nadväzujúceho kvalitatívneho výskumu priamo v prevádzkach slovenského zdravotného systému (Belák, 2013) – podrobnejšie pozri v nasledujúcej časti tejto kapitoly. Tak ako v prípade analógií medzi etnografiami pre všetky uvedené „zvláštne“ zistenia existuje množstvo podobných zistení naprieč Európou, napr.: Crondahl, Eklund, 2012; Dion, 2008; Földes, Covaci, 2012; Paulik et al., 2011; Petek et al., 2006; Tesár, 2012; Van Cleemput et al., 2007; Vivian, Dundes, 2004; Voko et al., 2009.

signifikantné – chápali, organizovali a prežívali otvorene najmä v duchu napĺňania a rozvíjania „dobrého (rómskeho) života“, resp. priamo „rómskosti“, pričom obsah týchto pojmov býval do značnej miery inšpirovaný životom miestnych Nerómov *negatívne*. Miestni Rómovia sa (ani) v medicínsky signifikantných praktikách Nerómom nielenže sami otvorene podobáť nechceli, resp. boli presvedčení, že by to nedokázali, ale dokonca sa väčšinou aktívne snažili rozvíjať a dodržiavať normatívy v cielenom protiklade ku „gádžovským“.

Druhý argument, ktorý má legitimizovať asimilačný rozmer navrhovaného cieľa vyrovňovania, je predbežná bagatelizácia prípadného podobného rómskeho nezájmu či odporu tvrdením, že ide len o „obrannú reakciu“ v zmysle neprimeranej reakcie na skúsenosti s rasizmom a diskrimináciou.

Miestni segregovaní Rómovia však svoje antagonizmy vo vzťahu k nerómskym predlohám (ani) ohľadom zdravia ako obranu nechápali a neprežívali. Svoje tendencie rozvíjať normatívy a praktiky iným, najčastejšie rôznorodo protikladným smerom považovali naopak skôr za výhodné prostriedky na dosahovanie špecifických relatívnych výhod v protiklade k Nerómom. Pokiaľ ide o prežívanie priamo prejavov diskriminácie či rasizmu (oboje inak v ich životoch bežné), tieto vo všeobecnosti chápali ako do značnej miery pochopiteľné reakcie Nerómov na svoj odlišný prístup, resp. na svoju relatívnu neschopnosť akceptovať mnohé nerómske spôsoby a požiadavky. Bežné spôsoby obrany voči konkrétnym prejavom tu spočívali skôr vo vyhýbaní sa jednotlivým diskriminujúcim a povýšeným jednotlivcom, resp. inštitúciám, než v rozvíjaní identity nespravodlivo ukrivdených a étosu ohrdnutia či pomsty.

Podobnú nekompatibilitu s predstavami a potrebami súvsiacimi s napĺňaním „rómskosti“ vykazujú i prostriedky, ktorými skúmané agendy navrhujú dosahovať cieľ vyrovňovania, t. j. konkrétne opatrenia. Na pozadí úzu „opatrného oportunistu“ miestnych Rómov vo vzťahu k vonkajšiemu „gádžovskému“ svetu pôsobia ako eventuálne akceptovateľné len plánované opatrenia zavádzania špecifických služieb (napr. zriaďovanie hygienických staníc) a prípadne diseminačné prvky osvetových kampaní (napr. šírenie informácií o civilizačných ochoreniach). No avizované podmieňovanie takéhoto servisu trvalejším odklonom miestnych Rómov od „dobrého (rómskeho) života“ (napríklad akceptovaním povinnosti podieľať sa na využívaní a údržbe hygienických zariadení spoločne s príslušníkmi iných

⁴¹ Ku všetkým jednotlivým „anomáliám“ pochopiteľne existujú aj iné možné teoretické vysvetlenia. Tieto však typicky nesedia s niektorými ďalšími pozorovaniami. Napríklad s alternatívnou hypotézou o umiestnení celých vylúčených lokalít (t. j. bez ohľadu na vnútorné vzájomné rozdiely) pod prahom reálneho vplyvu SEP na zdravie možno polemizovať na základe preukázaného plynulého stúpania reálnych možností v týchto prostrediach, čo sa týka starostlivosti so stúpajúcim SEP (Filadelfiová, 2013a, b). Opäť k uvedeným zisteniam epidemiológov o nejednoznačnom vplyve SEP zo Slovenska existuje množstvo analógií aj z iných krajín (Cook et al., 2013; Masseria, Mladovsky, Hernandez-Quevedo, 2010; Voko et al., 2009).

fájt alebo zaviazaním sa k pravidelným preventívnym prehliadkam) už z takýchto postupov robí naopak opatrenia hodné morálneho opovrhnutia „skutočných Rómov/Cigánov“. O prípadných disciplinujúcich aspektoch osvedy (napr. výčitky za nedodržovanie odporúčaní) už ani nehovoriac.

Výnimky z uvedeného by mohli predstavovať azda len požiadavky v súvislosti so zdravím detí a starších a prípadne otvorenejší prístup zo strany jednotlivcov, resp. rodín, ktoré sa pokúšajú o radikálnejšie experimenty s „gádžovským“ životom. Tu sa dá očakávať väčšie pochopenie i prípadného podmieneného tlaku na zmeny správania (napr. hrozby odnímania novorodencov ako formy nátlaku na zmenu starostlivosti o nich).

3.1.2. Praktické aspekty

V nasledujúcej pasáži spresním, v čom sa mi (vyššie predstavené) vytýčené politiky vyrovnávania javia vo vzťahu k segregovaným rómskym osadám (podobným osade, ktorú som opísal) ako prakticky naivné.

Všetky analyzované agendy týkajúce sa asimilácie medicínsky významných praktík segregovaných Rómov počítajú (ako so svojim hlavným nástrojom) s priamym pôsobením na jednotlivcov, a to buď prostredníctvom diseminácie informácií, alebo prostredníctvom podmieňovania zmien v ich správaní represiou.

Nesúlad praktík s medicínskymi odporúčaniami však v osade býval so stúpajúcim postavením preukázateľne nezávislý od množstva informácií (pripomínam, že najmä pri najzávažnejších chorobách, napriek strachu z „ťažkých chorôb“, dôvere v kapacity medicíny a i pri dostatku finančných prostriedkov). Samotný nedostatok informácií (pomerne ku klesajúcemu postaveniu) sa tu zasa zdal skôr vedľajším dôsledkom opäť čiastočne i uvedomelého nasledovania nesúladu s „gádžovským“ životom – za plného akceptovania s tým spojeného celkovo horšieho zdravotného stavu v porovnaní s Nerómami (pozri aj inštrumentálne poňatie zdravia a poňatie rómskych tiel ako prirodzene obdarených menšími schopnosťami). Pokiaľ ide o potenciálnu funkčnosť podmieňovania represiou vo všeobecnosti, na nútené pripodobňovanie (akýchkoľvek) vlastných praktík praktikám nerómskym sa miestni pokúšali vždy čo najdlhšie buď nepristúpiť vôbec, pristúpiť len naoko (*kamukori*), alebo pristúpiť len dočasne.

Nielen morálna prijateľnosť, ale i účinky oboch druhov intervenčných postupov a nástrojov sa teda v prostredí segregovaných osád dajú momentálne reálne očakávať nanajvýš len v značne obmedzených ohľadoch, jednoznačne kompatibilných s vyššie opísanými predstavami „dobrého (rómskeho) života“. (Obdobné obmedzenia možno očakávať, aj čo sa týka postupov zavádzania špecifických služieb.) Nové informácie

o starostlivosti o zdravie a podmieňovanie represiou by tak napríklad eventuálne mohli ovplyvniť prax starostlivosti o deti, starších a pod., resp. prax jednotlivcov a rodín koketujúcich s odcudzením sa „rómskemu“. Aj v týchto značne zúžených medziach je však rozumné predstavovať si zmeny praktík zároveň len v rámci aktuálnych miestnych štrukturálnych obmedzení. Takéto obmedzenia sú pri tom v osadách značné a samotné vytýčené agendy vyrovnávania sa im prakticky vôbec nevevnujú (dôsledok jednostranného zamerania sa programov na správanie Rómov).

3.2. Neprimeranosti prevádzok zdravotného systému

Ako som načrtol v prvej časti tejto kapitoly, prax vyrovnávania podľa analyzovaných programov zatiaľ takmer neexistuje (resp. k tomu málu, čo existuje, sa dosiaľ nerealizovala žiadna systematická evaluácia). Existuje však iná rozsiahla inštitucionalizovaná prax so zameraním na medicínsky signifikantné javy, ktorá s danými programami vyrovnávania čiastočne zdieľa ciele aj metodické predpoklady a ktorá sa so segregovanými Rómami už dávno bežne stretáva. Reč je o praxi sociálno-nešpecifických prevádzok zdravotného systému, ktoré vďaka svojej geografickej polohe pracujú so segregovanými Rómami na dennej báze: od jednotlivých miestnych záchraniek a ambulancií praktických lekárov cez jednotlivé miestne a centrálné nemocnice po konkrétne regionálne úrady verejného zdravotníctva. Z kvalitatívneho výskumu systémových obmedzení takýchto prevádzok, ktorý som realizoval v roku 2013, vyplýva, že principiálne rozpory opísané vyššie nie sú len hypotetické a že si v skutočnosti zrejme už dávno vyberajú svoju daň, a to nielen na zdraví (a nielen) segregovaných Rómov (Belák, 2013).

Pracovníci a pracovníčky zdravotníckeho systému naprieč rozličnými profesiami⁴² (zväčša rozhorčene) priznávajú vo vzťahu k Rómom množstvo špecifických praktických a dlhodobu frustrujúcich problémov, obvykle rastúcich s mierou segregácie. V klinických prevádzkach a záchraných službách boli profesionáli a profesionálky vo vzťahu k rómskym pacientom dennodenne konfrontovaní najmä (podľa autentických formulácií konzultovaných aktérov) s pomerne malou funkčnosťou bežných klinických štandardov (t. j. štandardov ustálených a vyučovaných na základe skúseností s bežnými nerómskymi pacientmi); so špecifickými formami a mierou agresivity rómskych pacientov (tu nielen segregovaných); s nutnosťou poskytovať v ich prípade poradenstvo a sociálnu podporu za hranicami náplne svojich profesií a s ich pomerne nízkymi osobnými a komunálnymi hygienickými štandardmi. Profesionáli a profesionálky populačného výskumu, dozoru a intervencií mali podľa svojich slov špecificky v prípade Rómov podobne čeliť najmä pomerne malej funkčnosti bežných populačných štandardov a politickej preexponovanosti tém zahrňajúcich Rómov.

Ako si oslovení profesionáli vysvetľovali príčiny daných problémov? Na otázky o možných riešeniach aspoň niektorých z uvedených problémov⁴³ uvádzali striedavo návrhy inkluzívne (zamerané na to, ako uľahčovať personálu prácu a zvyšovať jej účinnosť vo vzťahu k takým Rómom, akými sú dnes) i asimilačné (zamerané na to, ako zabezpečiť, aby sa Rómovia stali „normálnejšími“, menej špecifickými). Pri opisoch vlastných pokusov a stratégií vyrovnávania sa s jednotlivými problémami v každodennej praxi však bol pri danom rozlíšení badateľný náznak istých trendov v závislosti od dĺžky praxe, intenzity osobných kontaktov a miery priamej konfrontácie s dôsledkami vlastnej práce, resp. s Rómami.

Skúsenejší a s Rómami či s výsledkami svojej práce častejšie konfrontovaní profesionáli sa mali častejšie púšťať do pokusov a stratégií inkluzívnych, založených na vlastnom postupnom osvojovaní si špecifických zručností, ako napríklad komunikačných štýlov a „trikov“, étosu práce, humoru či jazykových zvrátov (i v rómčine). V prípade všetkých takýchto pokusov o úpravu bežných vlastných pracovných štandardov malo ísť o improvizácie založené na súkromných, individuálnych a neformálnych, priebežne konštruovaných a testovaných behaviorálnych modeloch rómskej inakosti – teda na priebežne experimentálne rozvíjaných predstavách o tom, ako inak Rómovia myslia, cítia, akých (iných) vecí sa boja, po akých (iných) veciach túžia a podobne. Malo ísť o prácu (podľa mnohých nadprácu) zamestnávateľmi neprimerane kompenzovanú, neregulovanú a občas teda i nelegálnu.⁴⁴ Prípadné drobné náklady spojené s improvizáciou zväčša znášali samotní pracovníci (napr. kupovanie kalendárov pre pacientov s cieľom podpory dodržiavania režimov užívania liekov alebo vytváranie fondov na lieky pre najchudobnejších).⁴⁵

Neskúsenejší a s Rómami či s výsledkami svojej práce menej často konfrontovaní profesionáli pri rovnakých otázkach skôr len prejavovali frustráciu alebo apelovali na systematické zavedenie najrozličnejších asimilačných opatrení (k funkčnosti sa niektorí skúsenejší a konfrontovanejší profesionáli vyjadrovali naopak veľmi skepticky).

Aký bol pohľad pracovníkov zdravotného systému na celkovú úspešnosť vlastných praxí vo vzťahu k Rómom? Všetky uvedené problémy absolútna väčšina z nich (vrátane tých najskú-

⁴² Išlo o vzorku vyše 40 ľudí zo 6 lokalít; k podrobnému opisu metodiky a zistení prieskumu pozri pôvodnú publikáciu (Belák, 2013).

⁴³ K priamym otázkam o historickom pôvode zažívanej rómskej inakosti sa konzultovali profesionáli a profesionálky buď zdráhali vyjadrovať (typicky s odkazmi na vlastnú nekompetentnosť), alebo stručne uvádzali názory podobné schematickým komentárom, na túto tému bežne uverejňovaným v médiách (či už rasistické schémy, tvrdiace vrozenosť, alebo schémy paternalistické, vymenúvajúce diskriminačné nedostatky nerómskych inštitúcií).

⁴⁴ Napríklad svojvoľné vyhradzovanie si viacej času na rómskych pacientov a s tým spojené svojvoľné kódovanie takejto práce pre poisťovňu ako práce s telesne hendikepovanými (s úmyslom kompenzovať sa za extra servis).

⁴⁵ Vo svetle citovaných zistení o bežnej praxi pokusov o „nadštandard“ voči segregovaným Rómom a vo svetle nedávno publikovaných podobných

senejších, najangažovanejších a najefektívnejších) chápala ako „systémové“: t. j. ako problémy dlhodobu systematicky neriešené, až neriešiteľné. Priznávali (opäť, nezriedka s osobným rozhorčením) pravdepodobný systematicky slabší efekt činnosti vlastných prevádzok a zariadení špecificky vo vzťahu k zdraviu Rómov. Najmä segregovaným Rómom sa podľa nich malo pre dlhodobé neriešenie uvedených problémov v zdravotníctve bežne dostávať služby nižšej kvality a menšej účinnosti než Nerómom: od horšej dostupnosti prevádzok a služieb cez nižšiu kvalitu komunikácie personálu, menej presné a úplné diagnózy, menej primerané a horšie dodržiavané programy liečby až po častejšie a zbytočnejšie chronické problémy a predčasné úmrtia. Skeptickí boli aj čo sa týka možných výraznejších dopadov prípadného spetrovania súčasných štandardov, lepšieho tréningu či zvýšenia nasadenia personálu (vzhľadom na množstvo súvisiacich štrukturálnych problémov osád, ktoré klinická prax nemá ako ovplyvniť).⁴⁶

Záver

Vo svojom texte som sa pokúsil vysvetliť, prečo na mňa po rokoch etnografického výskumu rozdielov v zdraví medzi Rómami a Nerómami na Slovensku vytýčené politiky vyrovnávania tohto rozdielu pôsobia ako morálne nelegitímne a prakticky naivné.

Pokus o zaostrenie na realizácie jednotlivých agend ukázal, že prax vyrovnávania u nás už dlhšie v podstate neexistuje. Zatiaľ čo právne najzodpovednejšie a formálne najkompetentnejšie štátne inštitúcie sa v duchu vytýčených programov neangažujú takmer vôbec (odvolávajú sa najčastejšie absurdne na ochranu súkromia Rómov), mimovládna organizácia, ktorá sa snaží angažovať namiesto nich, bez podpory štátnych inštitúcií trvale zápasí s nedostatkom vlastných prostriedkov i odbornosti.

Následná kritická analýza deklarácií jednotlivých vyrovnávacích programov mohla vzbudiť dojem, že takáto neangažovanosť štátu je zatiaľ paradoxne azda aj lepšia. Všetky analyzované návrhy sa totiž už na úrovni konkrétnych odporúčaní svorne spreneverujú dvom historicky najoriginálnejším a teoreticky najslubnejším metodickým premisám *Stratégie* (premisám prebratým zo súčasného nadnárodného ľudsko-právneho diskur-

indícií od iných autorov (Filadelfiová, Gerbery, 2012; Popper, Szeghy, Šarko, 2009) môžu na prvý pohľad zveličene pôsobiť o niečo staršie príspevky aktivistických autorov zaoberajúce sa štandardom prvoplánového rasizmu zdravotníckeho personálu vo vzťahu k Rómom (napr.: Zoon, 2003). V skutočnosti by však pokojne mohlo ísť aj naopak o príspevky, ktoré otvorený rasizmus, pôvodne naozaj rozšírený, nielenže dobre opisali, ale ktoré samotné ho zároveň pomohli plošnejšie zmierniť práve prostredníctvom jeho nekompromisného zverejnenia. O rasizme tohto typu, založenom vyslovene na opovrhovaní pôvodom, mnou konzultovaní profesionáli hovorili ako o „ozajstnom rasizme“. Považovali ho za morálne neprípustný (väčšina pociťovala vnútorné morálne napätie už pre participáciu na systematicky horšom servise pre Rómov), celkovo málo vplyvný (zanedbateľnému počtu zdravotníkov, ktorí sa takto prejavujú, sa mali Rómovia sami systematicky vyhýbať) a vysvetľovali si ho najčastejšie psychologickými problémami samotných rasistov (mali mať celkovo mizantropické povahy, komunikačné problémy aj s Nerómami a pod.).

zu a zo súčasnej sociálnovednej literatúry). Pokiaľ ide o plnohodnotnú participáciu samotných dotknutých ľudí, ani pokiaľ ide o zameriavanie sa na sledovanie konkrétnych kombinácií príčin udržiujúcich nepomery na konkrétnych miestach, programy neponúkajú žiadne inštrukcie, ako tieto dva metodické princípy (participácie a relačného prístupu) realizovať v praxi. Ani v jednom ohľade ďalej nekonštatujú ani absenciu a potrebu takýchto inštrukcií.

Namiesto podpory participácie paušálne podsúvajú teoreticky i čo do evidencie pochybnú konštrukciu o v zásade konformnom cítení, záujmoch a reálnych možnostiach väčšiny dotknutých Rómov ohľadom vopred svojvoľne vytýčených cieľov a prostriedkov vyrovnávania. Takto pozývajú k návratu k právnej i morálnej nelegitímnosti podobných programov z dôb neskoršieho komunizmu. Namiesto podpory relačného prístupu k príčinám rozdielov paušálne označujú za hlavnú príčinu „zdravotné správanie“ či „povedomie“ Rómov, a ako najslubnejšie prostriedky zmeny bez akéhokoľvek odôvodnenia protežujú prevýchovu prostredníctvom osvety a represie. Takto pozývajú k opakovaniu praktických zlyhaní podobných programov z dôb neskoršieho komunizmu v dlhodobejšom horizonte. Pre svoje neoliberalne zameranie na konanie samotných Rómov pritom zároveň obchádzajú prostriedky, ktorým komunistický režim mohol vďačiť za svoje aspoň čiastočné a dočasné úspechy – direktívy a investície ohľadne existujúcich štrukturálnych znevýhodnení ľudí z osád.

Prostredníctvom schematickeho priblíženia súvisiacich výsekov každodennej praxe v segregovaných osadách a v prevádzkach zdravotného systému som napokon ukázal, že v prípade oboch kritizovaných ohľadov ide o riziká nielen teoretické, ale i akútne. Predstavy dobrého života, cítenie a bezprostredné možnosti prinajmenšom tých segregovaných Rómov, s ktorými som mal možnosť žiť ako etnograf, boli predstavám, cíteniu a bezprostredným možnostiam, aké (si) o nich sugerujú konštruktéri vyrovnávacích programov, značne vzdialené. Zdá sa, že veľké rozdiely v uvedenom tu vznikajú a pretrvávajú i vďaka tomu, že segregovaní Rómovia sa systematicky a v mnohom spokojne dennodenne pokúšajú rozvíjať svoje predstavy o dobrom živote zo svojho pohľadu aj v priamom morálnom a kvalitatívnom protiklade k „normálnym“ spôsobom gádzov. Inými slovami, vytýčené paušálne predpoklady, zámery a opatrenia v Rómoch teoreticky počítajú s ľuďmi, voči akým sa dnes mnoho segregovaných Rómov samotných v skutočnosti snaží vymedziť alternatívne. Konzultovaní záchranári, zdravotné sestry, lekárnice

⁴⁶ Napriek vyššie uvedeným indiciám o ochote a vynaliezavosti mnohých zdravotníkov a zdravotníčok pri pokusoch o nadštandardné pomáhajúce Rómom sa teda moja sondáž zdala potvrdzovať socioepidemiológom známy paradox: bežné zdravotnícke prevádzky samotné bez ohľadu na svoj záujem, súvisiace investície a kultúrnu kompetenciu svojho personálu nielenže zďaleka nedokážu kompenzovať väčšie sociálne rozdiely v zdraví, ale svojou systematickejšie lepšou účinnosťou vo vzťahu k zvýhodneným ich v dlhodobom horizonte naopak často ešte prehlbujú (Betancourt et al., 2005).

i hygienici poskytli svedectvo o tom, ako môže mať nevedomosť o existencii takto radikálnej odlišnosti dopad na prax a výsledky pomáhajúcich inštitúcií. Zdravotný systém, pokúšajúci sa segregovaným Rómom silou-mocou pomáhať so zdravím takým spôsobom, akoby ich zásadná inakosť aktuálne neexistovala, im v skutočnosti pomáha len omnoho horšie ako Nerómom alebo vôbec (čím vzájomné rozdiely v dlhodobom horizonte ďalej prehľbuje). Takýto prístup v každodennosti tlačí mnohých nielen segregovaných Rómov, ale i samotných pomáhajúcich profesionálov do neustálych praktických i morálnych konfliktov a dilem.

Aby som však do odbornej diskusie ohľadne načrtnutého nepozýval len nekonštruktívnu kritikou, na záver by som rád zdôraznil, že z predvedeného nijako nevyplýva, že by misia vyrovnávania rozdielov v zdraví medzi segregovanými Rómami a Nerómami na Slovensku ako taká nemala žiadne morálne opodstatnenie alebo žiadnu nádej na praktickú realizovateľnosť. Práve naopak. Ak sa mi totiž s pomocou kvalitatívnych metód skutočne podarilo poukázať na zásadné etické i praktické neprimeranosti vytýčených politik, pre angažovaných to zároveň zvestuje minimálne dve nádeje.

S pomocou tých istých nástrojov by tým pádom malo byť možné zisťovať aj to, čo je pre ktorých segregovaných Rómov eticky i prakticky primeranejšie. A skutočne, už vo vyššie ponúknutých opisných schémach sa na pozadí kritiky črtajú i konkrétne zásadné prieniky záujmov. Zdá sa napríklad, že aj tí „najrómskejší“ Rómovia považujú odstraňovanie bolesti a predlžovanie života za žiaduce ciele. Ako problematická sa z ich perspektívy javí len „normálna“ cena, ktorú sú za podobné zisky ochotní platiť iní ľudia. A aj v prípade tých „najrómskejších“ sa v ponúknutých schémach dali vybadať parametre samotnej ceny pre nich aktuálne prijateľnej – konkrétne aktuálne podmienky a okolnosti, za akých by na odstraňovaní bolesti zo svojho života mohli dnešní segregovaní Rómovia spokojne spolupracovať okamžite, hoci aj s nami gádzami, postihnutými „záľubou v zložitosti“.

Druhou dobrou správou je skutočnosť, že práve kvalitatívne metódy sú tým, čo (pre ich vzácnu citlivosť pri skúmaní primeranosti) proponenti participácie i relačnejšieho skúmania príčin sociálnych rozdielov už dlhšie odporúčajú nasadzovať závažnejšie. Na posun politik vyrovnávania zdravotných rozdielov medzi segregovanými Rómami a Nerómami smerom zároveň etickejším i praktickejším by teda možno úplne postačilo pokúsiť sa brať vážnejšie základné metodické odporúčania z dávno schválených deklarácií, akou je *Stratégia Slovenskej republiky pre integráciu Rómov do roku 2020*. Azda najakútnejšia otázka do ďalšej diskusie (a prípadne pre ďalší výskum) by preto mohla znieť: prečo sa toto zainteresovaným nedarí?